MILLE PIANTE PER GUARIRE DAL CANCRO
del dottor Giuseppe Nacci

Il dottor Giuseppe Nacci, oncologo premiato per i suoi studi in materia, ha messo a disposizione del pubblico, gratuitamente, questa imponente opera, intitolata *Mille piante per guarire dal cancro.* Una ricchissima bibliografia, con 1700 referenze scientifiche internazionali, aggiornata alla data di pubblicazione, completa il volume. Tra l'altro, l'autore si interessa anche di agricoltura naturale, e consiglia di promuovere la conoscenza e la coltivazione biologica di molte erbe medicinali segnalate nel libro: a p. 266 e seg., per esempio, c'è una lunga lista di piante italiane anticancro che secondo Nacci sarebbe necessario coltivare con metodi naturali. Aggiungiamo che molte delle piante citate nel testo sono adatte anche all'uso alimentare, e infatti diverse di queste erano apprezzate e impiegate nelle economie di autosussistenza premoderne, ed ancora nei primi secoli della modernità (talvolta fino alla I guerra mondiale). Inoltre, si prestano molto alla coltivazione biologica (come suggerisce Nacci) e ancor meglio alla permacoltura: per questo inseriamo il libro in questo settore del nostro sito, dedicato prevalentemente alla fitoalimurgia e all'autosufficienza. Per orientare il lettore che fosse interessato in particolare all'aspetto alimentare (oltre che medicinale), ecco una breve selezione delle piante con maggior valore alimurgico: esse sono quasi sempre presenti in natura allo stato spontaneo, ma considerando che le aree selvatiche vengono continuamente erose e ridimensionate, è indispensabile favorirne la diffusione anche tramite pratiche permacolturali.

Lista parziale delle piante con valore anche alimentare o aromatico: Acetosa, Alliaria, Allium tuberosum, ursinum e vineale, Erba cipollina, Arcangelica, Azzeruolo, Bardana, Borragine, Calendula, Cicerbita alpina, Rucola selvatica, Imperatoria, Dragoncello, Lapsana, Levistico (Sedano di montagna), Lamio bianco, Lampone, Mirtillo rosso e nero, Myrrhis odorata (Miristica), Meum mutellina, Ortica, Pastinaca (v. Quaderno di Ecofilosofia n. 33), Piantaggine, Rabarbaro, Raperonzolo (v. Quaderno di Ecofilosofia n. 27) e altre Campanule, Sonchus (Lattuga spinosa), Stellaria media, Tarassaco, Tragopogon (v. Quaderno di Ecofilosofia n. 32), Partenio, Malva, Luppolo, Asparago selvatico, Lichene islandico, Finocchio selvatico… [Redazione AEF]

Giuseppe Nacci, M.D.

Medico Chirurgo

Specialista in Medicina Nucleare

E’ consentita la libera diffusione del presente libro da parte di chiunque, a mezzo stampa e/o su supporto elettronico (CD-ROM o INTERNET), purchè non a scopo di lucro o di profitto.

Siti INTERNET che hanno messo in rete il presente libro on-line: “MILLE PIANTE PER GUARIRE DAL CANCRO SENZA CHEMIO” versione PDF. In ordine alfabetico:

http://www.alternativemed.eu/cancro/1000%20piante_cancro.pdf

http://aloearborescens.tripod.com

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/index.php

http://lavocedifiore.org

http://www.mednat.org/Nacci%20libro.pdf

http://www.medicinetradizionali.it/nacci.htm

http://www.pedras.it/nacci.pdf

http://www.procaduceo.org

http://www.spaziosacro.it

http://beppegrillo.meetup.com/339/files/

27 novembre:
giornata mondiale
CONTRO
l'Immensa Balla
della Ricerca sul Cancro.....

....Regala un semino di mela, o di altra frutta, a tutte le persone che conosci, spiegando loro che tutti i semini di frutta contengono la vitamina B17:

la vitamina che cura il Cancro, una terribile malattia che deriva da una semplice carenza di vitamina B17....e di altre vitamine.....

Dott. Giuseppe Nacci

Mille piante per guarire dal Cancro senza CHEMIO

800 PAGINE
1.500 piante menzionate

1.700 riferimenti bibliografici scientifici riportati in nome della EVIDENCE BASED MEDICINE

e 55 ALLEGATI

Edizione 20 MAGGIO 2008

Curriculum vitae dell'autore

GIUSEPPE NACCI nasce a Trieste nel 1964. Laureatosi in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Trieste con la tesi: "*L'Immuno-scintigrafia nella diagnosi tumorale*", vince una Borsa di studio e frequenta il *Servizio di medicina nucleare* dell'Istituto Scientifico dell'ospedale San Raffaele di Milano, collaborando alla ricerca e alla preparazione in laboratorio di liposomi *Stealth* radioattivi per la diagnosi e la terapia oncologica, e conseguendo in seguito la specializzazione in Medicina nucleare presso la Cattedra di Medicina nucleare del Prof. Gian Luigi Tarolo con la tesi "*La scintigrafia con radiofarmaci ad emissione di positroni e ad emissione di fotoni singoli: loro rapporto dosimetrico con la radiologia trasmissiva a raggi X in alcune indagini diagnostiche*".
La sua attività presso il *San Raffaele* intervallata da funzioni di ricerca presso il Dipartimento di Medicina nucleare dell'*Istituto Europeo di Oncologia* gli fornisce una particolare specializzazione inerente la Radio-Immuno-Terapia (R.I.T.) con anticorpi monoclonali nell'ambito di una nuova tecnica di *pre-targeting* adottata in collaborazione con altri Istituti europei e americani fra cui la *University of California*, tanto da raggiungere risultati altamente positivi.

Nel maggio 2000 Giuseppe Nacci pubblica, con il sostegno editoriale della Fondazione Callerio Onlus-Istituto di Ricerche Biologiche di Trieste, il risultato di una sua sorprendente scoperta. Si tratta del libro, fuori commercio, "*La Terapia dei tumori con Gadolinio 159 in Risonanza Magnetica Nucleare*", edizioni Italo Svevo Trieste, fissando, con apposito brevetto, l'impiego dell'importante radio-isotopo.

Nell'agosto del 2002 la rivista scientifica "Minerva Medica" (vol. 93, n.4, pp. 227-276) ospita un suo "*review*" sugli "Effetti biologici di un'esplosione nucleare", che introduce un nuovo sistema in scala colorimetrica, di valutazione semplice e immediata, dei danni provocati dal *Fall out* sulla popolazione civile, fornendo indicazioni sulle linee di condotta raccomandate per un Progetto di Protezione Civile a lungo termine.

Nel maggio del 2006 ha pubblicato sulla rivista americana della *Gerson Institute* di San Diego (California) un suo lavoro sull'estrema pericolosità degli Organismi Geneticamente Modificati (*Gerson Heating Newsletters*, Vol. 21, No.3, May-June 2006, pp.: 5,7,9 First Part (http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/healg213.pdf).

Nel settembre 2006, al Terzo Congresso Mondiale di Medicina Integrata (Roccamorice) ha relazionato sulla gravissima minaccia degli Organismi Geneticamente Modificati (http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm **TERZO CONGRESSO MONDIALE DI MEDICINA INTEGRATA – ROCCAMORICE – SETTEMBRE 2006 : La Minaccia degli Organismi Geneticamente Mondificati** (Relazione in PDF presentata al Congresso dal Dott. Giuseppe Nacci) (http://www.medicinetradizionali.it/nacci%20piante.htm)

Nell'ottobre 2006, ha pubblicato il libro "*Diventa Medico di te stesso*" che, nel gennaio 2007, è stato premiato come "*Il miglior libro a tema scientifico dell'anno 2006*", conferito "*Motu Proprio*" e all'unanimità (http://www.mednat.org/The-best-book_Nacci.gif) dal Comitato dei Consiglieri (http://www.mednat.org/Miglior-libro_Nacci.gif) della *Verein zur Foerderung der Forschung Mare Nostrum - Research Institut* (Associazione per la Promozione della Ricerca *Mare Nostrum*) di Wildon (Graz) Austria, che il 20 novembre 2007 presenta presso il Policlinico Militare Celio di Roma, alla presenza delle massime autorità della Sanità militare italiana.
http://aloearborescens.tripod.com/libro-giuseppe-nacci.pdf

Nell'aprile del 2007 ha rilasciato la sua prima intervista pubblica al mensile "AltoFriuli", intervista in seguito divulgata in INTERNET su altri siti (http://aloearborescens.tripod.com)

Il 30 ottobre 2007 è stato insignito del SIGILLO TRECENTESCO da parte della Città di Trieste, in riconoscimento del suo appassionato impegno nello studio e nella ricerca scientifica.

A Dicembre 2007 ha diffuso, liberamente scaricabile da INTERNET, il libro on-line in LINGUA INGLESE*: "Become your own doctor*: *Thousand Plants against Cancer without Chemo-therapy"*

http://www.mednat.org/cancro/nacci_english.pdf

Articolo 11 della Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo e del cittadino (Francia, 1789) : "*La libera manifestazione dei pensieri e delle opinioni è uno dei diritti più preziosi dell'uomo: ogni cittadino può dunque parlare, scrivere, stampare liberamente*".

Articolo 19 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (ONU, 1948) : "*Ogni individuo ha diritto alla libertà di opinione e di espressione, incluso il diritto di non essere molestato per la propria opinione, e quello di cercare, ricevere e diffondere informazioni ed idee attraverso ogni mezzo*".

Articolo 21 della Costituzione italiana: "*Tutti hanno diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni altro mezzo di diffusione. La stampa non può essere soggetta ad autorizzazioni o censure*".

Articolo 11 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (2000): "*Ogni persona ha diritto alla libertà di espressione. Tale diritto include la libertà d'opinione e la libertà di ricevere o di comunicare informazioni o idee senza che vi possa essere ingerenza da parte delle autorità pubbliche e senza limiti di frontiera*".

Etica medica e la libertà di consapevole e informata scelta terapeutica (articolo 32 della Costituzione Italiana):

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.
Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Principio della libertà terapeutica del medico

La Corte Suprema italiana (Cassazione) con Sentenza n.301/2001, sezione IV, ribadisce il principio della libertà terapeutica del medico, secondo quanto stabilito: è corretto valorizzare l'autonomia del medico nelle scelte terapeutiche, perché l'arte medica, mancando per sua natura di protocolli scientifici a base matematica, spesso prospetta diverse pratiche o soluzioni che l'esperienza ha dimostrato efficaci, da scegliere con attenta valutazione di una quantità di varianti che solo il medico può apprezzare; tale valore di libertà nelle scelte terapeutiche non può essere avventata né fondata su semplici esperienze personali. Una volta effettuata la scelta, il medico deve restare vigile osservatore dell'evolversi della situazione, in modo da poter intervenire immediatamente in caso di urgenza, qualora capisca che la scelta fatta non era quella appropriata; quanto tutto ciò sia stato realizzato, il medico non può rispondere di un eventuale insuccesso; il giudice, per valutare la correttezza della scelta terapeutica operata dal medico e l'eventuale imperizia del suo operato, deve operare un giudizio "ex ante", collocandosi cioè mentalmente nel momento in cui il medico viene chiamato a operare la scelta e considerando anche la consistenza scientifica di questa.

….E’ mia convinzione che l’Universalità e la Forza dei Valori Etici tramandati dalla Tradizione Ippocratica, nella quale riconosco le motivazioni che ancora mi sorreggono nell’esercizio della mia professione, siano più che mai attuali, in considerazione che la Persona di un paziente non è, e non dev’essere considerata, un mero dato statistico, ma un Individuo con tutte quelle variabili personali che lo rendono unico, e che il Medico, per il rispetto che gli deve come Persona, non può non cercare di individuare e considerare, all’atto di proporgli una qualsiasi terapia…

L’Autore

Il Timor di Dio dev'essere il Primo Principio della Scienza…..

Re Salomone, figlio di Davide

L’Importanza di un’Agricoltura Sana e Autosufficiente

(Tratto da “*Salute e Diritti*”, 2004, No. 1; Trimestrale di informazione della FEDERAZIONE del COMILVA Coordinamento del Movimento Italiano per la libertà dalle Vaccinazioni).

L’agricoltura è l’attività primaria perché consente il soddisfacimento del primo bisogno dell’uomo che è quello di nutrirsi. Uno Stato autosufficiente dal punto di vista agricolo non è soggetto a ricatti da parte dei paesi fornitori. Uno Stato autosufficiente per l’alimentazione può, con una propria politica monetaria (a cui l’Italia ha rinunciato, delegandola prima alla Banca d’Italia, che è privata, e poi all’Europa), stampare denaro ed aumentare il denaro circolante innalzando stipendi e pensioni senza provocare inflazione, perché i prodotti sono abbondanti e non chiedono altro che di essere comprati.
Infatti, i problemi monetari sono di due tipi:

1) abbondanza di prodotti e mancanza di denaro: in tal caso lo Stato deve stampare denaro, aumentando il circolante, le paghe e le pensioni, anche per non fare fallire il sistema produttivo nazionale che ha bisogno di denaro per andare avanti.
2) Mancanza di merci e abbondanza di denaro: una situazione del genere crea inflazione ed allora lo Stato deve aumentare le tasse per diminuire il circolante.

Se in uno Stato l’agricoltura non è abbastanza produttiva, quello Stato non potrà mai aumentare i salari per non causare l’aumento dei prezzi dei generi alimentari il cui consumo è irrinunciabile e quotidiano, causa prima di inflazione nel caso di una loro deficienza. Obiezione che potrebbe essere fatta: “ *i generi alimentari li compro all’estero a prezzo basso, usufruendo dei guadagni dell’industria nazionale, e così sono a posto*…”. Il problema è che la produzione agricola a livello mondiale è deficitaria e si rischia la dipendenza politico-economica dal Paese fornitore. Altro problema: il paese fornitore, per mantenere o instaurare il suo dominio, sabota la produzione agricola del cliente con una guerra chimica e biologica sotterranea e con leggi contrarie all’agricoltura promulgate da dirigenti politici ricattati (e comprati) del paese cliente.
Tutto è possibile in un mondo in cui, anziché la fratellanza cristiana, si diffonde il più crudo cinismo e il tentativo di dominio ideologico ed economico di alcuni popoli su altri.

IL CAV(I)LLO DI TROIA.

Per un NO agli OGM senza soglie di "(in)tolleranza" e "coesistenze"-

Il 12 giugno 2007 il Consiglio dei Ministri dell'agricoltura dell'Unione Europea ha approvato un nuovo regolamento sulla produzione biologica e la sua etichettatura.
Tra le modifiche previste, con il plauso delle Multinazionali, si intenderebbe permettere dal 1 gennaio 2009 una tolleranza, senza etichettatura, di OGM (Organismi Geneticamente Modificati) nei prodotti biologici «*in misura non superiore allo 0,9%*», così come negli alimenti convenzionali.

Così nessuno potrà evitare di mangiare OGM.

La commissaria all'agricoltura e allo sviluppo rurale Mariann Fischer Boel ha commentato: «*Si tratta di un eccellente accordo, che renderà i prodotti Bio più facilmente riconoscibili nell'UE e farà sì che i consumatori sappiano esattamente cosa acquistano*».

Già… con gli OGM nascosti dentro senza etichetta.
Dichiarazione degna di una vera Commessa di supermarket.

Oggi non è ammessa alcuna presenza di OGM nei prodotti biologici.

L'Italia può continuare a seguire questa strada (come previsto nello stesso regolamento), seguendo l'esempio della Grecia che ha deciso di estendere il bando contro gli OGM di due anni.

Oppure può optare per una legge nazionale che preveda una soglia più bassa di "contaminazione accidentale" di OGM nel Bio. 0,1%, come mira il ministro delle Politiche agricole alimentari e forestali De Castro, che ha affermato di volersi ispirare «*all'autorevole orientamento del Parlamento europeo che, con le risoluzioni del 29 marzo e del 22 maggio 2007, ha richiesto che le contaminazioni accidentali o inevitabili da OGM nel biologico non dovrebbero superare lo 0,1%, definito (erroneamente) come limite tecnico di rilevabilità*».

Ai fini pratici non c'è differenza tra queste due percentuali: sempre contaminazioni da OGM sono.

E, per dirla tutta, utilizzando il metodo di analisi ufficiale (*PCR Real Time*), oggi il metodo migliore per stabilire eventuali contaminazioni da OGM, abbiamo un limite teorico di rilevazione pari a 0,005% (200 volte inferiore a quello proposto da De Castro dello 0,1% !!).

Pertanto, se gli enti di certificazione biologica consentissero oggi tolleranze anche dello 0,1%, sarebbe non solo grave, ma perfino illegale, dato che va contro il "*Principio di Precauzione*" previsto dal trattato di Maastricht e il vigente regolamento europeo 2092/91, che puntualizza come «*OGM e prodotti derivati da OGM non devono essere utilizzati nel metodo di produzione biologico*», in quanto incompatibili con il concetto di produzione biologica e con la percezione che ne hanno i consumatori.

Dal momento che in Europa e in Italia gli OGM non si coltivano (tranne una sola varietà di Mais su piccola scala in Spagna e Francia) non sono possibili contaminazioni.

Pertanto non ha senso parlare di una loro presenza "tecnicamente inevitabile" nei prodotti biologici e non si capisce dunque perché si vogliano introdurre le "soglie di tolleranza".

Inoltre, una qualsiasi "soglia di tolleranza" o "limite di rilevazione arbitrariamente indicato", nei prodotti agricoli come nelle sementi, farebbe venir meno l'importante principio sulla responsabilità dell'inquinamento e contaminazione genetica, necessario al fine di garantire il pagamento dei danni da parte dei responsabili della contaminazione stessa.

La *tolleranza zero* verso gli OGM è l'unica forma di "coesistenza" possibile con le produzioni biologiche, tradizionali, DOP (*Denominazione di Origine Protetta*), che rappresentano un "diritto precedente" inviolabile, previsto financo dalle vigenti norme comunitarie e ribadito da una sentenza della Corte Costituzionale italiana (sentenza 150/2005), che respingendo il ricorso del governo contro la Puglia e le Marche, dichiaratesi territori liberi da OGM ("*OGM free*"), ha legittimato tutte le Regioni a farlo, proprio per le conseguenti contaminazioni irreversibili che le eventuali coltivazioni transgeniche avrebbero provocato sull'Agricoltura tradizionale e biologica.

Insomma, se vogliamo avere sul mercato la "coesistenza delle merci", tra quelle importate, eventualmente contenenti OGM, i prodotti tradizionali e biologici italiani, non si possono coltivare OGM nel nostro paese, in quanto la "*Commistione di Coltivazioni*" presuppone la naturale (non accidentale) e irreversibile contaminazione di tutte le altre forme di coltivazione (con conseguente reato di mancato rispetto della Co-Esistenza).

La Corte Costituzionale ha inoltre abolito la legge 5 che prevedeva i piani di "coesistenza" di coltivazione con gli OGM.

Prodotti extraeuropei coltivati biologicamente, se contaminati da OGM, non devono essere certificati biologici in Europa, tantomeno in Italia.

Interessi particolari di paesi che hanno aperto agli OGM e di Importatori ed Enti di certificazione biologica un po' troppo…. allegri**)** non devono mettere a rischio l'intero comparto Bio e l'insieme dell'agricoltura italiana ed europea.

Il biologico in "purezza assoluta" protegge di fatto tutto il sistema agricolo tradizionale europeo da possibili commistioni con OGM, che contaminerebbero tutto il settore agroalimentare, in modo irreversibile.

Forse negli Stati Uniti non lo hanno capito in tempo...
Ma grazie alla loro esperienza noi sappiamo che le coltivazioni biologiche e transgeniche sono incompatibili, *una nega l'altra* e la "commistione sul campo" non può che generare mostri che obbligano alla contaminazione forzata di tutte le coltivazioni e… alla morte del Biologico.

L'accettazione di un qualsiasi livello di tolleranza nei prodotti biologici, pur consentendo certificazioni private 100% *OGM free*, renderebbe possibili "inquinamenti" generalizzati degli alimenti, aprendo di conseguenza le porte alle commistioni di coltivazioni OGM**,** che "contaminerebbero" tutte le altre forme di agricoltura, con danni irreversibili.

A quel punto, l'accettazione di "tolleranze di OGM" in tutte le filiere agroalimentari sarebbe obbligata**,** in contrasto con la libertà di iniziativa economica degli agricoltori biologici e tradizionali, col diritto di libera scelta del cittadino, con la tutela della biodiversità e tipicità delle produzioni europee e della salute dei consumatori (principio di precauzione).

E' proprio questo l'obiettivo ultimo delle Multinazionali: la capitolazione dell'agricoltura biologica, oggi in pieno boom con la possibilità di rinascita dell'agricoltura tradizionale legata al territorio.

E l'imposizione del monopolio commerciale sull'agricoltura e il cibo, attraverso i brevetti sugli OGM e le contaminazioni irreversibili dell'ambiente e delle altre forme di coltivazione.
Un "Cavillo di Troia" si aggira per l'Europa...

Mentre nei programmi di Sviluppo Rurale (le finanziarie Agricole per il periodo 2007-2013) la Commissione Europea e le Regioni cercano di "frenare" il Biologico, per passare all'agricoltura "integrata", invece di applicare correttamente le norme agro-ambientali europee, che prevedono priorità di sostegno al Biologico, per i benefici sociali ed ambientali.

Integrarsi al 100% nella chimica, sottoposta ai brevetti degli OGM, che contaminerebbero tutto il resto in breve tempo, con i diritti applicati anche ai discendenti degli agricoltori…

Si (dis)integrano così coltivatori e consumatori, trasformati tutti in schiavi delle banche …da ingozzare, ammalare e infine "curare" con le medicine delle stesse multinazionali produttrici di pesticidi e OGM.

Per arrivare a ciò, l'obiettivo "psicologico" delle multinazionali del *biotech* è di indurre la gente a pensare che ormai tutto è contaminato e che le norme di "coesistenza" servano a "garantirci".

In realtà, la "soglia di tolleranza" rappresenta la via necessaria per aprire all'inquinamento da OGM dei prodotti biologici e alla successiva autorizzazione dell'impossibile coesistenza con le coltivazioni transgeniche, oggi legalmente impossibile.

Se accettassimo le coltivazioni OGM, dovremmo poi accettare per forza delle "soglie di tolleranza" anche nei semi e, di fatto, non esisterebbero più prodotti *OGM free* al 100%, a causa del polline delle coltivazioni OGM, che si diffonde per centinaia di chilometri.

L'Europa è oggi libera da OGM, anche se si susseguono tentativi di contaminazione, attraverso sementi illegali contenenti OGM, campi cosiddetti sperimentali (da 3 anni vietati in Italia) e semine fraudolente di OGM, sequestrate e distrutte dagli organi preposti al controllo (grazie alla tolleranza zero, prevista nelle normative sulle sementi).

Aprire agli OGM significa eliminare tutta la concorrenza *OGM free*.

Alla faccia del libero mercato !! (da non confondere col Liberismo dei Monopoli, che in questo caso rappresenta una vera e propria Dittatura degli OGM).

La "soglie di tolleranza" consente inoltre di non etichettare nulla, in quanto è molto difficile dimostrarne il superamento.

Soprattutto nel sistema attuale di controlli, dove gli Istituti Zooprofilattici o i NAS che riscontrano una frode, vedono intervenire l'Istituto Superiore di Sanità con le "controanalisi"...ad esito quasi sempre negativo!

Introdurre una qualsiasi soglia di tolleranza vanifica dunque i controlli, con contestazioni sui risultati delle analisi, come accade oggi per gli alimenti convenzionali.

La tolleranza „ZerOgm" garantisce l'unica forma di controllo possibile: il test di presenza/assenza che verrebbe vanificato dalle cosiddette "soglie di tolleranza".

Tanto più, inserire nelle norme un qualsiasi valore di “limite di rilevabilità“ significherebbe che, se una tecnica è in grado di rilevare presenze inferiori di OGM, queste verrebbero equiparate a zero, alla faccia della matematica e dell’analisi logica oltre che della corretta informazione del consumatore.

Gli alimenti convenzionali attualmente possono essere contaminati allo 0,9% di OGM (9 grammi per kilogrammo) senza etichettatura, un vero e proprio esperimento di massa sui consumatori, che, secondo un recente sondaggio, per almeno l’80% non ne vuol sapere di mangiare OGM.

Solo l’etichettatura basata sull’analisi di presenza/assenza (analisi qualitativa) consentirebbe invece una giusta “coesistenza sugli scaffali” dei cibi transgenici importati con i prodotti biologici e tradizionali italiani.

L’analisi qualitativa di presenza/assenza è tra l’altro molto più semplice e le apparecchiature sono sensibilissime, fino al singolo DNA geneticamente modificato.

Per dire invece *quanto* OGM c’è in un alimento le cose sono un po’ più difficili e soggette ad interpretazioni e contestazioni.

L’unica possibilità di garantire i controlli è di fatto la *tolleranza zero*, perché l’introduzione di qualsiasi soglia diventerebbe alibi incontrollabile e soprattutto non perseguibile.

Basti vedere quello che le Multinazionali fanno da decenni con pesticidi, diossina e altre schifezze che ci fanno mangiare a nostra insaputa... grazie alle soglie di tolleranza.

Mentre aumentano drammaticamente le “Intolleranze” alimentari, nonostante un referendum che chiedeva di protggere i nostri bambini dal momento che le dosi di accettate di pesticidi sono tarate sugli adulti...

Senza parlare dei costi immensi di un sistema di controllo basato sulle soglie di tolleranza... e della logistica necessaria per garantire il doppio mercato.
Insomma, sarebbe una follia!!

Che fare dunque?
Nel caso di ingredienti notoriamente OGM inseriti in un prodotto, questi vanno sempre etichettati, affinché se ne conosca l’origine.

Per le sementi deve persistere l’attuale divieto assoluto di presenza di OGM.

Solo così abbiamo la possibilità di controllare e sequestrare le partite contaminate.

Se ci fosse una “soglia di tolleranza” sui semi, i controlli sarebbero impossibili.

Oggi si fanno per legge campioni di analisi di 3.000 semi, e quando si trova anche un solo seme positivo, significa che il lotto è contaminato e va sequestrato.

Come si può dimenticare che ad esempio un seme OGM di mais produce fino a 5.000.000 di granelli di polline che contaminerebbero un bel pò di pannocchie che in ogni caso finirebbero nelle pance degli animali...o dell’uomo?

Leggasi per credere i dati spagnoli sugli esperimenti col mais e la fine che hanno fatto i coltivatori biologici vicini, che hanno perso certificazione e contributi comunitari.

Oltre a ciò, occorrono provvedimenti, nel rispetto delle attuali normative in materia di agricoltura e zootecnia biologica, che *per cominciare* prevedano:
- *Tolleranza zero OGM* nei prodotti e alimenti biologici e nelle sementi di qualsiasi natura.
- Etichettatura obbligatoria per qualsiasi livello di presenza di OGM in tutti gli altri prodotti agroalimentari, anche al di sotto dell'attuale limite di tolleranza dello 0,9%. Anche negli alimenti convenzionali bisogna introdurre il test di presenza/assenza ed evidenziare con etichette le cosiddette "tracce di OGM".
- divieto di impiego di alimenti non biologici negli allevamenti biologici.
- Norme regionali/nazionali di coesistenza che prevedano il divieto di rilascio ambientale e coltivazione di qualsiasi OGM.
- Divieto di importazione di OGM per qualsiasi destinazione sotto forma di semi vivi (mais, soia, colza, cotone, biocarburanti, ecc.) che potrebbero contaminare l'ambiente.
- Divieto di somministrazione di alimenti contenenti OGM negli appalti pubblici.
- Pagamento dei danni da inquinamenti, contaminazioni e commistioni in genere da parte dei responsabili: i proprietari dei diritti, i produttori di OGM e i loro commercianti.
- Abrogazione dei diritti di brevetto sulla vita, patrimonio comune di tutti gli esseri umani. Anche perché gli OGM non sono stabili nel tempo e i geni non sono invenzioni ma scoperte.
- Indagini scientifiche indipendenti sui rischi da OGM e loro derivati, prima di ogni autorizzazione alimentare.
- Ricorso alla Corte di Giustizia Europea per illegittimità del nuovo regolamento sul Biologico.
- Referendum popolare nazionale consultivo, come previsto dalla direttiva comunitaria, prima di ogni decisione in materia di OGM e loro derivati, e nel rispetto della Costituzione Italiana, in materia di salute ed ambiente non sottoposta a nessun trattato internazionale.

Affinché una volta per tutte, gli OGM vengano spazzati via anche dalle nostre tavole.
Così che un giorno la "pseudo-scienza" la smetterà di scoprire sempre nuove malattie… da essa stessa provocate.
Lasciandoci liberi nell'Agro-ecologia.

Giuseppe Altieri

Referendum sugli OGM e per la Sovranita´ Alimentare di Contadini e Consumatori

Il 20 luglio 2007, presso la Corte di Cassazione sono state depositate due leggi di iniziativa popolare da parte del Comitato promotore.

Il Comitato è stato promosso dai contadini di *Altragricoltura Foro Contadino* che erano presenti a Roma da diverse regioni italiane del Nord del Centro e del Sud per firmare il deposito degli atti, e da altre associazioni e movimenti.

Fra i firmatari il deposito delle leggi, **Gianni Cavinato** (Associazione Consumatori Utenti), **Fabrizia Pratesi de Ferrariis** (Equivita) e **Enrico Lucconi** (particolarmente attivo con altri nella stesura della legge che indice il referendum sugli OGM).

Con la **Legge per la Sovranità Alimentare** i contadini e i loro alleati indicano alle istituzioni la strada per uscire dalla pesantissima crisi che sta investendo le campagne italiane. Nella legge si propone alle istituzioni di assumere i principi della sovranità alimentare come una delle chiavi possibili con cui affrontare il rilancio dell´agricoltura italiana, mettendo al centro gli interessi di chi lavora la terra e di chi consuma il cibo. La Legge per la Sovranità Alimentare, oltre che indicare principi, punta a realizzare spazi di partecipazione democratica con le Consulte per la Sovranità Alimentare e strumenti operativi nuovi come quelli contro il dumping, per promuovere il ciclo corto o l´Agenzia per la gestione dei beni comuni e le risorse naturali in agricoltura.

La Legge che istituisce il **Referendum sugli OGM**, realizza il primo degli obiettivi della partecipazione democratica: quello di permettere ai cittadini con il voto di decidere sull´introduzione degli ogm in Italia. La normativa europea prevede la consultazione popolare prima che gli ogm, sia pure nella forma della coesistenza, vengano definitivamente liberalizzati nella produzione. E´ arrivato il momento che il parlamento italiano, in ottemperanza al dettato normativo del legislatore europeo, convochi, con apposita legge, il referendum perché su questo tema così delicato i cittadini possano esprimersi per far valere i loro interessi contro le pressioni delle lobbies nazionali e internazionali del transgenico.

Al deposito delle leggi si è arrivati dopo un lungo percorso di confronto e discussione che ha coinvolto molte realtà contadine di base impegnate in vertenze, mobilitazioni e pratiche di economia etica oltre che realtà del consumo critico, dell´ambientalismo, del mondo accademico e delle istituzioni.

A partire da settembre si avvierà la campagna di raccolta delle firme che punta fin d´ora a realizzare il più ampio risultato intervenendo per sei mesi in una vasta azione di sollecitazione della società. Il Comitato Promotore sta organizzando la rete territoriale e gli strumenti organizzativi di coordinamento perché la campagna di raccolta delle firma veda il protagonismo diffuso ed ampio di tutte le esperienze locali e di base, nel convincimento che la società italiana sia matura per rivendicare il diritto a scegliere su questioni così delicate.

http://www.sovranitalimentare.net/legge/Com.Stampa.27.307.pdf

PER MAGGIORI APPROFONDIMENTI : VEDI ALLEGATO 8 (pagg. 304-316)

Lettera del Vescovo di Caserta

il Vescovo di Caserta, Monsignor Nogaro, invia la seguente lettera di adesione e sostegno alle due leggi di iniziativa popolare sulla Sovranità Alimentare e sul Referendum contro gli OGM

All'Associazione degli Allevatori SIAAB

A tutti gli allevatori e alle Comunità Locali con cui convivono

Alle Organizzazioni promotrici dell'iniziativa di Legge sulla Sovranità Alimentare

A quanti si sentono impegnati per ridare a Caserta e al Piano Campano la dignità di *Campania Felix*

Esprimo vivo apprezzamento all'iniziativa che ha inteso rirproporre al centro il tema dell'agricoltura e dell'ambiente nel contesto della manifestazione che si svolgerà nella nostra città dall'11 al 14 Ottobre 2007 e che il giorno 12 vedrà impegnate significative espressioni politiche, istituzionali, culturali, sociali.

Nei lunghi anni che sono trascorsi si è persa la memoria di un cimento Istituzionale Serio e impegnato di riflessione sul ruolo, spessore e prospettiva della nostra agricoltura, nonostante Caserta sia conosciuta nel mondo come Terra di Lavoro e il cuore della *Campania Felix*.

Chi ne ha avute le colpe faccia seria autocritica e si faccia da parte, ma è un errore gravissimo continuare a guardare alla nostra agricoltura con gli occhi e le immagini del passato.

La nostra agricoltura rimane grande e senza essa non ci sarà più la storia di Caserta e di tante Comunità che da essa trovano alimento di esistenza e unità civica, oltre che di lavoro,

Condivido nel profondo le finalità che stanno alla base dell'iniziativa e della proposta di legge per la "Sovranità Alimentare" e di quella propedeutica ad essa, un referendum consultivo contro la proliferazione degli OGM.

L'alimentazione e la Vita dell'Umanità non possono diventare anche esse occasione di mercato speculativo e speculazione finanziaria mondiale.

Colgo l'occasione per ricordare, proprio per questo, che da secoli la Chiesa è impegnata a celebrare, nel Novembre di ogni anno la "Giornata del Ringraziamento", ringraziando il Signore per la bontà dei raccolti, non certo gli OGM e i mercanti del mondo. Senza per questo nulla negare alla scienza nella sua grande finalità di rendere sempre migliore la vita terrena.

La Sovranità Alimentare di Caserta non può non coincidere con la bufala e il suo grande patrimonio.

La Sovranità Alimentare di un prodotto, la mozzarella, unico e stimato in tutto il mondo e che da lunghi lustri rappresenta la cena e il pranzo delle Comunità Campane e laziali. Una cena e un pranzo che a nessuno è consentito di privarci o distruggerla.

Patrimonio bufalino centro della nostra Sovranità Alimentare ma al tempo stesso Sovranità Ambientale, culturale, storica, di identità, in uno con l'altra di cui va denunciato l'abbandono e il disinteresse: il Volturno.

La bufala è il nostro presidio ambientale insostituibile. Chi pensa che il problema sia solo finanziario e di indennizzare per la paventata decimazione di migliaia di capi, pensa in modo sciagurato, errato e sospettoso.

Forse indennizzeranno solo in parte le perdite aziendali, ma mai potranno indennizzare la dignità, lo sconforto e il senso della vita di tanti uomini e donne; meno che mai riusciranno a indezzizzare la storia, l'ambiente, la cultura e la tradizione di Caserta e di tante Comunità.

Durante le movimentate giornate di protesta degli allevatori che la nostra città ha conosciuto, anche con molte difficoltà, ho avuto modi di ascoltare le vostre ragioni.

E' davvero inconcepibile e incivile prendere atto che da circa 20 anni, con ben tre prevvedimenti legislativi nazionali, tutt'ora in vigore /DPR 84/91 – Legge 292/2002 – Comma 1073 Finanziaria 2007) e altrettanti regionali, tutti improntati ad un'azione sanitaria mirata alla specificità della bufala, salvaguardandone la specie, nulla o poco è stato fatto dalle Istituzioni preposte.

Prepotentemente, dopo 20 anni, ogni volta all'abbisogna, si cerca solo e semplicemente la via sbrigativa dell'abbattimento generalizzato di migliaia di capi, trincerandosi di volta in volta o dietro le presunte pressioni Europee o dietro le altre presunte intenzioni di salvaguardia del patrimonio con la pratica della distruzione. Si ha persino l'ardire di sfidare le Leggi in vigore e i pronunciamenti della Giustizia Amministrativa.

Un Patrimonio non si salva uccidendo e distruggendo.

Si utilizzi almeno per una volta la Scienza, questa volta a fin di bene per la bufala; ve ne è tanta a cui ricorrere, si tratta solo di utilizzarla mettendo da parte baronie inutili e monopolizzazioni del sapere fuori tempo.

Condivido nel profondo gli obiettivi per cuyi vi state battendo da tempo; per quello che posso fare la mia Chiesa e i fedeli staranno al vostro fianco.

Caserta non si può permettere il lusso di perdere il pezzo più importante della sua storia, con la consapevolezza che dall'altro versante, la vicenda della difesa del parco zootecnico bovino non è da meno.

+ Raffaele Nogaro

Vescovo di Caserta

Class Action
Presentato disegno di legge per una profonda modifica

Il 29 aprile 2008, primo giorno della nuova legislatura, ho presentato un disegno di legge che ritengo sia fondamentale per l'affermazione dei diritti dei cittadini consumatori e utenti e per la giustizia: la riforma della *class action*, elaborato in collaborazione con l'ADUC (Associazione per i Diritti degli Utenti e Consumatori).

Nella precedente legislatura e' stato introdotto un modello di azione collettiva chiaramente inefficace a tutelare i diritti dei consumatori e molto criticato da tutti gli addetti ai lavori. Era stato stabilito il principio -anticostituzionale- che l'accesso alla giustizia non fosse per tutti: solo il cittadino consumatore puo' partecipare ad una *class action*, mentre tutti coloro che intendono tutelare i propri interessi nello svolgimento della propria attivita' lavorativa, ne sono esclusi (forse un contratto presunto truffaldino con un gestore telefonico o l'acquisto, a suo tempo, di un'azione o *bond* come *Cirio* o *Parmalat*, per esempio, non puo' riguardare anche un artigiano o un professionista?). Inoltre si stabilisce che, per l'indennizzo dopo sentenza favorevole, il ricorrente debba adire un tentativo di conciliazione con la parte perdente e, in caso di risultato negativo o non soddisfacente, proseguire in giudizio secondo l'ordinamento civilistico abituale: procedura che, prevedendo di fatto una durata di decenni, svilisce e rende poco interessante il ricorso a questo tipo di azione collettiva.

Il disegno di legge presentato oggi vuole introdurre una azione giudiziaria collettiva che tuteli i diritti dei soggetti coinvolti da illeciti plurioffensivi, traendo spunto dall'esperienza dei Paesi di *common law* (la c.d. *class action*) e rendere lo strumento compatibile con i principi del nostro ordinamento giuridico.

Alcuni presupposti:
- La legittimità ad agire deve essere concessa ad ogni soggetto che abbia interesse a farlo.
- L'introduzione del concetto di "*danno punitivo*" attraverso il quale si restituisce ai danneggiati da un illecito plurioffensivo, non solo il danno emergente ed il lucro cessante, ma anche l'eventuale maggior profitto realizzato attraverso l'illecito.
- Incentivare anche sul piano economico l'utilizzo dello strumento. Per questo e' necessario eliminare qualunque rischio legale per i cittadini che aderiscono all'azione collettiva. Per i professionisti che seguiranno queste azioni giudiziarie e' bene che sia disincentivato l'avvio pretestuoso e, al contempo, incentivate -anche economicamente- quelle meritevoli.
- L'automatismo fra sentenza e risarcimento del danno. Viene istituito il "*curatore amministrativo*", nominato dal Giudice, il quale ha il compito –fra l'altro– di procedere all'esecuzione materiale della sentenza rimborsando direttamente i cittadini iscritti alla classe
- La normatura di eventuali abusi.
- La transazione, affinche' sia efficace, deve essere sottoposta a votazione di tutti i membri della classe.

Qui il testo completo della relazione e del disegno di legge:
http://www.aduc.it/dyn/parlamento/arti.php?id=218574

Donatella Poretti

Senatrice

Questa è la Madre di tutte le Battaglie
la Battaglia di tutte le Madri

di Francesca Colella

Il 9 gennaio 2009 sarà una data che non scorderemo, infatti entrerà in vigore a livello europeo la soglia di tolleranza di OGM nei prodotti biologici, data dalla contaminazione accidentale... Questo aprirà la porta alla contaminazione da OGM accidentale e non più colposa, di tutte le colture in Europa, aprendo scenari mai visti prima nel controllo globale. Al momento infatti non è previsto che in Europa possa essere coltivato OGM, qualunque coltura è fuorilegge e perseguibile penalmente così pure la contaminazione. Questo lo si deve, ancora per poco, alla soglia di tolleranza nel biologico dello 0,00 % periodico di presenza di OGM, stabilita dalla Corte dei Conti.
Ovvero, in Europa non si può coltivare e non è coltivato l´OGM perché il biologico ne verrebbe contaminato.
Le colture biologiche quindi e tutte le altre colture sono per ora, e ancora per poco, al sicuro legalmente. Fino al 9 gennaio 2009.

cosa vuol dire soglia di tolleranza dello 0,1 % di OGM nel Biologico? Vuol dire che un prodotto biologico potrà essere ancora ritenuto biologico e certificato come tale benché presenti una percentuale di OGM al suo interno. Per l´esattezza 1 grammo per chilo.

Nel caso di sementi un cucchiaino di riso OGM dentro 1 Kg di riso biologico. La presenza del cucchiaino di OGM la si dovrà alla contaminazione accidentale... opss..

Ora la domanda è: che necessità ha la Comunità Europea a fare una legge simile se in Europa la coltivazione OGM è BANDITA? Se è bandita non si capisce perché ci possano essere pericoli di contaminazioni!!
Eppure questo è quello che avviene. È ovvio che si sta preparando il campo per una contaminazione accidentale forzata, magari con sementi sparsi sui campi da piccoli velivoli? Una volta che le colture saranno accidentalmente contaminate, e non più dell´1% del 10- 15% il passo seguente sarà, oltre che aumentare la soglia di contaminazione accidentale: autorizzare le coltivazioni.
Nel momento che le coltivazioni saranno contaminate anche solo dello 0,1 % le aziende agricole contaminate dovranno iniziare a pagare le Multinazionali dell´OGM, (o dovrei dire la Multinazionale..) le molecole infatti sono brevettate e di loro proprietà.
Gli agricoltori si ritroveranno a pagare le Multinazionali per essere stati contaminati e non viceversa come dovrebbe essere. Il loro raccolto contaminato sarà loro solo in quota parte, e questo andrà ad aumentare con l´aumentare della contaminazione.

Quando invece le coltivazioni OGM saranno legali, allora le cose peggioreranno ulteriormente. Infatti, la contaminazione sarà più veloce, ricordiamo che stiamo parlando di polline..
Gli agricoltori dovranno acquistare le sementi OGM direttamente dalle Multinazionali o loro mandatari, che ovviamente imporranno i prezzi a loro piacimento, dal momento che la contaminazione da OGM è irreversibile. Infatti una volta che una specie è stata contaminata, non c´è possibilità di tornare indietro. Le sementi OGM delle Multinazionali sono geneticamente modificate per produrre dei semi sterili. Per cui gli agricoltori non potranno mai utilizzare quota parte del loro raccolto per seminare nuovamente, saranno costretti a tornare dalle multinazionali, che imporranno loro a prezzi esorbitanti, non solo le tipologie di sementi da loro stabilite, ma anche i pesticidi del caso. Insomma tutto il pacchetto.

Attualmente è già ILLEGALE lo scambio di sementi fra contadini.. se vogliono i semi li devono acquistare.. **molte banche del germoplasma in Europa sono state distrutte**, le banche del germoplasma raccolgono semi originari e naturali..

I pesticidi utilizzati nell´agricoltura convenzionale e OGM hanno un secondo fine. Non certo quello di estirpare le piante infestanti, o gli animali nocivi, ma lo scopo occulto di passare nella nostra alimentazione per procurarci ulteriori malattie nel caso non bastassero quelle che verranno passate attraverso le componenti genetiche dei semi OGM. Infatti le Multinazionali che producono OGM sono anche le stesse che con altri nomi producono i pesticidi e infine le medicine per gli esseri umani.. e che controllano poi tutto il resto, anche la comunicazione.
Si precisa che in moltissimi casi il gene della resistenza ad un determinato erbicida è già saltato dalla messe OGM alla pianta infestante e che per cui nonostante le vagonate di erbicida sparso sul terreno le erbacce continuano imperterrite la loro vita infestante…. mentre gli agricoltori muoiono avvelenati.

Insomma lo scenario sembra interessante.... in ultima analisi gli agricoltori se non moriranno avvelenati si indebiteranno e perderanno tutti i loro terreni, consegnandoli alle Banche e alle Multinazionali, e noi consumatori perderemo fino all´ultimo centesimo nel vano tentativo di curarci dalle malattie più interessanti proposte dal mercato alimentare... sempre che una nuova peste non ci colga prima...dato che le sementi OGM sono modificate con geni di virus, retro virus , batteri, pare già causa di interessanti malattie.. o con geni di animali: pesci, rane o geni umani...
Il legame molecolare, come ha dimostra il salto di resistenza genetica da una messe a un´infestante, è estremamente labile e instabile….dovremo aspettarci di respirare forse con le branchie fra qualche tempo? O andare a lavoro saltando come rane invece di prendere la macchina o la bici? Beh intanto sempre più persone sono intolleranti ad alcuni alimenti, guarda caso cereali e latticini.. e guarda caso dal ‘79 ci stiamo nutrendo inconsapevolmente di OGM...cereali e latticini prodotti dal latte, che è prodotto dalla mucca che viene nutrita con OGM.

Comunque, nel momento in cui l´Europa cascherà in questo tranello o Cavillo di Troia del 0,1% le Multinazionali avranno la strada spianata sul resto del globo. L´Italia è pericolosamente sotto attacco al momento più di altri paesi, del resto siamo i maggiori produttori ed esportatori di Biologico...
Non a caso accadono cose quanto mai bizzarre nel nostro paese, con vere e proprie guerre medianiche e psicologiche. Prima di tutto il biologico viene messo sotto attacco e sulla bocca di tutti come una farsa, così intanto si intacca la sua credibilità…. poi si lavora sulla Comunità Europea con il Cavillo di Troia dello 0,1 per cento, e intanto in Italia si fanno finti referendum anti-OGM per far credere alle persone, noi consumatori, che qualcuno pur ci sta lavorando.. poi quando alcuni non ci cascano ed iniziano ad aprir bocca come il Prof. **Giuseppe Altieri** agro-ecologo, lo si inizia a discreditare, dopo di che quando si vede che la sua immagine non la si discredita con facilità ma anzi persone si muovono per andare a dargli una mano, allora si escogitano altre strade...si distrae l´opinione pubblica, in vari modi, con la spazzature, la caduta del governo, le elezioni, le veline, il campionato, Carla Bruni e Sarcosì.. io non riesco più a gurdare un telegiornale, perché sembra più un surrogato di Novella 2000.

RICORDATEVI CHE: noi siamo CONSUMATORI. infatti già ci nutriamo di OGM dal lontano ‘79.. per un periodo lo si è anche saputo.. poi però la presenza di OGM nei cibi non si sa come,è stata occultata sulle etichette.. per fare questo qualcuno si è attaccato alla "concorrenza sleale", ovvero era sleale che il prodotto con su scritto "contente OGM" restasse sugli scaffali invenduto. E' stato per cui concesso da tutti quelli che contano che i Consumatori (e a questo punto lo siamo in molti), si nutrissero di OGM in modo inconsapevole.. questo evidentemente è sembrato meno

sleale. Scusate ma qui io mi metto a ridere.. per non piangere a dirotto.. queste cose il telegiornale non ce le racconta.
Gli OGM almeno in Europa ci vengono veicolati attraverso le carni di animali nutriti con questi, che concentrano nella loro carne "tanto valore nutrizionale"... e attraverso i prodotti trasformati, lavorati e importati: olii, aromi, farine ecc..

Una piccola parentesi è d´obbligo a questo punto per capire meglio come stiamo sistemati per le feste: le schede che sono state veicolate e fatte passare come referendum anti-OGM, quelle blu per intendersi, della coalizione anti-OGM, altro non erano che consultive per cui senza un valore determinante e decisionale, ma comunque sono state utilizzate dai promotori, a) per razzolare fondi, infatti sono stati raccolti 2.000.000 di Euro per fare quella buffonata; b) sono state portate in Comunità Europea e hanno valso a far passare lo zero tecnico di presenza OGM nel biologico, solo che a casa di quei signori lo zero tecnico si scrive 0,1% a casa mia questo non è uno zero tecnico ma una porta aperta alla contaminazione accidentale, e se è vero quel che si dice che siamo già contaminati allora è ancora peggio.. è un regalo alle Multinazionali da parte della coalizione anti - OGM per evitare che le Multinazionali paghino multe salatissime, che li vedrebbero ridotti in braghe di tela se venisse accertato che siamo davvero e veramente contaminati.
Pare che molti agricoltori biologici si stiano mettendo insieme per acquistare trattori da usare in comune ed evitare così che il trattorista abituale gli vada a casa ad arare il campo dopo aver arato il campo dell´agricoltore x convenzionale che qua e là ha qualche piantina OGM arrivata attraverso le sementi (basta 1 seme, il resto lo fa il polline) o attraverso il mangime per gli animali, che lui inconsapevolmente ha sparso sul campo. Pare che dopo l´aratura su commissione molti agricoltori biologici si siano ritrovati contaminati.. fate i vostri conti.

Non so a voi ma a me pare che qui qualcuno stia giocando un pò sporco, con i nostri destini qui ed ora, non fra 100 anni e neanche fra 50 anni.
Chi di voi si è accorto per esempio che durante il caso "*spazzatura Napoli*" sotto gli occhi del mondo, in realtà sono entrate in europa le carni clonate? Pochissimi….eppure la notizia è stata data.. 4 secondi su un unico telegiornale, un solo giorno una sola volta.. ma la notizia è stata data per dindirindella…..
La spazzatura di Napoli è paragonabile al caso Monica Lewinsky e il progetto ECHELON, calamitare l´attenzione del mondo mentre in realtà accade altro….. e al contempo con l´attenzione calamitata dirottare questa verso la soluzione migliore per loro….. tanti begli inceneritori che sputeranno diossina a profusione con grande gioia delle multinazionali..

IL PIANO DI SVILUPPO RURALE

Ancora prima della soglia dello 0,1% c´è un altro gradino che le Multinazionali devono salire, ed è quello interno alle regioni. Ed è il piano in atto al momento. Le Regioni attraverso il PSR piano di sviluppo rurale hanno la possibilità di aiutare e premiare un tipo di agricoltura più di un altro attraverso i premi per ettaro stanziati dalla Comunità Europea. Adesso esistono fondamentalmente tre diversi tipi di colture e allevamento: convenzionale, integrato (bio + pesticidi chimici), biologico.
Il biologico è quello che le "*Linee Guida Europee*" stabiliscono debba essere maggiormente premiato, perchè attraverso questo c'è un forte risparmio su atri fronti, quello della salute e dell'ambiente tanto per dirne un paio, infatti una sana alimentazione permette al fisico di godere di buona salute, e l´agricoltura biologica con le sue lavorazioni, rispetta l´ambiente e fissa molta CO_2 al terreno invece di liberarla come avviene invece nella convenzionale..

Capisco che a questo punto qualcuno si stia grattando la testa.. ma come? Da una parte la Comunità Europea premia e incentiva il Bio e dall´altra lo vuole massacrare con lo 0,1% ? infatti all´interno della Comunità Europea c´è in atto una vera e propria guerra..fra chi si oppone agli OGM e chi è alleato con le Multinazionali.

Adesso i piani di sviluppo rurale 2007-2013 di diverse regioni, contrariamente alle Direttive Europee, non si capisce come mai vada a premiare maggiormente le colture integrate. Premiando maggiormente queste ultime, va di conseguenza a penalizzare quelle biologiche. Va da se che molti agricoltori biologici se non riceveranno gli aiuti economici della Comunità Europea, o chiuderanno bottega o passeranno all´integrato, non più biologico puro ma semi biologico allevato con tutti i pesticidi del caso,senza alcun disciplinare che ne stabilisca dosi e modalità, pesticidi prodotti immaginatevi voi da chi sa chi...insomma si sta tentando attraverso le Regioni di esercitare una forte pressione sugli agricoltori biologici affinché abbandonino il campo magari in anticipo...prima del 2009.. Nel 2009 avere a che fare con 70.000 aziende bio o 10.000 avrà il suo peso…. meglio farne fuori l più possibile adesso. Il 2009 deve arrivare in sordina altrimenti chi lo contiene lo scandalo? e chi le ferma le madri che prenderanno in mano il forcone? Si ricorda che le piccole aziende biologiche costituiscono nel loro insieme un´area maggiore rispetto a quelle grandi convenzionali e non messe insieme, e questo è un dato che alle Multinazionali interessa assai. Leggete l´articolo di Blondet qui di seguito.

Ci sono però delle leggi, scritte, che ci tutelano e il prof. **Altieri** ha intenzione di appigliarcisi con le unghie e con i denti, al fine di fare vertenza e ottenere in questo caso un rialzo dei premi per le colture biologiche, oltre che chiedere gli arretrati sui vecchi piani, o addirittura la dove i bandi sul biologico non siano stati neanche aperti farsi che siano aperti e chiusi quelli sull´integrato. Allo stesso modo esistono delle leggi alle quali ci si può appigliare in Comunità Europea per evitare la soglia di tolleranza nel 2009. Per queste vertenze sia locali che comunitarie abbiamo però bisogno dell´aiuto di tutti, perché questa è la guerra di tutti. Un aiuto economico, perché gli avvocati costano, ma non solo. C´è la possibilita´ di fare questo ***Benedetto referendum consuntivo***, ma ci sono in mezzo altri enti e le cose vanno per le lunghe.. troppo per i miei gusti..siamo già in ritardo di molti mesi..attraverso il referendum l´Italia può dire un "NO" secco ed esplicito agli OGM presso la Comunità Europea, e una volta tanto dare il buon esempio a livello mondiale.
Abbiamo bisogno della vostra presenza. chi volesse partecipare alla raccolta firme non ha che da scrivermi, gli invierò il materiale. Ogni occasione è buona, una festa in piazza una sagra, un concerto qualunque.
Se qualche agricoltore biologico vuole fare vertenza ai PSR insieme a noi, stiamo raccogliendo le adesioni. Ricordiamo che i tempi stringono.
Un agricoltore pochi minuti fa mi ha raccontato una cosa agghiacciante: fino ad un anno fa poteva accedere come biologico ai fondi del PSR perché dimostrava che il suo reddito maggiore arrivava dall´agricoltura. Bisognava però presentare una domanda entro gennaio 2008, La domanda andava rinnovata, ma l´agricoltore non è stato avvisato da nessuno: nè gli enti istituzionali preposti, la regione in questo caso, nè le associazioni del biologico che sicuramente sono al corrente di questo. Alla Regione gli hanno detto che se vuole può fare domanda, ma solo se passa all´integrato. Ditemi voi se questo non è un piano di sabotaggio del biologico..

Abbiamo bisogno che il biologico venga sostenuto strenuamente, potete contattarmi per avere informazioni sulle aziende biologiche del vostro territorio, che sono sicura saranno felicissime di vendere direttamente i loro prodotti.
Ma allo stesso tempo chi pensa che andare in fattoria sia troppo periglioso può ricercare i prodotti biologici anche all´interno della grande distribuzione, personalmente spesso quando non ho tempo mi affido alla linea di prodotti bio di una corporazione nazionale. Fate come volete, potete anche rivolgervi ai GAS, gruppi di acquisto solidali. Ma accertatevi che la vostra busta della spesa

contenga solo soltanto e solamente “Prodotti Biologici, Italiani, certificati *OGM free*. Attraverso questa manovra ci aiuterete a sottolineare il fatto che i consumatori italiani vogliono e chiedono solo Biologico. Il Biologico va difeso strenuamente non solo in tribunale ma anche sugli scaffali. Va difeso a tutti i costi. La contropartita è altissima. Il mercato siamo noi e possiamo influenzarlo. Personalmente mi sono imposta l´acquisto o di biologico o di niente, magari mangio meno, ma acquisto solo biologico.
Abbiamo bisogno che manteniate focalizzata la vostra attenzione sugli OGM e meno su altre questioni che sono solo degli specchietti per le allodole.
Abbiamo bisogno di tutti voi.
Nel frattempo informatevi tramite INTERNET su siti interessanti, leggete.
Esistono molti siti di disinformazione o controinformazione che riportano le cose sopra dette ben più nel dettaglio.
Quando inizierete a leggere non potrete più fermarvi. Vi sarà palese lo scenario che tutti sentono ma nessuno codifica, e piano piano vi sarà chiaro che questo è solo il coperchio.. in realtà in pentola cuoce ben altro.

Siamo sicuramente sotto scacco matto, ma io sono convinta che ancora qualcosa si può fare come un *video game*.. dobbiamo vincere il primo livello per passare a quello successivo...solo che qui non si può ripetere la partita, se si perde..
Se perderemo, le Multinazionali saranno libere di contaminarci magari spargendo semi OGM da piccoli velivoli e da quel momento il cerchio si chiuderà: avranno in mano senza neanche pagarne le conseguenze, le chiavi dei nostri frigoriferi che apriranno a piacimento.. sempre che ci comportiamo con loro da bravi schiavi.
Questo è quello che ci aspetta. L'acqua se la stanno già accaparrando, la Comunicazione è nelle loro mani da anni, per chiudere il cerchio devono poter inserire legalmente gli OGM.
Il controllo dell'alimentazione mondiale non è uno scherzo.. così pure della nostra salute. questo è quello a cui stanno realmente lavorando.
Dobbiamo agire informando e scongiurare questo disegno ancora nebuloso ma percettibilissimo nel suo insieme.
Dobbiamo difendere quella soglia di tolleranza perfetta di *0,00000 % periodico* con le unghie e con i denti, per il nostro bene e per il bene dei nostri figli e dell´essere che ci ospita, il pianeta. Dobbiamo difendere e valorizzare il biologico, meglio se biodinamico, perché fa bene al nostro pianeta prima che a noi.

Dobbiamo aiutarci da soli perchè gli Stati sono marionette, la Mafia i loro burattinai, e a loro volta burattini nelle mani delle Banche e delle Multinazionali controllate in ultima analisi da pochi membri appartenenti a Logge massoniche potentissime.

Tutti insieme possiamo farcela. Mandiamoli in fallimento, o quanto meno convinciamoli a fare quello che vogliamo noi, lo possiamo fare, il mercato siamo noi.

Le menti che hanno architettato questo piano, sono riuscite negli anni ad allontanare il comparto agricolo dal nostro immaginario collettivo, mandandoci come cavron tutti a fare la spesa nei grandi magazzini, e allontanandoci dalla terra. I nostri figli e ormai noi stessi crediamo che i prodotti nascano al supermercato o poco più indietro. Non è così, ogni prodotto ha una sua lunga filiera e ogni filiera inizia in un azienda agricola. Non sono i supermercati a darci da mangiare, ma la terra che calpestiamo e con la quale abbiamo smesso di essere in sintonia.

Chi vi scrive è una madre che da due anni collabora attivamente, prima con i biodinamici e poi con **Giuseppe Altieri**. Magari non sono un tecnico ma scema non sono, di cose ne ho viste e sentite a tonnellate e di una cosa sono certa chi dice di star lavorando per noi alla fine del salmo conta solo i

soldi che gli vengono in tasca disinformando e non muovendosi. L´importante è fare scena e di scena ne fanno tanta.

Infine vi voglio lasciare con un paio di notizie utili:

1) Una testata libera sta organizzando delle cose interessanti relativamente alle Banche... per protestare fattivamente rispetto all´uso che viene fatto dei nostri soldi utilizzati per finanziare illeciti, informatevi direttamente. www.ildocumento.it.

2) Si sta organizzando in tutta Italia la rete degli SCEC ovvero "*sconto che cammina*". Ha già risollevato l´economia dei paesi in cui viene adottato. Gli organizzatori ricercano agricoltori biologici che vogliano aderire al progetto. In pratica è un modo GRATUITO per mettere in contatto l´agricoltore con il consumatore diretto. Info su www.centrofondi.it oppure www.progettoscec.com

INOLTRE VORREI DARVI DEI LINK DI RIFERIMENTO PER UN' INFORMAZIONE PIU' SIMILE ALLA REALTA' DEI FATTI.

www.disinformazione.it
www.mangiacomeparli.net
www.arcoiris.it
www.italia.etleboro.it
www.radiomundoreal.fm
www.generazioneattiva.it
http://www.newapocalypse.altervista.org/controinformazione_e_informazione_libera.html

per gli agricoltori:
www.agernova.it
www.mangiacomeparli.net
www.centrofondi.it

Francesca Colella

E' la Finanza che ci vuole alla fame

di Maurizio Blondet

Finalmente anche i grandi Media - con un paio di settimane di ritardo sul nostro sito - si sono accorti che nel mondo manca il cibo, e che nei Paesi della povertà scoppiano tumulti per il pane (o il riso) rincarato.

Ovviamente, forniscono il risaputo elenco di cause: aumentati consumi cinesi e indiani, *global warming*, cereali destinati a bio-carburante anzichè all´alimentazione; e infine, la «speculazione»: gli investitori speculativi (*hedge fund*) sono lì a guadagnare sui rincari, puntanto su ulteriori rincari e con ciò provocandoli.

Ma tacciono la causa primaria della carestia avanzante, che è la dittatura globale della Finanza, di un´economia in cui i valori sono esclusivamente monetari. La Finanza, semplicemente, odia l´agricoltura. La odia da sempre. Perchè?

Anzitutto perchè l´agricoltura non consente i profitti del 20-30% almeno che la speculazione esige ed ottiene dalle «industrie», specie «avanzate», e dai trucchi del marketing. Una tela blu che si produce a chilometri e costa quasi nulla, confezionata in un jeans che costa alla fabbrica forse 1,5 euro, si può vendere a 200 euro se vi si appone il marchio Dolce & Gabbana: questo sì che è profitto, ragazzi!

L´industria può essere incitata a produrre più merci con costi minori (meno lavoratori, più «produttivi»). I «servizi», specie quelli immateriali, possono rendere il 40-50%. L´agricoltura no. Resta inchiodata, con ostinazione primordiale, ai rendimenti «naturali»: 3-4%, magari 8-10% per colture «pregiate», o che il marketing riesce a dichiarare pregiate.

Dal punto di vista della Finanza, «non conviene» investire nella produzione agricola. Aumentare il concime chimico sui campi, spendere di più in gasolio per i trattori e in benzina per gli aerei da inseminazione estensiva, non porta ad aumenti di produzione proporzionale.

Soprattutto, il maggiore investimento non accelera la produzione. Per quanto concime si butti, il grano ci mette sempre un anno a maturare. Per quanti ormoni inietti nella vacca, per quanto la alimenti di soya, quella non farà il vitello che nei soliti nove mesi.

Questa lentezza fa impazzire di rabbia gli usurai. Tanto più li esaspera la coscienza torbida che tutti i loro «valori» - quelli quotati in Borsa e sui «mercati» - dipendono, in ultima analisi, da quel solo valore, il cibo, prodotto con quella lentezza naturale.

Il dollaro e l´euro non valgono quello che dicono i «mercati», se il grano rincara (com´è avvenuto) del 200% in sette anni: valgono del 200 % in meno. Le azioni, le obbligazioni, i derivati, incommestibili, perdono ogni valore per la gente che non ha da mangiare.

Ma quello che davvero li manda in bestia è questo fatto: che, per giunta, le messi e i raccolti sono un dono. Qualcuno, alla base dell´economia, regala le cose: ciò davvero fa´ rabbia agli usurai. Sì, il contadino si affatica, spende e s´indebita per comprare carburanti e concimi; ma il processo di fabbricazione, quello per cui il seme diventa una spiga che moltiplica i semi, o un fiore si tramuta in albicocca turgida, non è lui a padroneggiarlo. Avviene da sè. Ed è gratis. Il contadino lo sa benissimo, e quando vede il suo grano dorare, lo chiama «questo ben di Dio». Il che è, per la Finanza, imperdonabile.

Il contadino, posta in opera tutta la sua tecnica e la sua sapienza e il suo lavoro perchè il dono annuale possa avvenire, poi, prega: che la grandine non devasti il frutteto, che il verme non roda l´uva e le grandi foglie del tabacco. Altro riconoscimento che il prodotto, alla fine, non dipende da lui. Altro fatto degno della massima punizione.

Non sto idealizzando il contadino. Quand´ero ragazzino (parliamo di cinquant´anni fa´), ho passato estati in casa di parenti contadini toscani, e due cose mi stupivano di loro: quanto bestemmiassero, e quanto mancassero di quattrini. Non mancavano di cibo, nè lo lesinavano a me ragazzino che stava con loro un mese o più: il coniglio arrosto, l´uovo fresco, il pane con l´olio, la zuppa di fagioli li davano con generosità, per loro non erano un costo, o non lo calcolavano, perché per loro era gratis.

Mancavano però di denaro contante: comprare un paio di scarpe era una rarità, persino il sale - che andava comprato - era una spesa da fare oculatamente (il pane toscano è senza sale, come sapete). La tavola era abbondante, ma il portafoglio era vuoto, e i contadini erano tirchi. E bestemmiavano. Ora capisco che le due cose sono in relazione.

E´ la Finanza che ha fatto sempre mancare i soldi ai contadini. Il mercato - quello vero - a cui portavamo i polli e le uova, il grano e le pesche, non pagava che il minimo indispensabile. In contanti, l´uovo valeva poco o nulla. Si tornava dal mercato con pochi spiccioli, bestemmiando.

Anche voi bestemmiereste: tanta qualità di lavoro qualificato - perchè il contadino toscano possedeva conoscenze stupefacenti sulla rotazione agricola, sul trifoglio che fertilizza la terra mentre nutre le vacche, sulla luna esatta in cui fare gli innesti, su una quantità di segreti e misteri che da ragazzino mi sarebbe piaciuto imparare - e tanto mal compensato.

Oggi, nella Finanza, questi saperi si chiamano «know-how», saper-come-fare, e sono apparentemente molti apprezzati; la realtà è che sono apprezzati (in milioni di euro) il know-how del pubblicitario e della velina, dello speculatore Soros e dell´usuraio, ma già il know how dell´ingegnere è pagato molto meno, e quello del contadino meno di tutti. Perchè meno di tutti?

Come ho detto, perchè l´aumento dell´«investimento» non ha rapporto con l´aumento del «prodotto».

Anzi peggio: il ciclo agricolo ideale consiste nel «risparmiare» gli investimenti, ridurli al minimo indispensabile in cui il dono possa avvenire. Idealmente, è un ciclo chiuso di auto-produzione. Il concime è un sottoprodotto del bestiame e degli uomini (sterco, urina, strame fermentante), che non costa nulla - e ci mancherebbe che la cacca costasse.

Le sementi, una quota del raccolto messa da parte.

Mettetevi nei panni dello speculatore che vede il contadino tendere a non chiedere capitale per comprare il concime, perchè lo strame delle sue mucche glielo dà gratis. Il suo pensiero è: Crepa allora, villano! Ti faro sputare sangue! E infatti, sin dall´alba della storia, l´agricoltura è il settore più radicalmente espropriato.

Perchè, pur essendo il settore su cui si basa tutta l´economia monetaria (non a caso è definito «settore primario»), essa è sostanzialmente estranea all´economia. E´ «altro», è la fonte primaria di «abbondanza».

In essa, il lavoro umano non si misura ad ore, è fatica estrema che nessuna moneta può pagare, nè

nessuna Moody´s valutare: esattamente come il travaglio della mamma che partorisce un nuovo uomo. Sicchè, da sempre, gli usurai hanno fatto di tutto per indebitare l´agricoltore.

Da sempre, lui mancando di soldi per le scarpe e il sale, gli hanno comprato il grano in erba, naturalmente con uno sconto: il tuo grano maturo varrebbe cento? Te lo compro sul campo, però a 40. Sai, se grandina, mi accollo il rischio finanziario... Il contadino, bestemmmiando, china il capo.

L´acquisto del grano in erba, che verdeggia sul campo, è il primo «future», il primordiale «prodotto finanziario derivato», su cui tutti gli altri sono modellati. Oggi che la Finanza esercita la sua dittatura totale e incontrastata sul mondo, l´esproprio agricolo toccca ovviamente il limite estremo.

Contadini indiani conoscono da millenni una pianta che produce naturalmente un pesticida? La ditta di bio-tecnologie quotata in Borsa si affretta a brevettarlo: ora i contadini indiani dovranno comprare il loro pesticida alla ditta di Wall Street. Bisogna impedire al contadino di avere le sue proprie sementi: ecco la Monsanto offrirgli quelle brevettate, ibridi, OGM, ossia sterili. I chicchi che produce il grano OGM, anche seminati, non danno frutto.

Ogni anno il contadino dovrà ricomprare le sementi. A credito.

E´ tutto così, naturalmente: l´offerta di concimi chimici, di macchinari, di biotecnologie, il marketing, le asscurazioni contro la grandine (così non avrai bisogno di pregare, villano), tutto è teso allo scopo unico: finanziarizzare l´agricoltura, renderla asservita al debito e al denaro, estrarne profitti innaturali.

Naturalmente, la liberalizzazione mondiale dei commerci, imposta dal guardiano WTO della Finanza, e dalle burocrazie sue serve strapagate, ha lo stesso scopo: trasformare il cibo totalmente in merce esportabile, dunque pagabile.

Perchè coltivate grano e producete latte in Europa, dove la manodopera costa, e l´agricoltura è diventata anti-economica (a forza di investimenti)? Compratelo dalle zone del mondo dove il grano costa meno, è «competitivo», è «concorrenziale». Volete perseguire l´autosufficienza alimentare? Vecchie sorpassate teorie, autarchiche.

Anzi peggio: la battaglia del grano era fascista, dunque è il Male Assoluto! Oggi c´è il libero commercio, il gran mercato che vi offre tutte le merci al prezzo più competitivo! Così, l´eurocrazia ha abolito i sussidi all´agricoltura europea.

Ha pagato altri sussidi, a dire il vero: ma per ammazzare le vacche, ha pagato per lasciare incolti i campi - e sono di colpo finiti i surplus. Caso strano, in USA invece i sussidi all´agricoltura sono stati promossi, ma per uno scopo: per i bio-carburanti.

Produci mais da biofuel, e noi ti copriamo i costi, ha detto la Finanza (con la voce della Casa Bianca) al contadino: e lui s´è buttato, il 16-18% dei terreni americani produce per il biocarburante. Per mettere 50 litri di bio-etanolo nel serbatoio dell´auto, si consumano 238 chili di granturco. Sussidi di Stato tornano, ma per la speculazione, per la Finanza monetaria. E il mais da etanolo si potrebbe seminare su terreni marginali; ma no, vogliono che occupi i terreni primari, buoni per l´alimentazione umana. Non è certo un caso.

Perchè il modo ultimo, finale e definitivo, per finanziarizzare l´agricoltura, è provocare la scarsità. Allora ciò che nasce gratis ha finalmente un «valore» quotato. E permette di estrarre profitti favolosi. Finalmente il frumento sale come le azioni, il 200% in otto anni!

L´Etiopia importa granaglie per l´88% dei suoi consumi, il Niger per l´81%; e la gente lì spende il 70% del suo reddito solo per nutrirsi. Il rincaro del 200% sul cibo, là, è una pura e semplice tragedia. Moriranno di fame, perchè gli hanno detto che «era meglio» comprare le granaglie da fuori, anzichè coltivare il miglio e la manioca da autoconsumo. Ai governi che, come l´egiziano o il vietnamita, hanno bloccato le esportazioni delle loro granaglie, le grandi banche mondiali intimano: «Non date sussidi agli agricoltori! Non bloccate il libero commercio col vostro protezionismo!». Il WTO li multerà, per il delitto di sfamare la propria gente.

Il vero problema, filosofeggia il Telegraph, è «malthusiano»: ci sono troppe bocche da sfamare nel mondo.

Siamo già alla profezia di Alfred Jarry, l´inventore della patafisica. Egli fa dire al suo Re Ubu, prototipo del governante d´oggi, infinitamente stupido e ridicolmente arrogante: «*Lorsque j´aurai pris toute la phynance, je tuerai tout le monde et je m´en irai*». Ossia: «*Quando avrò preso tutta la fynanza, ammazzerò tutti e me ne andrò*». Non dice «*Finanza*» ma «*fynanza*», è qui il sarcasmo di Jarry, inventore di parole e di personaggi fantastici più veri del reale. Inventò il dottor Faustroll, scopritore della patafisica, la neo-scienza più inutile mai esistita.

Inventò la parola «*Merdre*», che è quel liquame in cui siamo, e non sappiamo come definire. Profetizzò, come si vede, lo scopo della «*phynance*»: ammazzare tutto il mondo e poi andarsene. Dove? Boh.

Maurizio Blondet

….E Noi dovrem, ahimè, morir….

Morir….

Dilegua o Notte…

…Tramontate Stelle…

…Tramontate Stelle…

All'Alba vincerò…

…vincerò…

vincerò !

Luciano Pavarotti

http://it.youtube.com/watch?v=VATmgtmR5o4

Mille piante per guarire dal Cancro senza CHEMIO

Edizione 2008

INDICE : …… 31

DEDICA: ……..….42

Introduzione……..43

Il Silenzio assordante della Medicina Ufficiale…….……44

3 luglio 1946: il giorno in cui il Cancro fu sconfitto…….…….47

Terapia vitaminica di Prima linea……..……63

Riassunto del libro……64

Le DIECI Dichiarazioni d'Intesa……...……..68

Prima dichiarazione:
Terapia del paziente a Domicilio, sotto esclusiva cura del Medico di Famiglia o di Medico Privato, o comunque di Medico di Fiducia……..…….68
CONSENSO INFORMATO ……..……..72

Seconda dichiarazione: Priorità della Fito-Terapia rispetto a qualsiasi altra cura anti-neoplastica…….76

Terza dichiarazione:
Incompatibilità assoluta della Fito-Terapia con la Chemio-Terapia……..…80

Quarta dichiarazione:
La Dieta anti-Cancro…….……..81

Quinta dichiarazione:
Aspetti clinici, dati strumentali e valori di laboratorio …….……..82

Sesta dichiarazione:
Il Fallimento della Chemio-Terapia…….……...91

Settima dichiarazione: Le VITAMINE NON devono essere VIETATE…...…..93
Ultima Possibilità per i Consumatori Europei per accedere a Vitamine e Minerali ad alto dosaggio e alle fonti degli Ingredienti Chiave……..……..…..…93
4 marzo 2008: referendum europeo per i consulmatori……..98

Ottava Dichiarazione :
La minaccia degli Organismi Geneticamente Modificati (OGM)…….…..…101

NONA Dichiarazione :
la Fito-Terapia è una terapia medica classica, NON è una terapia alternativa……..……...108
Farmacognosia, Fitocomplessi e principi attivi…….……...……110
Glossario di alcuni termini usati frequentemente in FITO-TERAPIA……..…111

Decima Dichiarazione: Il connubio delle Multinazionali agro-alimentari con quelle chimico-farmaceutiche…….……115

Cap. 1.: il Cibo ……...….118

Capitolo 1.a: CARBOIDRATI ……..……119

Cap.1.b: PROTEINE……..…….126
La DIS-BIOSI intestinale……...…128
Asma, allergie e intolleranze alimentari…… ……..…130
Malattie auto-immuni……..……..……130

Cap.1.c: GRASSI E OLII ("GRASSI ACIDI")……132

Cap. 1.d.: VITAMINE ……..…….135

Cap. 2: la CHEMIO-Terapia…….143

Cap. 2.a: Incompatibilità assoluta della Fito-Terapia e della Terapia Metabolica con la CHEMIO-Terapia……..…….144

Cap. 2.b.: il fallimento della CHEMIO-Terapia…… .145

STATISTICHE UFFICIALI…….……..…149
Tumori al cervello…….…….……149

Carcinomi della regione testa/collo…….……150

Carcinoma del polmone a cellule non piccole…….…….150

Carcinoma bronchiale a piccole cellule……..…….150

Cancro della mammella…….…….155

Carcinoma dello stomaco……...……..157

Carcinoma del pancreas……158

Cancro renale……159

Cancro della Prostata……..……160

Carcinoma ovarico……..…….160

Carcinoma dell'utero e dell'endometrio……..160

Carcinoma colon-rettale…….……..161

Leucemia Linfatica Cronica……..…… .161

Leucemia linfoblastica Acuta nell'Adulto…….……..162

Leucemia linfatica Acuta nei bambini……..……162

Leucemia Mieloide Cronica…….……162

Leucemia Mieloide Acuta …….…….162

Mieloma Multiplo…….……163

Linfoma di Hodgkin ……..……..163

Linfoma NON Hodgkin ……..164

Cap. 2.C.:Equivalenza degli effetti biologici della CHEMIO con quelli della RADIO – Terapia ?.....168

Cap. 2.D.: Diagnosi VERA delle Leucemie e dei Linfomi in base al tipo di danno genetico riportato (ABERRAZIONI CROMOSOMICHE).....174

Cap. 3: la Dieta nei pazienti oncologici…….…….…….176

L'alimentazione nel paziente neoplastico……..……..177
Gli USA legalizzano la contaminazione da OGM. …….184
Natale 2005: crisi del mercato biologico in USA……..……..184

Cap. 3.2 : La TERAPIA attraverso il cibo e i pericoli di esso…….185
Sostanze tossiche ……..189

Cap. 3.3.: L'Agricoltura ……..……..190

L' "Agricoltura Biologica" e la piccola distribuzione locale……..…….186

Valutazioni dell'autore del presente lavoro in merito all'Agricoltura Biologica…….…..193

Per una Agricoltura Biologica con apposite Mappe di Cibo Locale per i pazienti ……..194

La minaccia dei Pesticidi e l'azione curativa dell' Agricoltura Biologica……..…..195

SALVIAMO I SEMI CONTADINI :
PETIZIONE PER LA SALVAGUARDIA DELLA BIODIVERSITà NATURALE ……..197

Cap. 3.4 : Come l'Unione Europea distrugge l'Agricoltura Italiana ……200

Il tentativo di far morire i piccoli produttori a vantaggio dei grandi e di diminuire la produzione agricola ……200

Effetti sulla produzione agricola delle norme europee relative alle dimensioni degli ortofrutticoli……201

La Burocrazia di Bruxelles permette le Rendite Parassitarie…….……201

Gli Ostacoli frapposti alla Vendita Diretta da Produttore a Consumatore…….....201

Effetti negativi di una Lotta contro i Fitofagi (insetti dannosi) condotta in modo irrazionale…….……..201

L'importanza di un'Agricoltura Sana e Autosufficiente……202

Effetti di nuove "strane" malattie sulla produzione agricola……..…202

Tentativo di diminuire la Produzione Agricola denigrando la pratica dell'Irrigazione……...203

Il Glifosato causa problemi nutrizionali nelle piante…….…..204

Le micotossine del Mais OGM e la Piralide…….…….…..205

Cap. 3.5 : L'ultimo inganno. Le Varietà Convenzionali Migliorate o *Marker Assisted Selection* (MAS): quando l'inganno genetico rientra nei campi dei contadini con il grande ritorno delle piante IBRIDE……..206

Dalle piante ibride alle piante OGM *TERMINATOR* …….…….…..208

Cap. 3.6 : La minaccia degli Organismi Geneticamente Modificati (OGM)……209

Cap. 3.7.a.: Effetti genetici sulla discendenza a causa dei cibi OGM……..216

Cap. 3.7.b.: Nuove ricerche sull'impatto degli OGM sulla salute ……..…..…217

Cap. 3.8.A.: L'Unione Europea tenta di autorizzare l'inquinamento del biologico…….…..219

Cap. 3.8.B.: l'Italia si oppone alla patata OGM della multinazionale BASF……..…..219

Cap. 3.8.C.: Maggio 2007, DE CASTRO tenta di "castrare" l'agricoltura italiana, offrendo alle Multinazionali OGM il diritto di contaminare in maniera irreversibile, con le piante OGM coltivate in campo aperto, il patrimonio agricolo italiano……..…..……221

Cap. 3.8.D.: Nuovo studio ammonisce: potenzialmente tossico il Mais della Monsanto approvato per consumo umano ……..…….…….…….222

Cap. 3.8.E.: Semi OGM-Terminator: atto secondo……..……222

Cap. 3.8.F.: OGM: contaminazione silenziosa voluta dalle Multinazionali……223

TREVISO: OGM, nuovi sospetti ……223

Centinaia di ettari a Mais OGM sotto sequestro nel veneziano……...……224

OGM: la questione non è chiusa
Zecchinato (AIAB): *Il vero dibattito inizia adesso*……..……225

SEBASTIANELLI: "OGM, una dittatura invisibile"……...……226

Cap. 3.9.: Referendum sugli OGM e per la Sovranita´ Alimentare di Contadini e Consumatori…….……. ……228

Cap.3.10: Dibattito sulla procedura di autorizzazione delle colture OGM …230

Cap. 3.11 : Contestata la teoria dei geni, sguardo più rigoroso sul biotech…….…..231

Cap. 3.12 : Scienziati e Membri del Parlamento Europeo (MEP) per un'Europa libera da OGM ……232

Cap. 3.13: Un anno di petizione on line "Salviamo i Semi Contadini" (novembre 2007)…….239

Cap. 3.14: in Svizzera via libera a programma di GRANO da semina OGM…….241

Cap. 3.15: la Commissione Europea ha deciso di non accogliere la Petizione sottoscritta da un milione di cittadini dell'Unione Europea per l'etichettatura dei prodotti di derivazione animale contenenti OGM……241

Cap. 3.16: BASF minaccia vie legali contro UE per patata OGM e scrive a commissario UE Dimas: dia l'ok senza ulteriori ritardi…….242

Cap. 3.17: La FDA (*FOOD and DRUG ADMINISTRATION*) ha tenuto nascoste le prove della pericolosita´ dei cibi transgenici…….243

Cap. 3.18.: Agro-ecologia e Sviluppo Rurale: Agricoltura Biologica e "locale" o (dis)Integrata nella chimica transgenico-globalizzata?.....245

Cap. 3.19.: OGM nel biologico (fino allo 0,9%) dal 1 gennaio 2009 ……..249

Cap. 3.20.: Ecologia del Gene e Riduzionismo Scientifico
Biotecnologie, Agroecologia, Alimentazione: le alternative ai rischi degli Organismi Transgenici. ……..……259

Cap. 3.21 : Conclusione ……..…….266

Cap. 4 : Immuno-terapia……..……278

Osservazioni personali sulla Risposta Immunitaria dei pazienti trattati con Aloe, ESSIAC, Graviola, vitamina C e dieta simil-gersoniana…...……283

INFLAMMATIO LYMPHONODIS: ……..*283*

INFLAMMATIO TUMORIS: ……284

FUNCTIO LESA: ……..285

DETOSSIFICATIO TUMORIS……...……..285

DEPROTEINATIO TUMORIS:…….287

RELIQUATIO TUMORIS: ……..288

EXPURGATIO TUMORIS : ……288

RESOLUTIO PARTIALIS TUMORIS: ……..289

RESOLUTIO TOTALIS TUMORIS: ……289

Cap. 4 a.: Stimolazione immunitaria : l'esperienza di S.A. Rosenberg…..…290

Cap. 4.b.: *Aloe arborescens*……..……291

Cap. 4.c.: Altre piante ad attività immuno-stimolante…….295
Piante anti-tumorali, a verosimile proprietà immuno-stimolante e/o apoptosica, riportate nell'*Herbario Novo*……..……308

Cap. 4.d. : *Allium sativum* (Aglio)……..…….310

Cap. 4.e.: le tossine di Coley……...310

Cap. 4.f: Lectine……..……311

Cap. 4.g.: la terapia Gavollo……...……..312

Cap. 4.h.: la terapia Gambetti……312

Cap. 5.: Vitamine ad azione di APOPTOSI : le piante che fanno ”suicidare” il Cancro……..……...……..……313

L’Apoptosi: il comando di suicidio della cellula malata…….…….……..…..325

Alterazione dell’Apoptosi naturale da parte delle Multinazionali OGM……..330

Pseudo-Apoptosi……..……..331

Cap. 5.a: l'Emodina-Aloe…….……..……333

Calcolo teorico della farmaco-cinetica dell'Emodina-Aloe nell'uomo per terapia di Mieloma Multiplo…….…….334

Cap. 5.b.: Vitamina B 17 (Amigdalina o Leatrile)…….……345

Aspetti clinici della terapia con Laetrile (vit. B 17) per endovena…….……355

Cap. 5.c: Bacche di *Pittosporum tobira* e di *Chamaerops excelsa* ……358

Cap. 5.d: il Limonene……358

Cap. 5.e: tumori al cervello: efficacia dell’Elemene……..359

Cap. 5.f: Altre vitamine ad attività apoptosica o pseudo-apoptosica …….360

Cap. 5.g: Gli anti-neoplastoni di Burdzynski……..…..…370

Cap. 5.h: Gli anti-neoplastoni di Bonifacio……..……..372

Cap. 6: **L’equilibrio acido-base** ……..373

Cap. 7: Vitamine ad azione anti-stromale sul tessuto connettivo tumorale……..…376

Cap.8: Vitamine catalizzatrici di reazioni enzimatiche mitocondriali……..……379

Cap. 8.a.: Bis-carbossietile Germanio sesquiossido (Ge132)…….381

Cap. 8.b.: Zinco……..…….……. 384

Cap. 8.c.: Iodio……..……..…..… 385

Cap. 9: Vitamine ad azione anti-ossidativa …….……..386

Cap. 9.a.: Retinoidi e carotenoidi : Axeroftolo Palmitato, Beta Carotene e Acido Trans-Retinoico……..……..……..…388

Cap. 9.b: *Camellia sinensis* (The verde)…… ……...…….391

Cap. 9. c. : vitamina C……392

Cap. 9.d: Vitamina D……..……394

Cap. 9.e: Vitamina E (alfa tocoferolo)…… ……..…..……..395

Modificazione dei contenuti di Tocoferoli da parte di Multinazionali OGM…..…….…..397

Cap. 9.f: la vitamina F……..……..398

Cap. 9.g: la Betaina (Trimetil-Glicina, TMG) ……...……..403

Cap 9.h: *Silybum marianum* (Cardo mariano) …….……. 404

Cap 9.l: il Licopene……406

Cap. 9.m: gli acidi organici…….……407

Cap. 9.n: altre vitamine anti-ossidative…..…...……...…….408

Cap. 10 : Vitamine ad azione anti-infiammatoria e anti-dolorifica……..…….412

Cap.11: Vitamine ad attività anti-infettiva……..……422

Cap. 12: Vitamine ad attività anti-uricemica …….430

Cap. 13: Vitamine ad azione anti-telomerasi……..…….433

Cap. 14: Basso apporto energetico al tumore. …….435

Cap. 15: Vitamine inibenti i fattori di crescita (anti-Angiogenesi) ……..….445

Cap. 16: Sostanze ormonali ……..…….449

Cap. 16.a : Somatostatina /Octrotide LAR……..……449

Il pericolo della Somato-tropina……..…….……451

Cap. 16.b.: Melatonina……..452

Cap. 16.c.: Tamoxifene (Kessar®,Nolvadex®) e fito-estrogeni naturali……454

La Terapia Ormonale Sostitutiva (T.O.S.) è connessa con il cancro al seno ? 456

Cap. 16.d. : DHEA……..……457

Cap. 16.e. : Demeclociclina (Ledermicina ®)……..……458

Cap. 17: Terapia Metabolica: futuri aspetti legislativi……..…….459

The case of the "LAETRILE" (Vitamin B17) …….…….467

Cap. 18: Protocollo-base Terapia Nacci ……..…….471

Cap. 19: Altre malattie cronico-degenerative: Diabete, Sclerosi Multipla, Alzheimer, malattie cardiovascolari, , invecchiamento…….……490

Cap. 19.1: **Diabete Mellito non-insulino dipendente, o diabete dell'adulto**…491

il Diabete e la grave minaccia degli Organismi Geneticamente Modificati……..…..495

Il Cromo organico……..……..……496

Il moderno trattamento farmacologico e il grande spreco delle risorse finanziarie……..……496

Guarigione con la dieta simil-gersoniana……..……497

Cap.19.2 : Le malattie neurologiche, le malattie cardiovascolari e l'invecchiamento ……..…498

L'invecchiamento……..498
I telomeri e l'invecchiamento……...……499
Altri fattori dell'invecchiamento…….……499

Alcune malattie neurodegenerative…….501

Sclerosi Multipla (o Sclerosi a Placche) …….501

Eziopatogenesi e terapia della Sclerosi Multipla secondo C. Kousmine……. 501

Eziopatogenesi e terapia della Sclerosi Multipla secondo il prof. Roy Swank, della *University of Oregon Health Sciences Center* in Portland……502

Casi clinici personali…….503

Malattia di Alzheimer……505
La carenza dello Zinco nella Malattia di Alzheimer……506
Il Floop dello *Studio Cronos* contro l'*Alzheimer*……506
La Sclerosi Laterale Amiotrofica……507

Morbo della Mucca Pazza, morbo di *Kuru* o di *Creutzfeldt-Jacob*……508

Malattie cardio-vascolari ……...…511

Cap. 19.4 : MEDICINA D'URGENZA……512

Cap. 19.5: Il falso mito del Colesterolo cattivo, la verità della carenza di vitamina C e la questione farmaceutica delle Statine…….……513
La minaccia delle statine…….514
L'interesse commerciale delle statine……514

Cap. 19.6.:Lo scandalo dei nuovi farmaci anti-infiammatori COX 2……514

Cap. 20: Controindicazioni assolute e relative all'uso di piante……..…515

Cap. 20.a : Effetti collaterali e controindicazioni assolute o relative all'impiego di piante ad uso medico, riportate nel testo o comunque d'uso comune in Fito-Terapia……..…….……516

Cap. 20.b: Piante potenzialmente efficaci su tumori, ma di cui si conoscono già, o si sospettano, pesanti contro-indicazioni all'impiego……..……522

Cap. 20.c : Piante di cui si ritiene contro-indicazione assoluta all'impiego…523

Cap. 21: NOMI DI PIANTE menzionate o meno nel testo……...527

Bibliografia……...……554

La Legge dei Rommuni…….……...…610

ALLEGATI……..615

Allegato No. 1 : Aspetti medici della manipolazione genetica (Relazione sull'intervento di Sergio Maria Francardo)
Allegato No. 2.: *Articolo di AGNÈS SINAI - Ricercatrice.*
Allegato No. 3: Dott.ssa Sherry Rogers: la sconvolgente verita' sugli OGM
Allegato. No. 4: *The Case for a GM-free Sustainable World* (Per un mondo sostenibile, libero da OGM)
Allegato No. 5: Retrovirus e Cancro
Allegato No. 6: La lista ufficiale degli OGM autorizzati in Europa
Allegato No. 7: OGM : articolo di *Vandana Shiva*
Allegato No. 8: **Referendum sugli OGM e per la Sovranita´ Alimentare di Contadini e Consumatori**
Allegato No. 9: Lettera aperta al Governo
Allegato No. 10: Il Consiglio dei Diritti Genetici presenta il progetto "*Osservatorio Agro-biotecnologie*".
Allegato No. 11: il trasferimento genico orizzontale: il flagello dell'ingegneria genetica (1)
Allegato No. 12 FEDERAZIONE PER IL DIRITTO ALLA LIBERTA' DI CURA - ONLUS www.dirittolibertadicura.org
Allegato No.13: Gli OGM aumentano l'uso dei pesticidi
Allegato No. 14: OGM nocivi alle farfalle: i mais MON810 e Bt11 riducono del 20% la natalità dei lepidotteri.
Allegato No. 15: Troppi insetti: è colpa degli OGM. Gli OGM uccidono gli uccellini
Allegato No. 16: In arrivo le Banane OGM
Allegato No. 17: **Gli effetti della contaminazione da OGM peggioreranno**
Allegato No. 18 ***Beppe Grillo*** : **quando le api muoiono sui campi OGM**
Allegato No. 19 Gli organismi contaminati dagli OGM presentano le stesse caratteristiche di nocività.
Allegato No. 20 Il Mais transgenico è causa di fenomeni di pseudo-gravidanza.
Allegato No. 21 Negli USA esistenti più di 300 coltivazioni segrete di piante OGM per la produzione di medicine.
Allegato No. 22 Gli scienziati hanno creato la pianta definitiva: il mais contraccettivo
Allegato No. 23 L'inquinamento genetico minaccia l'agricoltura biologica (IFOAM)
Allegato No. 24 Il cibo OGM, contenendo RETRO-VIRUS transgenici, può provocare tumori maligni come il Cancro o la Leucemia, mutazioni genetiche sulla discendenza, e può essere causa di nuove malattie infettive
Allegato No. 25:Cliniche straniere che eseguono terapie anti-cancro con vitamina B17, Aloe, e altre sostanze fitoterapiche (testo in lingua inglese)
Allegato No. 26: Attenzione al Miele filtrato.
Allegato No. 27: Lo strano caso della corazzata tedesca di New York.
Allegato No. 28: L'espianto di organi a cuore battente: il paziente è realmente morto dopo solo 6 ore di EEG piatto?
Allegato No. 29: L'Uomo e lo Scimpanzè; un paradosso evolutivo.
Allegato No. 30: Scala degli Effetti biologici della CHEMIO e della RADIO.
Allegato No. 31: Nasce "BOTTEGASOLIDALE.COM"
Allegato No. 32: Il crimine della sperimentazione sull'embrione umano congelato
Allegato No. 33: L'influenza umana e la supposta minaccia dell'influenza aviaria, della SARS e di altre epidemie
Allegato No. 34: Giornata Nazionale della Salute Consapevole.
Allegato No. 35: Novembre 2005: ultima lettera dall'America.
Allegato No. 36: Efficacia dell'*Aloe* sul diabete e sulle malattie cardiovascolari (5.000 casi).
Allegato No. 37: *un paziente ci scrive*….
Allegato No. 38: Paziente terminale guarito dal cancro al polmone con *acidi grassi OMEGA-3* (EPA - DHA).
Allegato No. 39: I Mostri genetici di Domani.
Allegato No. 40: Vaccino contro il papilloma-virus umano: 371 gravi reazioni avverse dopo vaccinazione con *Gardasil*
Allegato No. 41: Fondazione Europea Ramazzini: l'esposizione ad Aspartame a basse dosi, dalla vita fetale e per tutta la vita, aumenta gli effetti cancerogeni sui ratti
Allegato No. 42: Api : l'estinzione silenziosa
Allegato No. 43: Terapia Breuss: un caso clinico documentato
Allegato No. 44: Ricerca di vitamine nel sangue di pazienti affetti da tumore
Allegato No. 45: Jason Vale : un eroe americano
Allegato No. 46: Sementi alla FAO e Biopirateria
Allegato No. 47: Morte per farmaci
Allegato No. 48 : Il pessimo affare di coltivare benzina
Allegato No. 49: Studio shock sull'uso dei cellulari: Rischio tumore sale del 20-30%
Allegato No. 50: Le Scimmie di Dio
Allegato No. 51: 30 casi clinici del dott. Gonzales (in lingua inglese)
Allegato No. 52: Dott. Waisbren
Allegato No. 53: 15 casi clinici del Kroiss Center
Allegato No. 54 : Dr. Josef Issels
Allegato No. 55: "…*Nell'ultima Valle Del Mondo*…."

DEDICA

Questo mio modesto lavoro è dedicato a tutti quei Medici che così sono descritti, nel loro duro ed oscuro lavoro, dal collega Paolo Cornaglia Ferraris (*):

….”La maggioranza dei medici lavorano per curare i malati. Non fanno carriera, non vincono i concorsi, non vanno in cattedra, ma sono presenti, oltre l’orario di lavoro e senza speranza di vedersi retribuire le ore straordinarie, alle quali poco badano, esagerando, semmai, nel consumare le proprie energie oltre ogni limite e sino ad ammalarsi loro stessi. Sono accanto al letto dei malati, lavorano volentieri, nonostante l’ambiente, le voci, gli scandali. Loro principale gratificazione è curare e guarire, ricevere un grazie da chi soffre, impiegare al meglio la scienza che hanno accumulato con lo studio e l’aggiornamento faticoso di tutta una vita.

Umili, tenaci, percorrono ogni giorno chilometri di corsie, strade e scale di appartamenti, occupano scrivanie sbilenche di ambulatori pubblici, dai quali qualcuno ruba persino il termometro, e comprano di tasca loro ciò che è essenziale.

Si rifugiano in famiglia, tentando di difendersi dall’aggressione di pazienti maleducati e pretenziosi, che poco li considerano perché così si valuta un medico che non chiede iperboliche cifre di denaro. Sono loro i medici veri, quelli che le persone intelligenti dovrebbero andare a cercare, se hanno bisogno di essere curati. Se la gente smettesse di venerare i “Principi” della dermatologia, dell’oncologia, della grande eccelsa chirurgia, di tutte le discipline altisonanti e di moda, i baroni delle accademie, i presenzialisti della TV, i proprietari di studi nei quali una visita costa almeno 500 Euro, per dieci minuti di un parere valido tanto quanto quello di un medico da corsia, se capisse che il medico e il paziente decidono insieme un percorso di cura e riabilitazione intessuto sulla reciproca fiducia e conoscenza e sulla disponibilità all’ascolto e alla reciproca comprensione, bene, allora la Sanità pubblica funzionerebbe molto meglio…”

(*) Tratto da: Paolo Cornaglia Ferraris: “*Il Buon Medico. Chi, come e dove trovarlo*”, G.Laterza ed. 2002

Introduzione

La motivazione di base che ha condotto l'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci, all'approccio terapeutico di una vera e propria "Dieta-anti-Cancro" integrata con più di 400 piante medicinali (nello specifico, vedi in fondo: Cap. 18: "*Protocollo-base Terapia-Nacci*"), è dovuta, fondamentalmente, ad una riflessione sulle tante scuole di pensiero medico nate per la cura del Cancro, di cui le più importanti, tutte a base di migliaia di fattori attivi estratti da piante medicinali (vedi anche: Nona Dichiarazione d'Intesa), sono la medicina tradizionale cinese (Pen Tsao), la medicina tradizionale indiana (Ayurveda), e la medicina classica occidentale. Quest'ultima, in particolare, è oggi riportata in diversi protocolli come la "terapia Gerson", la "terapia Binzel", la "terapia Breuss", la "terapia Hoxsey", la "terapia Valnet", la "terapia Krebs", la "terapia Ferguson", la "terapia Pantellini", la "terapia Nieper", la "terapia Issels", la "terapia Gonzales", la "terapia Contreras", la "terapia Novarro", la "terapia Burdzynski", la "terapia Steiner", la "terapia Revici", e di altri autori (Linus Pauling, John Morrone, Michael Schachter, Etienne Callebout, Paul Beals, Joseph Brenna, Stephen Edelson, John Beard, Harold Manner, Douglas Brodie, Chaterine Kousmine, Liborio Bonifacio, Maria Treben, Vladimir Rizov, Ettore Guidetti, Benedetto Rossi, Ramos Castillo, Linda Isaacs, Swetlikoff, Renè Caissè, Paul Wedel, John Richardson, Marco Tasca, Castore Durante, Padre Romano Zago). Vi sono infatti cliniche private (vedi ALLEGATO 25) che eseguono queste terapie "classiche" occidentali ("Medicina Classica" o "Metabolica"), spesso associate anche a formulazioni indiane e cinesi (vedi anche cap. 17: "*la Terapia Metabolica*".

Personalmente, si ritiene che la chiave comune del successo terapeutico di tutte queste scuole europee, americane ed asiatiche debba riposare essenzialmente sul fatto che l'alimentazione data ai pazienti neoplastici risulti essere completamente priva di vitamina B12, quasi priva di Glucosio, priva di acidi nucleici (DNA), priva di formulazioni alimentari complete di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali (Leucina, Valina, Isoleucina, Lisina, Metionina, Triptofano, Treonina, Fenilalanina, Istidina).
Viceversa, l'alimentazione fitoterapica qui descritta risulterà essere ricchissima di decine di migliaia di vitamine e di complessi pro-vitaminici, capaci di detossificare gli organi e gli apparati emuntori (apparato gastro-intestinale, fegato e reni, vedi cap.9 e 12), d'innescare il fenomeno dell'apoptosi nelle cellule tumorali (vedi capitolo 5), cioè d'indurre la riattivazione degli enzimi di endonucleasi, con successiva auto-distruzione del DNA della cellula neoplastica e, soprattutto, di dare inizio alla cascata immunitaria (vedi capitolo 4), cioè d'indurre la riattivazione dei Linfociti *Natural Killer*, dei Linfociti B (con produzione di anticorpi policlonali diretti verso gli antigeni tumore-associati delle cellule malate), dei linfociti Killer, di monociti, granulociti etc…).

A completamento della terapia così descritta, sarà anche importante, secondo l'autore del presente lavoro, che il paziente esegua attività fisica moderata per non indurre l'organismo a consumare le proprie masse muscolari per sopperire alla richiesta biochimica da parte del tumore di vitamina B12 e di acidi nucleici.

Infine, la detossificazione epatica dalle tossine tumorali risulterà anch'essa necessaria, per evitare il fallimento della terapia stessa, una volta avviata la risposta immunitaria (VES), con infiammazione relativa della neoplasia ed immissione nel sangue delle sue pericolose tossine tumorali.

Il Silenzio assordante della Medicina Ufficiale

(parzialmente tratto e modificato da: www.metodokousmine.it)

Medici come Kousmine o Gerson sono stati insigni ricercatori, abituati a rigorosi parametri scientifici e a controlli continui di laboratorio. Eppure le loro metodiche di cura non hanno "sfondato" il muro di indifferenza e di ostilità del mondo medico ufficiale.
La questione può essere riassunta nei seguenti punti:

1) Impossibilità di sperimentazione in "Prova in Doppio Cieco".
Il principale metodo scientifico di verifica dell'efficacia di una terapia è quello della sperimentazione detta "a doppio cieco". Si selezionano cioè due gruppi di malati, divisi in modo totalmente casuale (random) e quindi analoghi tra di loro; al primo gruppo si somministra la terapia, al secondo gruppo un semplice placebo. Nessun malato sa se a lui venga effettivamente somministrata la cura e nemmeno il medico a contatto con il malato. Dal confronto dei risultati ottenuti si deduce l'effettiva efficacia della terapia. E' evidente che le terapie naturali come ad esempio il metodo Kousmine o il metodo Gerson non possono essere sottoposte a questo tipo di controllo: una terapia fito-alimentare non può essere simulata da un placebo ed è anche troppo complessa e lunga per garantire un effettivo controllo, senza costi eccessivi.

2) Costi altissimi della Ricerca Scientifica
Le ricerche mediche sono costosissime: praticamente possono essere condotte solo da grandi ditte chemio-farmaceutiche. E nessuna di queste finanzierà mai controlli di validità sulle "cure naturali" che hanno costi pressoché nulli e che portano alla diminuzione dei loro guadagni; lo stesso aggiornamento dei medici (E.C.M.: *Educazione Continua in Medicina*, voluta strenuamente 5 anni fa dall'allora ministro della Salute Veronesi) è in gran parte condotto dalle industrie chemio-farmaceutiche: sono loro che finanziano le riviste mediche, i convegni, i corsi di aggiornamento.
Ma ci sono medici esemplari che si aggiornano coscienziosamente al di là dei canali più consueti: ma non sono molti.
Anche gli Istituti di Ricerca e, di recente, anche le stesse Università statali italiane, sono sempre più legati ai finanziamenti privati esterni, perché i fondi statali per la ricerca non ci sono quasi più…sarebbe quindi una politica suicida, da parte degli Istituti di Ricerca e da parte delle stesse Università italiane propagandare metodi di cura in assoluto contrasto con gli interessi delle aziende private chemio-farmaceutiche.

Per questi motivi, troverete facilmente medici che, senza aver mai letto una riga dei libri di Kousmine o Gerson, senza saper neppure bene in che cosa consistono queste "cure naturali fito-alimentari", vi diranno che tali terapie servono a poco e che non vale la pena praticarle…
Se però leggerete libri seri di ricerca scientifica, troverete con sorpresa che numerosi altri ricercatori sono giunti alle stesse conclusioni di Gerson e di Kousmine, senza aver mai conosciuto nemmeno i loro nomi: una conferma che la Ricerca Medica, quando è onesta e libera, giunge a straordinarie convergenze e a profonde sinergie. Del resto, la stessa Costituzione italiana difende il *Diritto alla salute*, in base all'articolo 32 : *Etica medica e libertà di consapevole e informata scelta terapeutica*

Art.32 della Costituzione Italiana:
La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.
Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Un ricordo particolare va quindi anche alla Dott.ssa Catherine Kousmine, scomparsa di recente, di cui si riporta questa sua breve testimonianza e accusa contro l'Oncologia ufficiale, tratto da: "*Salvate il vostro corpo*", seconda edizione, della Dott.ssa Catherine Kousmine, Ed. Tecniche Nuove, via Eritrea 21, 20157, Milano, www.tecnichenuove.com , pp.356-358
www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=147
(Altro testo, pure utile: "La tavola della salute" www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=4869)

"...La verità così sconvolgente, incredibile, addirittura "inammissibile", è che la causa principale delle malattie degenerative, il cui numero supera la nostra capacità di adattamento, risiede nella nostra errata alimentazione, e solo eliminando le diverse carenze e ritornando ad una alimentazione sana e naturale sarà possibile curare queste malattie con successo. Questa tesi diviene legittima attraverso la molteplicità degli esempi proposti: i malati che visito rappresentano, per un'abbondante metà, l'insuccesso della medicina convenzionale ufficiale; oppure si tratta di casi la cui prognosi è statisticamente pessimistica, prevedendo a scadenza più o meno breve la percentuale del 50%, e anche superiore, di decessi o d'invalidità, nonostante la scrupolosa osservanza delle terapie mediche ufficiali; o ancora si tratta di malati per i quali la medicina convenzionale ufficiale non ha nulla da proporre (come ad esempio nel caso di malattie genetiche).
In questo caso, non ho che l'imbarazzo della scelta. I malati di sclerosi a placche, ad esempio, si recano nel mio studio da parecchi anni ormai; ne visito anche venti alla settimana e li controllo soltanto ogni quattro-dodici mesi. Poiché tutti ne parlano, ci sono pazienti che affrontano un viaggio di centinaia di chilometri nella speranza di trovare una cura efficace. E' ormai giunto il momento che i miei colleghi medici si informino e si diano da fare. E' ovvio che gli specialisti rappresentano la categoria più difficile da convincere, sia perché ricoprono posti di responsabilità, sia perché sono più anziani. Il prof. Guido Fanconi, che insegnava all'Università di Zurigo ed è stato il mio esimio maestro (oggi non è più fra noi), non diceva forse ai suoi allievi di possedere "la follia del dubbio"?
Il dubbio in sé è una qualità scientifica, a patto che sia seguito da un controllo oggettivo, cosa che il mio maestro ha sempre fatto, soprattutto prima di pronunciare un giudizio definitivamente sfavorevole. Sono stata spesso criticata, hanno denigrato il mio lavoro, anche recentemente nell'aprile 1986 e nel marzo 1987, però i miei detrattori, che passano per uomini di scienza e non lo sono affatto, non si sono mai presi la briga di verificare né di applicare i metodi che proponevo.
Gli oncologi sono i miei più agguerriti antagonisti; rigorosamente specialisti, considerano il cancro un corpo estraneo da eliminare. Non è un po' arbitrario come giudizio, indegno del xx secolo ? Come dice assai bene Zabel: "…*L'attuale medicina convenzionale ufficiale parla del cancro come se un uomo sano per un inconcepibile intervento della malasorte, avesse visto formarsi una proliferazione cancerogena in una parte del suo corpo peraltro in ottime condizioni !...*". Orbene il malato di cancro, indipendentemente dalla sua istruzione e dalla sua cultura, si rende perfettamente conto che è stato il suo organismo a formare il tumore e perciò deve esserci una causa che va eliminata. I miei detrattori affermano che spetti a me portare un congruo numero di prove, sapendo benissimo che nessun medico generico può farlo seguendo i criteri attualmente considerati validi. Essi considerano "aneddottiche", vale a dire senza alcun valore, le mie osservazioni cliniche. Dimenticano però che tutta la scienza medica, fino alla prima metà di questo secolo, si è basata essenzialmente sulle osservazioni cliniche. Così facendo, essi creano un pregiudizio, che si fonda sulla malafede, che impedisce il progresso e danneggia il malato. Di certo è comunque preferibile riuscire a guarire "aneddoticamente", visto che la scienza non ha più nulla da offrire.
Soltanto i giovani medici che vengono nel mio studio per seguire il mio lavoro posseggono l'apertura mentale necessaria a imparare. Essi sono provvisti di "occhi per vedere, orecchie per ascoltare" e, ormai convinti, desiderano seguire il mio esempio. Quando ciò avviene, ottengono gli stessi risultati. Oggi ve ne sono ottantuno, in Francia, in Svizzera, in Germania, in Belgio, e in Canada. Sono dei medici generici o degli specialisti in medicina interna, che hanno un'attività ben avviata e possono rispondere all'appello dei malati del loro paese, che io invio loro.
Il mio primo libro, "*La tavola della salute*", ha fatto scalpore nell'ambiente medico, e posseggo una lista d'attesa di colleghi che ancora aspettano di venire da me. La parte essenziale del mio metodo consiste nell'insegnare al malato a gestire il suo corpo. Il medico deve farsi carico di informarlo, di spiegare la genesi della sua malattia, convincerlo che non è una fatalità, ma la conseguenza del suo comportamento nei confronti del suo corpo, e che perciò deve essere corretto. Se ci si limita a dare ordini, non si otterrà nessun risultato.
Ora che sono giunta alla fine della mia carriera, ho un solo interesse da raggiungere: trasmettere al maggior numero possibile di giovani medici le nozioni acquisite. Coloro che sono venuti nel mio studio per imparare, cercano di creare una rete di comunicazione all'interno della quale sia possibile scambiare i risultati ottenuti e favorire ogni tipo di conoscenza. Un'associazione di medicina Kousmine è stata fondata a Parigi, e il primo maggio 1987 ha organizzato in Francia il suo primo congresso internazionale. Credo sia il modo migliore per contrastare coloro che denigrano il mio lavoro, far tacere il professor L. Israel e "*far trionfare la verità prima che muoiano i seguaci dell'errore*"; questo per il bene dei malati.
Insisto, ancora una volta, sul fatto che, in presenza di una malattia grave, non basta normalizzare l'alimentazione. Come ha ben illustrato un mio allievo, il metodo che seguo poggia su quattro pilastri, come una sedia poggia su quattro gambe: se ne togliete una, la sedia si ribalta. La sana alimentazione è uno dei pilastri, la pulizia intestinale e la

rigenerazione della mucosa dell'intestino è il secondo pilastro, il ripristino dell'equilibrio acido-basico il terzo, infine il quarto pilastro consiste in un abbondante apporto di vitamine e di oligo-minerali, che eliminano le carenze.
Nel mio libro "La tavola della salute", ho descritto alcuni casi di cancro che hanno subito un'evoluzione quanto mai favorevole per il malato, non appena ho applicato i miei principi terapeutici. Naturalmente ho trattato anche altre malattie: miastenie, mastopatie, sterilità, amenorrea, colite ulcero-emorragica, eczema ribelle, psoriasi, trombosi, disfunzioni cerebrali, ecc….e il lettore interessato può documentarsi. Per quanto riguarda la sclerosi a placche, si consiglia di leggere il volumetto "*La sclerosi a placche non è inguaribile*", (Ed. Natura)…".

Nota: "*La sclerosi a placche non è inguaribile*", vedi: www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=4110

Ma oltre al ricordo della dott.ssa Kousmine, prima di iniziare con la lettura di questo lavoro, è comunque doveroso riportare fedelmente ciò che avvenne il 3 luglio 1946 al Congresso degli Stati Uniti, allo scopo di informare il Lettore su come determinate verità possano risultare talmente scomode da essere vietate e rese del tutto sconosciute nelle nostre Università e nei nostri ospedali, poiché chi scrive, pur frequentando università e i più prestigiosi centri di ricerca oncologici italiani, non venne mai a conoscenza di questi fatti, fatti che però alla fine conobbe, in maniera fortuita e occasionale, solo pochissimi anni fa, dopo quasi vent'anni di inutili ricerche scientifiche sul cancro (culminate persino con un inutile brevetto), e la cui conoscenza reale dei fatti ha pertanto determinato la stesura integrale di questo lavoro.

3 LUGLIO 1946: Washington, il giorno in cui il Cancro fu sconfitto

Tratto da : "The *Gerson therapy. The amazing juicing programme for cancer and other illnesses*", by Charlotte Gerson and Morton Walker, Thorsons ed. (Macroedizioni www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3698).

"Per tre giorni, dal primo luglio a 3 luglio 1946, il Senato degli Stati Uniti raccolse le testimonianze di medici oncologi di fama nazionale in relazione alla legge 1875 del Senato degli Stati Uniti, conosciuta con il nome di Proposta di legge Pepper-Neely per la lotta contro i tumori. In questo disegno di legge i senatori Pepper e Neely raccomandavano uno stanziamento di 100 milioni di dollari USA nel bilancio del governo degli Stati Uniti per finanziare le ricerche sul cancro e trovare, una volta per tutte, un modo per curare questa malattia maligna.
A seguito della relazione presentata da un medico e da un avvocato di Washington D.C., consulenti del senatore della Florida Claude Pepper, in cui si diceva che per la prima volta nella storia, un certo dottor Max Gerson disponeva appunto di un trattamento efficace per la cura dei tumori, il senato degli Stati Uniti invitò il medico a illustrare il suo approccio terapeutico per curare il cancro. Di conseguenza il dott. Gerson si presentò con cinque pazienti guariti dal tumore e sottopose le cartelle cliniche di altri cinque pazienti alla sottocommissione Pepper-Neely della Commissione per le relazioni con l'estero del Senato del settantacinquesimo Congresso.
La testimonianza resa dallo specialista e dai suoi pazienti ebbe un impatto tale da spingere il senatore Pepper a indire una conferenza stampa per informare i mezzi di comunicazione dei risultati della Terapia Gerson. Tuttavia, l'azione di lobbismo in favore delle multimiliardarie *Pharmaceutical Manufacturers' Association* (PMA), dell'*American Medical Association* (AMA) e dell'*American Cancer Society* (ACS), riuscì a far passare sotto silenzio la conferenza stampa radunando tutti i giornalisti a un cocktail party che si svolse contemporaneamente alla conferenza e dove sarebbero state servite ricche pietanze e vino e dove alcolici sarebbero sgorgati a fiumi. L'unico giornalista che preferì assistere alla presentazione del metodo Gerson fu Raymond Gram Swing, giornalista radiofonico per la rete *American Broadcasting Corporation* (ABC).
Durante la seconda guerra mondiale, Raymond Swing era stato un famoso corrispondente. Swing partecipò alla conferenza stampa del Senato nel corso della quale prese un'infinità di appunti che poi utilizzò per la sua trasmissione pomeridiana *East Coast*, mandata in onda dalla ABC alle 18.00 di mercoledì 3 luglio 1946. Di seguito riportiamo l'intervento di Raymond Gram Swing che venne trasmesso in ogni stato dell'America settentrionale:

…"Spero che il tempo mi darà ragione se questa sera, invece di parlarvi dell'accordo su Trieste concluso dai ministri degli Esteri a Parigi, o della continua crisi dell'OPA a Washington, o perfino del presidente Truman che ha firmato la legge Hobbs contro la malavita organizzata, parlerò invece di una straordinaria udienza sul cancro e sulla necessità di indirizzare la ricerca verso nuovi campi, tenutasi ieri di fronte alla sottocommissione del Senato a Washington.
Al Congresso è stata presentata, con lo stesso fervore che fu manifestato per la discussione a favore dell'energia atomica, una proposta di legge, chiamata Pepper-Neely, che prevede lo stanziamento di cento milioni di dollari per la ricerca sui tumori e affida l'incarico a scienziati con perspicacia e intelligenza tali da poter risolvere il problema.
Questo da solo potrebbe rappresentare un buon argomento per una trasmissione, un esempio di come una grande democrazia può utilizzare le proprie risorse intellettuali e finanziarie. Ma ieri l'esposizione si è rivelata incredibilmente avvincente a seguito di dichiarazioni di portata eccezionale rilasciate in presenza della sottocommissione presieduta dal senatore Pepper, che sovrintendeva l'indagine conoscitiva su questa proposta di legge.
A prestare testimonianza era stato invitato il dott. Max Gerson, scienziato rifugiatosi in America e ora residente a New York. Il dott. Gerson fece testimoniare, uno dopo l'altro, cinque suoi pazienti. Erano stati scelti per rappresentare i cinque tipi di tumore più diffusi e ognuno di loro dimostrò che il metodo Gerson aveva avuto ciò che può essere prudentemente descritto come "effetto favorevole sul decorso della malattia". E questo è già incredibile, ma lo diventa ancora di più se si considera il fatto che il metodo del dott. Gerson si basa principalmente su una dieta che lui stesso ha perfezionato nell'arco di una vita di ricerche e sperimentazione. Da un punto di vista medico non è ammissibile affermare che il dott. Gerson sia riuscito a curare il cancro utilizzando un metodo alimentare, perché prima di poter sostenere una tale affermazione devono passare almeno cinque anni senza che il cancro si ripresenti. Con la sua dieta il dott. Gerson ha curato casi di tubercolosi e di altre malattie, ma negli Stati Uniti si sta occupando di tumori solo da quattro anni e mezzo. Ciononostante, un metodo in grado di offrire anche solo una possibilità di guarire con successo alcuni dei quattrocentomila casi di tumore registrati nel nostro paese non può che suscitare grande scalpore, per quanto

cautamente possa essere enunciato. Non ci sarebbe bisogno della legge Pepper-Neely per stanziare cento milioni di dollari per la ricerca sul cancro se allo stato attuale le ricerche fossero in grado di far fronte al problema.
Finora ho cercato di scegliere con attenzione le parole, e questo ha in parte minimizzato lo stupore e la gioia che ho provato ieri durante la seduta della commissione Pepper. Una cosa è parlare di chimica, dieta, vitamine e altri fattori della scienza medica, mentre un'altra è vedere, come è successo ieri durante la seduta, una ragazza di diciassette anni che era stata colpita da un tumore al cervelletto su cui non era stato possibile intervenire chirurgicamente e che l'aveva paralizzata. Ieri l'abbiamo vista camminare, senza sostegno, fino alla sua sedia e l'abbiamo sentita parlare con molta chiarezza del proprio caso e del trattamento seguito. Poi è stato il turno di un uomo robusto e forte, un ex-sergente dell'esercito. Anche lui era stato colpito da un tumore maligno al cervelletto. Dopo l'intervento avrebbe dovuto sottoporsi a un trattamento drastico con raggi X ma non fu possibile perché i raggi avrebbero provocato danni irreparabili al cervello. Ieri, mentre forniva la sua testimonianza, si poteva vedere che era in piena salute e ovviamente era molto fiero della sua incredibile guarigione.
Infine ha testimoniato una donna che era stata colpita da carcinoma alla mammella che tendeva a formare metastasi. Ieri era in buona salute e le sue parole esprimevano fiducia e sicurezza.
Senza dubbio, pochi casi che attestano un tale miglioramento non possono, da soli, modificare il punto di vista della comunità medica. Ma costituiscono fatti concreti e non casi fortuiti, e come tali devono essere tenuti in considerazione. E ci sono ancora molti, innumerevoli casi che potrebbero essere citati.
Dovrebbe essere compito dei ricercatori medici studiare a fondo questi fatti e portare ogni possibile speranza a una conclusione finale.
Pertanto i sostenitori della legge Pepper-Neely possono affermare che se non si trova un modo per sconfiggere il cancro, milioni di americani saranno condannati a morire di questa terribile malattia. Cento milioni di dollari sono poco più di un pagamento simbolico che l'America dovrà fare per esorcizzare questa ondata di morte. E senza ombra di dubbio, l'approccio nutrizionale del dott. Gerson è uno dei punti di partenza più promettenti.
Il dott. Gerson è stato una figura di spicco, anche se controversa, della Germania pre-hitleriana. Fu ostacolato perché con la sua terapia nutrizionale minava alla base il metodo tradizionale per il trattamento della tubercolosi. E' stato assistente del dott. Foerster, famoso neurologo di Breslau, e per anni assistente di Sauerbruch, uno dei medici più eminenti del continente europeo. La dieta Sauerbruch-Gerson per curare la tubercolosi è conosciuta nell'ambiente medico europeo e fa parte della letteratura medica approvata. Il dott. Gerson riferì alla commissione Pepper che aveva elaborato la sua teoria nutrizionale mentre cercava di curare se stesso da una forma di emicrania. In seguito curò altre persone fra le quali anche un uomo affetto da tubercolosi cutanea. A Weimar il dott. Gerson fu riconosciuto come una vera autorità nel campo della nutrizione ed è a lui che si deve il cambiamento di alimentazione dell'esercito tedesco, il quale passò da una dieta a base di cibi in scatola a una a base di cibi disidratati…"

Raymond Gram Swing continuò la sua trasmissione radiofonica aggiungendo ulteriori informazioni. Non appena terminò, il centralino dell'emittente *American Broadcasting Corporation* (ABC) di New York cominciò a lampeggiare come un albero di Natale. Giunsero telefonate da ogni parte del paese per avere ulteriori informazioni sulla terapia Gerson. Ma all'ascolto c'erano anche rappresentanti di più oscure e influenti potenze commerciali e politiche. I dirigenti delle società farmaceutiche produttrici di agenti citotossici (Chemio-Terapia) per la cura del cancro, soci della PMA, minacciarono l'emittente di annullare tutti i loro contratti pubblicitari per i medicinali da banco, ciò avrebbe comportato per l'emittente ABC una perdita sulle entrate annuali di decine di milioni di dollari.
A distanza di due settimane da quella fatidica trasmissione con la quale si metteva al corrente l'opinione pubblica dell'esistenza di una potenziale cura per il cancro, e dopo trent'anni di lavoro dedicati alla stessa emittente, Raymond Gram Swing fu destituito dal suo incarico di giornalista radiofonico per la ABC.
Vi interesserà sapere cosa ne fu del fascicolo n. 89471 che costituiva la proposta di legge presentata da Pepper e Neely. I lobbisti lavorarono con tale alacrità, sostenuti da quattro senatori anch'essi medici, che la proposta fu bocciata. Ancora oggi il fascicolo n. 89471 giace dimenticato sotto strati di polvere negli archivi del poligrafo del governo degli Stati Uniti.

Perché più di mezzo secolo fa il Senato degli Stati Uniti non approvò lo stanziamento per la ricerca sul cancro che gli era stato sottoposto ?
La prevenzione o la cura per quegli americani che si ammalavano di cancro non era forse abbastanza importante ?
Perché i senatori non chiesero agli oncologi almeno di testare la terapia Gerson quando ne ebbero l'opportunità ?....

Forse perché la Guerra del Cancro era già stata vinta.

In realtà, la storia della "*scoperta della cura del cancro*" è vecchia, molto più vecchia, vecchia di almeno 150 anni, o forse più, volendo risalire fino a Ippocrate di Kos e a ciò che dicevano i medici romani già nel Secondo Secolo Dopo Cristo….

Phillip Day, nel suo libro "*Cancro, se vuoi la vita prepara la verità*", Credence Publications, 2003, riprende gran parte del lavoro fatto dal grande scienziato americano Ernest Krebs, con le sue riscoperte in merito all'utilizzo della vitamina B17 nella cura del cancro.

Ciò che segue sono appunti parzialmente tratti da diversi testi fra cui il libro di Phillip Day, di cui comunque, da parte dell'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci, non si condivide la teoria trofoblastica come *noxa eziopatogenetica*, preferendo invece ritenere il tumore come una "*semplice conseguenza di carenze vitaminiche protratte nel tempo con successiva impossibilità da parte delle cellule vecchie di andare incontro alla normale apoptosi per carenza estrema di vitamine adatte al normale funzionamento apoptosico insito nel sistema del DNA*".

In questa luce, la vitamina B17 è una vitamina naturale di "seconda linea" che interviene quando le vitamine naturali (vedi capitolo 5: "*vitamine NATURALI che fanno suicidare i tumori*") risultano essere insufficienti a tenere sotto controllo il *turn-over* cellulare, e cloni di cellule maligne hanno iniziato a formarsi nell'organismo, eludendo, almeno in parte, le difese immunitarie normalmente preposte, in primis nei linfonodi prossimali al tumore, come i linfociti *Natural Killer* (vedi Quinta Dichiarazione d'Intesa).

La storia "moderna" della vitamina B17 iniziò nel 1830, quando due scienziati francesi, Roubiquet e Bontron-Chariand, purificarono per la prima volta una strana vitamina, a cui fu dato il nome di *Amigdalina* o vitamina B17.

Sette anni dopo, due scienziati tedeschi, Von Liebig e Woehier, scoprirono che questa strana vitamina, normalmente contenuta in tutti i semi della frutta (ad eccezione degli agrumi) poteva essere scomposta da uno specifico enzima, e soltanto da esso, in *ioni-Cianuro*, *Benzaldeide* e *Glucosio*.

Il passaggio all'uomo, per terapie medico-oncologiche, seguì di pari passo, essendo anche nota nella Medicina Classica Occidentale l'utilizzo dei semi amari della frutta per la cura di una strana malattia metabolica, a quel tempo molto rara, chiamata "cancro", ma che era conosciuta fin dall'antichità: ad esempio, nel Secondo Secolo Dopo Cristo i medici romani si erano accorti che il cancro era frequente nella popolazione povera di Roma e non di coloro che vivevano nelle campagne, ed avevano messo in relazione questa strana malattia con un'alimentazione troppo proteica e amidacea (legumi iperproteici come le lenticchie e pane povero di cattiva qualità).

Già allora era anche nota a tutti i medici romani la famosa affermazione di Ippocrate di Kos, fondatore della Medicina Classica Occidentale, in merito alle *cure* del cancro: "*…il cancro non si cura con il ferro del chirurgo, ma con la dieta vegetariana e le erbe mediche…*
Così come era anche ben nota un'altra grande massima del grande medico greco: "*… fa che la medicina sia il tuo cibo, e che il cibo sia la tua medicina…*"
(Nota dell'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci: personalmente si ritiene che se il paziente tumorale è in grave pericolo di vita immediata, l'intervento chirurgico debba sempre essere eseguito; sicuramente, ai tempi di Ippocrate la chirurgia non era paragonabile a quella attuale).

Così, quindici anni dopo le prime esperienze scientifiche francesi, nel 1845, la rivista medico-scientifica francese "***Gazette Medicale de Paris*", (1845, No. 13, pp.: 577-582**) (**VEDI ALLEGATO: http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm *Gazette Medicale de Paris***) e, successivamente, anche quella tedesca ***"Journal Chirurgie und Augenheilkunde"*(1846, No. 35, pp.: 7-28), (VEDI ALLEGATO : http://fiocco59.altervista.org/27novembre/htm Dr. TH. INOSMETZEFF**) descrissero il primo caso di terapia metabolica con vitamina B17 per la "cura del cancro", ad opera del medico russo Inosmetzeff, professore presso l'*Università Imperiale di Tutte le Russie* di Mosca: la terapia era stata eseguita su un ventenne tumorale, e la terapia era consistita in 46 grammi di *Amigdalina* somministrata per 3 mesi; il grande medico russo aveva curato anche una donna di 48 anni, con estese metastasi da cancro ovarico, e questa donna, nel 1845, risultava essere ancora viva dopo ben 11 anni dalla terapia metabolica con *Amigdalina*: in entrambi i casi, il dott. Inosmetzeff affermò di non aver notato mai effetti collaterali da parte della vitamina scoperta dai francesi nel 1830 e meglio caratterizzata dai tedeschi nel 1837.

Ma fu soltanto più di un secolo dopo, nel 1950, che uno scrupoloso ricercatore americano, Ernest Krebs, iniziò a curare di nuovo il cancro con questa strana vitamina, che, dopo averla fatta bollire, evaporare in alcool, e quindi decantare in piccoli cristalli bianchi, ribattezzò "*Laetrile*".
La parola "*Laetrile*" è un acronimo della parola "*LAEvomandeloniTRILE-glucoside*. Essa è quasi equivalente all'*Amigdalina* naturalmente contenuta nei semini amari della frutta, con l'unica differenza di una molecola in meno di glucosio. Infatti la sua struttura chimica è: *D-1 mandelonitrile-beta-glucuronide*, mentre l'Amigdalina è *D-mandelonitrile-bi-glucoside*.

Esistono almeno una dozzina di altri glucosidi cianogenetici (nitrosilidi) simili all'*Amigdalina*, contenuti in ortaggi, frutta (compresi i limoni), cassava, legumi e cereali (Oke: "*the role of hydrocyanic acid in nutrition*", in "*World Review of Nutrition and Dietetics*", Vol. II, Bourne G.H., ed. Basel: S.Karger, 1969, pp.: 170-198; **Krebs E.: "*The Nitrilosides in Plants and Animals*", New Rochelle: Arlington House, 1974, pp.: 145-164). (VEDI ALLEGATO: http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm *The Nitrilosides in Plants and Animals*).**

Nota: al capitolo 5 ("*Piante che fanno suicidare il cancro*") sono riportate diverse di queste piante ricche di vitamina B17, accanto anche alla menzione di un altro centinaio di vitamine con funzioni simili (induzione di morte in cellule tumorali, senza danno alle cellule sane), anche se con meccanismo diverso (attivazione delle endonucleasi e apoptosi della cellula tumorale stessa per frammentazione del suo stesso DNA).

La vitamina B 17 è una molecola stabile, chimicamente inerte e non nociva *se assunta nelle giuste quantità appropriate* e *sotto controllo medico*. Il dosaggio *iniziale* raccomandato nell'adulto è di 4-5 semini amari al giorno se semini amari di albicocca (quantità maggiori o minori se di altro frutto) per la prima settimana, salendo o meno di dosaggio nella settimane successive, a discrezione del medico, fino a raggiungere valori che devono essere accuratamente calcolati in funzione dell'emi-vita biologica della vitamina B17, delle analisi urinarie (presenza di *Tiocianato di sodio* e di *acido ippurico* in quantità tale da far presumere un superamento della soglia-limite ritenuta compatibile per la terapia in atto), della massa ematica e corporea del paziente, della buona o cattiva funzionalità epatica, renale e di altri organi, della possibile colliquazione massiccia della massa tumorale con possibile exitus per blocco renale irreversibile, etc….Inoltre, gli stessi semini contengono anche aminoacidi essenziali, rendendo così necessario il calcolo della sommatoria proteica con altri cibi.

La farmaco-cinetica della vitamina B17 è complessa e di essa bisogna tenerne conto. In letteratura medica e/o fitoterapica sono stati riportati episodi di avvelenamento mortale in bambini dopo ingestione di cibo particolarmente ricco di vitamina B17, come bacche di piante particolari, in genere non abitualmente consumate nelle tradizioni alimentari delle varie culture del mondo (ma estremamente interessanti quindi per la cura del cancro), oppure mandorle amare, notoriamente molto più ricche di vitamina B17 dei semini amari di albicocca.

Il decesso nei bambini è più facile a causa della più elevata concentrazione di vitamina B17 che si ha nei soggetti di piccola corporatura come il bambino rispetto all'adulto, della più piccola massa del fegato, organo elettivo per la detossificazione ematica da vitamina B17, e forse da una minor capacità funzionale degli enzimi epatici.

Personalmente si è provato ad ingerire quantità sempre più crescenti di semini amari triturati di albicocca, di ciliegia, uva, anguria, melone, etc… riscontrando in una sola occasione un po' di nausea e cefalea: la causa di tale episodio fu, in base a studio retrospettivo della quantità di vitamina B17 ingerita da chi scrive, nel non aver rispettato la curva farmaco–cinetica stimata per un emi-dimezzamento biologico di 80 minuti, curva facilmente ricavabile da testi vari.

Sempre dietro valutazione medica, si deve interrompere il trattamento di tanto in tanto; i semini devono essere ben masticati o precedentemente triturati; la terapia dev'essere immediatamente sospesa in caso di nausea; i semini non devono mai essere assunti tutti assieme, ma distribuiti nell'arco dell'intera giornata; è utile assumerli a stomaco pieno, allo scopo di evitare l'idrolisi parziale della vitamina a opera dell'acido cloridrico. In merito ai semini amari di albicocca, è vietato assumerne più di sei semini nello spazio di tempo di un'ora, pur in condizioni di salute ottimale; per i semini di pesca, il dosaggio orario non deve essere superiore al mezzo semino…

L'avvelenamento da vitamina B17 non è l'unico possibile; anche altre vitamine naturali, assunte in quantità eccessiva, possono condurre a morte: ad esempio, in testi di medicina è ancora riportato l'episodio avvenuto ai primi anni del XX secolo, quando esploratori artici morirono di intossicazione da vitamina A dopo aver mangiato grandi quantità di fegato di orso polare, abbattuto mesi prima per ragioni di sostentamento alimentare.

L'unica vitamina che sembrerebbe esente da pericoli di intossicazione sarebbe la vitamina C, la cui quantità può anche superare i cinquanta grammi giornalieri.

Ritornando alla vitamina B17, Krebs scoprì che il composto reagisce all'enzima *Beta-glucosidasi*: quest'ultimo è caratteristico di molti tumori, ed è praticamente assente nelle cellule sane; in tale reazione, l'enzima scinde l'innocua vitamina B17 in due potenti veleni: *ioni-Cianuro* e *Benzaldeide*, quest'ultimo un potente analgesico (anti-dolorifico).

Queste due sostanze, prodotte in piccole quantità dalle stesse cellule tumorali, si combinano allora fra loro all'interno stesso delle cellule tumorali, producendo una sostanza estremamente tossica che uccide la cellula stessa in una sorta di pseudo-apoptosi.

Piccole quantità di questo veleno possono risultare quindi ancora attive, dopo la morte della cellula tumorale, e passare in circolo, essendo il tumore, generalmente, ben vascolarizzato in periferia.

Viceversa, le cellule sane contengono un altro enzima, la *Rodanese*, il quale è presente nelle cellule in quantità inversamente proporzionale alla *Beta-glucosidasi*; se la B17 entra in contatto con le cellule sane, la *Rodanese* neutralizza gli *ioni-Cianuro* e ossida la *Benzaldeide*. I due prodotti di derivazione così ottenuti, il *Tiocianato* e l'acido benzoico, sono invece addirittura benefici per il nutrimento delle cellule sane; l'eventuale eccesso di tali prodotti secondari viene eliminato per via urinaria.

Diventa pertanto chiaro che l'enzima *Beta-glucosidasi* produce *ioni-Cianuro* dai cibi nitrilosidi; si noti che gli *ioni-Cianuro* devono essere liberati dall'involucro della vitamina B17 o dal suo derivato

Laetrile. Gli *ioni-Cianuro* non sono presenti liberamente nel cibo; vengono prodotti solo all'interno della cellula tumorale stessa perché solo al suo interno esiste l'enzima specifico (*Beta-glucosidasi*).

Nel 1947, Fishman e Aniyan così scrivevano sull'importante rivista medica *Journal Biol. Chem*. (**Fishman W: *The presence of high beta-glucuronidase activity in cancer tissue,* J. Biol. Chem No. 169, pp.: 449-450 VEDI ALLEGATO: http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm Fishman 1947**): "*…in tessuti prelevati da carcinomi maligni (cancri) di vari organi, compresi seno, utero, stomaco, pareti intestinali ed esofago, è stata rilevata un'attività della beta-glucosidasi da 2 a 36 volte superiore rispetto ai tessuti adiacenti non interessati…. Metastasi dei linfonodi derivanti da cancri originatisi in vari organi contenevano beta-glucosidasi in concentrazioni più elevate rispetto ai linfonodi non interessati..*".

Sulla prestigiosa rivista *Science*, sempre in quell'anno (Fishman W: *A comparison of beta-glucoronidase activity of normal, tumor and lymph node surgical patients*, Science, No. 106, pp.: 66-67, 1947), essi aggiungevano: "*…la Beta-glucosidasi elevata è probabilmente una caratteristica propria delle cellule tumorali…*"

Krebs, nel suo libro "*Nitrilosides* (*Laetriles*)", alle pagine 189-204, dichiara:
"*Oltre agli alti livelli di Beta-glucosidasi, le lesioni maligne sono caratterizzate da una generalizzata e profonda carenza di Rodanese, come riferito da Homberger, Mendel, Rodney e Bowman. Rosenthal riferì di una diminuzione pari all'80% della Rodanese in tessuti tumorali epatici, ed una simile diminuzione fu rilevata nelle invasioni leucemiche dei tessuti…*".

Il ricercatore **James South** (**VEDI ALLEGATO: http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm JAMES SOUTH**) spiega la biochimica essenziale di ciò che accade quando una persona si alimenta con cibi nitrilosodici o assume la B17 sotto forma farmaceutica, sia come *Laetrile* che come *Amigdalina*: "*…Queste due proprietà delle cellule tumorali (un eccesso di Beta-glucosidasi, che disgrega il Laetrile ed una deficienza di Rodanese, per la disintossicazione dell'acido cianidrico, sono chiamate in causa come spiegazione sia del perché il Laetrile uccida le cellule tumorali e del perché esso non risulti preferibilmente disgregato dalle cellule tumorali in ioni-Cianuro, Benzaldeide e zucchero. Le cellule tumorali saranno di conseguenza avvelenate, dato che le cellule tumorali sono carenti dell'enzima Rodanese, dotato di azione disintossicante dall'acido cianidrico. Se dell'acido cianidrico fuoriesce dalle cellule tumorali, le cellule adiacenti normali saranno in grado di disintossicarsi da esso attraverso il loro enzima Rodanese…*".

Sempre però che le quantità non eccedano le capacità del fegato e di altri organi di depurare il sangue da tale veleno indesiderato: in tal senso è compito del medico curante, dalle analisi del sangue, dall'esame clinico del paziente, valutare l'andamento della terapia metabolica.

Il Prof Marco Tasca, Primario del Reparto Radiologico dell'Ospedale Civile di Sanremo, in un suo lavoro del 1958, sottopose ventuno pazienti italiani terminali (3 seminomi, 4 mammella, 1 utero, 2 laringe, 7 polmone, 1 esofago, 2 stomaco, 1 Hodgkin) a terapia con Laetrile, mediante iniezioni intramuscolari, riscontrando buona tolleranza al farmaco, miglioramento delle condizioni cliniche dei pazienti per tutto il periodo di cura, e con ripresa della patologia neoplastica soltanto dopo un mese, in media, dalla definitiva sospensione della terapia. Due sole furono le complicanze da lui indicate: l'emorragia e l'ittero. La prima verosimilmente legata al distacco di escare necrotiche, il secondo per azione tossica diretta sulle cellule epatiche, evenienza comunque rara (5% della sua casististica) L'articolo, è disponibile in PDF ([1373]) (http://www.fiocco59.altervista.org/27novembre.htm

Importante anche considerare il pericolo della liberazione di acido cianidrico dalla vitamina B17 assorbita a livello gastrico, a differenza invece della quasi sostanziale non pericolosità del Laetrile

iniettato per via parenchimale, così come indicato nelle prime valutazioni di Morrone nel 1962, che già verificava, su 10 casi clinici presi in esame, la buona efficacia clinica di questa vitamina, che addirittura risolve il fetore dei carcinomi mammari ulcerati all'esterno, con remissione clinica in tutti i casi clinici considerati (**Morrone J.: *Chemotherapy of inoperable Cancer. Preliminary report of 10 cases trated with Laetrile,* Exp. Med. Surg., 20, pp.: 299-308, 1962**, **VEDI ALLEGATO: http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm Morrone**).

L'enzima *Rodanese* demolisce l'acido cianidrico per produrre una sostanza non tossica: il *Tiocianato*. Come nota Oke nel suo testo**: "*The role of Hydrocyanic acid in nutrition*, in World Review of Nutrition and Dietetics, Vo. 11, pp.: 170-198, Karger, Basel/New York, 1969, (VEDI ALLEGATO**: www.mednat.org/cancro/balla_ricerca_cancro.htm **OKE)** "*…la Rodanese è largamente distribuita in tutti i tessuti, presentando le concentrazioni più alte nel fegato. Il processo di disintossicazione può dunque aver luogo in tutte le parti del corpo, ma il fegato sarà l'organo cardine. Quando l'acido cianidrico (Cianuro) viene convertito in acido tiocianico (Tiocianato), si ottiene una riduzione della tossicità di almeno 200 volte…*".

Quando la *Beta-glucosidasi* disgrega il *Laetrile*, viene rilasciato nell'interno della cellula tumorale *Benzaldeide* e *ioni-Cianuro*.

Numerosi studi sull'uomo hanno utilizzato lo stesso *Benzaldeide* come farmaco anti-cancro (Kochi M.: *Antitumor activity of Benzhaldehyde*, Cancer Research, 64, pp.: 21-23, 1980); Kochi M.: *Antitumor activity of Benzhaldehyde Derivative*, Cancer Research, 69, pp.: 533, 1985). **Kochi M: *Inhibition of experimental pulmonary metastasis in mice by b-cyclodextrin-benzaldehyde,* Journal of Cancer Research and Clinical Oncology , vol. 112, No. 3, 1986, pp.: 216-220**, **VEDI ALLEGATO: http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm *anti-tumor activity of benzhaldehyde***).

Kochi così afferma fin dal 1980: " *…non sono stati rilevati effetti tossici, inclusi disturbi ematologici o biochimici, anche in caso di ripetute somministrazioni prolungate di Benzaldeide…*"

Tatsumura utilizzò una dose tot ale media di 393 grammi di un analogo della *Benzaldeide*, che si riconvertiva poi in *Benzaldeide*, ed ottenne un tasso di risposta positiva pari a circa la metà dei 24 pazienti sottoposti al trattamento: "*…Un attento monitoraggio non dimostrò alcun effetto nocivo da parte del farmaco a dosi tanto elevate. Una completa liquefazione necrotica del tumore fu riscontrata in 2 su 3 casi nei quali è stato possibile effettuare un esame istologico…*".
(**Tatsumura T.: *4,6-O-Benzylidene-glucopyranose (BG) in the treatment of solid malignant tumour –an extended Phase I Study*, Br. J. Cancer, 62, pp.: 436-439, 1990 VEDI ALLEGATO: http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm Tatsumura**).

Dean Burk dichiarò nel 1971, nel corso del Settimo Congresso Internazionale di Chemioterapia a Praga: "*Test in vitro su carcinoma ascitico di Ehrlich (un tipo di cultura di cellule tumorali) hanno rilevato che, se il solo acido cianidrico ha ucciso l'uno per cento delle cellule e il solo Benzaldeide ne ha ucciso il 20 per cento, la combinazione dei due è stata efficace su tutte le cellule: Amigdalina e Beta-glucosidasi insieme, sono anche state efficaci nell'eliminazione del 100 per cento delle cellule di tumore ascitico, causata dalla liberazione delle due sostanze chimiche stesse…*" (Griffin, G. Edward, *World Without Cancer*).

Ma già nel 1950, Krebs capì di aver urtato interessi economici molto grandi: le Multinazionali chemio-farmaceutiche, impossibilitate ad ottenere una registrazione o a rivendicare diritti esclusivi sulla vitamina B17, lanciarono una lunga campagna denigratoria contro i semini amari di albicocca, convincendo così l'intera popolazione americana della loro supposta pericolosità.

Attualmente, la spesa per il cancro ammonta a circa un decimo della spesa sanitaria totale negli Stati Uniti e, secondo i dati dell'*American Cancer Society*, la spesa totale per il cancro, diretta e indiretta, per ospedali, medici, infermiere, oncologi, ricerche di laboratorio, ammonta ad oltre 100 miliardi di dollari l'anno.

La Chemio-Terapia è comunque un fallimento, come ben dimostrato in molti lavori, fra cui, quello recente, di Morgan (Morgan G.: *The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies*, Clinical Oncol., 2004, 16, pp.: 549-560 **vedi ALLEGATO:** www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF

In questo lavoro scientifico australiano, pubblicato nel 2004, furono presi in esame **dieci anni di statistiche mediche australiane e americane** (gennaio 1994-gennaio 2004) sui risultati della CHEMIO nella cura del cancro.

The Contribution of Cytotoxic Chemotherapy to 5-year Survival in Adult Malignancies

I risultati sono catastrofici: **la media dei pazienti** sottoposti alla chemio, che risultano essere **ancora vivi dopo 5 anni** dall'inizio del trattamento "terapeutico", **è del solo 2%.**

L'articolo è molto semplice come impostazione e, sia in tabella 1 (pag. 551) che in tabella 2 (pag. 552), sono riportate, in ultima colonna, le percentuali di sopravvissuti alla CHEMIO dopo 5 anni dall'inizio del trattamento per ogni singolo tipo di tumore dei 22 considerati, percentuali che qui si riassumono lievemente arrotondate e per gruppi dei tipi più comuni di cancro.

Tipo di tumore	**Percentuale di sopravissuti**
cancro del pancreas, cancro dell' utero, cancro della prostata, cancro della vescica, cancro del rene, Melanoma, Sarcoma e Mieloma Multiplo:	**0% (zero per cento)**
cancro dello stomaco e del colon :	**1% (uno per cento)**
cancro della mammella e del polmone :	**2% (due per cento)**
cancro del colon retto :	**3 - 5% (tre - cinque per cento)**
tumori al cervello :	**4 – 5% (quattro – cinque per cento)**
cancro dell'esofago :	**5% (cinque per cento)**
cancro dell'ovaio :	**9% (nove per cento)**
linfoma NON Hodgkin :	**10% (dieci per cento)**
cancro della cervice uterina :	**12% (dodici per cento)**
Seminoma del testicolo e Linfoma di Hodgkin :	**40% (quaranta per cento)**

In Australia: su **72.903** casi di cancro considerati, trattati con chemioterapia, sono sopravissuti a 5 anni solo **1.690** pazienti, pari ad una percentuale del **2,3%**

In America: su **154.971** casi di cancro considerati, trattati con chemioterapia, sono sopravissuti a 5 anni solo **3.306** pazienti, pari ad una percentuale del **2,1%**

Conflitto d'interessi delle Multinazionali chemio-farmaceutiche

Il *Daily Express* del 6 agosto 2000, così commentava il conflitto d'interessi delle Multinazionali chemio-farmaceutiche con gli organi governativi deputati alla salvaguardia della salute pubblica:
"*I dirigenti del Committee on Safety of Medicines (Comitato per la sicurezza dei farmaci) e la Medicines Commission (Commissione del Farmaco), hanno investimenti personali nell'industria farmaceutica: eppure tali comitati sono i soli a decidere per quali farmaci è permessa la commercializzazione e per quali no…*". Secondo il rapporto, almeno i due terzi dei 248 esperti che partecipano alla *Medicines Commission* hanno legami finanziari con l'industria farmaceutica: "*…. ad esempio, al momento della stesura di un rapporto, uno dei membri per la regolamentazione dei farmaci, il dott. …OMISSIS…, possedeva azioni per un valore di 110.000 sterline della …OMISSIS...; un altro, il dott. …OMISSIS…, possedeva azioni di un'altra azienda, la … OMISSIS …, per un valore di 115.000 sterline; un altro ancora, il dott. …OMISSIS…, aveva un totale di 30.000 sterline impegnate in azioni della ….OMISSIS…, della …OMISSIS…., e della ….OMISSIS…. Il compito di quest'ultimo medico comprendeva l'esame dei casi nei quali un farmaco deve essere ritirato dal mercato per motivi di sicurezza…*".

Sempre il quotidiano inglese aggiungeva le dichiarazioni di un ex-dirigente: "*…Le Multinazionali chemio-farmaceutiche si danno molto da fare per costruire forti legami. Il loro obiettivo è di arrivarti il più vicino possibile; si tratta di una lobby estremamente potente dal momento che dispone di risorse illimitate. Le industrie chemio-farmaceutiche offrono ai membri del CSM* (*Committee on Safety of Medicines) viaggi all'estero per partecipare a conferenze, consistenti fondi per la ricerca, tali da mantenere un intero dipartimento universitario al lavoro per anni, e consulenze che possono arrotondare l'umile stipendio accademico…*".

E' quindi facile capire perché le terapie nutrizionali e la medicina preventiva costituiscano una così grave minaccia per la *Malattia-che-sostiene-l'Industria-della-Salute*, e perché esse non siano praticamente mai utilizzate come terapia principale. Per far superare ad un farmaco la burocrazia legislativa, in America, possono servire oltre 200 milioni di dollari.

Nota: in merito alle procedure di approvazione di un nuovo farmaco, vedi anche: Jan Eibenschutz: "*Le procedure FDA per l'approvazione di un nuovo medicamento*", Amersham, The Health Science Group.

Chi potrà mai riuscire a risarcire un tale importo con una vitamina o un trattamento erboristico che non possono essere brevettati?

E qui sta il problema che provoca uno stallo nella capacità della Sanità occidentale di arrestare le malattie proprie di questa parte di mondo. La maggior parte delle malattie attuali (Cancro, Infarto, Ictus, Diabete, Alzheimer, Sclerosi Multipla, Parkinson, Osteoporosi, etc…) sono malattie cronico-degenerative dovute a carenze vitaminiche, e pertanto non possono essere curate con farmaci brevettati di sintesi chimica (vedi cap.19).

Ma le sostanze chimiche brevettate costituiscono il baluardo dell'infinita potenza e ricchezza della Medicina chimica occidentale, che adesso pensa addirittura a brevettare le stesse piante modificandone il patrimonio genetico stesso (Organismi Geneticamente Modificati) con il risultato di minare la base stessa della nostra biochimica

(**VEDI ALLEGATI:**

www.mednat.org/cancro/balla_ricerca_cancro.htm **healg213.pdf**

www.erbeofficinali.org/dati/nacci/index.php La minaccia degli Organismi Geneticamente Modificati ;

http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm **TERZO CONGRESSO MONDIALE DI MEDICINA INTEGRATA – ROCCAMORICE – SETTEMBRE 2006 : La Minaccia degli Organismi Geneticamente Mondificati** (Relazione in PDF presentata al Congresso dal Dott. Giuseppe Nacci)

La brama di profitti è la reale ragione per la quale i medici non ricevono istruzione sulla Nutrizione. I veri rimedi e i metodi di prevenzione, infatti, non hanno valore commerciale.

Quando negli anni '70 la notizia della sorprendente efficacia della B17 nel trattamento del cancro attraverso la terapia nutrizionale di Krebs e Gerson riprese nuovamente a diffondersi in America, le società farmaceutiche e il sistema medico ortodosso si mobilitarono una seconda volta, volendo considerare la vitamina B17, questa volta, come un "farmaco" e che pertanto doveva essere registrato prima che il suo uso venisse ufficialmente approvato.

Il presidente Nixon fu inondato da decine di migliaia di petizioni di cittadini provenienti da ogni parte degli Stati Uniti; il suo consulente, Benno Schmidt, fu incaricato dello spinoso problema, e pertanto iniziò a consultarsi con i medici esperti di cancro: tutti erano molto convinti nel condannare il *Laetrile*, ma nessuno riuscì a fornire a Schmidt l'evidenza scientifica che essa non fosse efficace (Heinerman J.: "*An Encyclopedia of Nature's Vitamins and Minarals*", Prentice Hall, 1998).

Sebbene si annunciasse al mondo che il *Laetrile* era inutile, si diffuse però in tutta l'America un movimento spontaneo con centinaia di filiali in tutta l'America che, a turno, tenevano incontri pubblici, conferenze stampa ed esercitavano pressione sui comitati legislativi statali per richiedere la legalizzazione della vitamina B17 . Si formò così il "*Committee for Freedom of Choice in Cancer Therapy*".

I maggiori attacchi all'utilizzo della vitamina B17 e alla terapia nutrizionale simil-gersoniana vennero dalle organizzazioni che erano strettamente affiliate con le Multinazionali chemio-farmaceutiche, che avrebbero avuto molto da perdere se una vitamina da pochi dollari e uno stile di vita e alimentare di tipo "biologico" fossero diventati noti al pubblico come la risposta più efficace per sconfiggere il cancro (**Mullins E: "*Murder by injection*", VEDI ALLEGATO : http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm Murder By Injection**).

Esse erano: *Food and Drug Administration* (FDA), la *American Cancer Society*, il *National Cancer Institute*, l'*American Council on Science and Health* (Consiglio americano sulla Scienza e la Sanità), il *Consumer Health Fraud and Quackwatch Inc*. (Consiglio Nazionale ed Organismo di Controllo contro le Frodi Sanitarie). Tali organismi di controllo si mobilitarono contro la liberalizzazione della vitamina B17 per il semplice motivo che l'industria dei farmaci contro il cancro vale undici miliardi di dollari (Moss R.: "*Questioning chemotherapy: a critique of the use of toxic drugs in the treatment of cancer*", Equinox press, 1995, ISBN 188192525x)

Alla fine, la storia la scrissero i vincitori: venne approvata una legge che bandiva il commercio del *Laetrile/Amigdalina* per il trattamento del cancro in tutti gli USA.

Attualmente, il trattamento del cancro con *Laetrile* è vietato in America, per legge, anche se praticato da medici. Ciò spiega il motivo per cui decine di migliaia di cittadini americani si fanno curare in costose cliniche private costruite appena oltre il confine messicano, alle Bahamas, e in

altri luoghi, ove si recano, ufficialmente, "per villeggiatura" (**VEDI ALLEGATO : http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm Mexican Clinics**).

Ad esempio, il dott. Francisco Contreras**,** attuale amministratore dell'ospedale *Oasis of Hope* di Tijuana, Messico, in 35 anni di attività ha curato oltre 60.000 pazienti con la terapia nutrizionale vegetariana e vitamina B17 associata. In merito ad un migliaio di casi clinici selezionati, vedi ad esempio: http://www.oasisofhope.com/clinical_results.html

Il dott. Ernesto Contreras che utilizza il Laetrile dal 1963, ha affermato: "…*Gran parte dei cancri maggiormente frequenti, come il cancro del polmone, del seno, del colon, delle ovaie, dello stomaco, dell'esofago, della prostata e i linfomi, migliorano notevolmente con il Laetrile*…".

Aspetti clinici della terapia con Laetrile (vit. B 17) per endovena

Attualmente è vietato per legge tale procedura terapeutica, sia in Usa che in altri paesi.
Ma in un lavoro del 1962 (**Morrone J.:** ***Chemotherapy of inoperable Cancer. Preliminary report of 10 cases trated with Laetrile*****, Exp. Med. Surg., 20, pp.: 299-308, 1962**, **VEDI ALLEGATO: http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm Morrone**), in dieci casi clinici in stadio avanzato di cancro, con metastasi, senza possibilità di condurre a buon fine interventi chirurgici, TUTTI *non trattati* con Chemio, si dimostrò la buona efficacia clinica di questa vitamina, con remissione clinica di tutti i casi clinici considerati.

Primo caso: Donna di 62 anni, di 118 libbre di peso, alta 62 pollici (1 pollice = 25 millimetri). PAO (Pressione Arteriosa Omerale) = 144/95 millimetri di Mercurio. Affetta da adenocarcinoma di entrambe le mammelle con metastasi ossee al cranio, al rachide e alle pelvi. Presentava adenopatie ad entrambi gli inguini. Era stata operata di mastectomia bilaterale 18 anni prima. Non aveva fatto Chemio-Terapia, ma solo Radio-Terapia. Durante gli ultimi 6 mesi la paziente presentava dolori alla schiena, sull'intero rachide spinale, alle pelvi, alle coscie e alle gambe. Era incapace di sdraiarsi e doveva dormire su una sedia. La paziente doveva assumere Codeina e altri analgesisici ogni 2-3 ore. Il Laetrile le fu subito iniettato in vena, al dosaggio di 1 grammo: in 5 minuti la PAO scese di 12 millimetri di Mercurio, ma senza altri effetti collaterali. Il giorno successivo stava meglio, e i dolori si erano ridotti; l'appetito le era ritornato. In 1 mese la paziente ricevette 6 iniezioni di Laetrile: 4 da 1 grammo e 2 da 2 grammi. Durante il periodo di trattamento la paziente ritornò a casa, libera dai dolori, smettendo di assumere la Codeina, e prendendo soltanto 10 grani di Aspirina al bisogno o durante la notte per dormire. Nell'ultimo esame risultò completamente libera dai dolori. L'emocromo dimostrò infine incremento sia dei globuli rossi che dell'emoglobina.

Secondo caso: Uomo di 74 anni, 163 libbre di peso, alto 62 pollici (1 pollice = 25 millimetri), PAO = 188/100 millimetri di Mercurio. Diagnosi di carcinoma inoperabile del polmone sinistro con metastasi in sede mediastinica. Mai eseguita Chemio-Terapia. Durante gli ultimi mesi, prima del ricovero, il paziente presentava tosse, dolore costante al torace, dispnea, sangue espettorato con la tosse, anoressia, perdita di peso (15 libbre). Gli esami X-Ray dimostravano una massa sul lato sinistro del polmone. Broncoscopia e biopsia stabilivano la diagnosi di carcinoma del polmone. Una toracotomia esplorativa dimostrava un carcinoma estensivo del polmone sinistro con metastasi e lesioni alla pleura, diaframma, aorta, pericardio e mediastino: la condizione fu considerata inoperabile. Il dolore era così costante e severo che il paziente prendeva Meperidina e Codeina ogni 2-3 ore. Quando fu ascoltato per la sua malattia (anamnesi), egli aveva una così grande difficoltà a parlare e a respirare, che la sua storia clinica fu raccontata dalla moglie. L'esame medico rilevò sclere itteriche, congiuntive pallide, ingrandimento e dolenzia delle ghiandole cervicali e sopraclaveari, debolezza, edema dalle caviglie alle ginocchia. Il Laetrile, al dosaggio di 1 grammo, fu iniettato in vena. In 5 minuti la PAO scese di 28 millimetri di Mercurio, ma senza alcun segno di shock o di altri effetti avversi. Diversi giorni dopo, dopo la seconda iniezione intravenosa di 1 grammo di Laetrile, la PAO scese di 15 millimetri di Mercurio, ma senza alcun effetto collaterale, tranne una sensazione di prurito e di tensione alla spalla sinistra. Una settimana dopo, sia il dolore, sia la dispnea, sia l'edema erano sensibilmente diminuiti. Il colore cutaneo e l'aspetto generale erano migliorati. In un periodo di 7 settimane il paziente ricevette 16 iniezioni di Laetrile: 7 da 1 grammo 6 da 1,5 grammi, e 3 da 2 grammi. Il dolore era ridotto e l'appetito si era incrementato, ma senza aumento di peso del paziente. L'assunzione di Meperidina e di Codeina si era fatta discontinua.

Terzo caso: Donna di 40 anni, 113 libbre di peso, alta 61 pollici (1 pollice = 25 millimetri). PAO = 140/90 millimetri di Mercurio. Diagnosi di carcinoma della mammella sinistra infiltrante i linfonodi ascellari, con metastasi al fegato.

Mastectomia e Radio-Terapia in passato. Mai eseguita Chemio-Terapia. Negli ultimi 6 mesi precedenti il ricovero, la paziente accusava dolore molto severo all'addome e alla schiena. Meperidina, Morfina e Oppio erano richiesti al bisogno. Laetrile, al dosaggio di 1 grammo fu iniettato in vena. In 5 minuti la PAO scese di 10 millimetri di Mercurio, ma senza effetti collaterali apparenti. Il giorno successivo non vi era più dolore. Una seconda iniezione di Laetrile, da 1 grammo, fu ripetuta, determinando una caduta della PAO di 12 millimetri di Mercurio. In un periodo di 4 settimane la paziente ricevette 12 iniezioni di Laetrile, 10 da 1 grammo e 2 da 1,5 grammi. Il dolore si ridusse sensibilmente, e bastava un solo dosaggio di analgesico oppioide al momento di andare a dormire. Il morale e l'appetito migliorarono sensibilmente, ma non il peso della paziente. L'emocromo dimostrò un incremento nella conta dei globuli rossi e dell'emoglobina.

Quarto caso: Donna di 38 anni, 155 libbre di peso, 62 pollici (1 pollice = 25 millimetri) d'altezza PAO = 160/90 millimetri di Mercurio. Diagnosi di adenocarcinoma della mammella sinistra con carcinomatosi. Sottoposta in passato a mastectomia, Radio-Terapia e castrazione. Non aveva fatto Chemio-Terapia. La paziente giunge con grave dolore alla spina dorsale, al torace, alle pelvi, alle gambe, alle braccia e alle mani. Esami X-Ray confermano la diagnosi di carcinoma metastatizzato. L'adenopatia era presente. Codeina, Meperidina e Oppio erano richiesti per il controllo del dolore. Il Laetrile, al dosaggio di 1 grammo, fu iniettato in vena. Non furono osservati effetti collaterali avversi. Nei giorni successivi il dolore si ridusse e l'appetito aumentò, assieme alle condizioni generali della paziente. Una seconda iniezione endovenosa di Laetrile, da 1 grammo, fu fatta successivamente in quei giorni: in 5 minuti la PAO scese di 16 millimetri di Mercurio, ma senza altri effetti collaterali avversi. Tre giorni dopo la paziente riferì che il dolore era considerevolmente diminuito e che adesso necessitava di un dosaggio minimo di oppioidi. In un periodo di 18 giorni ella ricevette 8 iniezioni di Laetrile, 5 da 1 grammo, 2 da 1,5 grammi e 1 da 2 grammi. Durante il periodo di terapia, la paziente dimostrò un progressivo miglioramento e il dolore si fece molto lieve. Gli oppioidi non furono più somministrati. Il morale divenne eccellente. Non si osservarono altri effetti collaterali dopo le iniezioni. L'emocromo dimostrò un miglioramento nella conta dei globuli rossi e dell'emoglobina.

Quinto caso: Ragazzo di 20 anni, 200 libbre di peso, alto 69 pollici (1 pollice = 25 millimetri) PAO = 114/70 millimetri di Mercurio. Diagnosi di linfoma di Hodgkin. Non aveva fatto Chemio-Terapia. Diagnosticato in base a biopsia eseguita su ghiandola cervicale ingrandita. Impiegata Radio-Terapia. Il paziente accusava debolezza, capogiri e dolori all'ascella e all'inguine. I linfonodi ascellari e inguinali erano palpatoriamente ingranditi. Le congiuntive e le sclere erano pallide e itteriche. Il Laetrile, al dosaggio di 1 grammo, fu iniettato in endovena. In 10 minuti la PAO scese di 6 millimetri di Mercurio, ma senza altri effetti collaterali. Quattro giorni dopo il paziente riferì di sentirsi più attivo, con miglior appetito, e di non aver sofferto di altri effetti collaterali. Una iniezione di Laetrile, al dosaggio di 1 grammo, fu ripetuta pochi giorni dopo: la PAO scese di 4 millimetri di Mercurio, ma senza altri effetti collaterali. In un periodo di 4-5 mesi, il paziente ricevette 19 iniezioni di Laetrile, 5 da 1 grammo, e 14 da 2 grammi. Durante il periodo di terapia, i dolori al collo e all'inguine cessarono e scomparve l'adenopatia. Il paziente divenne euforico e migliorò il suo stato generale. Non furono osservati altri effetti collaterali avversi dopo le iniezioni. I valori ematici del sangue migliorarono sensibilmente.

Sesto caso: Donna di 37 anni, 190 libbre di peso, alta 66 pollici (1 pollice = 25 millimetri). PAO = 280/110 millimetri di Mercurio. Sia la madre che la sorella erano morte di cancro al seno. Sottoposta in precedenza a mastectomia radicale (sinistra). Non aveva fatto Chemio-Terapia. Diagnosi di adeno-carcinoma infiltrante della mammella sinistra e metastasi all'ascella sinistra con masserelle nodulari multiple secernenti. La principale complicanza era un severo dolore sul lato sinistro, che necessitava dell'uso di Codeina, e da un cattivo odore proveniente dalle masse nodulari secernenti dell'ascella sinistra. Il controllo di queste complicanze era basato sull'utilizzo a giorni alterni di Oppio e di Meperidina. La spalla e il braccio sinistro erano doloranti e tumefatti. La pelle era arrossata e traslucida. La circonferenza del braccio sinistro misurava circa 20 pollici (1 pollice = 25 millimetri), ed era comparata alla circonferenza del braccio destro (13 pollici). Adenopatie erano presenti sull'intera ascella sinistra e in area sopraclaveare, ad entrambi i lati del collo e alla mammella destra. Il fegato era palpabile e dolente alla palpazione. Entrambi i lati del torace erano dolenti alla palpazione e particolarmente doloranti sotto i colpi di tosse. Il Laetrile, al dosaggio di 1 grammo, fu iniettato per endovena. In cinque minuti la PAO scese di 38 millimetri di Mercurio, ma senza altri effetti collaterali. Il giorno successivo la paziente ricevette una seconda iniezione di Laetrile. Il dolore e la tosse iniziarono a diminuire e così pure vi era meno materiale secernente dalle masserelle nodulari dell'ascella sinistra. Comunque, la paziente riferì una sensazione di calore e di prurito nell'area malata. Dopo la terza iniezione, il dolore si era alleggerito e lo sgradevole odore (*fetor*) era scomparso. Dopo la quarta iniezione, lo spurgo di materiale era completamente cessato e l'area era libera da odori cattivi. Croste multiple ricoprivano le masserelle in via di guarigione. L'infiammazione e l'indurimento delle masserelle erano completamente sparite. La struttura della pelle e del braccio sinistro era ritornata normale. In un periodo di 5 mesi, la paziente ricevette 50 iniezioni di Laetrile, 9 da 1 grammo, 39 da 2 grammi, e 2 da 2,5 grammi. L'immediata caduta della PAO era controllata con Fenilefrina da 0,3 milligrammi, usata simultaneamente al Laetrile. Durante il periodo di trattamento la paziente ritornò al lavoro. Il dolore e la tosse erano scomparsi. Il materiale organico escrescente dalle masserelle nodulari cessò, e così pure l'odore (*fetor*). La circonferenza del braccio sinistro si era ridotto da circa 20 pollici (1 pollice = 25 millimetri) a 17 pollici, indicazione di una minore tumefazione. Oppioidi per controllare il dolore e la tosse non furono più richiesti. Non furono osservati altri effetti avversi dopo ciascuna

iniezione. In questo caso il trattamento con Laetrile continuò da 7 luglio 1961 fino al maggio del 1962. In questo lungo periodo di dieci mesi, la paziente ricevette 133 iniezioni di Laetrile, due volte alla settimana o più spesso. Confrontando prima e dopo le analisi del sangue, si dimostrò un definitivo incremento del numero dei globuli rossi e dell'emoglobina. Le adenopatie e le tumefazioni regredirono di una considerevole estensione.

Settimo caso. Ragazzo di 21 anni, 149 libbre di peso, alto 170 pollici (1 pollice = 25 millimetri). PAO = 110/70 millimetri di Mercurio. Diagnosi di Linfoma di Hodgkin. Non aveva fatto Chemio-Terapia. Una massa era presente davanti all'orecchio destro, ed era ritornato dopo 4 anni di apparente remissione; quando era stato rimosso, era stato diagnosticato come Linfoma di Hodgkin; un linfonodo duro, dolorante e ingrandito era adesso presente nella regione sterno-cleidomastoidea, e misurava 3 x 2 centimetri. Laetrile da 1 grammo fu iniettato in endovena. La PAO scese di 4 mm di Mercurio ma senza ulteriori effetti avversi. Tre giorni dopo il linfonodo si era ridotto di volume, si era fatto soffice, ed era meno dolorante. Dopo il sesto giorno tutti i dolori cessarono. In un periodo di 4 mesi, egli ricevette 27 iniezioni di Laetrile, 10 da 1 grammo e 17 da 2 grammi. Non si osservarono effetti avversi. Una iniezione, fatta direttamente nella massa tumorale, fu seguita da prurito e dolore locale. Durante il periodo di trattamento il paziente ritornò al collegio. Il dolore era assente, l'appetito buono, il peso incrementato di 13 libbre, e lo stato generale eccellente. I valori ematici, sotto terapia con Laetrile, erano migliorati.

Ottavo caso. Uomo di 66 anni, 120 libbre di peso, alto 68 pollici (1 pollice = 25 millimetri), PAO = 188/98 millimetri di Mercurio. Diagnosi di cancro inoperabile della prostata con possibile metastasi al fegato. Non aveva fatto Chemio-Terapia. L'Emoglobina era di 10 grammi / 100 cc (millilitri) di sangue. Il paziente lamentava nicturia, ematuria, nausea, vomito, e severo dolore agli inguini e alle cosce. Codeina e Meperidina erano richieste al bisogno. La pelle e le sclere degli occhi erano itterici. Aveva dolore da adenopatie ad entrambi gli inguini. Laetrile da 1 grammo fu iniettato per endovena. In sette minuti la PAO scese di 68 millimetri di Mercurio, e la pelle divenne calda e umida di sudore. Il paziente appariva in procinto di shock, ma rispose prontamente all'iniezione di Fenilefrina. Il giorno dopo fu ripetuta l'iniezione di Laetrile. La PAO scese di 10 millimetri di Mercurio, ma non ci furono reazioni di shock. Dopo la seconda iniezione, i dolori cessarono e l'impiego degli oppiacei non divenne più obbligatorio. Nausea e vomito si alleggerirono, e anche l'itterizia si ridusse. In un periodo di 4 giorni egli ricevette tre iniezioni di Laetrile da 1 grammo. Durante questo periodo egli non ebbe più dolore e gli oppioidi furono assunti in maniera discontinua. Il sanguinamento dalle urine cessò. Nausea e vomito si alleggerirono, e l'itterizia diminuì ancora. L'emocromo e le analisi delle urine non mostrarono variazioni.

Nono caso. Donna di 65 anni, 110 libbre di peso, alto 66 pollici (1 pollice = 25 millimetri), PAO = 160/90 millimetri di Mercurio. Diagnosi di adeno-carcinoma del pancreas e dell'omento. Non aveva fatto Chemio-Terapia. Emoglobina : 11,5 grammi/100 cc (millilitri) di sangue. Il fegato era palpabile e noduli dolenti si estendevano fino a 3 pollici (1 pollice = 25 millimetri) sotto il margine costale. Durante i precedenti sette mesi prima del ricovero, la paziente aveva sofferto estremi dolori e aveva perso 20 libbre di peso. La Meperidina era richiesta al bisogno. Ella era emaciata, spossata, itterica e inabile a stare senza assistenza. Il Laetrile da 1 grammo fu iniettato in endovena. Non ci furono effetti avversi. Una seconda iniezione fu fatta 4 giorni dopo. Il dolore fu parzialmente risolto e il dosaggio della Meperidina fu ridotto. I valori ematici e urinari non mostrarono cambiamenti sotto terapia con Laetrile.

Decimo caso. Ragazzo di 17 anni, 140 libbre di peso, alto 71 pollici, PAO = 110/70. Diagnosi di Linfoma di Hodgkin, con metastasi al torace. Non aveva fatto Chemio-Terapia. Durante gli ultimi tre mesi prima del ricovero, una grande massa era cresciuta nella regione sopraclaveare sinistra e aveva raggiunto le dimensioni di un quarto di una arancia. Il paziente lamentava dolore ad entrambe le ascelle, spossatezza, nausea e anoressia. Aveva perso 25 libbre ed era itterico. La biopsia confermò la diagnosi. I linfonodi ascellari erano ingranditi, specialmente sul lato destro. X-Ray mostravano il progressivo ingrandimento nel torace della massa nodulare. Laetrile da 1 grammo fu iniettato per endovena. In 5 minuti la PAO scese di 6 millimetri di Mercurio ma senza altri apparenti effetti. Esaminando il paziente 2 giorni dopo, si notò che la massa al collo era più soffice e più piccola. In 5 giorni si ridusse di circa la metà rispetto alle dimensioni originali, si fece ancora più soffice e divenne mobile. I linfonodi ascellari erano adesso appena palpabili. Egli era libero da dolori e l'appetito era ritornato. In un periodo di 5 mesi ricevette 36 iniezioni di Laetrile, 19 da 1 grammo e 17 da 2 grammi. Non ci furono reazioni avverse. Durante il periodo di trattamento non ci fu dolore e non ci fu ingrandimento della massa sopraclaveare. L'appetito aumentò e il paziente mise su 24 libbre. Ritornò ai suoi studi. L'emocromo dimostrò un netto incremento dei globuli rossi e dell'emoglobina.

NOTA: In merito alla farmaco-cinetica del Laetrile e di altre vitamine (Emodina, Elemene, anti-neoplastoni, acido ascorbico, etcc..), se iniettati IN VIVO nei pazienti, è utile considerare la "TEORIA DEI TRACCIANTI" vedi http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/ per il calcolo dei dosaggi farmacologici.

Casistiche

L'Amigdalina presa per bocca è stata usata da tempi immemorabili, poichè "*amygdalin-laden black*" e "*brown bitter seeds*" erano descritti come agenti antitumorali sia nella farmacopea dell'antica Cina, sia in quella egiziana, greca, romana e araba ([1693, 1694])

Interessanti, risultano essere quindi i confronti della "Medicina Classica Fitoterapica" a base soprattutto di vitamina B17 (ma anche di alimentazione deprivata di proteine, vitamina B12, di glucosio e di Sodio, rispetto invece alle "moderne" terapie anti-tumorali, tutte a base di Chemioterapia, Radioterapia e Chirurgia.

Si riporta, a tale scopo, un'indagine retrospettiva sulla cura del Melanoma attuato dalla "Terapia Gerson" *confrontata* con "Terapie Convenzionali" (Chirurgia, Radioterapia, Chemioterapia).

Una indagine di questo tipo fu condotta in USA prendendo in esame pazienti affetti da Melanoma e che erano sopravvissuti per almeno 5 anni dall'inizio della terapia. Tale periodo di tempo fu preso come termine, poiché corrispondente al periodo terminato il quale i pazienti vengono considerati "curati" secondo i ricercatori oncologici *dell'American Cancer Society*.
L'indagine retrospettiva metteva a confronto dati di sopravvivenza di malati di Melanoma che avevano aderito ai protocolli della terapia Gerson (in totale 153 casi di *pazienti gersoniani*), confrontandoli con l'indice di sopravvivenza fissato a cinque anni delle terapie convenzionali attualmente in uso, e cioè Chirurgia, Radioterapia e Chemioterapia, derivati su dati estrapolati dalla letteratura medica su 16.229 casi (*pazienti convenzionali*).

Questi ultimi ebbero percentuali di sopravvivenza di gran lunga inferiori a quelli trattati con la terapia Gerson, morendo in genere entro 1 anno, rispetto invece ai *pazienti gersoniani*, per i quali la percentuale di sopravvivenza a cinque anni fu di quasi il 70% (in realtà fu del 69%).

Tale indagine retrospettiva sul melanoma fu condotta dai membri del *Gerson Institute* e da membri del *Cancer Prevention and control Program* dell'Università della California, entrambi situati a San Diego. Questa indagine retrospettiva descriveva tutti i pazienti, anche quelli che non risposero alla terapia Gerson, e includeva i Melanomi di Grado Primo e Secondo (cioè Melanomi localizzati), di Grado Terzo A e Terzo B (cioè con metastasi localizzate), di Grado Quarto A (metastasi diffuse nei linfonodi, nella pelle, e nei tessuti subcutanei) e di Grado Quarto B (metastasi negli organi viscerali).

Nel settembre del 1995 una rivista medica specializzata pubblicò questo lavoro con l'articolo "Aspettativa di vita a cinque anni in pazienti affetti da Melanoma curati con la terapia dietetica secondo il metodo del dott Gerson: un'indagine retrospettiva" (Hildebrand, G.L.: *Five year survival rates of melanoma patients treated by diet therapy after the manner of Gerson: a retrospective review*, in Alternative Therapies, vol.1[4], september 1995, pp. 29-37. **VEDI ALLEGATO: http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm MELANOMA)**

www.gerson-research.org/docs/HildenbrandGLG-1996-1/index.html

Dall'indagine retrospettiva risultò che per tutti i pazienti affetti da Melanoma di Grado Primo e Secondo (14 *pazienti gersoniani* e 15.798 *pazienti convenzionali* cioè trattati con tecniche tradizionali (Balch, C.M.: *Cutaneous melanoma: prognosis and treatment results word wide*, in Semin. Surg. Oncol., No.8, 1992, pp. 400-414), risultò che il 100% dei *pazienti gersoniani* era ancora vivo dopo 5 anni, contro invece il 79% dei *pazienti convenzionali*.
Sempre dalla stessa indagine retrospettiva risultò che per i pazienti affetti da Melanoma di Grado Terzo (cioè con metastasi localizzate), costituiti da 17 *pazienti gersoniani* e 103 *pazienti convenzionali*, questi ultimi curati presso la clinica tedesca Fachklinik Hornheide (Drepper, H.: *The prognosis of patients with stage III melanoma: prospective long*

term study of 286 patients of the Fachlinik Hornheide, in: Cancer, vol. 71, 1993, pp.1239-1246), risultò che l'82% dei *pazienti gersoniani* era ancora vivo dopo 5 anni, contro invece il 39% dei pazienti in terapia convenzionale.
Sempre dalla stessa indagine retrospettiva risultò che per i pazienti affetti da melanoma di Grado Terzo A e di Grado Terzo B, costituiti da 33 *pazienti gersoniani* e 134 pazienti in terapia convenzionale, questi ultimi curati presso la clinica tedesca Fachklinik Hornheide (Drepper, H.: *The prognosis of patients with stage III melanoma: prospective long term study of 286 patients of the Fachlinik Hornheide*, in: Cancer, vol. 71, 1993, pp.1239-1246), risultò che il 71% dei *pazienti gersoniani* era ancora vivo dopo 5 anni, contro invece il 41% dei pazienti in terapia convenzionale.
Sempre dalla stessa indagine retrospettiva risultò che per i pazienti affetti da Melanoma di Grado Quarto A, costituiti da 18 *pazienti gersoniani* e 194 pazienti in terapia convenzionale studiati dall'*Eastern Cooperative Oncology Group* (Ryan L.: *Prognostic factors in metastatic melanoma*, in: Cancer, vol. 71, 1993, pp. 2995-3005),), risultò che il 39% dei *pazienti gersoniani* era ancora vivo dopo 5 anni, contro invece il 6% dei pazienti in terapia convenzionale.
La percentuale di sopravvivenza per il Melanoma di Grado Quarto B non fu valutata.
Infine, dei 153 *pazienti gersoniani* arruolati nello studio, 71 di essi non figurano nelle liste finali, poiché mancanti di dati di *follow up*, o perchè morirono per cause estranee al Melanoma, o perché smisero di tenersi in contatto con i ricercatori.

In un altro lavoro, del 1962 (**Morrone J.: *Chemotherapy of inoperable Cancer. Preliminary report of 10 cases trated with Laetrile,* Exp. Med. Surg., 20, pp.: 299-308, 1962**, **VEDI ALLEGATO: http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm Morrone**), in dieci casi clinici in stadio avanzato di cancro, non trattati con Chemio, si dimostrò la buona efficacia clinica della vitamina B17, che addirittura dimostrava di risolvere il caratteristico "*fetor*" dei carcinomi mammari ulcerati all'esterno, con remissione clinica di tutti i casi clinici considerati.

In un report del 1966 "*Proceedings of* the *Ninth International Cancer Congress*", di Benedetto Rossi e di Ettore Guidetti viene citato un *trial* di 10 anni fatto in Europa, che aveva coinvolto 150 patienti "*50 percent of all cases in treatment showed objective improvement*" e concludeva dicendo che il Laetrile era "*an extremely useful chemotherapeutic drug*." ([1382]) **VEDI ALLEGATO: http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm Guidetti).**

Nel 1994, il prof. Binzen pubblicò i risultati da lui ottenuti trattando i pazienti con *Laetrile* negli anni 1974-1991. Su una casistica comprendente 180 pazienti che presentavano cancro primario (non metastatizzato e circoscritto ad un singolo organo o tessuto), 131 erano ancora vivi nel 1991, data in cui veniva pubblicato il rapporto. A quel tempo, 58 pazienti erano stati seguiti per un periodo dai 2 a 4 anni, mentre 80 di essi avevano avuto un *follow-up* medico per un periodo di 5-18 anni. Dei 42 pazienti che erano deceduti nel 1991, 23 erano morti a causa del cancro contratto, 12 per "cause non connesse" e 7 per "cause sconosciute" (**Binzel E.P.: *"Alive and Well*", VEDI ALLEGATO: http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm *Alive and Well*).**
Tra i pazienti che presentavano metastatizzazione, 32 su 108 erano morti della loro malattia, 6 per "cause non connesse", e 9 per "cause sconosciute". Dei 61 pazienti ancora vivi nel 1991, 30 avevano avuto un *follow-up* medico di 2-4 anni, 31 erano stati seguiti per un periodo di 5-18 anni.

Da un'altra casistica, quella del dott. John A. Richardson, del 1976, risultano documentati oltre 6.000 casi che dimostrano un effetto positivo della vitamina B17 contro il cancro. Interessante il suo libro, inerente a circa 60 pazienti trattati: "*Laetrile case Histories; the Richardson Cancer Clinic Experience*" (http://www.realityzone.com/lcm.html)

Esistono 4.800 casi documentati e attentamente studiati dal dott. Ernesto Contreras, selezionati fra circa 10.000 cartelle cliniche raccolte in 14 anni di esperienze con il Laetrile, cartelle cliniche che salgono a circa 100.000 considerando anche i casi clinici osservati fino all'anno 2000. Parte di questa casistica è disponibile alla clinica *Oasis of Hope* di Tijuana (Su circa mille casi clinici selezionalt, **VEDI ALLEGATO: http://www.oasisofhope.com/clinical_results.html**).

Il dott. Paul Wedel dell'Oregon, anche lui guarito dal cancro con vitamina B17 e dieta simil-gersoniana, ha documentato circa 4.000 casi di trattamento metabolico.

Altri 1.000 casi sono stati documentati dal dott. Manuel Navarro dell'Università *Santo Tomas* di Manila, Filippine.

Addirittura, lo stesso governo messicano, sotto la guida del dott. Mario Soto de Leon, direttore medico della *Cydel Clinic* di Tijuana, sta monitorando circa cento pazienti in terapia metabolica simil-gersoniana con vitamina B17.

In Germania, il dott. **Hans Nieper** ha documentato circa 1.000 casi (http://www.mwt.net/~drbrewer)
Il Dr. Hans Nieper fu un famoso oncologo tedesco che sviluppò la Chemio-terapia con il Ciclofosphamide. Nel 1970 scrisse così sul Laetrile "*...in the treatment of cancer, the active principle of nitrilosides is to be used mainly in prophylaxis [prevention] and early protective therapy.... On the other hand, the complete atoxicity [lack of toxicity] of this method of treatment, which is maybe nothing else but a rediscovered natural principle, permits the unlimited use of this substance*." Nel 1972 Nieper aggiunse: "*After more than 20 years of such specialized work, I have found the non-toxic Nitrilosides - that is, Laetrile - far superior to any other known cancer treatment or preventive. In my opinion it is the only existing possibility for the ultimate control of cancer*." (Griffin, G.E. World without Cancer. Westlake Village, CA: American Media, 1997).

Il Dr. Michael Schachter, che ha usato il Laetrile da 20 anni sui pazienti malati di cancro, rimarca : "*…as part of a comprehensive health-enhancing program, amygdalin is a useful natural; substance for fighting cancer...*" ([1701])
Il Dr. Schachter raccomanda anche di usare Cisteina (N-acetil Cisterna) che è la migliore forma di assorbimento per detossificare dal corpo il Cianuro rilasciato dal Laetrile. ([1701])

Il Dr. Douglas Brodie, che usa anch'egli il Laetrile per curare i suoi pazienti, dice "*…after years of observing patients using amygdalin, we can say with complete assurance that it is neither toxic nor worthless.... Nor do we find it to be a cure or panacea for cancer. The experience of our clinic... is that amygdalin has the ability to improve the patient's sense of well-being, relieve the pain of cancer, and reduce the requirement for pain medicine….*" ([1701])

Interessante considerare che casi clinici come quelli del sig. Glen Rutherford del Kansas, guariti completamente a Tijuana, sono inseriti negli archivi dei tribunali come "cure".

Curiosamente, anche personaggi politici di una certa rilevanza, come l'ex-presidente americano Reagan asserirono più volte il diritto di scegliere liberamente il Laetrile come trattamento per il cancro ("Mike Blair: *Reagan reaffirms Laetrile backing. Even as federal bureaucrats were tryng to bury Laetrile with a rigged report, President Reagan was reasserting his view that people should be free to use the substance….*"). Il presidente Reagan si curò il cancro al colon con terapia Gerson www.whale.to/cancer/brown2.html ; www.soilandhealth.org/02/0201hyglibcat/020121horne/020121ch20.html

Se il cancro appare misterioso e spaventoso, è perchè la società lo ha confezionato in questo modo. Ma la realtà è che il genere umano è stato sempre afflitto nel passato da malattie, quelle che la Storia ricorda come "incurabili" e che queste furono sconfitte dalla semplice modifica dell'alimentazione e da una semplice vitamina.
Il cancro, quindi, non è altro che una malattia metabolica, cronico-degenerativa, dovuta alla carenza cronica di vitamine naturali fra cui, soprattutto, la vitamina B17.

Ricordiamo le altre malattie "incurabili":
Scorbuto (tasso di mortalità variabile, debellata dalla vitamina C);
Pellagra (tasso di mortalità del 97%; debellata dalla Niacina o vitamina B3);
Anemia perniciosa (tasso di mortalità del 99%, debellata dalla vitamina B12 e dall'acido folico);
Beri Beri (tasso di mortalità del 99%, debellata dalla Tiamina o vitamina B1);

Terapia VITAMINICA anti-neoplastica di Prima Linea

Attualmente, si ritiene che possano esistere diversi meccanismi di terapia anti-neoplastica modulati da piante mediche contro i tumori umani.
Queste diverse modalità curative si esplicano, fondamentalmente, attraverso 12 diversi meccanismi d'azione (5 maggiori e 7 minori), riassumibili rispettivamente in:

Meccanismi d'azione maggiori

1) Immuno-Terapia
2) Biochemio-Terapia
3) Equilibrio acido-base
4) Lisi-Terapia
5) Catalizzatori enzimatici mitocondriali

Meccanismi d'azione minori

6) Protezione anti-ossidativa
7) Protezione anti-infiammatoria (anti-febbrile e anti-dolorifica)
8) Protezione epatica da tossine tumorali
9) Protezione anti-infettiva
10) Protezione anti-uricemica
11) Attività anti-telomerasica
12) Basso indice glicemico ed energetico

Sono viceversa attualmente non considerati, dall'autore del presente lavoro, i seguenti meccanismi d'azione:

Meccanismi d'azione potenziali (ancora in valutazione)

13) Azione anti-angiogenesi (potenziale)
14) Azione ormonale (potenziale)

Riassunto del libro

Questo lavoro, introdotto dalle DIECI DICHIARAZIONI dell'autore del presente lavoro, è articolato su 21 capitoli :

Cap.1: Il **cibo** e le sue componenti: carboidrati, grassi, olii, proteine e vitamine; la base delle **malattie cronico-degenerative**.

Cap.2: Breve disamina sul **fallimento della Chemio-Terapia**, e della sua incompatibilità di associazione terapeutica con la Fito-Terapia. Nota: in ALLEGATO 30: effetti biologici della CHEMIO. http://www.vitarubata.com/pneumopatie%20iatrogene/Effetti%20biologici%20della%20Chemio-Terapia%20e%20della%20Radio-Terapia.pdf

Cap.3: Proposta di **Dieta anti-cancro** mirata per pazienti neoplastici
La Dieta anti-neoplastica dev'essere priva, il più possibile, di cibi ricchi di Glucosio (cibi ad elevato indice glicemico come zucchero, dolci, Banane, Fragole, Kaki, Zucca) e soprattutto di cibi contenenti acidi nucleici, proteine, acido folico e, in particolar modo, quantità anche minime di vitamina B12: ciò per la fondamentale ragione che la crescita del tumore avviene soltanto attraverso particolari fattori di apporto energetico (Glucosio) e tramite sostanze necessarie alla sintesi di nuovo DNA e per creare nuove cellule tumorali (mitosi cellulare). Secondo tale Dieta, la bassa quantità di Glucosio, il ridotto o assente apporto di acidi nucleici, di proteine, di acido folico e di vitamina B12 tenderanno a bloccare la crescita tumorale. *Ma poiché l'organismo non può sopravvivere in assenza di queste sostanze, vi sarà anche un depauperamento continuo e costante di tali sostanze a carico dei tessuti muscolari e di riserva dell'organismo: si può ritenere che tale depauperamento verrà anche compiuto a carico dello stesso tessuto neoplastico. Il paziente inizierà cioè a "nutrirsi" del proprio stesso Cancro*; di qui la necessità d'integrare gli enzimi pancreatici con enzimi simili di derivazione vegetale, allo scopo di aiutare l'organismo in tale azione di depauperamento organico a spese dello stesso tumore. Non associare mai però, nello stesso pasto i Cereali con le Leguminose, per rischio di sommazione dietetica di aminoacidi essenziali (con effetto quindi simile all'ingestione di Carne, Uova, Pesce, Formaggio….). L'alimentazione dev'essere articolata su 12-15 piatti giornalieri di Verdure fresche, Frutta fresca. Assumere Cereali in quantità adatta (pasti piccoli), e soltanto in caso di provata necessità (febbre, dimagrimento eccessivo). Importanti sono le Spezie. Particolare cura dev'essere anche rivolta all'assunzione di vitamine *naturali*. Il Cibo dev'essere di buona qualità, possibilmente ottenuto da Agricoltura Biologica, o comunque privo di pericolosi additivi chimici. La Frutta esotica o comunque la Frutta e le Verdure provenienti da regioni del mondo poco controllate dal punto di vista igienico-sanitario possono essere veicoli di contagio per malattie infettive anche gravi a causa delle acque sporche (liquami) usate per l'irrigazione del suolo. Il Pesce dev'essere mangiato soltanto dopo l'avvio della Cascata Immunitaria, con massa tumorale in forte regresso dimensionale, data la possibilità che gli aminoacidi essenziali, gli acidi nucleici e la vitamina B12 contenuti nel Pesce possano essere assimilati anche dalle stesse cellule tumorali.

Cap. 4: **Immuno-Terapia**
E' l'induzione e mantenimento di risposta immunitaria contro il tumore, con le osservazioni cliniche, strumentali (TAC, Eco, R.M.N. PET) e di laboratorio. Si riportano alcuni dati in merito a vitamine date a scopo di attivazione e di mantenimento (con successivo potenziamento) della risposta immunitaria: vitamine capaci di attivare una risposta immunitaria specifica ex-novo contro il cancro, quindi potenzialmente in grado di portare a guarigione il paziente.

Cap. 5: **Bio-Chemio-Terapia (APOPTOSI e PSEUDO-APOPTOSI)**

Un aspetto particolare riguarda le vitamine aventi capacità anti-tumorale selettiva sulle sole cellule tumorali, nella maggior parte dei casi tramite induzione di **Apoptosi** (attivazione di endonucleasi specifiche che frammentano il DNA, agendo a livello di siti nucleosomiali costituenti l'unità strutturale primaria della cromatina nucleare della cellula) o **Pseudo-Apoptosi** (lisi lisosomiale con successiva auto-digestione enzimatica della cellula stessa). Poiché tale effetto anti-neoplastico è svincolato dall'attivazione immmunitaria (cap. 4) e poiché l'azione di Apoptosi e di Pseudo-Apoptosi ricorda parzialmente la Chemio-Terapia, ma priva dei suoi gravissimi effetti negativi collaterali, queste sostanze fito-terapiche potrebbero essere catalogate, a parere dell'autore del presente lavoro, anche come farmaci ad azione *bio-chemioterapica*. Fra essi risultano l'Aloe, la Graviola e circa altre 200 piante. Anche i Neoplastoni di Burzynski figurano fra esse.

Cap. 6: **Equilibrio acido-base**

E’ ben noto che non esiste, o quasi, il cancro del cuore, come neppure quello del duodeno; in sostanza, la presenza di *acidosi tissutale* è essenziale per l’instaurarsi di un cancro….

Cap. 7: **Vitamine ad azione litica (Lisi-Terapia)**

Agenti sullo stroma connettivale del tumore determinano una riduzione dell'elevata Pressione di Fluido Interstiziale (H-IFP, vedi: Jain R.K.: *Barrier to Drug Delivery in Solid Tumors*, Scientific American, Science, July, 1994), un riequilibrio del pH interstiziale del tumore, e quindi una maggior capacità di penetrazione nella massa neoplastica da parte di molecole farmacologicamente attive (Bio-Ch-T), di Linfociti Infiltranti il Tumore (TIL), di linfociti *Killer*, di linfociti *Natural Killer*, di Linfociti T citotossici, di Macrofagi, di Interleukine, di Fattore di Necrosi tumorale. In sostanza, determinano così lo scioglimento /riassorbimento del tumore

Cap. 8: **Vitamine catalizzatrici di reazioni enzimatiche mitocondriali**

Esistono sostanze, come il Germanio (e forse anche lo Zinco), che rendono disponibile l'Ossigeno alla cellula, con implicazioni importanti per diverse patologie umane, incluso il Cancro. Tra queste, gran parte delle patologie degenerative, del ricambio, o da cause carenziali. In particolare, la loro caratteristica biochimica è quella di agire come semi-conduttori nei processi di trasporto degli elettroni all'interno della cellula, consentendo così la formazione di ATP con produzione finale di sostanze molecolari non tossiche (Acqua); importante è anche la loro azione anti-ossidante. E' stato dimostrato che con il Germanio organico ha luogo una reazione esotermica che fornisce Ossigeno e Idrogeno alle singole cellule dell'organismo. Il flusso stabile e continuo di Ossigeno e di Idrogeno verso tutte le parti dell'organismo agevola e potenzia l'ossidazione e la riduzione all'interno delle cellule. Le cellule immunitarie, come i delicatissimi linfociti, acquistano così una capacità energetica sufficiente al proprio compito di operare anche in ambiente ipossico come il tessuto neoplastico, notoriamente caratterizzato da elevata Pressione di Fluido Interstiziale (H.-IFP). Viceversa, le cellule cancerose, ossidate sia a causa della rimozione d'Idrogeno che dalle reazioni molecolari endocellulari con l'Ossigeno, entrambe indotte dalla presenza di Germanio organico, risultano essere più esposte a fenomeni di Apoptosi o di Pseudo-Apoptosi, essendo deficitarie dei complessi enzimatici di riparazione endo-nucleari del proprio DNA, caratteristici invece delle normali cellule non degenerate in senso neoplastico. Il Germanio è contenuto nell’*Allium species.*
Oltre al Germanio, in questo capitolo si discute anche in merito allo Zinco e allo Iodio.

Cap.9: **Vitamine anti-ossidative**

Il loro uso è previsto a causa dei processi infiammatori, dalla liberazione di radicali liberi, delle Prostaglandine e delle altre sostanze liberate dagli stessi processi immunitari di cascata.

Più in generale, si considerano vitamine ad attività anti-ossidativa quelle capaci di proteggere le cellule sane sia dagli effetti delle radiazioni, sia di garantire alle difese immunitarie e in special modo ai Linfociti T.I.L. (Linfociti Infiltranti il Tumore) di operare all'interno delle masse tumorali, nonostante la presenza dei radicali liberi e di altri composti tossici rilasciati dagli stessi globuli bianchi, o comunque presenti nell'ambiente stesso del nido neoplastico.

Cap.10: **Vitamine ad attività anti-infiammatoria (anti-piretica e anti-dolorifica)**

La febbre indotta dalla Cascata Immunitaria consuma elevate quantità di energia (depauperazione energetica): ciò può comportare sia la riduzione di massa neoplastica (effetto positivo), sia di massa muscolare (effetto negativo), quest'ultimo effetto parzialmente evitabile con una moderata attività fisica. Si deve pertanto tenere continuamente sotto osservazione clinica la febbre, soprattutto se successiva alla Cascata Immunitaria linfocitaria e pertanto divenuta quindi quotidiana.

Processi infiammatori troppo acuti e con dolore ingravescente possono arrecare anche dolore acuto al paziente, ciò soprattutto in fase avanzata di terapia, così come esposto in questo lavoro, dopo l'effettiva Cascata Immunitaria *specifica* indotta dai linfociti (caratterizzata quest'ultima da febbre quotidiana). Il dolore infiammatorio è dovuto, in fase iniziale, da infiltrazione linfocitaria nelle masse tumorali (*Inflammatio tumoris*). Soltanto in tempi successivi subentra il processo infiammatorio con accumulo a-specifico di granulociti in sede tumorale (*Reliquatio tumoris*), con necessità di ricorrere ad una *Detossificatio tumoris*, che richiederà una detossificazione dello stesso fegato, con ricorso ad enteroclismi secondo metodo Gerson (Detossificazione epatica).

Cap. 11: **Vitamine anti-infettive**

Il loro uso è previsto soprattutto a livello intestinale, allo scopo di prevenire la temibile Disbiosi gastro-enterica, pericolosa per i suoi effetti di riduzione dell'attività immunitaria anti-neoplastica, Inoltre molte di queste vitamine sono caratterizzate da attività antibiotica di supporto. Ciò è importante data la necessità d'indurre nel paziente lo *shift* midollare da Cascata Immunitaria, diretto soprattutto in senso anti-neoplastico (linfociti T *gamma-delta*, linfociti T citotossici, linfociti *Killer*, linfociti *Natural Killer*), piuttosto che in senso di stimolazione alla sintesi di granulociti in senso anti-infettivo. In tale ottica, l'impiego di antibiotici di sintesi è sempre da considerare con le dovute cautele, a causa dei possibili danni sulla flora batterica intestinale che, se danneggiata, richiederà l'impiego dei latto-bacilli derivati, privi di componenti al Lattosio.

Cap. 12 : **Vitamine con azione di protezione renale anti-uricemica**

Nonostante l'assoluto digiuno di cibo contenente acidi nucleici (Carne, Pesce, Uova, Latte, derivati del Latte), il paziente comincia a presentare elevati livelli di acido urico nel sangue, a possibile evoluzione in danno renale. L'elevato incremento dell'acido urico è dovuto a fenomeni di Apoptosi a carico delle cellule tumorali (vedi cap.5), agli effetti della Cascata immunitaria (vedi cap. 4) e al disfacimento delle masse tumorali da enzimi e da risposta immunitaria (vedi cap. 4, 6 e 7).

Cap. 13: **Vitamine ad azione anti-telomerasi**

Cap. 14: **Sostanze inducenti basso apporto energetico al tumore.**
Ciò può essere ottenuto controllando l'indice glicemico dei vari alimenti introdotti, e/o somministrando sostanze capaci di ridurre l'assorbimento glicemico, o riducendo la glicemia nel sangue, o infine inibendo la pompa ATPasica delle cellule tumorali, come ad esempio ottenuto con l'utilizzo della *Annona muricata* (Graviola) o della *Asimina triloba* (Paw Paw).

Cap. 15: **Vitamine inibenti i fattori di crescita (anti-Angiogenesi)**
Da parte dell'autore del presente lavoro si ritiene utile l'impiego di sostanze capaci d'inibire l'Angiogenesi da parte dei tumori. Il termine Angiogenesi si riferisce al processo di ramificazione e di crescita di capillari sanguigni pre-esistenti, le cui pareti sono composte da un unico strato di cellule endoteliali. In Oncologia, è stato così proposto l'impiego di sostanze capaci d'inibire il tumore attraverso il blocco, più o meno selettivo, della crescita dei suoi vasi.

Cap. 16: **Sostanze ormonali**
Il loro uso è stato riproposto all'attenzione pubblica in terapie "alternative" basate sulla ben nota Somatostatina-Octreotide e su altre particolari molecole. La Somatostatina non è ritenuta proponibile a causa degli alti costi (oltre 3.000 Euro al mese), e per gli effetti sul paziente (vomito e nausea) che rendono impossibile la Terapia Metabolica così come riportata in questo lavoro.

Cap. 17: **Terapia Metabolica: futuri aspetti legislativi**

Cap. 18: **Protocollo-base riassuntivo**

Cap.19: **Altre malattie cronico-degenerative: Diabete di Secondo Tipo, Sclerosi Multipla, malattie cardiovascolari, Alzheimer, invecchiamento**

Cap. 20 : **Contro-indicazioni relative ed assolute a piante**

Cap. 21 : **Elenco parziale di 1.500 piante ad uso medico, menzionate o meno in questo lavoro**

Bibliografia (1650 lavori scientifici riportati, in nome della "*Evidence Based Medicine*", o "*Medicina basata sulle Prove*", che risponde al seguente percorso formativo del medico:
1. Formulare un quesito clinico;
2.Cercare le migliori prove scientifiche disponibili;
3. valutare criticamente le prove scientifiche;
4. Agire sulla base delle prove raccolte;
5. Valutare i propri risultati

CINQUANTACINQUE allegati, quasi tutti di ulteriore materiale scientifico

Le DIECI Dichiarazioni d'Intesa

Prima dichiarazione:
Terapia del paziente a Domicilio, sotto esclusiva cura del Medico di Famiglia o di Medico Privato, o comunque di Medico di Fiducia

La terapia dovrebbe essere di esclusiva responsabilità del Medico di Famiglia o di un Medico privato di fiducia del paziente stesso: ciò allo scopo d'instaurare una lunga e paziente terapia domiciliare.

Importante, risulterebbe essere l'approccio psicologico alla malattia da parte del paziente, che soltanto un quotidiano rapporto di fiducia e di cure mediche e familiari possono dare, evitando così accuratamente qualsiasi contrasto medico sulle scelte terapeutiche da adottare, ciò almeno in presenza del paziente stesso.

In particolare, spetterebbe al Medico di Fiducia proporre al paziente la Terapia Metabolica anti-tumorale (vedi cap.17), visitando a domicilio il paziente stesso, variando la dieta in accordo ai familiari e organizzando gli esami di laboratorio ritenuti più opportuni (VEDI QUINTA DICHIARAZIONE d'INTESA), e allestendo, se necessario, le terapie farmacologiche a domicilio ritenute più valide.

E' importante che il paziente venga istruito e seguito sulla Terapia Metabolica assieme ai suoi familiari, poichè tutti dovranno avere ben presente la modalità di cura, e soprattutto la particolare dieta che dovranno far seguire al loro familiare nella lunga terapia a domicilio che seguirà.

Nota: a scelta del medico curante sono consentiti farmaci di sintesi chimica impiegabili in associazione alla Terapia Metabolica, secondo valutazioni cliniche e di laboratorio del Medico Curante.
Da aprile 2006, questi farmaci sono stati però definitivamente abbandonati dal Protocollo-base di questo lavoro, poiché ritenuti, dopo 4 anni di esperienze cliniche a domicilio di pazienti malati di tumore, insoddisfacenti per gli scopi descritti in questo lavoro.
Viceversa, si sono dimostrati estremamente utili gli ENTEROCLISMI secondo metodica Gerson (Charlotte Gerson: La Terapia Gerson, Macroedizioni http://www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3698), poiché capaci di detossificare il fegato dalle sostanze tossiche che la Cascata Immunitaria tende a liberare dalle masse necrotiche del Cancro in quantità sempre più alte nei mesi successivi alla Risposta Immunitaria contro il tumore e le sue metastasi (in coincidenza con l'incremento ematico della VES, dei markers tumorali, della Lattico-de-idrogenasi e di altre sostanze). In particolare, gli ENTEROCLISMI dovrebbero essere eseguiti soprattutto in coincidenza con la massima immissione nel sangue di queste sostanze tossiche, cioè dal pomeriggio inoltrato fino alle ore 3-4 di mattina, quando è massima la risposta immunitaria.

Pertanto, sono ormai considerati in via di abbandono definitivo i seguenti farmaci:

Paracetamolo (*Tachipirina*® ed *Efferalgan*®), e FANS a scopo antipiretico.
FANS a scopo anti-infiammatorio e anti-dolorifico.
farmaci oppiodi, compreso il *Co-Efferalgan*®.
Allopurinolo
Emopoietina alfa
Cortisonici.

Ancora mantenuto l'impiego di Amino-bifosfonati (*Actonel*®) a scopo immuno-stimolante ([176, 238]) e per la loro azione anti-ipercalcemica.

Si ritiene sempre potenzialmente pericolosa la trasfusione di sangue e/o di emoderivati.

Nota:contrarietà alle Biopsie di tumori

L'autore del presente lavoro è assolutamente contrario a qualsiasi forma di biopsia su tumori maligni o su sospetti tumori maligni. L'esperienza clinica di questi ultimi anni ha quasi sempre dimostrato la successiva metastatizzazione del tumore maligno se oggetto di **parziale** asportazione. Tale metastatizzazione dev'essere probabilmente ricollegata all'effetto pro-angiogenico dell'infiammazione, effetto risultante dall'inopportuno intervento bioptico (vedi capitolo 13 : ANGIOGENESI).

Non esiste un protocollo terapeutico unificato per tutti i pazienti.
Al capitolo 17 sono comunque elencati 12 punti essenziali per l'inquadramento di un ***Protocollo di Cura Unificato*** che possa raccogliere così le più importanti terapie "alternative", inquadrabili però come "TERAPIE METABOLICHE".

Nota importante: **la Terapia Metabolica NON è Medicina Complementare o Medicina Alternativa, ma semplicemente MEDICINA BASATA sulle PROVE, (*Evidence Based Medicine*).**
Essa può essere condotta da qualsiasi Medico.
Idealmente, essa è svincolata dagli interessi commerciali chemio-farmaceutici delle Multinazionali, cioè dalla Medicina Farmaceutica.

E' compito del Medico di Famiglia o comunque del Medico di Fiducia avviare la terapia sulla base di alcuni provvedimenti terapeutici comuni, come la Dieta anti-cancro (10-15 frullati, centrifugati, e/o schiaccia-frutta al giorno di frutta e verdura da Agricoltura Biologica) e l'impiego di *Aloe arborescens* mista a un po' di Miele biologico, vitamina B17, vitamina C, vitamina A, vitamina F, vitamina E, Germanio, Selenio, Magnesio, assieme ad un ventaglio di almeno 20-30 piante curative fra cui soprattutto l'*Allium species*.

Nota: l'utilizzo dello schiaccia-frutta è basato su un fortissimo trituratore e su una pressa idraulica che funzionano a motore.
Ricerche diverse hanno dimostrato che queste macchine riescono ad estrarre dalla polpa una quantità di vitamine almeno cinquanta volte maggiore rispetto alle normali centrifughe. La stessa quantità di succo prodotto è circa trenta volte più abbondante rispetto alle quantità di succo prodotto dalle altre macchine. Attualmente, di queste particolari macchine ne esistono diverse versioni, dai costi molto differenziati, in genere variabili dagli 800 Euro-dollari a 2.000-2.600 Euro-dollari circa

La terapia anti-neoplastica, così come eseguita dal medico di Fiducia, dev'essere impostata sulla seguente TRIADE curativa:
1) Impiego di piante ad uso medico (*vitamina B17, Aloe-Emodina, Germanio, vitamine C,F,A,E*), sia per via orale che via enterica (Enteroclismi di *Coffea arabica* biologica secondo metodo Gerson)
2 Dieta anti-cancro (vedi quarta dichiarazione)
3) Attività fisica continuativa (GINNASTICA ISOMETRICA, *Nordic Walking*, etc…), allo scopo di non depauperare l'organismo stesso del paziente dalle proprie proteine muscolari, essendo le

cellule tumorali "affamate" dalla Dieta impostata, con quindi ricerca da parte del sistema metabolico dell'organismo dei seguenti tessuti organici a scopo alimentare endogeno:

a) tessuto muscolare stesso del paziente
b) tessuto adiposo e di riserva
c) tessuto neoplastico stesso (osservazione personale dell'autore del presente lavoro).

In base ad osservazioni personali, l'effettiva guarigione dal tumore, anche se molto esteso, dipende da:

1) dieta anti-cancro,
2) detossificazione epatica,
3) piante medicinali,
4) determinazione psicologica del paziente a guarire,
5) attività fisica ISOMETRICA,
6) presenza di un Medico interessato alle TERAPIE METABOLICHE (vedi cap.17).

Prestare la massima attenzione alla quantità di aminoacidi essenziali introdotti nella dieta, ciò anche alla luce di quanto già noto (vedi oltre) in merito a cibi già ricchi di queste sostanze. Importante quindi eseguire almeno una volta al mese le prove del sangue per la ricerca delle *Proteine Totali*, che dovranno mantenersi su valori compresi fra 6,0 e 6,6.
L'importanza di mantenere un basso apporto proteico al paziente è essenziale. Si riporta a titolo d'esmpio il caso di un paziente affetto da Leucemia Linfatica Cronica che presentava oltre il 30% di infiltrato neoplastico al midollo osseo:

Breve schema dei valori ematici osservati in questi anni nel paziente

Ottobre 2004 : Proteine TOTALI 6,3 ; 27.000 globuli bianchi
Febbraio 2005: Proteine TOTALI 5,8 ; 26.600 globuli bianchi
Marzo 2005 : Proteine TOTALI 6,0 ; 22.000 globuli bianchi (dieci giorni di febbre alta)
Maggio 2005: Proteine TOTALI 6,2 ; 17.600 globuli bianchi
Luglio 2005: Proteine TOTALI 6,1 ; 20.000 globuli bianchi
Dicembre 2005 : Proteine TOTALI 5,5 ; 23.600 globuli bianchi presenza di ombre di Gumprecht
Marzo 2006: Proteine TOTALI 6,1 ; 19.600 globuli bianchi presenza di ombre di Gumprecht
Giugno 2006: Proteine TOTALI 5,9 ; 20.700 globuli bianchi, presenza di ombre di Gumprecht
Agosto 2006: Proteine TOTALI 5,9 ; 27.700 globuli bianchi, presenza di ombre di Gumprecht
Ottobre 2006: Proteine TOTALI 6,1 ; 27.200 globuli bianchi, presenza di ombre di Gumprecht
Gennaio 2007: Proteine TOTALI 6,0.; 29.000 globuli bianchi presenza di ombre di Gumprecht
Luglio 2007 : Proteine TOTALI 5,9 ; 22.000 globuli bianchi, presenza ombre di Gumprecht
Aprile 2008 : Proteine TOTALI 6,0 ; 20.000 globuli bianchi, presenza ombre di Gumprecht

IL secondo importante fattore di crescita per i tumori maligni è il picco glicemico, essendo il Glucosio una delle più importanti fonti di sostentamento per il tumore stesso.
Può quindi essere utile l'impiego di strisce reattive per misurare la Glicemia al paziente (come si fa nel caso dei pazienti diabetici), ciò allo scopo di mantenere sotto controllo i picchi glicemici post-prandiali durante la cura.
In particolare questo può rivestire importanza per meglio calibrare l'apporto calorico dei vari pasti, allo scopo di non avere un incremento glicemico troppo alto.

Se nonostante tutto ciò, si dovesse realizzare un picco glicemico troppo alto, il Medico Curante dovrà valutare se somministrare o meno al paziente particolari estratti fito-vitaminici (*Annona muricata*) o farmacologici (insulina) ritenuti idonei all'abbassamento dell'attività energetica delle cellule (inibizione dell'ATP mitocondriale) o semplicemente diretti all'abbassamento glicemico (insulina).

La decisione di somministrare l'*Annona muricata* è quindi delicata poiché inibente, almeno in parte, i meccanismi di Apoptosi indotti dalle altre vitamine, e il suo impiego dev'essere quindi sempre motivato sulla base di tutta la documentazione scientifica oggi esistente su questa preziosa pianta, ma senza darle un'importanza superiore a quella di molti altri fitoterapici, i cui meccanismi d'azione potrebbero interferire con essa, come ad esempio quelli di Apoptosi (vedi cap.5).

Anche se il paziente non è affetto da diabete, è quindi importantissimo nei pazienti con cancro mantenere sotto controllo le curve glicemiche ad ogni pasto che viene dato al paziente.

Di qui anche la pericolosità di somministrare troppi cucchiai di **Miele** con Aloe (o con altre piante ad attività apoptosica), come anche la pericolosità di somministrare troppi semini amari (contenenti vitamina B17) se assunti contemporaneamente o nel corso della giornata (oltre che ai pericoli del cianuro e delle proteine in essi contenuti), e infine la pericolosità di quantità troppo alte di pasta (sia pure di Farro o di altri cereali NON OGM).

E' quindi essenziale per il Medico Curante mantenere il paziente sui "*tranquilli binari*" di un'alimentazione che deve obbedire a questi due semplicissimi criteri:

1) basso apporto degli aminoacidi essenziali
2) basso innalzamento della curva glicemica ad ogni pasto

In Italia non esiste ancora un Movimento Unitario di Medici che possano essere finalmente liberi di applicare questi principi curativi a beneficio dei propri pazienti.

L'Italia dispone però di due grandi ricchezze, poco valorizzate:
1) circa 60.000 medici di famiglia, purtroppo pesantemente vincolati dagli Ordini dei Medici
2) la grande ricchezza di un'Agricoltura Biologica Italiana che oggi viene esportata quasi tutta all'estero.

Ogni paziente che intende sottoporsi a tale terapia, deve:
Firmare la propria Dichiarazione di Consenso a sottoporsi alla Fito-Terapia, così come descritta nelle Dieci Dichiarazioni d'Intesa, cioè alla terapia basata sostanzialmente sull'impiego privilegiato di prodotti vitaminici fito-terapici. (Nota: la dichiarazione non deve presentare spazi ove poter scrivere successivamente delle aggiunte, legalmente improprie per la validità legale del documento).
Scegliere un Medico Curante di Riferimento che si riconosca nelle Dieci Dichiarazioni d'Intesa e, ovviamente, nel Giuramento d'Ippocrate, data l'incompatibilità con la Chemio-Terapia.

Nota: si spera in futuro di poter regolamentare, in ambito legislativo, queste terapie (sulla questione vedi: cap. 17 "La Terapia Metabolica: futuri aspetti legislativi").

CONSENSO INFORMATO

Poiché Le è stato diagnosticato recentemente un tumore maligno, Le chiediamo di partecipare ad uno Studio di Terapia Multicentrico basato sostanzialmente sull'applicazione delle DIECI Dichiarazioni d'Intesa (vedi libro on-line in INTERNET: "Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio"), allo scopo di stabilire una base comune d'intenti per una forma di terapia anti-Cancro svincolata finalmente dalla CHEMIO-TERAPIA e, a discrezione del Medico Curante di Riferimento da Lei scelto, anche svincolata dalla Radio-Terapia e dalla Chirurgia. Tale procedura terapeutica è aperta a qualsiasi altro medico che intenda condividere le 10 Dichiarazioni d'Intesa, così come riportate dall'autore del presente lavoro, (Dott. Giuseppe Nacci). Il Protocollo di base, riportato in "Protocollo-Terapia NACCI" (INTERNET: "Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio"), potrà quindi essere modificato dal Medico Curante in funzione del tipo di neoplasia, delle condizioni cliniche del paziente, della disponibilità o meno delle diverse vitamine fito-terapiche di cui si potrà disporre nel luogo di cura. Tale Protocollo di cura si basa essenzialmente sull'assunto che l'alimentazione debba essere completamente priva di vitamina B12, priva di acido folico, dev'essere a basso Indice Glicemico, priva di acidi nucleici (DNA), e soprattutto priva di formulazioni alimentari complete di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali (Leucina, Valina, Isoleucina, Lisina, Metionina, Triptofano, Treonina, Fenilalanina, Istidina). Viceversa, la ***Terapia Metabolica*** *(che comprende al suo interno anche la stessa Fito-Terapia) dovrà essere ricchissima di decine di migliaia di vitamine e di complessi pro-vitaminici, capaci di detossificare gli organi e gli apparati emuntori (apparato gastro-intestinale, fegato e reni), d'innescare il fenomeno dell'apoptosi nelle cellule tumorali, cioè di indurre la riattivazione degli enzimi di endonucleasi, con successiva auto-distruzione del DNA della cellula neoplastica e, inoltre, di dare inizio alla Cascata Immunitaria, cioè d'indurre la riattivazione dei Linfociti Natural Killer, dei Linfociti B (con produzione di anticorpi policlonali diretti verso gli antigeni tumore-associati delle cellule malate), dei linfociti Killer, dei Monociti. A completamento della terapia così descritta, sarà anche importante che il paziente esegua attività fisica moderata (es: Nordic Walking) per non indurre l'organismo a consumare le proprie masse muscolari per sopperire alla richiesta biochimica da parte del tumore di vitamina B12, di acido folico, di aminoacidi essenziali e di acidi nucleici. Il Medico Curante si assume la responsabilità di condurre a buon fine la cura, fermo restando che dovrà comunque avvalersi della collaborazione dei Suoi familiari per disporre di alimenti di buona qualità, possibilmente provenienti da Centri di produzione di Agricoltura Biologica; a tale proposito, si rifiuta l'utilizzo di capsule, compresse e altri prodotti erboristici la cui qualità non può essere ritenuta ovviamente paragonabile al FITO-COMPLESSO della pianta appena raccolta: fresca, biologica e di stagione. Il Paziente si assume la responsabilità di seguire il più possibile le direttive del Medico Curante in merito all'acquisto di generi alimentari possibilmente NON contaminati da Pesticidi e assolutamente privi di modificazioni o manipolazioni di tipo genetico (Organismi Geneticamente Modificati), poiché la terapia anti-Cancro applicata è*

basata, sostanzialmente, sul presupposto che il Cancro debba considerarsi una malattia degenerativa dovuta a carenze di vitamine e a intossicazione da sostanze chimiche presenti nei cibi. Le vitamine e le sostanze pro-vitaminiche presenti nelle piante fresche e di stagione, di comune alimentazione umana o di impiego medico (piante officinali) sono stimate in numero superiore a 30.000. Gli Organismi Geneticamente Modificati sono una ingiustificata e pericolosissima alterazione di ciò che l'Evoluzione ha prodotto nelle piante negli ultimi 60 milioni di anni, cioè in quel lungo periodo di tempo in cui la biochimica dei Mammiferi si è evoluta sulla Terra, fondando la propria complessità genomica (DNA) sull'utilizzo di migliaia di vitamine e di complessi fitochimici presenti in Natura. Se Lei è d'accordo a partecipare a questo studio, e rientra nei criteri d'inclusione descritti nella Terza Dichiarazione d'Intesa, a tempi prefissati verrà sottoposta/o a esami del sangue (*vedi Quinta Dichiarazione d'Intesa*) *e ad esami strumentali come ad esempio l'Ecografia (dimostrazione di linfonodi "reattivi") oppure la Tomografia a Risonanza Magnetica Nucleare* (R.M.N.), *oppure la Tomografia ad Emissione di Positroni* (PET), *oppure la Tomografia a raggi X* (T.A.C.): *tutti esami ritenuti utili, compatibilmente alle capacità diagnostiche del radiologo, per seguire l'andamento della risposta immunitaria nel tempo, e quindi per confrontare fra loro tali metodiche e tecniche diagnostiche strumentali, allo scopo di definire, in futuro, la migliore metodica convenzionale di imaging e di stadiazione fra quelle sopra considerate. Prima di entrare in questo Studio, Lei sarà sottoposta/o ad un esame clinico completo e a procedure diagnostiche standard che includono: prelievo di sangue* (*vedi Quinta Dichiarazione d'Intesa*) *radiogramma del torace, Tomografia a raggi X (T.A.C.) della testa, e/o del torace e/o dell'addome. Se il Suo Medico Curante di Riferimento lo ritiene, Lei potrebbe effettuare anche una scintigrafia ossea e un radiogramma completo dello scheletro. La Sua storia clinica sarà valutata ed archiviata presso l'Ambulatorio del Suo Medico Curante di Riferimento, e campioni di sangue e delle urine saranno esaminati in laboratori di analisi in tempi diversi, in base a ciò che il Suo Medico Curante di Riferimento riterrà opportuno fare, secondo quanto riportato nella Quinta Dichiarazione d'Intesa. In base ai risultati della terapia, a discrezione del Medico Curante di Riferimento, potrebbe anche essere suggerito un RICOVERO OSPEDALIERO per eventuali interventi chirurgici, di cui comunque sarà Lei la persona che dovrà decidere in tal senso. La durata prevista della Sua partecipazione in questo Studio è di circa 18 mesi. Se Lei è stata/o esposta/o a CHEMIO-TERAPIA sarà esclusa/o da questo Studio, a causa del gravissimo danno arrecato alle difese immunitarie dalla/le precedente/i seduta/e di CHEMIO-TERAPIA* (*con impossibilità quindi di ottenere buoni risultati a distanza*), *e per la re-immissione in circolo dei veleni tossici provenienti dalle precedenti sedute di CHEMIO* (*a causa della detossificazione epatica indotta dalle vitamine naturali con grave rischio quindi di morte a causa dei livelli ematici di CHEMIO risultanti dall'azione di detossificazione, livelli di tossicità assolutamente NON prevedibili*). *La Terapia Metabolica non preclude, d'altra parte, l'impiego associativo di cure cosiddette "alternative" come l'Omeopatia o la cosiddetta "Multi-Terapia Di Bella"* (*MTDB*), *ma in caso di associazione terapeutica con esse il Medico Curante di Riferimento da*

Lei scelto non può assumersi alcuna responsabilità in merito ad eventuale fallimento del trattamento così come descritto nelle Dieci Dichiarazioni d'Intesa (vedi libro on-line "Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio"), poiché entrambe le cure sopramenzionate (*Omeopatia e MTDB*) *impiegano sostanze non contemplate dalla Terapia Metabolica, e le cui interazioni con essa rimangono a tutt'oggi sconosciute. Non è accettata l'interferenza terapeutica con prodotti erboristici o con speciali "alimenti" di altra natura proposti o suggeriti da persone per le quali è proibita per Legge l'esercizio della professione medica: eventuali somministrazioni di prodotti erboristici o di speciali "alimenti" particolari da parte di queste persone saranno attentamente valutate, e se si riscontrerà in tale condotta di abuso della professione medica un danno sostanziale alla salute del paziente* (*causa introduzione nella dieta anti-cancro di piante tossiche, di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali, della vitamina B12, dell' acido folico, o di elevate quantità di Glucosio*), *si provvederà a segnalare tali abusi, ravvisando in tali atti un danno sostanziale alla terapia proposta e condotta dal Medico Curante, anche se non valutabile in termini di perdita percentuale nella riuscita della terapia. Effetti collaterali e tossicità: può esserci la possibilità di comuni malesseri associati con la somministrazione di elevate quantità di frutta e verdura, a causa della de-tossicazione indotta nell'organismo malato, caratterizzata da febbre, diarrea, nausea, pruriti cutanei, urine maleodoranti e dal colore scuro, rosso o addirittura nero. Da migliaia di anni sono note le contro-indicazioni e le potenziali reazioni tossiche delle piante: sarà compito del Medico Curante scegliere e dosare i fattori vitaminici fito-terapici più adatti al singolo paziente. Benefici potenziali: i potenziali benefici che possono derivare dalla Sua partecipazione a questo Studio sono che il Suo contributo ci permetterà di determinare la sicurezza e l'efficacia di questa procedura terapeutica su larga scala, e forse anche guarirla dalla Sua stessa malattia, confermando così quanto già riportato dalle antiche conoscenze mediche del passato e da quanto riscoperto di recente dalla cosiddetta "Medicina Alternativa", di cui però la Terapia Metabolica non si riconosce partecipe, poiché Medicina Classica. Suoi diritti e privilegi : Io (NOME E COGNOME DEL PAZIENTE FIRMATO IN FONDO ALLA PRESENTE) accetto di essere sottoposta/o alle procedure terapeutiche secondo quanto descritto dalle Dieci Dichiarazioni d'Intesa; mi è stata spiegata la differenza rispetto alla CHEMIO-TERAPIA, all'Omeopatia, alla "Multi-Terapia Di Bella". Ho capito il pericolo derivante dall'associazione di prodotti erboristici o di speciali "alimenti" di cui il Medico Curante potrebbe non essere stato messo al corrente, e consigliati da persone a cui è vietata per legge l'esercizio della professione medica. Ho ricevuto una descrizione dettagliata della procedura sperimentale e dei suoi rischi potenziali. Ho avuto l'opportunità di chiedere al Medico Curante di Riferimento da me scelto alcune domande inerenti a queste procedure e agli eventuali rischi. Ho compreso che se dovessi avere dei dubbi ulteriori, posso contattare il Medico Curante di Riferimento al suo numero di telefono, nei normali orari di ufficio, o a quello dei suoi collaboratori. Nell'eventualità che io dovessi avere dei problemi in relazione alla terapia, potrò contattare un qualsiasi altro medico di mia fiducia o recarmi al Pronto Soccorso, senza per questo pregiudicare i miei rapporti con il Medico Curante di*

Riferimento da me scelto. Mi è stato assicurato che i miei dati personali saranno tutelati e che i nomi dei pazienti non verranno resi noti in nessuna pubblicazione derivante da questo Studio di Ricerca. Altri medici potranno esaminare i miei dati ma, comunque, essi sono tenuti a mantenere la segretezza sui miei dati personali. La mia partecipazione a questo Studio è volontaria. Mi è stato comunicato, e ho capito, che io posso ritirare il mio consenso e interrompere la mia partecipazione in questo Studio in qualsiasi momento, senza problemi, e che questo ritiro dal protocollo di terapia non pregiudicherà il mio rapporto con i medici. Inoltre, ho capito che il Medico Curante può decidere di interrompere la mia partecipazione a questo Studio anche senza il mio consenso, se dovesse ritenerlo giusto nel mio interesse. Ho inoltre compreso che mi saranno comunicate le nuove eventuali scoperte, sviluppate durante il corso di questo Studio, e che esse potrebbero influenzare la mia volontà di continuare o meno a partecipare allo Studio. Nell'eventualità che possa occorrere un'Emergenza medica, sarò libera/o di recarmi in Pronto Soccorso o di rivolgermi al mio Medico di Famiglia, o alla Guardia Medica, essendo tale tipo di terapia non segreta, ma liberamente posta a conoscenza dei colleghi medici: è infatti essenziale che io possa essere sempre visitata/o da un medico,con tutti gli accertamenti previsti del caso, non essendo valide le valutazioni cliniche a distanza (es.:tramite telefono), con il mio Medico Curante di Riferimento, se quest'ultimo non fosse presente.

Data la malattia in atto, mi affido alla preparazione medica del Medico Curante che, in base alle prove del sangue, e alle indagini diagnostiche, cercherà di curarmi e di guarirmi secondo Scienza e Coscienza, modificando se necessario la terapia iniziale, cioè apportando o togliendo nuovi prodotti vitaminici fito-terapici, modificando i dosaggi, la preparazione, e comunque sempre evitando di determinare danni fisici per Imperizia, Imprudenza o Negligenza. Inoltre, è possibile che, nel corso di questi Studi, possano essere scoperti nuovi effetti collaterali di prodotti fitoterapici, o nuove piante curative per la malattia di cui sono affetto/a. Essendo un trattamento medico di lunga durata, non sono previsti compensi economici per il paziente. I regolamenti richiedono che io sia informata/o sul fatto che non è disponibile alcun compenso finanziario per danni eventualmente subiti, poiché la terapia è basata quasi unicamente su prodotti erboristici naturali e, possibilmente, quasi unicamente prodotti mediante tecniche di Agricoltura Biologica. Ho compreso che riceverò una copia firmata di questo documento di Consenso Informato. <u>Firma del paziente</u>: Con la presente, attesto che ho letto l'intero modulo di consenso, o che mi è stato letto, e che l'ho compreso completamente. Inoltre, attesto che tutte le mie domande riguardanti questo documento e questo Studio, hanno avuto risposta completa e soddisfacente. Con queste cognizioni, acconsento volontariamente a ricevere il trattamento descritto sopra. Questo documento dovrà essere firmato entro 10 (dieci) giorni dalla consegna di codesto Consenso Informato, pena la cessazione del rapporto fiduciario tra Medico Curante e paziente.

Firma del paziente.....Firma del testimone.....Firma del ricercatore.....

Luogo: DATA

Seconda dichiarazione: Priorità della Terapia Metabolica rispetto a qualsiasi altra cura anti-neoplastica

Prima di arrivare all'eventuale intervento chirurgico di asportazione della massa tumorale, si dovrebbe condurre la Terapia Metabolica, basata sostanzialmente sulla dieta (vedi Quarta Dichiarazione d'Intesa) e la Fito-Terapia Medica che ne è parte (vedi Quinta e Settima Dichiarazione d'Intesa) sotto controllo del proprio Medico di Famiglia. E' possibile comunque l'intervento chirurgico, caso per caso, soprattutto nei casi in cui il mancato intervento chirurgico pregiudicasse la sopravvivenza a breve termine del paziente.

I punti negativi in merito alla Chirurgia sono i seguenti:

1) L'intervento chirurgico stimola i fattori di crescita prodotti dalle cellule sane dell'organismo che cooperano nella fase di rimarginazione delle ferite: più è lunga e complessa la fase di rimarginazione delle ferite, maggiore sarà la quantità di tali ormoni prodotti, e quindi maggiore risulterà essere la stimolazione indotta da tali ormoni sulla crescita delle cellule tumorali residue o metastizzate a distanza durante l'intervento chirurgico.

2) Gli interventi chirurgici sull'apparato gastro-enterico, benché spesso necessari per la sopravvivenza a breve termine del paziente, risultano spesso troppo demolitivi, e tali da precludere la capacità di assorbimento gastro-intestinale delle vitamine alimentari, condannando il paziente alla morte nel medio–lungo periodo, per fallimento della stessa Terapia Metabolica.

3) In particolare, le cliniche private straniere indicano come gravemente invalidanti la successiva Terapia Metabolica, gli interventi chirurgici di asportazione delle ghiandole salivari, della lingua, dell'esofago, dello stomaco, della colecisti, e qualsiasi intervento chirurgico sul pancreas.

4) I noduli epato-carcinomatosi, soprattutto nelle persone anziane, tendono a crescere molto lentamente (meno di un centimetro all'anno), e non si comprendono quindi gli "accanimenti terapeutici" e soprattutto le biopsie (parziali) di questi noduli, che molto spesso determinano l'immediata "esplosione" metastatica di questi noduli coinvolgenti quindi il fegato stesso.

5) La rete linfatica, per quanto spesso intaccata dalle cellule tumorali, dovrebbe essere più preservata possibile, allo scopo di evitare la metastatizzazione a distanza e consentire invece l'attivazione delle difese immunitarie (Natural Killer) presenti nei linfonodi prossimali al tumore.

6) Apprezzato l'intervento chirurgico al colon-retto, purchè non eccessivamente demolitivo nei confronti della preziosa rete linfatica.

7) Poco apprezzato, in genere, l'intervento chirurgico maxillo-faciale.

8) Molto poco apprezzato l'intervento chirurgico di asportazione nei confronti del cancro polmonare.

9) Molto apprezzato l'intervento chirurgico di asportazione del cancro della mammella, purchè meno demolitivo possibile e con salvaguardia della rete linfatica.

La Terapia Metabolica qui descritta, basata anche sulla Fito-Terapia, riprende varie metodiche, uniche o associate: Paul **Beals**, John **Beard**, Philip **Binzel**, Liborio **Bonifacio**, Rudolf **Breuss**, Douglas **Brodie,** Stanislaw **Burzynski,** Renè **Caisse**, Etienne **Callebout**, Ramos **Castillo**, Ernesto e Francisco **Contreras**, Stephen **Edelson**, Max **Gerson**, Nicholas **Gonzales**, Ettore **Guidetti**, Herry **Hoxsey**, HT. **Inosmetzeff**, Linda **Isaacs**, Joseph **Issels**, William **Kelley**, Catherine **Kousmine**, Ernest **Krebs**, Harold **Manner**, Manuel **Navarro**, Hans **Nieper**, Valsè **Pantellini**, Linus **Pauling**, Emanuel **Revici**, John **Richardson**, Vladimir **Rizov**, Benedetto **Rossi**, Michael **Schachter**, Rudolf **Steiner**, Marco **Tasca**, Paul **Wedel**, Padre Romano **Zago**.

Il modello di terapia qui descritto, proprio perché nasce dallo studio di queste diverse terapie, e avendovi apportato dei fattori innovativi, rende però tale lavoro diverso da essi.

Non è quindi possibile fare un collegamento con queste metodiche di cura: esse rimangono sotto esclusività dei loro rispettivi attuatori.

Per quanto complesso, si potrebbero delineare le seguenti **linee-guida di condotta** suggeribili, per i colleghi di Medicina Generale interessati ad affrontare la Terapia Metabolica domiciliare nei pazienti malati di tumori maligni, in base a quanto riportato in questo libro (vedi in particolare cap. 17: “La Terapia Metabolica”).

Si premette che tale terapia, analogamente a molte terapie simil-gersoniane (vedi cap. 17) è sconsigliata in pazienti con tumore al cervello, con insufficienza renale, con trapianto di organi, o se già esposti a CHEMIO-Terapia (per maggiori dettagli su questi punti vedi anche cap. 18)

Tumori al cervello: le terapie metaboliche simil-gersoniane sconsigliano la terapia domiciliare per questi pazienti, a causa della risposta immunitaria che si viene a creare. La risposta immunitaria, purtroppo, crea edema cerebrale e quindi possibile exitus del paziente. Da parte nostra si consiglierebbe, in prima battuta, l’Adroterapia-PET con successiva Terapia Metabolica se in assenza di residuo tumorale importante. In alternativa all’Adroterapia-PET si possono somministrare elevati dosaggi di sostanze ad attività APOPTOSICA (che non determina infiammazione e quindi edema cerebrale del tumore): in America è molto valida la terapia con gli anti-neoplastoni di Burdzynzki (vedi cap. 5.g) e in Cina si è somministrata la vitamina “Elemene” in carotide in 40 pazienti (nell’arco di 2 anni di terapia), con buoni risultati nel 70%.
Sconsigliato, per cavilli legali inerenti al Consenso Informato, prendere sotto cura pazienti di età inferiore ai 18 anni.

Tumori maligni della testa e del collo: da valutare caso per caso, e sempre sotto controllo medico; sconsigliato l’intervento chirurgico e la stessa Radio-terapia, poiché i tumori tendono a ricrescere sui margini del precedente intervento chirurgico con effetto devastante sulla testa e sul collo del paziente. Una “Terapia Metabolica” a domicilio ben condotta può risolvere molti casi. Nel caso di tumori alla tiroide metastatizzati può essere fattibile la Radioterapia Metabolica con Iodio 131 (radioattivo) dopo completa asportazione della tiroide. D’altra parte, in 2 donne con cancro alla tiroide (NON metastatizzato) si è osservata la completa scomparsa dei noduli neoplastici dopo 2 anni di Terapia Metabolica simil-gersoniana e, in una di queste, iniezione di *Viscum album* sottocute nel collo, a scopo immuno-stimolante, secondo protocollo di clinica svizzera privata di orientamento simil-gersoniano (più specificatamente di orientamento steineriano).
Sconsigliato, per cavilli legali inerenti al Consenso Informato, prendere sotto cura pazienti di età inferiore ai 18 anni.

Tumori maligni della mammella: è sempre consigliabile l'intervento chirurgico, di prima battuta, purchè il meno demolitivo possibile; in particolare dovrebbe essere risparmiata la rete linfatica, evitando la biopsia dei linfonodi e valutando prima dell'intervento lo stato dei linfonodi con esami non invasivi, come soprattutto l'ecografia con mezzo di contrasto gassoso o la PET. Si è osservata la regressione di 2 masse tumorali in una ragazza, con la semplice "Terapia Metabolica", ma questo richiede un'estrema precisione e osservanza delle direttive dietetiche e la presenza di una effettiva risposta immunitaria. Pertanto si sconsiglia terapie metaboliche "*fai da te*" nel caso di tumori al seno, laddove un semplice intervento chirurgico risolve subito la patologia.

Tumori maligni del polmone: da valutare caso per caso, sempre sotto controllo medico; sconsigliato in genere l'intervento chirurgico e la stessa Radio-terapia. Una "Terapia Metabolica" a domicilio ben condotta può risolvere molti casi clinici. In molti pazienti, sottoposti a Terapia Metabolica può essere comune l'escrezione di materiale tumorale con tosse. In alcuni pazienti si può osservare la *Functio lesa* (atelectasia transitoria) e la successiva *Restituito ad integrum*.
Sconsigliato, per cavilli legali inerenti al Consenso Informato, prendere sotto cura pazienti di età inferiore ai 18 anni.

Tumori maligni gastro-enterici (bocca, lingua, esofago, stomaco, intestino, pancreas, fegato, cistifellea): da valutare caso per caso, sempre sotto controllo medico; quasi sempre sconsigliato l'intervento chirurgico e la stessa Radio-terapia. Una "Terapia Metabolica" a domicilio ben condotta può risolvere molti casi. Solo nell'ambito del cancro del colon-retto può essere valido l'intervento chirurgico di prima battuta, purchè con salvaguardia dei linfonodi loco-regionali, eliminando solo quelli pesantemente infiltrati dal cancro, ma salvaguardando quelli sani e reattivi, pena la successiva metastatizzazione al fegato o in altri organi.
Sconsigliato, per cavilli legali inerenti al Consenso Informato, prendere sotto cura pazienti di età inferiore ai 18 anni.

Tumori ginecologici (utero e ovaio): da valutare caso per caso, sempre sotto controllo medico, soprattutto in funzione dell'età della paziente, delle condizioni di salute, del desiderio della donna di voler avere ancora figli. Fibromiomi uterini (benigni) possono regredire con creme al progesterone naturale di *Dioscorrea villosa* (vedi cap. 16), purchè applicate sotto controllo medico. Evitare terapie "*fai da te*".

Tumori maligni della prostata: da valutare caso per caso, sempre sotto controllo medico; in genere sconsigliato l'intervento chirurgico a causa dell'estrema facilità di metastatizzazione ossea a distanza, soprattutto in sede vertebrale e ischio-ileo pubica, con successivi deficit ambulatori, perdita di massa muscolare e crescita ulteriore delle metastasi che generalmente neanche la Radioterapia risolve. Personalmente si ritiene efficace un controllo del PSA ogni 2-3 mesi nei pazienti sottoposti a Terapia Metabolica, con esclusione di terapia ormonale femminile, causa i gravi effetti collaterali di questi farmaci che inficiano il buon esito di queste terapie vitaminiche

Tumori maligni della pelle: da valutare caso per caso, sempre sotto controllo medico; sempre consigliabile l'intervento chirurgico di prima battuta se le applicazioni di *Melaleuca alternifolia* e *Aloe arborescens* non dovessero dare risultati apprezzabili in breve tempo; il pericolo dell'intervento chirurgico è però la metastatizzazione a distanza post-intervento, anche se condotto in maniera meno demolitiva possibile; in particolare durante l'intervento chirurgico dovrebbe essere risparmiata la rete linfatica, evitando la biopsia dei linfonodi e valutando prima dell'intervento lo stato dei linfonodi con esami non invasivi, come soprattutto l'ecografia con mezzo di contrasto o la PET. Si sconsiglia comunque terapie metaboliche "*fai da te*", laddove un semplice intervento chirurgico può risolvere subito la patologia. Sconsigliato, per cavilli legali inerenti al Consenso Informato, prendere sotto cura pazienti di età inferiore ai 18 anni.

Mieloma Multiplo: sconsigliata la Radio-terapia e altre metodiche "ufficiali". Il cortisone è DELETERIO per la cura, analogamente ad altri tumori maligni dove danneggia gravemente le difese immunitarie. Come riportato nel cap. 2, le percentuali di successo con la Chemio sono molto basse, come in tutti i cancri (49 morti su 50 entro 5 anni dalla prima Chemio).

Linfomi maligni: da valutare caso per caso, sempre sotto controllo medico; si lamenta il grave pericolo di una diagnosi sbagliata di tumore maligno, soprattutto nei giovani.
Si rammenta che molti farmaci possono erroneamente dare quadri ematologici simili al Linfoma di Hodgkin o al Linfoma Non Hodgkin. Ma anche la stessa risposta immunitaria del paziente contro germi o virus (es: Mononucleosi infettiva) può erroneamente condurre alla diagnosi di tumore.
Si ritiene pertanto utile sottolineare l'importanza di condurre precisi esami diagnostici mirati allo studio del DNA delle cellule, allo scopo di escludere diagnosi errate.
In particolare, si ritiene sempre utile *dimostrare sempre* la presenza di un'aberrazione cromosomica, ogni qualvolta vi sia la necessità di diagnosticare un Linfoma.
Come riportato nel cap. 2, le percentuali di successo con la Chemio sono relativamente basse, ma con percentuali superiori ai cancri, variabili fra il 20-30% per il Linfoma NON Hodgkin, e il 40% per il Linfoma di Hodgkin (per i Cancri, com'è noto, le percentuali di successo sono del 2%).
Sconsigliato, per cavilli legali inerenti al Consenso Informato, prendere sotto cura pazienti di età inferiore ai 18 anni.

Leucemie croniche: da valutare caso per caso, sempre sotto controllo medico; si lamenta il grave pericolo di una diagnosi sbagliata di tumore maligno, soprattutto nei giovani.
Si rammenta che molti farmaci possono erroneamente dare quadri ematologici simili alla Leucemia Linfatica o a quella Mieloide. Ma anche la stessa risposta immunitaria del paziente contro germi o virus può erroneamente condurre alla diagnosi di tumore.
Si ritiene pertanto utile sottolineare l'importanza di condurre precisi esami diagnostici mirati allo studio del DNA delle cellule, allo scopo di escludere diagnosi errate.
In particolare, si ritiene sempre utile *dimostrare sempre* la presenza di un'aberrazione cromosomica, ogni qualvolta vi sia la necessità di diagnosticare una Leucemia.
Come riportato nel cap. 2, le percentuali di successo con la Radio-ChemioTerapia sono relativamente alte raggiungendo percentuali di circa il 20-30%. Sconsigliato, per cavilli legali inerenti al Consenso Informato, prendere sotto cura pazienti di età inferiore ai 18 anni.

Leucemie acute: da valutare caso per caso, sempre sotto controllo medico; si lamenta il grave pericolo di una diagnosi sbagliata di tumore maligno, soprattutto nei giovani. Si rammenta che molti farmaci possono erroneamente dare quadri ematologici simili alla Leucemia Linfatica o a quella Mieloide. Ma anche la stessa risposta immunitaria del paziente contro germi o virus può erroneamente condurre alla diagnosi di tumore.
Si ritiene pertanto utile sottolineare l'importanza di condurre precisi esami diagnostici mirati allo studio del DNA delle cellule, allo scopo di escludere diagnosi errate.
In particolare, si ritiene sempre utile *dimostrare sempre* la presenza di un'aberrazione cromosomica, ogni qualvolta vi sia la necessità di diagnosticare una Leucemia
Come riportato nel cap. 2, le percentuali di successo con la Radio-ChemioTerapia sono relativamente alte nei bambini, raggiungendo percentuali di tutto rispetto (circa il 40-70%) rispetto invece agli adulti, fermi su percentuali di sopravvissuti di circa il 10%.
Sconsigliato comunque, per cavilli legali inerenti al Consenso Informato, prendere sotto cura pazienti di età inferiore ai 18 anni.

Terza dichiarazione:
Incompatibilità assoluta della Terapia Metabolica con la Chemio-Terapia

Secondo l'autore del presente lavoro, l'impiego delle vitamine controindica totalmente qualsiasi impiego, anche limitato, della Chemio-Terapia, data l'ampia dimostrazione, in letteratura medica, del suo fallimento in terapia anti-neoplastica (vedi Tabella 2), e dal fatto che la Chemio-Terapia è incompatibile con il Giuramento d'Ippocrate (divieto di somministare veleno al paziente).

In futuro bisognerà valutare gli aspetti legali del Medico che sottoponga il Paziente a Chemio-Terapia di Prima Linea, senza aver prima tentato l'induzione di Immuno-Terapia/Apoptosi con Terapia Metabolica (vedi cap. 17).

Nessun paziente, se già sottoposto a Chemio-Terapia, dovrebbe essere sottoposto alla lunga, complessa e impegnativa multi-terapia descritta in questo lavoro, poiché l'impiego della Chemio-Terapia toglie qualsiasi valenza curativa soprattutto nei confronti della Immuno-Terapia (vedi cap.4). E' però ammessa la libertà di eseguire comunque tentativi d'Immuno-Terapia da parte del medico, per ragioni umanitarie, premessa la non certezza di condurre a guarigione il paziente causa i pesanti danni subiti a causa delle precedenti sedute di Chemio-Terapia: ciò vale anche nel caso di Chemio-Terapia a basso dosaggio somministrata per bocca….

Spesso, infatti, la Chemio-Terapia viene eseguita anche a domicilio del paziente stesso tramite prescrizioni di pastiglie, capsule o compresse (*Alkeran*® da 5 mg, *Endoxan Asta*® da 50 mg, *Lastet capsule*® da 25, 50, o 100 mg, *Leukeran*® da 5 mg, *Linfolysin*® da 2 mg, *Methotrexate*® da 2,5 mg [nota: di quest'ultimo chemioterapico è consentito l'impiego, secondo Prontuario Farmaceutico Italiano, anche per l'Artrite reumatoide dell'adulto], *Myleran*® da 2 mg, *Purinethol*® da 2 mg, *Vepesid*® da 50 o 100 mg).
In ogni caso, la somministrazione orale di queste pastiglie ha delle gravissime conseguenze, poiché il sistema immunitario a livello gastro-intestinale è il più sviluppato di tutti, dato il carico antigenico a cui l'organismo viene esposto: la superficie cutanea è infatti soltanto di 2 metri quadrati, la superficie polmonare è di 80 metri quadrati, mentre la superficie gastro-intestinale raggiunge i 300 metri quadrati. Il sistema immunitario gastro-intestinale, essendo estremamente sviluppato, giustifica l'azione di molte vitamine date per via orale allo scopo d'indurre una immuno-stimolazione specifica o aspecifica verso particolari antigeni naturali presenti in alcune specie di piante (vedi cap.4.c), ma spiega anche la sua estrema vulnerabilità alla stessa Chemio-Terapia, poichè questa conduce ad una graduale alterazione dei tessuti della mucosa intestinale (soprattutto colon) a causa della morte dei linfociti presenti nei linfonodi mesenterici, nelle Placche di Peyer, nella Lamina propria etc… Questa alterazione determina non solo la graduale alterazione della funzionalità del tessuto linfatico presente sulla mucosa intestinale, ma anche il graduale blocco delle strutture linfo-immunitarie poste a distanza, con loro successivo esaurimento funzionale.

La TERZA DICHIARAZIONE è pertanto così riassumibile:

A) La Terapia Metabolica, essendo basata sostanzialmente sull'Immuno-Terapia, cioè sull'attivazione della Cascata Immunitaria dei Linfociti, non dovrebbe essere eseguita in pazienti in trattamento con Chemio-Terapia, o che abbiano eseguito in precedenza la stessa Chemio-Terapia, causa il probabile insuccesso terapeutico. E' però ammessa la libertà di eseguire comunque tentativi d'Immuno-Terapia da parte del medico, per ragioni umanitarie.

B) Qualsiasi Medico responsabile di trattamenti immunoterapici NON può assumersi la responsabilità di seguire pazienti in trattamento con Chemio-Terapia, o comunque con terapie debilitanti le difese immunitarie come la Radio-Terapia a medio-grande campo, o l'impiego protratto di Cortisonici. E' però ammessa la libertà di eseguire comunque tentativi d'Immuno-Terapia da parte del medico, per ragioni umanitarie, premessa la non certezza di condurre a guarigione il paziente causa i pesanti danni subiti delle precedenti sedute di Chemio-Terapia.

Quarta dichiarazione:
La Dieta anti-Cancro

La Dieta anti-neoplastica dev'essere priva, il più possibile, di acidi nucleici, di proteine, di acido folico e di vitamina B12: ciò per la fondamentale ragione che la crescita del tumore avviene soltanto attraverso particolari fattori di apporto energetico (Glucosio) e tramite sostanze necessarie alla sintesi di nuovo DNA e per creare nuove cellule tumorali (mitosi cellulare). Secondo tale Dieta, la bassa quantità di Glucosio, il ridotto o assente apporto di acidi nucleici, di proteine, di acido folico e di vitamina B12 tenderanno a bloccare la crescita tumorale. *Ma poiché l'organismo non può sopravvivere in assenza di queste sostanze, vi sarà anche un depauperamento continuo e costante di tali sostanze a carico dei tessuti muscolari e di riserva dell'organismo: si può ritenere che tale depauperamento verrà anche compiuto a carico dello stesso tessuto neoplastico.*
Se il paziente riuscirà a non demolire le proprie riserve proteiche dei tessuti muscolari, mantenendo una vigorosa attività fisica, caratterizzata da lunghe passeggiate e da esercizi ginnici capaci di mantenere tonica l'intera muscolatura attiva del paziente, allora l'organismo inizierà a ricercare riserve proteiche ritenute non essenziali, come il tessuto adiposo e , soprattutto, i tessuti neoplastici stessi.
Il paziente inizierà cioè a "nutrirsi" del proprio stesso Cancro; di qui la necessità d'integrare gli enzimi pancreatici con enzimi simili di derivazione vegetale, allo scopo di aiutare l'organismo in tale azione di depauperamento organico a spese dello stesso tumore. Non associare mai però, nello stesso pasto la Pasta con le Patate o con le Leguminose, per rischio di sommazione dietetica di aminoacidi essenziali (con effetto quindi simile all'ingestione di Carne, Uova, Pesce, Formaggio….). L'alimentazione dev'essere articolata su 12-15 bicchieroni giornalieri di succo di Verdure fresche, e di Frutta fresca. Assumere Pasta biologica in quantità adatta (pasti piccoli) soltanto in caso di provata necessità (febbre, dimagrimento eccessivo, basse proteine nel sangue). Importanti sono le Spezie. Particolare cura dev'essere anche rivolta all'assunzione di vitamine *naturali*. Il Cibo dev'essere di buona qualità, possibilmente ottenuto da Agricoltura Biologica, o comunque privo di pericolosi additivi chimici. La Frutta esotica o comunque la Frutta e le Verdure provenienti da regioni del mondo poco controllate dal punto di vista igienico-sanitario possono essere veicoli di contagio per malattie infettive anche gravi a causa delle acque sporche (liquami) usate per l'irrigazione del suolo. Il Pesce dev'essere mangiato soltanto dopo l'avvio della Cascata Immunitaria, con massa tumorale in forte regresso dimensionale, data la possibilità che gli aminoacidi essenziali, gli acidi nucleici e la vitamina B12 contenuti nel Pesce possano essere assimilati anche dalle stesse cellule tumorali. In particolare, in caso di tumori epatici primitivi o da metastasi, la vitamina B12 presente nel sangue si mantiene spesso su valori ancora molto alti (oltre 300 picogrammi/millitro), anche dopo oltre un anno o più di digiuno terapeutico, rendendo quindi ancora proibitivo l'utilizzo del pesce o di legumi anche dopo 18 mesi o più di terapia (valutazione medica del singolo caso).
La spiegazione di tale fenomeno, in pazienti con tumori epatici, potrebbe trovare la sua spiegazione nel fatto che il fegato immagazzina la vitamina B12, come riserva dell'organismo, fino a oltre 5 anni.

Valori ematici da ricercare ogni mese:
<u>Proteine Totali</u>: sono importantissime poiché i pazienti devono mantenere una dieta ipo-proteica, con valori limite compresi fra 6,0 e 6,6 grammi per 100 ml di sangue. Eventuali valori inferiori risultano essere pericolosi (denutrizione). L'autore del presente lavoro tende a ripristinare questi valori proteici con cereali in associazione a legumi, oppure con pesce azzurro. L'utilizzo dei semini di frutta o verdura, ricchi di vitamina B17, ma purtroppo anche molto ricchi di aminoacidi essenziali è quindi molto DELICATO proprio perché esiste il rischio paradossale di dare un apporto proteico al tumore.

Quinta dichiarazione:
Aspetti clinici, dati strumentali e valori di laboratorio

Il paziente dev'essere seguito in merito ai *valori di laboratorio* ottenuti dai prelievi di sangue *mensili*, verificando inoltre il possibile miglioramento delle sue condizioni cliniche, con riduzione della componente dolorosa, e comparsa, viceversa, della febbre (ideamente dev'essere a 38.4 gradi Celsius, senza superare in alcun modo i 38.5-39 gradi) .
In particolare, bisogna prestare attenzione al miglioramento delle Transaminasi, della Creatinemia, della Ferritina, della frazione linfocitaria, dell'incremento dell'acido urico (vedi cap. 12), della VES e di altri indici infiammatori.
Valutare caso per caso i *markers tumorali* (vedi cap.1). In particolare, si segnala per alcuni *markers tumorali* come ad esempio CEA, PSA, CA15.3, CA19.9, CA125 e la *beta2-microglobulinemia* incrementi ematici superiori al *Cut off*, in alcuni casi anche molto alti (CA 19.9 superiore a 10.000 U.I./ml), verosimilmente a causa di fenomeni di cito-lisi delle masse tumorali, una volta raggiunta la piena risposta immunitaria anti-neoplastica, con incremento parallelo di acido urico, con successiva risoluzione (guarigione) dalla malattia e quindi successivo abbattimento spontaneo dei valori ematici di questi particolari *markers*.

Nella fase di eliminazione delle masse tumorali, vengono liberate ingenti quantità di tossine da parte del tumore, con processo infiammatorio locale che tende a diventare sistemico, risultando quindi pericoloso per la salute stessa del paziente (il fegato non è più in grado di mantenere sotto controllo il processo infiammatorio a cascata). Estremamente efficaci risultano essere quindi, in questo frangente, gli enteroclismi di *Coffea arabica* secondo metodo Gerson, eseguiti anche con Camomilla, con o senza olio di semi di *Ricinus communis* aggiunto (quest'ultimo proibito in pazienti già sottoposti a Chemio-Terapia). Gli impieghi farmacologici di FANS, Paracetamolo, Cortisonici e Oppioidi, in quattro anni di terapie domiciliari su pazienti, non hanno dato risultati paragonabili agli enteroclismi di *Coffea arabica*, e queste somministrazioni farmacologiche, anche se parenchimali (intra-muscolo o per endovena), sono risultati quasi sovrapponibili come efficacia sintomatologica alle banali applicazioni locali di Argilla superventilata, *Aloe species*, *Melaleuca alternifolia*, o *Arnica montana*.
In sostanza, i convenzionali farmaci di sintesi (FANS, Paracetamolo, Cortisonici, Oppuioidi) intervengono soltanto sui sintomi infiammatori acuti (*dolor*) liberati in sede locale dal tumore e derivanti dal suo nucleo in fase di sfaldamento. Non sono quindi efficaci sulla causa di questi dolori (tossine tumorali da necrosi), come invece gli enteroclismi di *Coffea arabica*.
Indicatori indiretti di questo processo di sfaldamento della massa tumorale, da Cascata Immunitaria in atto, sono l'incremento dei *markers* tumorali in associazione all'incremento della VES, con incremento relativo anche della *Lattico-de-idrogenasi* e di altri indicatori ematici di origine tumorale o pro-infiammatoria della reazione immunitaria.

L'aspetto clinico del paziente e quello strumentale (TAC, Risonanza Magnetica, PET, Ecografie) è quello che maggiormente impegnano il medico obbligandolo a dare fondo a gran parte delle Sue conoscenze, data la complessità dei quadri clinici e strumentali proposti.
Si possono comunque delineare le seguenti OSSERVAZIONI cliniche e/o Strumentali e/o di laboratorio:

<u>Anemia:</u>
Il quadro clinico del paziente è da considerarsi come "anemico" soltanto se l'Emoglobina scende a valori inferiori ad 8 grammi / dL: in caso di ripresa immunitaria, l'anemia dev'essere considerata transitoria, poiché dovuta *non* più ad invasione del Midollo Osseo da parte del tumore, ma semplicemente da normale *shift* midollare per ripresa del Midollo Osseo che, in quest'ultimo caso,

dimostrerà l'immediata produzione di globuli rossi (Reticolociti) e di Piastrine. E' da evitare la somministrazione di Eritropoietina (*Eprex*®), essendo pericolosa per i seguenti fatti:

1) possibile induzione di ricrescita tumorale per alcune forme di neoplasia;
2) rischio di blocco della Cascata Immunitaria per *shift* midollare con interruzione della produzione di globuli bianchi specifici (Linfociti e granulociti).

Acido Urico ed analisi delle urine

Dopo i primi mesi previsti di assoluto digiuno da Carne, Uova, Latte, Formaggio, Burro, Pane, Leguminose, Funghi, Alghe (di ogni genere e tipo) e Pesce, una volta iniziata la Cascata Immunitaria, si osserverà il progressivo incremento nel sangue dell'acido urico, accanto a quello dei Linfociti e della Proteina C Reattiva, e si osserverà anche la concomitante dismissione nelle urine di elevate quantità di proteine, tali da rendere le urine di colore rosso-scure. Di qui il suggerimento di esaminare le urine del paziente con delle semplici striscie reattive, acquistabili in farmacia, allo scopo di escludere presenza di sangue nelle stesse urine. Un incremento della normale idratazione del paziente con acque di buona qualità (non clorate), assieme all'uso di vitamine nefro-protettrici (vedi cap. 12), saranno sufficienti a tenere sotto controllo il processo di dismissione urinaria di queste proteine di verosimile derivazione tumorale.

Proteina C Reattiva

La Cascata Immunitaria determina anche un progressivo incremento della Proteina C Reattiva, correlata con l'Interleukina 6 e quindi con i linfociti B. Di qui il riscontro, all'immunoelettroforesi del profilo proteico ematico, del graduale incremento anche delle gamma-globuline, che possono così raggiungere livelli molto elevati, configurabili in un vero e proprio "Picco Policlonale", segno inequivocabile di effettiva immunizzazione del paziente contro il proprio stesso tumore.
Questo “Picco Policlonale” viene spesso confuso con un vero e proprio “Picco Monoclonale”, portando ad una errata diagnosi di Mieloma Multiplo, spesso erroneamente suffragata da incrementi transitori nel sangue di *beta2-microglobulinemia* , Calcemia, e, soprattutto, da Proteina C Reattiva.

Febbre

La febbre insorge sempre di pomeriggio e non risponde, almeno inizialmente, agli antibiotici. Si ritiene, da parte dell’autore del presente lavoro, che essa corrisponda a CASCATA IMMUNITARIA ANTI-CANCRO, e che pertanto l’impiego di cortisone, o di antibiotici possa risultare negativo per essa. In particolare la modificazione della flora batterica causata dagli antibiotici, determinando una “disbiosi intestinale” (es.: EOSINOFILI alti) potrebbe azzerare la risposta (cascata) immunitaria.

Linfonodi ecograficamente “reattivi.”

Il linfonodo “reattivo” deve:
1) Essere ovale e cioè con un indice di rotondità conservato (diametro longitudinale circa il doppio di quello trasversale)
2) Non deve essere troppo scuro: più è ipoecogeno più sembra “sospetto”, cioè metastatizzato dal cancro, oppure sorgente esso stesso di neoplasia (Linfoma).
3) Deve essere riconoscibile l'ilo (i linfonodi hanno una vascolarizzazione che all'Eco appare simile a quella renale "ad albero"). Nota: a volte, valutando la vascolarizzazione, si riesce anche a visualizzare la porzione patologica all'interno del linfonodo stesso (per questo si può anche usare il mezzo di contrasto di seconda generazione “*Sonovue*”)

VES:
un suo aumento è correlabile, secondo la Clinica Gerson, a buona risposta immunitaria contro il tumore, e quindi, sostanzialmente, al suo controllo da parte dell'organismo malato. Buoni indici sono i valori della VES uguali o superiori a 40.

Proteine Totali:
sono importantissime poiché i pazienti devono mantenere una dieta ipo-proteica, con valori limite compresi fra 6,0 e 6,6 grammi per 100 ml di sangue. Eventuali valori inferiori risultano essere pericolosi (denutrizione). L'autore del presente lavoro tende a ripristinare questi valori proteici con cereali in associazione a legumi, oppure con pesce azzurro. L'utilizzo dei semini di frutta o verdura, ricchi di vitamina B17, ma purtroppo anche molto ricchi di aminoacidi essenziali è quindi molto DELICATO proprio perché esiste il rischio paradossale di dare un apporto proteico al tumore.

Esame delle Urine in caso di terapia con vitamina B17:
Acido ippurico : 2,5 grammi /1 grammo di creatinina (valore normale)
Tiocianati: inferiore a 4 mg/litro di urine oppure inferiore a 2,5 milligrammi /1 grammo di creatinina (valore normale).

Cloro in associazione a Sodio nel sangue:
con sodiemia normale, ipercloremia è indice di alcalosi metabolica, oppure alcalosi respiratoria compensata; ipocloremia è invece indice di acidosi metabolica, oppure acidosi respiratoria compensata

Lattico de-idrogenasi:
è presente nelle situazioni di necrosi, fra cui quelle di tipo tumorale. Un suo elevato valore può quindi indicare un basso apporto vitaminico capace di indurre Apoptosi. Si ritiene che in tali situazioni l'*Annona muricata* non dovrebbe essere somministrata, poiché tende ad inibire i fenomeni di Apoptosi (che richiedono elevatre quantità di energia).

Transaminasi (SGOT ed SGPT) nel sangue :
aumentano in caso di patologia epatica (es.: intossicazione epatica da tossine tumorali liberate in circolo da cancri periferici, e/o tumori epatici stessi).

Acido urico nel sangue:
metabolita terminale delle purine, costituente essenziale degli acidi nucleici.

Mioglobina :
proteina di origine muscolare, la cui comparsa nel sangue o nell'urina manifesta una distruzione muscolare; stato della muscolatura; stato di eventuale denutrizione.

Proteolisis Inducing Factor (PIF):
prodotto direttamente dalle cellule tumorali, si ritrova nel sangue circolante. Il PIF induce la distruzione delle proteine muscolari allo scopo di nutrire le cellule tumorali stesse con gli aminoacidi essenziali, la vitamina B12 e l'acido folico. Il PIF induce la sindrome dello "spreco"(*Wasting Syndrome*). Utile il suo monitoraggio in associazione agli Omega-3 (EPA e DHA).

Pre-albumina nel sangue:
stato di eventuale denutrizione

Molto interessanti, di futuro sviluppo, saranno le misurazioni nel sangue delle vitamine a capacità apoptosica, cioè capaci di indurre il suicidio nelle cellule tumorali (vedi ALLEGATO 44).

Al capitolo 5 sono riportati circa 90 articoli scientifici internazionali che hanno dimostrato la capità di queste vitamine di provocare la morte delle cellule tumorali.

Principali vitamine da indagare:

Acido ascorbico
Valore accettabile nei Leucociti: 30 microgrammi / 10E8 Leucociti

Retinolo plasmatico:
valore accettabile 15-60 microgrammi / 100 millilitri di sangue

Carotene plasmatico:
valore accettabile 80-400 microgrammi / 100 millilitri di sangue

Vitamina D
Colecalciferolo (D3): valore accettabile 10-80 nanogrammi / millilitro di sangue.
1,25-di-idrossicolecalciferolo: valore accettabile 21-45 picogrammi / millilitro di sangue.

Vitamina E
Tocoferolo sierico: valore accettabile almeno 700 microgrammi / 100 millilitri di sangue

Queste misurazioni sono ritenute attendibili in base a quanto riportato da "*Indagini di laboratorio per la determinazione dello stato vitaminico*", cap.11 pp.117-119, Michael T. Murray: "*Trattato di Medicina Naturale*" e da altre fonti ([1648-1650])

Zinco
Un promettente sistema di misurazione è l'attività della fosfatasi alcalina sulla membrana dei globuli rossi. In uno Studio controllato sulla deplezione dello Zinco, 15 soggetti normali sono stati alimentati con una dieta a basso contenuto di Zinco e ad alto contenuto di Fitati per 50 giorni; quindi per due settimane hanno assunto 30 milligrammi al giorno di Zinco. Mentre le concentrazioni di Zinco nei neutrofili, nelle piastrine, nei globuli rossi, nelle membrane dei globuli rossi e l'attività della fosfatasi alcalina non hanno risposto ai cambiamenti dei livelli di Zinco, la *Fosfatasi Alcalina Eritrocitaria* ha dimostrato invece cambiamenti significativi e importanti ([1651])

Altri valori ematici da ricercare nel sangue

La ricerca di questi valori non è importante, né necessaria.

1). *Antigene carcino-embrionario* (CEA)
Sono frequenti falsi positivi a seguito di quadri infiammatori post-operatori o di altro tipo.
Cut off per non fumatori: 5 ng/mL. *Cut off* per fumatori: 8 ng/mL

2). *Alfa Feto Proteina* (AFP)
Un suo aumento è legato anche alla proliferazione di cellule epatiche normali e non solo in caso di neoplasie primitive o metastatiche di derivazione epatica, testicolare, ovarica, e da teratoma.
Cut off : 10 ng/mL

3). *Antigene polipeptidico tessutale* (TPA)
Fa parte delle citocheratine, che costituiscono il cito-scheletro delle cellule epiteliali. Viene liberato in circolo in presenza di fenomeni citolitici della neoplasia. E' presente nei tumori del tratto gastro-enterico, genito-urinario, della mammella, del polmone e della tiroide. Presenta un numero di falsi positivi più elevato rispetto al CEA, soprattutto in caso di epatiti, colestasi, cirrosi epatica, infezioni delle vie aree, delle vie urinarie. La soglia di normalità (*Cut off*) è stimata intorno alle 60-80 U.I./L.
Fra le diverse citocheratine si è dimostrata utile la citocheratina 19 circolante (CYFRA 21.1), per i tumori epidermoidi del polmone (70%), per gli adenocarcinomi polmonari (60%), e per i microcitomi (55%). Possibile anche il suo riscontro ematico nei pazienti con tumore della mammella, dell'utero, del colon-retto, della vescica e dello stomaco.

4). *Polipeptide specifico tissutale* (TPS)
E'utile per tumori della mammella, dell'apparato gastro-enterico e per tumori della sfera genitale.
Secondo diversi Autori, il parametro TPS potrebbe essere impiegato con buoni risultati per la valutazione della risposta a terapia cito-riduttiva e come indice prognostico perché più specifico nel valutare l'attività proliferativa tumorale.

5). *Antigene SCC* (*Squamous Cell Carcinoma antigen*)
E' riscontrabile nei carcinomi spinocellulari in sede cutanea, esofagea, polmonare e della cervice uterina. Si riscontra anche nella psoriasi, nel pemfigo, nell'eczema e in altre patologie benigne della cute.

6). CA 125: epitopo presente su una mucina associata all'epitelio celomatico, nei carcinomi ovarici (sierosi e mucinosi). E'espresso anche in caso di quadri infiammatori su base aspecifica, come ad esempio nell'endometriosi ovarica e nelle reazioni peritoneali infiammatorie. *Cut off* : 35 U.I./mL.
Non è ritenuto valido per la ricerca di recidiva in pazienti con malattia minima residua.

7). *Antigene gastro-intestinale* CA 19.9:
E' stato proposto come *marker* elettivo per lo *screening* e la diagnosi di tumori pancreatici, poiché è molto limitata l'incidenza dei falsi positivi a causa di malattie infiammatorie concomitanti (coliti, pancreatiti, polipi intestinali). *Cut off* di 37 U.I./mL. E' presente nel 70% dei cancri pancreatici, nel 50-60% dei tumori dello stomaco, nel 45-50% delle neoplasie del colon-retto, e nel 40% nei carcinomi delle vie biliari.

8). CA 50
Marcatore mucinico ad ampio spettro per i tumori (Rene), sovrapponibile al CEA e al TPA. Presente frequentemente anche in patologie benigne, quindi con elevato numero di falsi positivi.

9). CA 15.3
Marcatore mucinico ritenuto più specifico del CEA e del TPA. E' *marker* elettivo per tumori della mammella, poiché è molto limitata l'incidenza dei falsi positivi da malattie infiammatorie concomitanti (15%). *Cut off* : 37 U.I./mL. E' presente nel 33% dei tumori mammari localizzati, e nell'89% se metastatizzati. E' poco frequente in altri tumori (25%). E' utile nel monitoraggio dei trattamenti cito-riduttivi, poiché è stato documentato che le variazioni positive o negative di concentrazione ematica di questo *marker* sono associate ad aumento o riduzione della massa neoplastica, soprattutto se metastatizzata.

10). *Mucinous-like cancer antigen* (MCA)
E' considerato anch'esso elettivo per i tumori mammari, essendo un prodotto di secrezione della mammella normale: entra nella circolazione sistemica solo quando lo sviluppo della neoplasia determina un sovvertimento strutturale della ghiandola. E' quindi un buon indice di progressione di malattia neoplastica e di monitoraggio dei trattamenti cito-riduttivi, con bassa percentuale di falsi positivi (10%) e positività correlata con lo stadio di malattia: 20-30% se tumore localizzato; più del 60% se metastatizzato. *Cut off* : 12 U.I./mL.

11). CA 549
M*arker* specifico per i tumori mammari, paragonabile per specificità e per sensibilità al CA 15.3 e al MCA. *Cut off* : 11 U.I./mL. E' presente nel 10-15 % nei primi due stadi di malattia neoplastica mammaria, per poi salire al 40% in fase terza di progressione, e infine attestandosi al 75% se malattia in quarto stadio.

12). CA 195
Marker specifico per i tumori del pancreas e del colon, sovrapponibile per specificità e per sensibilità al CA 19.9, ma superiore al CEA.

13). CA 72
Marcatore ad ampio spettro per i tumori, sovrapponibile al CA 19.9. E' presente dal 40 al 64% nei carcinomi gastrici, e dal 55 al 67% nei carcinomi del colon-retto.

14). Acido vanilmandelico (AVM) e acido omoranillico (AOV)
Sono metaboliti delle catecolamine sieriche, incrementate nel 90% in caso di feocromocitoma e nel 70% nel caso di neuroblastoma. Attualmente si ritiene preferibile misurare i loro valori facendo riferimento ad un milligrammo di Creatinina, data la difficoltà pratica di poter raccogliere tutte le urine giornaliere. In tal senso, i valori di *cut off* sono i seguenti:
AVM: 20 mg/mg di Creatinina;
AOV: 40 mg/mg di Creatinina.
NOTA: i pazienti devono essere privi di alimenti come cioccolata, vaniglia o di farmaci a base di amine simpatico-mimetiche e di sciroppi bronco-dilatatori.

15). *Antigene prostatico specifico* (PSA)
Cut off: 2,5 ng/mL.

16). *Proteina C Reattiva*
E' correlata con il Recettore solubile della Interleukina 6 (IL-6), e quindi con la crescita tumorale del Mieloma Multiplo ([572, 575]); la stessa IL-6 è il maggior fattore di sopravvivenza delle cellule di Mieloma Multiplo, poiché inibisce l'apoptosi delle stesse cellule malate ([573, 574]).
Per tutti gli altri tumori, la Cascata Immunitaria determina anche un progressivo incremento della Proteina C Reattiva, correlata con l'Interleukina 6 e quindi con i linfociti B. Di qui il riscontro, all'immunoelettroforesi del profilo proteico ematico, del graduale incremento anche delle gamma-

globuline, che possono così raggiungere livelli molto elevati, configurabili in un vero e proprio "Picco Policlonale", segno inequivocabile di effettiva immunizzazione del paziente contro il proprio stesso tumore.

17). Iper-Calcemia
Può derivare sia da tumore in sede di midollo osseo, sia da elevata risposta immunitaria anti-neoplastica (se in assenza di Chemio-Terapia), poiché sia il Fattore di Necrosi Tumorale, sia diverse Interleukine ([124]), determinano incremento di Calcemia nel sangue, con tutte le sue caratterizzazioni cliniche (torpore, sonnolenza, inappetenza-anoressia, vomito, poliuria, incremento della sola PAO sistolica…)

18). *Beta2- microglobulina*
E' poco rappresentativa dell'effettiva crescita del tumore, poiché può essere indotta anche dai processi flogistici di risposta immunitaria contro il tumore stesso. Rientra negli antigeni di istocompatibilità. E' molto aspecifico, determinando elevati falsi positivi, soprattutto in caso di malattie croniche concomitanti alla neoplasia.

19). Beta Gonadotropina corionica: (β-HCG).
M*arker* per tumori germinali del testicolo (20% se seminoma; 50-70% se non seminoma), e per corioncarcinoma.

20). Calcitonina: (CT)
Nota: monitoraggio delle cellule parafollicolari della tiroide.

21). Isoferritine H ed L.

22). *Lisozima* (*muraminidasi*)

23). *Timidina chinasi* (TK)

24). Tireoglobulina (TG)

25). S-100 (Melanoma)

26) Profilo linfocitario (vedi tabella)

TABELLA Profilo linfocitario

	Range di normalità
Pan T-CD3	57-80% ; 820-1.840 cellule / microLitro
Pan T-CD4	33-58% ; 480-1.315 cellule / microLitro
T supressor CD 8	17-37 % ; 250-790 cellule / microLitro
Natural Killer CD 16	3-19 % ; 80-335 cellule / microLitro
Natural Killer CD 56	3-13 % ; 80-220 cellule / microLitro
Pan B CD 19	2-19 % ; 53-335 cellule / microLitro

27) Fosfatasi alcalina : indica patologie ossee e/o epatiche; iperparatiroidismo.

28) 5-Nucleotidasi : specifico per patologie epatiche

29) Colinesterasi: aumenterebbe in caso di carcinomi metastatici in espansione

30) Neopterina : processi immunitari

31) D-Dimeri : prodotti esclusivamente dalla degradazione della fibrina; insensibili alla presenza di PDF e di fibrina. Buoni marcatori dello stato pre-trombotico.

32) Osteocalcina : attività osteoblastica di ricostruzione ossea

33) Aldolasi: enzima ubiquitario che idrolizza il Fruttosio-1,6-difosfato; si può alzare in caso di tumori.

34) Albumina : indice di funzionalità epatica

35) alfa 1-glicoproteina acida (Orosomucoside): si alza in caso di infezioni e tumori; utile il suo confronto in associazione alla Proteina C Reattiva; associato all'Aptoglobina, permette la diagnosi di emolisi in vivo.

36) alfa 1 - antitripsina : glicoproteina sintetizzata dal fegato, inibitore della maggior parte degli enzimi proteolitici. Si alza in caso d'infezioni, infiammazioni e di necrosi

37) alfa 1 - anti-chimotripsina : si alza in caso d'infezioni e di tumori

38) Fosforemia : può aumentare in caso di metastasi ossee o di tumori ossei

39) Proteina legante il Retinolo (RBP): stato di eventuale denutrizione; aumenta però in caso d'insufficienza renale cronica.

40) Ammoniaca: si alza in caso di encefalopatia epatica (cirrosi).

41) Tripeptide ridotto GSH : il suo valore si modificherebbe in caso di carcinomi metastatici.

42) Glutatione reduttasi : aumenterebbe in caso di carcinoma metastatico.

43) Nitrotirosina : il suo valore si modificherebbe in caso di carcinomi metastatici.

44) Ceruloplasmina : alfa-2 globulina che assicura il trasporto del Rame circolante; si alza in caso di osteosarcomi, ittero da ostruzione, infiammazione, necrosi.

45) Decarbossi-protrombina (DCP): proteina della coagulazione, marcatore del carcinoma epatocellulare; nota: si alza anche in caso di carenza da vitamina K.

46) Estradiolo (17 beta-Estradiolo, E2) : estrogeno naturale secreto dall'ovaio. Si alza in caso di tumori secernenti estrogeni.

47) Ormone anti-diuretico (ADH): ormone secreto dall'ipotalamo; aumenta in caso di cancro bronchiale, sindrome di Sshwartz-Bartter, lesioni SNC, TBC, insufficienza surrenalica.

48) Peptide vasoattivo intestinale (VIP): peptide presente nel tratto gastro-intestinale e in alcune fibre nervose. Si alza in caso di tumori pancreatici produttori di VIP, in caso di Ganglioneuroblastoma, Ganglioneuroma.

49) Proteina oncofetale IMP 3 : è un nuovo biomarcatore da impiegarsi per il monitoraggio del carcinoma renale. In particolare, esso è utile per seguire l'andamento delle eventuali metastasi ([1355]).

50) Nell'ambito dei carcinomi tiroidei, è da rilevare che l'antigene Galectina-3, una proteina monomerica di 30 Kd, non è strettamente specifica dei cancri tiroidei, poiché è stato dimostrato che essa è presente anche in buona percentuale (45%) negli adenomi tiroidei follicolari (Martins L.: *Positividade de expressao proteica de Galectina-3 EM adenomas e bocios multinodulares atoxicos (BMNA) de tiroide*, Departamento de Histologia e Embriologia, Istituto de Ciencias Biomedicas, USP, Sao Paulo, Brasil)

Sesta dichiarazione:
Il Fallimento della Chemio-Terapia

Qualsiasi forma di Chemio-Terapia causa un danno irreparabile alle condizioni fisiche di coloro che si espongono all'azione di questi veleni, chiamati "farmaci cito-tossici".

Lo stesso Giuramento d'Ippocrate fa espressamente divieto di somministrare "veleno" al paziente, anche se richiesto dall'ammalato stesso (vedi Giuramento d'Ippocrate).

Questi veleni (definiti dalle Multinazionali Chemio-farmaceutiche come "Farmaci cito-tossici"), entrano nel circolo sanguigno tramite iniezione e/o fleboclisi endovenosa, oppure per assorbimento indiretto dallo stomaco o dalla mucosa intestinale.
Questo tipo di trattamento è diverso dalla Chirurgia o dalla Radio-Terapia, che concentrano i loro effetti su punti o aree specifici del corpo umano (terapie "mirate").
Negli ospedali si fa ricorso alla Chemio-Terapia quando c'è la possibilità che le cellule tumorali possano essere presenti in altre zone dell'organismo oltre alla sede del tumore primario.
Ma raramente la Chemio-Terapia garantisce un periodo di sopravvivenza di almeno 5 anni, indicato impropriamente come "periodo di cura".
La Chemio-Terapia arresta temporaneamente l'anomala crescita cellulare, oppure può alleviare il dolore per qualche tempo, o allungare di poco il tempo di sopravvivenza.
Raramente si può parlare di" remissione": dati bibliografici riferiscono percentuali di riuscita in meno dell1% in caso di cancro del pancreas, del 3% in caso di cancro al fegato, del 5% in caso di tumore delcervello, del 7% in caso di cancro dell'intestino…..

Esistono circa 60-70 farmaci citotossici in commercio in tutto il mondo.
Per l'Italia i nomi commerciali sono riportati in tabella 2a (elenco parziale,VEDI CAP.2):
Alcuni di questi veleni causano meno problemi di altri come: insonnia, spossatezza, diarrea, alopecia, stomatite, leucopenia, piastrinopenia, anemia, nausea, vomito…

Questi sono gli effetti collaterali immediati e conosciuti perchè visibilmente riscontrabili.
Ciò di cui raramente si parla sono gli effetti più gravi e più duraturi, le cui conseguenze deteriorano profondamente la vita del paziente e il decorso stesso della sua malattia, rendendo inutili persino le terapie basate sull'immuno-stimolazione dei linfociti *Natural Killer*, sull'attività apoptosica e detossificante di estratti di piante mediche.
Questi danni profondi e irreversibili, di cui raramente si discute, sono i seguenti:

1) grave riduzione, stabile e duratura, del numero di particolari tipi e sottotipi di globuli bianchi, indispensabili alla risposta immunitaria *specifica* contro il tumore.
2) mutazioni cellulari di tipo somatico, con comparsa di altri tumori secondari e/o metastasi
3) mutazioni cellulari di tipo germinale (testicoli oppure ovaie), con comparsa di sterilità, aborti o di bimbi malformati in quei casi di genitore sopravvissuto alla Chemio-Terapia e al Cancro.
4) accelerazione della crescita del tumore, anzichè una sua riduzione, con comparsa di resistenza crociata del tumore ad altri veleni (pompa glicoproteica di membrana).

La Chemio-Terapia è quindi controindicata in maniera assoluta in qualsiasi forma di associazione alla Immuno-Terapia.
La Chemio-Terapia è infatti gravemente depletoria soprattutto nei confronti dei linfociti, di cui è stata riconosciuta la buona capacità di identificazione e di distruzione di masse tumorali mediante Immuno-Terapia specifica anti-neoplastica (vedi capitolo 4).
Si può infatti affermare, secondo l'autore del presente lavoro, che *saranno solo e soltanto le difese immunitarie del paziente stesso a risolvere la patologia neoplastica, portandolo così ad una completa guarigione dal Cancro*.

La Chirurgia e la Radio-Terapia devono essere considerate soltanto come tecniche o metodiche d'appoggio capaci di eliminare una certa quota della massa tumorale primitiva e delle sue metastasi, fermo restando che *nessuna di queste due componenti deve essere considerata causa di guarigione finale del paziente dal tumore*: l'eventuale ed effettiva guarigione del paziente dal proprio tumore dipenderà solo e soltanto dalla capacità delle difese immunitarie di riconoscere e distruggere in maniera selettiva e radicale il tumore stesso L'Immuno-Terapia nega pertanto alla Chemio-Terapia qualsiasi valenza curativa e di *guarigione* nei confronti del tumore.

Si può pertanto affermare che è stato già dimostrato in letteratura medica il fallimento sostanziale della Chemio-Terapia per quasi tutte le forme tumorali **(**[1259]**)** ([1, 2, 7, 9, 12, 15, 18, 19, 23, 26, 31, 32, 33, 35, 36, 42, 44, 46, 50, 53, 54, 57, 60, 64, 65, 67, 68, 70, 72, 77, 80, 81, 82, 84, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 99, 100, 102, 104, 105, 109, 107, 110, 111, 113, 115, 117, 118, 121, 125, 127, 128, 133, 135, 137, 139, 140, 149, 150, 151, 152, 160, 162, 164, 166, 167 169,170, 171, 172, 173, 178, 180, 181, 183, ,1035,1067-1073, 1174-1184, 1340]): la Chemio-Terapia riduce la massa tumorale, sia pure al gravissimo prezzo di arrecare danni estesi a tutti gli organi e ai tessuti del paziente, determinando: insufficienza midollare (con la conseguenza di infezioni e di caduta di difesa immunitaria contro il tumore stesso), insufficienza epatica e renale, possibile evoluzione in fibrosi polmonare con insufficienza respiratoria, danni cardiaci e ai vasi ematici, leucemie e cancri secondari in percentuale variabile.
In ogni caso, la ripresa neoplastica avviene quasi sempre, spesso caratterizzata da resistenza crociata delle cellule tumorali ad altri farmaci chemio-terapici, in cicli di Chemio-Terapia successiva di seconda o terza linea, fino ad essere definita alla fine, in termini del tutto inappropriati, "Chemio-Terapia di *salvataggio*": in realtà una Chemio-Terapia finale e distruttiva, eseguita con farmaci chemioterapici di vario tipo, che non riescono mai a *salvare* il paziente, né tanto meno a condurlo a guarigione effettiva…."

Per meglio definire la questione si riporta un lavoro scientifico australiano che prende in esame dieci anni di statistiche mediche australiane e americane (gennaio 1994-gennaio 2004) sui risultati della CHEMIO nella cura del cancro.
I risultati sono catastrofici : su oltre 270.000 casi clinici considerati, in media solo il 2% dei pazienti sottoposti alla Chemio risulta essere ancora vivo dopo 5 anni dall'inizio del trattamento "terapeutico".
L'articolo è molto semplice come impostazione e, sia in tabella 1 (pp.551) che in tabella 2 (pp.552) sono riportate, in ultima colonna, queste percentuali di sopravvissuti alla CHEMIO dopo 5 anni dall'inizio del trattamento:

percentuale di sopravvissuti dello zero per cento: cancro del pancreas, cancro dell' utero, cancro della prostata, cancro della vescica, cancro del rene, Melanoma, Sarcoma e Mieloma Multiplo;

percentuale di sopravvissuti dell'1% : cancro dello stomaco e del colon;

percentuale di sopravvissuti del 2% : cancro della mammella e del polmone;

percentuale di sopravvissuti del 3-5% : cancro del retto;

percentuale di sopravvissuti del 4-5% : tumori al cervello;

percentuale di sopravvissuti del 5% : cancro dell'esofago;

percentuale di sopravvissuti del 9% : cancro dell'ovaio;

percentuale di sopravvissuti del 10% : linfoma NON Hodgkin;

percentuale di sopravvissuti del 12% : cancro della cervice uterina;

percentuale di sopravvissuti del 40% : Seminoma del testicolo e Linfoma di Hodgkin.

L'articolo in oggetto, disponibile in PDF, è il seguente: Morgan G.: *The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies*, Clinical Oncol., 2004, 16, pp.: 549-560
www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF

Settima dichiarazione: Le VITAMINE NON devono essere VIETATE

La Commissione Europea (Consiglio Mercato interno, Turismo e Consumatori della Comunità Europea) ha avviato la proposta della Commissione intesa per una direttiva sugli integratori vitaminici, sui prodotti naturali e nutrizionali nell'Unione Europea.
La Commissione Europea intende sostanzialmente:

1)… limitare strettamente i dosaggi massimi permessi di vitamine e minerali negli integratori (articolo 5 della proposta di direttiva);

3) … eliminare dal mercato tutte quelle fonti di vitamine e minerali non contenute in un elenco ristretto di "sostanze chimiche permesse" (VEDI secondo Allegato alla proposta di Direttiva); 3)… eliminare i prodotti alle erbe dalla libera vendita in Europa, con l'obbligo di registrazione come "prodotti medicinali tradizionali alle erbe" (proposta della Commissione per una direttiva su prodotti medicinali tradizionali alle erbe - 3ª bozza, maggio 2001);

4)… proibire ogni informazione sulle proprietà preventive e curative di vitamine ed erbe dichiarando tale informazione illegale se connessa in qualsiasi maniera con un prodotto.

L'accordo darà una spinta a quello che sembra essere un piano della Commissione teso ad eliminare le alternative terapeutiche della Fito-Terapia alle terapie attuali basate su farmaci di sintesi chimica.

Questo Progetto della Commissione Europea è teso a favorire coloro che stanno traendo profitto dalle grandi Malattie carenziali oggi largamente presenti nel mondo occidentale (Cancro, Malattie cardio-vascolari, diabete, iper-tensione, obesità “americana”, malattie auto-immuni, Alzheimer, Parkinson, Sindromi da immuno-deficienza acquisite, etc…) cioè per quelle aziende che traggono il loro utile dalla malattia, anzichè dalla salute, vale a dire le grandi industrie chimico-farmaceutiche.
Il Cancro, che non era di grande rilevanza fino ad un secolo fa, oggi è forse la principale fonte di grandi utili rispetto alle altre malattie, di cui il continuo aumento è una chiara conferma del fatto che il Cartello delle Multinazionali farmaceutiche è lontanissimo dal mantenere la sua promessa: migliorare la salute per tutti: non solo il Cartello non ha mantenuto la sua promessa della graduale eliminazione delle malattie, azioni e prodotti del Cartello in alcuni casi sono stati la causa diretta del tremendo aumento di malattie che ci si presenta.

Oggi molti medici preferiscono orientarsi verso tecniche curative "alternative", basate sull'assunto che sono proprio la carenza di migliaia di vitamine la causa dell'insorgenza di malattie gravi quali il Cancro, e altre malattie carenziali. Ma questi medici sono quotidianamente esposti ad attacchi vessatori.
Si può pertanto ritenere che le multinazionali del farmaco veicolino attraverso istituzioni internazionali come la Commissione Europea e il *Codex Alimentarius* (un braccio della *Food and Agricultural Organisation* delle Nazioni Unite) le loro azioni a scopo di lucro più o meno lecite: ad esempio hanno istituito le RDA (*Recommended Daily Allowances*), dette anche PRI (*Population Reference Intakes*): una sigla che indica le quantità delle vitamine e dei minerali, cioè le quantità di nutrienti assolutamente indispensabili per evitare le "classiche" malattie da carenza vitaminica, come lo scorbuto e il beri-beri. Ma le quantità raccomandate non sono sufficienti, né sono state mai pensate in funzione delle malattie carenziali attuali (Cancro, Malattie cardio-vascolari, diabete, iper-tensione, obesità “americana”, malattie auto-immuni, Alzheimer, Parkinson, Sindromi da immuno-deficienza acquisite, etc…) come quantità di vitamine da impiegare per garantire una buona salute rafforzando le difese dell'organismo. Ciononostante, la proposta della Commissione Europea per una direttiva sugli integratori vitaminici prevede "limiti massimi di dosaggio da determinare sulla

base di analisi di rischio con metodo scientifico, tenendo conto dell'apporto di vitamine e minerali da altri alimenti ….", così come nel "*Population Reference Intake*", secondo quanto ha dichiarato il Commissario David Byrne.

La SETTIMA Dichiarazione intende quindi porre le seguenti domande:
1) Perché ci vogliono proteggere dai pericoli ovviamente inesistenti degli integratori alimentari, quando milioni di persone muoiono ogni anno a causa dei ben conosciuti effetti "collaterali" dei medicinali chimico/farmaceutici?
2) Perché la "valutazione scientifica" dei pericoli, che qualcuno dice siano nascosti in queste sostanze biologiche innocue, sarà fatta dagli stessi scienziati responsabili dell'introduzione sul mercato di medicinali altamente tossici, che uccidono milioni di persone anno per anno?

La risposta potrebbe essere la seguente: La direttiva proposta dalla Commissione Europea è stata formulata secondo i consigli del Cartello farmaceutico ed è un tentativo in extremis di eliminare la crescente concorrenza delle sostanze biologiche, fornite dai prodotti naturali e nutritivi, inclusi gli integratori alimentari, e costituiti da oltre 15.000-30.000 principi vitaminici essenziali.

La letteratura scientifica è piena di studi che documentano i benefici per la salute e le proprietà preventive di vitamine, minerali ed altre sostanze con attività biologica che troviamo negli integratori alimentari. Un rifornimento adeguato di vitamine ed altre sostanze ad attività biologica potrebbe prevenire milioni di morti ogni anno e curare molte malattie considerate attualmente incurabili come il Cancro e diverse altre patologie (di futura pubblicazione su questo stesso sito).

La SETTIMA DICHIARAZIONE pertanto DICHIARA :

NO alla proposta di direttiva sugli integratori, della Commissione Europea, nella sua presente restrittiva stesura. specificatamente;

NO alla restrizione sui dosaggi massimi per gli integratori che non abbiano dimostrato di essere causa di problemi veri, non immaginari, per la salute;

NO alla costosa "valutazione farmaceutica" delle sostanze naturali biologiche tesa ad eliminare dal mercato tutte le sostanze non approvate;

NO alla necessità di "comprovare la non tossicità" di queste sostanze naturali biologiche che richiede spesso un ricorso alla sperimentazione animale;

NO alla registrazione come "prodotto medicinale" oppure "medicinale tradizionale a base di erbe" per ogni prodotto naturale a base di erbe.

NO alla proibizione contro la pubblicazione e la distribuzione di informazioni scientifiche, anche se connesse a prodotti specifici, sugli effetti delle sostanze naturali con attività biologica.

DICHIARA che l'importante ruolo nel mantenimento della salute e la prevenzione delle sostanze naturali e dei nutrienti con attività biologica che si trovano negli integratori alimentari, sia riconosciuto e riceva la giusta considerazione in qualsiasi legislazione che si prefiguri di dare un regolamento alla formulazione e alla vendita di tali prodotti.

DICHIARA, infine, la LIBERTA' DI SCELTA DEL CITTADINO in materia di salute.

Da un forum in INTERNET:
"Nell'agosto 2005 molto cambierà in Europa grazie alla Direttiva Europea sugli Integratori Alimentari (FSD). Saranno banditi dal commercio prodotti tipo i tocoferoli (vitamina E naturale), carotenoidi e la vitamina B12 metilcobalamina, tutte le forme di zolfo, boro, vanadio, silice e la maggior parte dei minerali traccia, la forma del calcio più biodisponibile e sicura, magnesio, zinco, selenio, cromo e molibdeno. Limiterà fortemente il dosaggio delle vitamine e toglierà dal mercato tutti i prodotti ad alto dosaggio. La direttiva comprenderà future restrizioni su nutrienti quali acidi grassi, aminoacidi, enzimi, probiotici, fitonutrienti, ecc. Ciò limiterà fortemente le future innovazioni nell'industria degli integratori, provocando danni al commercio di tali prodotti e ai praticanti le terapie complementari e soprattutto ai consumatori che vogliono responsabilmente decidere per la propria salute e quindi fare in modo che il cibo sia la loro medicina."
"Anche da noi (negli USA e Canada, n.d.t.) ci saranno conseguenze: questa draconiana Direttiva Europea va oltre il negare l'accesso agli integratori alimentari a molti cittadini europei: sarà utilizzata come progetto per stabilire le leggi internazionali del CODEX riguardo gli integratori dietetici al quale il nostro governo (USA e Canada, ma anche Italia, n.d.t.), con discutibile "saggezza" ha deciso di aderire.
Il CODEX metterà fuorilegge o limiterà fortemente praticamente ogni cosa che milioni di noi erano abituati a usare ogni giorno in tutta sicurrezza. I confini nazionali non significano più nulla; stiamo assistendo alla rapida unificazione del mondo in un nuovo governo globale con l'Europa alla guida. Quando nei primi anni '90 al *World Trade Organisation* (WTO) è stato dato il potere di rafforzare le leggi sul commercio internazionale, tutte le nazioni aderenti al WTO furono d'accordo di armonizzare le loro leggi sul commercio con quelle internazionali in modo che ogni nazione potesse operare con gli stessi standard.
Sin da allora, ogni singola legge che il WTO ha emanato è andata contro l'ambiente, contro la salute pubblica, contro i diritti dei consumatori e dei lavoratori e contro i diritti umani. Nonostante molti attivisti abbiano protestato contro il WTO, la maggior parte delle persone non sono a conoscenza che ciò alla fine potrebbe portare ad un aumento degli attacchi a tutti i nostri integratori alimentari in tutto il mondo. .....
.....La Germania, la più grande nazione produttrice di farmaci del mondo, che domina l'Europa e ospita il *Codex Committee on Nutrition and Foods for Special Dietary Use*, attualmente sta premendo per fare in modo che presto le nostre leggi sugli integratori alimentari siano armonizzate con quelle interazionali. .....
All' *Alliance for Natural Health* (ANH), un gruppo a tutela dei consumatori con sede in Inghilterra, è stato recentemente permesso di mettere in discussione questa direttiva; comunque molto raramente una Direttiva Europea è stata ribaltata: in questo caso sarebbe un evento storico considerando gli interessi farmaceutici che sostengono la sua approvazione. Le risorse sono veramente scarse, ma l' ANH deve continuare l'azione contro la direttiva prima che sia troppo tardi. Hanno richiesto l'intervento di un gruppo di avvocati di alto livello che si accingono a contestare la direttiva in un tribunale europeo. ....
Una volta approvata, la legge del CODEX sugli integratori sarà al di sopra di ogni legge nazionale degli stati membri. L'unico modo per un paese di proteggere i suoi interessi vitali su questa o su altre questioni, sarebbe quello di uscire completamente dalle Nazioni Unite e dal WTO, uno scenario che nessuno realisticamente pensa possa accadere.
Nel XXI secolo viviamo in stato d'assedio: ci sono preoccupazioni riguardo i pesticidi, erbicidi, antibiotici, alimenti geneticamente modificati, telefoni cellulari, forni a microonde, otturazioni con amalgama, diminuzione degli spermaozoi, mucca pazza e addirittura il latte. I salmoni d'allevamento sono un cavallo di Troia per le sostanze cancerogene. Obesità e il diabete sono in aumento. C'è una massa di documentazioni su questo. Perciò, qual'è la grande idea della Commissione Europea? Diamo un giro di vite sulle vitamine e i minerali.
Per prevenire un funesto governo unico mondiale che ha persone come risorsa da sfruttare, usurpando le nostre libertà naturali, che ci impone le nostre azioni, dobbiamo contribuire di persona

e fare una donazione (anche pochi Euro, n.d.t.) all'ANH così che possano condurre una decente presentazione legale. Se non lo facciamo per noi stessi, che ne sarà dei nostri nipoti o del resto della società?
Vai su internet su http://www.alliance-natural-health.org e fai una donazione..... o subisci.
(Duncan Crow, Wholistic Consultant. Canada)
(articolo integrale, in Inglese:
http://curezone.com/forums/m.asp
http://curezone.com/forums/m.asp?f=237
http://curezone.com/forums/m.asp?f=237&i=597

Ultima possibilità per i Consumatori europei per accedere a Vitamine e Minerali ad alto dosaggio e alle fonti degli ingredienti chiave

I consumatori europei hanno una nuova possibilità per "Salvare i nostri integratori", grazie a una nuova iniziativa politica nel Parlamento Europeo lanciata dal CHC (*Consumers for Health Choice*), l'associazione dei consumatori inglese che è un gruppo di pressione leader in campo europeo.
Sebbene tutti noi speriamo che abbia successo l'attuale sfida legale lanciata da ANH (*Alliance for Natural health*), HFMA (*Health Food Manufacturers' Association*) e NAHS (*National Association of Health Stores*), dobbiamo accettare il fatto che potrebbe non essere così. Perderemmo del tempo prezioso rimanendo in attesa dell'esito di tale sfida. Per questo motivo il CHC continua a tentare altre opzioni che conservino l'attuale disponibilità di integratori.
La Direttiva sugli Integratori Alimentari (*Food Supplements Directive – FSD*) è già stata approvata e minaccia di bandire, a partire dal luglio 2005, più di 250 nutrienti e fonti di nutrienti che sono chiave per l'efficacia di integratori specialistici a base di vitamine e minerali. Propone inoltre di bandire negli anni successivi tutti gli integratori al di sopra di determinati dosaggi, non ancora specificati. Ci si aspetta che l'interdizione elimini tutti i prodotti ad alto dosaggio, ad eccezione di alcuni che si possono avere con prescrizione medica.
Ma ora c'è la speranza che tutto ciò possa essere evitato!
Alcuni membri del Parlamento Europeo, guidati dal parlamentare John Bowis, hanno stilato un nuovo emendamento alla legislazione che ora è all'esame del Comitato per l'Ambiente del Parlamento Europeo. Tecnicamente l'emendamento viene proposto ad un nuovo Regolamento relativo alle indicazioni nutrizionali e sulla salute fornite sui prodotti alimentari. L'emendamento concederebbe agli Stati Membri di permettere nel proprio mercato interno dei prodotti che sono integratori alimentari, anche se venissero banditi dalla separata Direttiva sugli Integratori Alimentari, fintanto che sono sicuri e che i loro effetti sono attestati solo da indicazioni approvate.
Si tratta di una nuova opportunità per chi utilizza integratori in tutta Europa, eccitante ma limitata, che si potrà realizzare solo se i consumatori sosterranno il CHC e agiranno subito per assicurarsi che il 20 aprile i Parlamentari Europei del Comitato per l'Ambiente votino a favore dell'emendamento.
Pur continuando nelle sue estese azioni di lobby nei circoli politici inglesi, il CHC sta emanando una "chiamata alle armi" ai consumatori dell'intera Unione Europea affinché contattino i Parlamentari del loro paese che fanno parte del Comitato per l'Ambiente;
Potete vedere quali sono i membri di questo comitato andando sul sito:
www.db.europarl.eu.int/ep6/owa/p_meps.short_list
quindi aprite il menu a tendina nel campo "Comitati" (*Committee*) e scegliete Comitato per l'Ambiente, la Salute Pubblica e la Sicurezza Alimentare (*Environment, Public Health and Food Safety Committee*).

Vi apparirà l'elenco di tutti i membri, cliccando sui nomi dei vostri rappresentanti nazionali si apre una pagina informativa sul loro conto con i dettagli per poterli contattare.
Per favore contattate soltanto i parlamentari del vostro paese e sforzatevi di rendere il vostro approccio il più personale possibile. Vi preghiamo di ricordare che gran parte dell'ottimo lavoro che si sta facendo può venir vanificato se usate un tono aggressivo (sebbene comprendiamo la vostra frustrazione).

Potete saperne di più nel sito http://www.healthchoice.org.uk, che a breve verrà nuovamente aggiornato.

Sito Web: http://www.healthchoice.org.uk

GENNAIO 2007:
www.lalelva.org/it/nutrizione/vitamine_e_minerali.htlm

4marzo 2008: Referendum europeo per i consumatori

4 marzo 2008 - *Parlando a nome di consumatori in tutti i 27 paesi dell'Unione europea, sei organizzazioni non governative, gruppi e associazoni collaborano in una campagna a favore del diritto dei cittadini di essere sentiti in un referendum quando una nuova legge europea o nazionale direttamente tocca i loro diritti. In particolare, chiedono che tutti i cittadini europei possano esprimere il loro assenso o meno al trattato di Lisbona.*

Sempre di più, l'Unione europea favorisce gli interessi delle multinazionali più che quelli dei propri cittadini, sostengono le sei organizzazioni, dicendo che è ora di cambiare rotta e di dare ai cittadini il diritto di partecipare in modo più diretto ai processi politici. Altrimenti, temono che il sistema politico europeo possa degenerare ad assomigliare a certe dittature dove la violazione dei precetti democratici, della libertà di scelta e del diritto alla privacy sono la regola.

Paul Anthony Taylor, direttore delle pubbliche relazioni della **Dr. Rath Health Foundation** e coordinatore della campagna dice: *"Lo scorso mese di novembre e per la tredicesima volta in altrettanti anni i revisori dei conti dell'Unione europea si sono rifiutati di approvarne i conti finanziari citando errori di legalità e apparenti tentativi di frode. Poi, solo due settimane fa dei politici europei sono stati accusati pubblicamente di frode e appropriazione indebita su scala massiccia. Si è avviata una indagine ufficiale che teoricamente potrebbe portare in carcere alcuni deputati europei. Corruzione, frode e una grande mancanza di responsabilità si stanno facendo largo tra l'élite politica europea, quindi è ora che i cittadini possano partecipare alle decisioni che riguardano il futuro dell'Unione. Non è più sufficiente che possiamo andare a votare una volta ogni quattro o cinque anni per eleggere dei rappresentanti politici. Questa non è l'essenza di una democrazia."*

Il dott Robert Verkerk, direttore dell'**Alliance for Natural Health** aggiunge: *"Democrazia e giustizia sociale sono requisiti per ogni società civile. Tuttavia, quasi 500 milioni di cittadini europei sono sempre di più alla mercé di una potente lobby commerciale e di commissari che nessuno ha eletto. Perlopiù, gli stessi commissari si sono rivelati corrotti in più di una occasione. Il parlamento europeo è l'unico segno di democrazia ma il suo potere legislativo è debole. Alcuni dicono che il parlamento sia un forum di discussione senza alcun potere reale. Il trattato di Lisbona è un altro tentativo di avanzare la riforma costituzionale dopo la prima poposta bocciata in Olanda e Francia nel 2005. Sarebbe una violazione dei nostri diritti più fondamentali escludere i cittadini dal voto di questa seconda proposta."*

Sepp Hasslberger, parlando a nome de **La Leva di Archimede,** mette in risalto la natura poco democratica della procedura legislativa quando dice: *"Senza dubbio la revisione delle leggi sulla salute operata dalla Commissione e dal parlamento europeo nel recente passato non ha tenuto conto delle preferenze dei cittadini rispetto all'uso di erbe ed elementi nutritivi per prevenzione e cura delle malattie. Le recenti direttive sui medicinali, gli integratori alimentari e le erbe rivelano una forte tendenza a mettere il settore salute sotto esclusivo controllo farmaceutico. Molti rimedi naturali e complementi alimentari oggi disponibili rischiano di cadere nell'illegalità. Con quei prodotti potenzialmente spinti verso il mercato nero, i consumatori sarebbero esposti a ulteriori rischi. Certamente, l'esistenza di uno*

strumento consultivo quale un referendum europeo potrebbe bilanciare gli interessi della gente con il potere delle lobby politiche."

Il presidente dell'**Alleanza per la Salute, la Pace e la Giustizia Sociale** Lutz Kliche commenta cosi: *"La Commissione europea, l'autorità per la sicurezza degli alimenti e altre istituzioni europee favoriscono gli alimenti geneticamente modificati, nonostante la palese opposizione di una grande maggioranza dei cittadini europei. Se i cittadini potessero votare in un referendum su questioni di importanza avremmo un'istanza di controllo sul potere politico. Quando molte delle decisioni politiche vengono fatte contro la volontà della gente come succede a Bruxelles, siamo di fronte ad una dittatura piuttosto che una democrazia."*

Scott Tips, il presidente della **National Health Federation** che spesso affronta i rappresentanti della Commissione europea nelle riunioni del Codex Alimentarius, aggiunge: *"La Commissione europea nella sua struttura e le sue procedure assomiglia sempre di più al vecchio Politburo sovietico. Dare il diritto ai cittadini europei di esprimersi attraverso lo strumento referendario potrebbe far sì che la Commissione non diventi il Politburo europeo."*

Louise McLean, editore dello **Zeus Information Service** dice: *"L'Unione europea impone delle regole inflessibili sui 27 stati membri che si riveleranno proibitive per le terapie naturali, gli alimenti biologici e gli integratori alimentari/vitaminici. L'obiettivo non è tanto il libero commercio quanto stabilire un controllo assoluto. Il parlamento britannico approverà a breve il trattato di Lisbona e la Regina dara l'assenso reale. Nel gennaio 2009 tutte le 111 mila leggi dell'Europa diventeranno operative nel nostro paese e passeremo a vivere in uno stato di polizia senza precedenti."*

L'iniziativa per un referendum europeo è sostenuta, oltre da **La Leva di Archimede**, dall' **Alleanza per la Salute, la Pace e la Giustizia Sociale**, dalla **Dr. Rath Health Foundation**, la **National Health Federation** e lo **Zeus Information Service**.

Il sito dedicato per questa iniziativa http:www.eu-referendum.org (per ora è in inglese, francese, spagnolo, tedesco e olandese) ha un link per firmare la petizione a favore di questo diritto direttamente on-line.

Il link diretto al modulo in spagnolo: http://www.eu-referendum.org/espanol/petitions/lisbon.php

APRILE 2008

Ancora non è stato deciso il destino di vitamine e minerali negli integratori e la Commissione Europea già prende di mira un'altra categoria di ingredienti. Secondo un comunicato dell'associazione inglese ANH - *Alliance for Natural Health* - l'Unione Europea starebbe considerando elenchi estesi di erbe ed estratti vegetali con l'intento di approvarne o meno l'uso negli integratori.

Citando l'esempio degli aromi naturali, L'ANH teme che molti tra queste erbe ed estratti potrebbero finire sull'elenco delle "spezie a rischio di estinzione". Infatti, sugli aromi naturali la scure è caduta in modo abbastanza pesante. Piante di uso comune come l'Eucalipto, la Melaleuca, il Timo e la Citronella sarebbero stati messi fuori legge negli anti-insetti e deodoranti naturali.

Con una strategia di mille piccoli tagli, l'industria chimico/farmaceutica e la Commissione Europea tenterebbero di eliminare le alternative naturali ai prodotti industriali. L'obiettivo: favorire un'importante ramo dell'industria contro la concorrenza del naturale. Secondo la Commissione, le misure sarebbero necessarie per tutelare la salute dei consumatori e per "armonizzare il mercato europeo".
Si parla di analisi del rischio come se fossero i prodotti naturali e non quelli chimico-farmaceutici a uccidere.

Propongono di limitare il beta carotene alla quantità contenuta in una carota e mezza e il selenio all'equivalente di appena due noci del Brasile.

L'Autorità europea per la sicurezza alimentare starebbe proponendo di valutare le sostanze vegetali negli integratori come se fossero veleni dai quali proteggerci. Qualcosa non quadra.

Aggiunge il dott Verkerk, direttore scientifico dell'ANH: "Visto il *trend* di continuo impoverimento della nostra dieta, il sovraccarico con carboidrati semplici e la relativa mancanza di frutti e vegetali, l'integrazione con sostanze di origine vegetale è un mezzo importante per migliorare la nostra dieta. Non ha senso limitare le scelte a disposizione di coloro che vogliono migliorare la propria salute."

Ma come detto, forse l'obiettivo non è tanto la nostra salute quanto quella di certe industrie.

Sepp Hasslberger
La Leva di Archimede

Maggio 2008: il Canada ha ridotto, per Legge, del 60% le vitamine naturali:

http://www.stopc51.com/c51/what_you_can_do.asp

http://www.medicinetradizionali.it/proibire%20le%20vitamine.htm

Ottava Dichiarazione :
La minaccia degli Organismi Geneticamente Modificati (OGM)

VEDI anche su:
http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm **TERZO CONGRESSO MONDIALE DI MEDICINA INTEGRATA – ROCCAMORICE – SETTEMBRE 2006 : La Minaccia degli Organismi Geneticamente Mondificati** (Relazione in PDF presentata al Congresso dal Dott. Giuseppe Nacci)
oppure su:
www.medicinetradizionali.it/TERZO%20CONGRESSO%20MONDIALE%20Roccamorice.pdf

www.medicinetradizionali.it/nacci%20piante.htm

Il Cancro è una malattia degenerativa dovuta a carenze di vitamine e a intossicazione da sostanze chimiche presenti nei cibi. Le vitamine e le sostanze pro-vitaminiche presenti nelle piante naturali di comune alimentazione umana possono essere stimate in numero superiore a 15.000-30.000 tipi. L'introduzione nell'agricoltura moderna degli Organismi Geneticamente Modificati (O.G.M.) è una ingiustificata e pericolosissima alterazione di ciò che l'Evoluzione ha prodotto nelle piante in centinaia di milioni di anni: piante sulle quali si è basata la successiva evoluzione biochimica dei complessi organismi animali superiori, culminati con l'avvento dei Mammiferi negli ultimi 65 milioni di anni e quindi con la comparsa dell'Uomo; pertanto il delicato equilibrio biochimico della specie umana dipende dall'integrità delle specie vegetali così come l'Evoluzione le ha condotte fino a noi, poiché la Salute di ciascuno di noi è basata sulla Biochimica cellulare umana, e questa dipende, nella propria complessità genomica (DNA), dall'utilizzo di migliaia di vitamine e di complessi fitochimici presenti in Natura.
La personale visione dell'autore del presente lavoro che, come medico nucleare, ha avuto modo di studiare per anni gli effetti delle radiazioni ionizzanti su organismi complessi, è che la pianta è anch'essa un organismo complesso, frutto dell'evoluzione biologica avvenuta in centinaia di milioni di anni: ogni modificazione genetica provocata in essa dall'Uomo (con radiazioni come a Chernobyl, o con virus come attualmente compiuto con gli O.G.M.), per quanto minima possa essere tale modificazione, essa produrrà comunque un danno, un danno irreparabile che spesso non potrà essere riconosciuto, poiché l'Uomo conosce con sicurezza soltanto poche decine di vitamine e di altre sostanze pro-vitaminiche. Viceversa, le vitamine e le altre sostanze contenute nelle piante sono decine di migliaia, e sono queste le responsabili del corretto funzionamento della complessa biochimica umana e del genoma umano (DNA).

Ma oggi, per ottenere il vantaggio di una maggiore produzione agricola, si ricorre al metodo di modificare il patrimonio genetico delle piante naturali, allo scopo di modificarne la struttura, renderle sterili (per obbligare gli agricoltori a comprare nuovi semi ogni anno), brevettarne la trasformazione indotta, e rivendere in tutto il mondo il prodotto così ottenuto. Si afferma inoltre che esista sostanziale equivalenza tra il prodotto geneticamente modificato (OGM) e quello ottenuto con la selezione dei caratteri genetici (cioè tramite incrocio naturale di piante come da sempre fatto dall'umanità nel corso di migliaia di anni). Da parte dell'autore del presente lavoro, si afferma invece che tale "sostanziale equivalenza" è assolutamente insostenibile, perché l'incrocio naturale di piante avviene con semi naturali della stessa specie, mentre la manipolazione genetica (OGM) avviene superando le barriere di specie vegetali, mediante introduzione di geni di altre specie vegetali, o addirittura di batteri, virus o animali. Infatti la maggior parte dei geni usati dall'ingegneria genetica provengono da specie viventi che non hanno mai fatto parte dell'alimentazione umana e, addirittura, sono provenienti da DNA non appartenenti a piante ma ad animali, batteri o virus e/o retrovirus transgenici.

Si possono così ravvisare OTTO minacce immediate:

PRIMO: *Depauperazione dei complessi pro-vitaminici e vitaminici delle piante*
Depauperazione di complessi vitaminici e pro-vitaminici non più presenti negli alimenti, con conseguente incremento delle malattie degenerative e carenziali come ad esempio il Cancro (vedi Settima e Nona Dichiarazione). Gravissimo è infatti il deliberato tentativo di disattivare le sostanze naturali contenute nelle piante, allo scopo di rendere possibile il trasporto su lunghe distanze e per tempi molto lunghi, di frutta e verdura fresche, in realtà fortemente impoverite delle tante vitamine, la cui assenza permette così di evitare l'ossidazione di tali cibi. Ma queste vitamine entrano in complessi meccanismi enzimatici nel DNA dei mammiferi, e inducenti il fenomeno di apoptosi (suicidio) in queste cellule di mammifero se ammalate da cause infettive o di altro genere (come ad esempio il Cancro). Tale fenomeno di depauperazione vitaminica a scopo di mero sfruttamento commerciale è un gravissimo atto di danno deliberato inflitto all'Ecosistema tramite gli O.G.M.
Gravissima è infatti la scomparsa di molte di queste vitamine naturali anti-cancro (Antocianine, Flavonoidi ([1122]), Polifenoli ([1123]), sesquiterpene lattone Partenolide ([701]), penta-acetil Geniposide ([1061]), Camelliina B ([698]), beta-Criptoxantina ([1063]), Esperidina ([1063]), Emodina ([247,333,715]), acido ursolico ([700]), Solfuro di allile ([694,696]), Eriodictoiolo ([693]), protocatechine ([692]), Indoli ([809]), Isotiocianati ([809]), Resverarolo ([695]), Elemene ([690]), Acutiaporberina ([711]), Capsaicina ([719,1351]), Wogonina ([713,16594]), Fisetina ([713]), acido carnosico ([712, 1062]), Germanio sesquiossido ([269]), Epigallo-catechina gallato ([173,1124]), Limonene ([693]), Axeroftolo palmitato, alfa e beta Carotene, acido trans-Retinoico, Tocoferoli, Cinaropicrina, Licopene ([633,1359]), Proantocianidina, Damnacanthal ([1043]), Baicalina ([718]), Baicaleina ([718]), acido idrocinnamico ([693]), sesquiterpenoidi come Atractilone ([704]), o come Atractilenolidi I, II, III ([704]), alcaloidi del Gelsemio ([699]), altri flavonoidi ([1064]), Sinigrina, acido ferulico, acido ellagico, acido cumarinico …) inducenti l'apoptosi (suicidio) dei tumori
(sull'argomento vedi: www.erbeofficinali.oer/dati/nacci/tisaneantitum.php).
Nel capitolo 5 ("***Piante che fanno suicidare il cancro***) sono riportate molte vitamine e molte piante che inducono questo fenomeno di suicidio del cancro, con aggiunta dei dati di bibliografia scientifica su diverse modifiche apportate dalle Multinazionali OGM. Questa scomparsa può avvenire anche a causa di accidentale modificazione OGM delle piante: ad esempio, nel caso della *Pueraria species*, essa è ricca di Antocianine, che inducono apoptosi sui tumori, ma nel caso della Pueraria-GMO (modificata geneticamente in maniera accidentale), tale contenuto è gravemente ridotto del 40% ([1119]). Vedi PDF allegato: Joung JY.: *An overexpression of chalcone reductase of Pueraria montana var. lobata alters biosynthesis of anthocyanin and 5'-deoxyflavonoids in transgenic tobacco*, Biochem Biophys Res. Commun 2003, 303, pp.: 326-331.

SECONDO: *mutazioni genetiche delle piante e conseguente alterazione della Biochimica umana*
A causa dell'introduzione di geni estranei (es. di animali, batteri, virus, retrovirus) nel DNA della pianta, si verifica in essa l'alterazione della normale sequenza genomica, con la comparsa di nuove proteine e/o la perdita di altre proteine di sequenza genomica. Di qui la comparsa di nuove sostanze simili alle vitamine naturali, ma in realtà con caratteristiche di reattività enzimatica e biochimica diverse da quelle naturali, con induzione pertanto di modifica della loro componente di attività biochimica sul genoma umano, una volta introdotte con l'alimentazione.
Di qui la comparsa potenziale di nuove malattie insorte "artificialmente" a causa di manipolazione genetica (OGM) di organismi vegetali, inquinati geneticamente da nuove molecole simil-vitaminiche dagli effetti induttivi sul DNA umano e sulla sua complessa biochimica del tutto sconosciuta, ma probabilmente foriera di gravi danni data l'estrema complessità e quindi vulnerabilità del DNA umano.
SEE: Pusztai 1578, 1588 (http://www.gmwatch.org/p1temp.asp?pid=66&page=1), Malatesta (1579-83), Ermakova (1584), Food *Standards Agency News* (1585).

TERZO: *fallimento della dieta-anti-cancro*
Come già dimostrato da Gerson e da altri Autori ([749,750, 1360-1364]), moltissime sostanze contenute solo in frutta e verdura cruda e biologica sono in grado d'indurre cascata immunitaria contro il tumore, detossificazione e il particolare fenomeno dell'apoptosi (suicidio) delle cellule malate, senza quindi necessità di laboriose e costosissime ricerche. Così, nella Dieta anti-cancro del dott.Gerson applicata a 153 pazienti sofferenti del caso del peggior Cancro conosciuto (Melanoma,) si giungeva, dopo 5 anni di Dieta-Gerson, a percentuali di guarigione variabili dal 90% (se tumore ancora localizzato) a percentuali di guarigione del 40-70% (se tumore già metastatizzato), purchè in pazienti non sottoposti precedentemente a Chemio-Terapia ([749,750,1360-1364]). Viceversa, con la Chemio-Terapia, la percentuale di guarigione da Melanoma a 5 anni è del 6% ([969]), valore che secondo altre fonti ([1340]) è invece dello zero per cento, valore che è confermato anche nel caso del cancro del pancreas, del sarcoma, dell'utero, della prostata, della vescica, del rene e del mieloma multiplo, salendo poi all'1% nel caso del cancro dello stomaco e del colon, al 2% circa nel caso della mammella e del polmone, al 3-5% nel caso del cancro del retto, al 4-5% nel caso dei tumori al cervello, al 5% nel caso del cancro dell'esofago, al 9% nel caso del cancro dell'ovaio, al 10% nel caso del linfoma NON Hodgkin, al 12% nel caso del cancro della cervice uterina, al 40% circa nel caso del seminoma del testicolo e del Linfoma di Hodgkin (www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF [1340]).
La chiave di spiegazione di tale efficacia curativa di queste particolari diete vegetariane risiede nel fatto di non assimilare mai cibi contenenti tutti i potenziali fattori di crescita cellulare, in particolare l'assimilazione contemporanea di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali (Valina, Isoleucina, Leucina, Lisina, Metionina, Istidina, Triptofano, Fenilalanina, Treonina [Arginina nel bambino]), degli acidi nucleici (DNA, RNA), della vitamina B12, dell'acido folico e, relativamente, anche acido para-aminobenzoico [PABA]): una volta, i cibi che contenevano tutto ciò erano unicamente i cibi di origine animale (carne, pesce, uova, latte, formaggio, burro…) che sia Gerson sia altri Autori (compresa anche la medicina cinese e indiana) proibivano di assumere per almeno 1 anno. In particolare risultava così vincente la sola alimentazione vegetariana, cioè a base di sola frutta e di verdura, compresi i cereali e i legumi. Questi ultimi cibi sono ricchi di proteine, e ciò può stupire che venivano comunque impiegati nella terapia del Cancro da Gerson e da molte altre scuole di medicina naturale occidentale, indiana e cinese. Ma il motivo del loro uso riposava sul fatto che nessun cereale e nessun legume conteneva da solo tutti e 9 gli aminoacidi essenziali. Questi alimenti però, se uniti insieme nello stesso pasto, determinavano l'assimilazione di tutti e 9 gli aminoacidi. Di qui il divieto assoluto di non mangiare assieme Pasta (o Polenta, o Pane [anche se azimo] o Riso) con Legumi, poiché si ha integrazione dei nove aminoacidi essenziali (8 contenuti nei cereali + 8 contenuti nei legumi), con effetto nutrizionale simile a quello ottenuto dalla Carne (in fondo, una volta , un piatto di Pasta e fagioli era anche chiamato ….la carne dei poveri….)
Oggi però, tramite l'introduzione in commercio di cereali, legumi e altri vegetali modificati geneticamente (O.G.M.) in molti di questi alimenti sono contenuti TUTTI gli aminoacidi essenziali ([1065]), rendendo in tal modo effettivamente NON più curabile il Cancro secondo quanto descritto in questo lavoro, nella terapia Gerson, e da molti altri autori.

QUARTO : *malattie indotte da virus transgenici*
I virus transgenici con cui oggi si fanno gli Organismi Geneticamente Modificati (O.G.M.) entrano nel DNA della pianta, modificandola in maniera a noi sconosciuta. Questi virus dovrebbero restare latenti, ma nulla può escludere che possano anche riattivarsi in maniera analoga ai ben noti virus tumorali a RNA (Oncornavirus) o come i virus tumorali a DNA (entrambi induttori di leucemie, sarcomi, carcinomi, gliomi…). Questi virus possono anche essere portatori di malattie nuove o di malattie abbastanza simili a ben note sindromi purtroppo ancora poco comprese nella loro dinamica (AIDS, Mucca Pazza, etc…), e di cui è ancora molto vaga l'origine (forse virus trangenici ?).
In merito a virus impiegati per costruire O.G.M. vi è un'ampia bibliografia ([738-747,1120]).

Si ritiene necessaria la ricerca in pazienti malati di tumore della verifica di eventuale ibridazione tra RNA polisomiale (di sospetta origine virale OGM, da Oncorna-virus modificato per produrre piante OGM ad uso alimentare) ottenuto da tumori umani di pazienti alimentatisi con cibo OGM, e DNA sintetizzato in laboratorio per trascriptasi inversa dagli stessi Oncorna-virus modificati per produrre OGM. Nota: tutto ciò richiede però l'accesso ad informazioni riservate, forse coperte da brevetto, in merito ai modelli di retrovirus impiegati dalle multinazionali OGM, e alle modifiche apportate loro dalle stesse aziende prima della immissione in commercio delle stesse piante OGM.
Molto più difficile rintracciare virus tumorigeni a DNA impiegati dalle multinazionali OGM per modificare il DNA delle piante ad uso alimentare, poiché questi virus (Pox-virus, Herpes-virus, Papova-virus, Adeno-virus), a differenza degli Oncorna-virus, non sono rilevabili nel siero o nelle urine del paziente. E' però dimostrato che nel citoplasma di cellule tumorali di mammifero infettate e modificate da questi virus a DNA permane una piccola frazione, altamente specifica, di RNA messaggero, che non si trova né in cellule normali, né in cellule tumorali infettate da altri tipi di virus oncogenici a DNA. Si tratta quindi di verificare l'eventuale ibridazione tra questo RNA messaggero (di sospetta origine virale OGM, cioè da virus a DNA modificato per produrre piante OGM ad uso alimentare) ottenuto dal citoplasma di cellule tumorali di pazienti alimentatisi con cibo OGM, e DNA sintetizzato in laboratorio dagli stessi virus a DNA modificati per produrre OGM. Anche qui si richiede però l'accesso ad informazioni riservate, forse coperte da brevetto, in merito ai modelli di virus a DNA impiegati dalle multinazionali OGM, e alle modifiche apportate loro dalle stesse aziende prima della immissione in commercio delle stesse piante OGM. Un'ibridazione positiva, rivelata dalla formazione di DNA ibrido radioattivo (^{32}P) indica la presenza si sequenze di DNA virale nelle cellule trasformate (Green, Perspect Biol. Med., 1978)

Il *promoter* CaMV è il preferito fra tutti i *promoters* impiegati dalle Multinazionali OGM per modificare le piante, perché non è influenzato dalle diverse condizioni dei tipi di tessuto cellulare vegetale, e dove ha così modo di agire. Purtroppo, esso è in grado di penetrare e di replicarsi anche nelle cellule degli animali, comprese quelle dei mammiferi e anche quelle *umane*, come ben dimostrato dal lavoro di Vlasak, del 2003 (vedi Vlasak J.: *Comparison of hCMV immediate early and CaMV 35S promoters in both plant and human cells*, Journal of Biotechnology No. 103, pp.: 197-202, 2003 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/vlasak.pdf).

Il modello sperimentale sulla questione della sicurezza delle piante transgeniche contenenti geni virali transgenici come il CaMV è riportato in Gal S.: *Agroinfection of transgenic plants leads to viable Cauliflower Mosaic Virus by intermolecular recombination*, Virology, No.187, pp.: 525-533, 1992 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/gal.pdf

Sulla ricombinazione tra CaMV e vari virus coinvolgenti il promoter vedi Ray Vaden: *Recombination sites in Cauliflower Mosaic Virus DNAs; implications for Mechanisms of recombination*, Virology, No.177, pp: 717-726, 1990 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/ray%20vaden%20.pdf

Esperimenti suggeriscono che le alterazioni delle piante possono provocare malattie mortali
Vedi Greene A.: *Recombination between viral RNA and transgenic plant transcripts*, Science, Vol. 263, 11 march 1994 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/greene.pdf)

Pericolosissime catene di DNA virale prodotte da normali virus a RNA sono così frequentemente propagati nell'ambiente vegetale (piante OGM) usando CaMV 35S *promoter* per guidare la produzione di virus ad RNA che altrimenti non potrebbero propagarsi nel DNA delle piante. Ma da qui possono anche passare nel DNA di animali (compreso l'uomo) o in quello di batteri e/o virus.
Vedi Boyer J.C.: *Infectious transcripts and cDNA clones of RNA Viruses*, Virology, No. 198, pp.: 415-426, 1994 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/boyer.pdf)

Ulteriori dati scientifici utili sul quarto punto:

Allison R.F.: *Recombination in plants expressing viral transgenes*, Seminars in Virology, Vol. 7, pp.: 417-422, 1996 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/allison.pdf)

Wintermantel W.M.: *Isolation of recombinant viruses between Culiflower Mosaic Virus and a viral gene in transgenic plants under conditions of moderate selection pressure*, Virology, No. 223, pp.: 156-164, 1996 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/wintermantel.pdf)

Latham J.: *GM Gene Flow (B): Horizontal gene transfer of viral inserts from GM plants to viruses*, Technical paper, February 2004 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/latham.pdf)

QUINTO : *intossicazione da veleni sintetizzati da piante transgeniche*
Intossicazione cronica di cibi a causa di sostanze tossiche insetticide contenute nelle piante per renderle resistenti ai parassiti come il *Bacillus touringiensis* ([789-793]), con conseguente possibile incremento di Cancri, Aborti spontanei, Mutazioni genetiche sulla discendenza, Sindromi da Immunodeficienze acquisite, malattie degenerative e da sostanze tossiche, etc….

SESTO: *possibili carestie a livello mondiale a causa della tecnologia "TERMINATOR"*
Passaggio a specie "indigene" naturali di grano, riso, mais, patate, legumi, della incapacità da parte delle piante stesse di riprodursi normalmente a causa della tecnologia "TERMINATOR", causa impollinazione incrociata, con perdita irreversibile anche per le piante ad uso alimentare oggi impiegate nell'alimentazione umana, poiché queste ultime saranno state inquinate dai geni transgenici provenienti dalle zone agricole a coltura transgenica (OGM) di tipo "TERMINATOR".
Di qui la potenziale minaccia di future carestie a livello globale, di tipo incontrollato, non essendo più disponibili nel mondo quantità sufficienti di grano, riso, mais, legumi, di tipo "naturale".

SETTIMO: *modificazione transgenica di piante naturali*
Passaggio a specie "indigene" naturali delle sostanze tossiche artificiali come il *Bacillus touringiensis* ([789-793]) o di altro tipo, tramite impollinazione incrociata, con potenziale minaccia anche per le piante e le erbe mediche oggi impiegate in Fito-Terapia poiché queste ultime saranno inquinate dai geni transgenici provenienti dalle zone agricole a coltura transgenica (OGM).

OTTAVO: *scomparsa irreversibile del patrimonio genetico delle piante naturali*
Graduale ed irreversibile scomparsa delle diversità biologiche, cioè della normale flora naturale. Le coltivazioni transgeniche arrecheranno infatti una gravissima minaccia alle zone ricche di bio-diversità (genomi naturali): il flusso transgenico che andrà dalle piante modificate alle piante naturali sarà inevitabile quando il rapporto numerico fra aree coltivate con piante artificiali supererà le superfici delle piante naturali, determinando così la perdita irreversibile di gran parte del patrimonio genetico naturale di tutte le piante esistenti al mondo, attualmente pari a circa 442.000 specie già classificate, su un totale stimato di circa 600.000-800.000 specie.

In sostanza:
Numerose piante sono già scomparse nel corso di questi ultimi anni perché gli agricoltori hanno abbandonato le piante naturali, per adottare invece varietà di piante artificiali, cioè geneticamente modificate, poiché rese uniformi nel proprio genoma, ad alto rendimento di produzione (ma povere di vitamine), intrinsecamente malate (poiché incapaci di sopravvivere in assenza di pesticidi), rese sterili per ragioni di mercato, e infine manipolate geneticamente per essere rese resistenti agli insetti e ad altri animali poiché capaci di produrre esse stesse dei veleni, cioè delle sostanze tossiche che verranno infine mangiate dagli animali di allevamento e dall'uomo stesso. Persino nelle foreste la varietà genetica è oggi minacciata dalle perdite di habitat, non solo da pratiche di deforestazione scorrette, ma persino dalla contaminazione del patrimonio genetico adattatosi a situazioni locali da parte di ibridi creati dalle grandi ditte sementiere produttrici degli OGM.

I prodotti transgenici rappresentano quindi, proprio per come sono concepiti, una formidabile spinta per accentuare le caratteristiche di unilateralità delle monocolture, e quindi di scomparsa del patrimonio genetico naturale esistente da centinaia di milioni di anni. Non avremo quindi più, nel futuro più o meno prossimo, tutte quelle varietà di piante (alimentari e non) caratteristiche di ogni particolare regione nazionale o locale. La contaminazione genetica ambientale indotta da parte di ibridi creati dalle grandi ditte sementiere degli OGM, che inevitabilmente s'incroceranno con le varietà presenti in natura, porterà ad una perdita del patrimonio genetico naturale (non recuperabile in alcun modo), di tutte quelle particolari caratteristiche che sono entrate nel genoma delle piante nel corso dei lunghi processi di adattamento alle varie situazioni ambientali. Tale perdita è oggi gravissima persino per gli ambienti naturali come le foreste. Sostanzialmente, la base stessa della Biochimica umana è oggi minacciata nella sua più intima essenza (DNA umano) dall'impiego sconsiderato di queste piante artificiali, senza alcuna possibilità di recuperare un patrimonio genetico di oltre 440.000 specie di piante classificate (su un totale 600.000- 800.000 stimate), di cui una buona parte scompariranno nel giro di poche centinaia di anni, minate alla base dai danni genetici introdotti dall'Uomo.

In conclusione:
la pianta è un organismo complesso, frutto dell'evoluzione biologica avvenuta in centinaia di milioni di anni. Ogni modificazione genetica provocata in essa dall'Uomo, per quanto minima, produrrà comunque un danno, un danno irreparabile che spesso non potrà essere riconosciuto, poiché l'uomo conosce con sicurezza soltanto poche decine di vitamine e di altre sostanze pro-vitaminiche. Viceversa, le vitamine e le altre sostanze contenute nelle piante sono decine di migliaia, e sono queste le responsabili del corretto funzionamento della complessa biochimica umana e del genoma umano (DNA).

738) Lindbo J.A.: *Virus-mediated reprogramming of gene expression in plants*; California, USA; Curr. Opin. Plant. Biol. 2001, 4(3), pp. 181-185;
739) Mette M.F.: *Endogenous viral sequences and their potential contribution to heritable virus resistance in plants*, Salzburg, Austria, EMBO J., 2002, 21(3), pp.: 461-469;
740) Harper G.: *Viral sequences integrated into plant genomes*; United Kingdom; Annu Rev. Phytopathol. 2002, 40, pp.: 119-136; Epub 2002 Feb.;
741) Paul W.: *Correct processing of the kiwifruit protease actinidin in transgenic tobacco requires the presence of the C-terminal propeptide*; United Kingdom; Plant Physiol. 1995, 108(1), pp. 261-268
742) Sehnke PC.: *Expression of active, processed ricin in transgenic tobacco*; Florida, USA; j. Biol. Chem., 1994, 269(36), pp.: 22473-6.
743) Matzke MA: *Integrated pararetroviral sequences*; Nat. Biotechnol. 2000, 18(6), pp. 579.
744) Hammond J.: *Epidemiological risks from mixed virus infections and transgenic plants expressing viral genes*; Maryland USA; Adv Virus Res., 1999, 54, pp. 189-314.
745) Tabe LM.: *A biotechnological approach to improving the nutritive value alfalfa*; Australia; J. Anim. Sci., 1995, 73(9), pp.: 2752-9.
746) Nagar S.: *A geminivirus induces expression of a host DNA synthesis protein in terminally differentiated plant cells*; USA; Plant Cell. 1995, 7(6), pp.: 705-719.
747) Feuerbach F.: *Retrovirus-like end processing of the tobacco Tnt1 retrotransposon linear intermediates of replication*; France; J. Virol. 1997, 71(5), pp.: 4005-4015.
748) Dickman MB.: *abrogation of disease development in plants expressing animal antipoptotic genes*, Department of Plant Pathology, University of Nebraska, Lincoln, USA, IN: Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 2001, Jun 5, 98(12): 6957-62
749) Gerson C.: La Terapia Gerson. Macroedizioni www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3698
750) Gerson M.A.:*Cancer Therapy; Results of Fifty Cases*, The Gerson Institute, Bonita, California, 1999.
751) Li F: *Characterization of Fortilin, a novel anti-apoptotic protein*, J.Biol.Chem. 2001; 276(50), pp.:47542-9
969) Hildebrand G.L.: *Five year survival rates of melanoma patients treated by diet therapy after the manner of Gerson*: *a retrospective review'*, Alternative therapies, vol. 1[4], September 1995, pages 29-37.
http://www.gerson-research.org/docs/HildenbrandGLG-1996-1/index.html
1065) Day P.R.: *Genetic modification of plants: significant issues and hurdles success*, Am.J.Clin.Nutr., 63(4), pp.: 651S-656S, 1996
1120) Varrelmann M.: *Transgenic or plant expression vector-mediated recombination of Plum Pox virus*, J. Virol. 2000, 74 (16), pp.: 7462-7469

1254) Ichiro Mitsuhara: *Animal cell-death suppressors Bcl-x and Ced-9 inhibit cell death in tobacco plants*, Current Biology, Vol. 9, No. 14, pp.775-778, [05042617202612198.pdf]
1340) Morgan G.: *The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies*, Clinical Oncol., 2004, 16, pp.: 549-560 www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF

1360) Gerson M.: *Effects combined dietary regime on patients with malignant tumors*, Experimental Medicine and Surgery, Vol. 7, No. 4, 1949 http://gerson-research.org/docs/GersonM-1949-1/index.html
1361) Gerson M.: *Dietary considerations in malignant neoplastic disease; preliminary report*, Rev. Gastroenterol. 1945-11/12; 12; pp.: 419-425 http://gerson-research.org/docs/GersonM-1945-1/index.html
1362) Gerson M: *The cure of advanced cancer by diet therapy: a summary of 30 years of clinical experimentation*, Physiol. Chem. Phys. 1978, 10(5); pp.: 449-464 http://gerson-research.org/docs/GersonM-1878-1/index.html
1363) Cope FW.: *A medical application of the Ling Association-Induction – Induction Hypothesis: the high potassium, low sodium diet of the Gerson Cancer therapy*, Physiol. Chem. Phys. 1978, 10(5), pp.: 465-468 http://gerson-research.org/docs/CapeFW-1978-1/index.html
1364) Haught J. Hildenbrand GLG (Editor). *Censured for curing cancer: the American experience of Dr. Max Gerson*. San Diego CA, Gerson Institute, 1991 http://gerson-research.org/docs/HaughtJ-1962-1/index.html

NONA Dichiarazione :
la Fito-Terapia è una terapia medica classica, NON è una terapia alternativa.

Fito-Terapia significa terapia con la pianta (dal greco: *Phitos*, pianta).
Essa è sempre stata patrimonio di chi voleva mantenere in vita i malati e, possibilmente, portarli alla guarigione.
Nell'Antichità, i conoscitori di questa tecnica erano i sacerdoti, ma da Ippocrate in poi i medici-erboristi ne fecero la "Medicina", intesa nel senso moderno del termine, cioè come l'arte del saper somministrare dei precisi estratti di piante, scelte e dosate in base alle malattie diagnosticate agli infermi.
Le più antiche testimonianze di Fito-Terapia sono comunque egiziane, risalenti ad oltre il quarto millennio avanti Cristo, ma sono note anche testimonianze cinesi, come il testo erboristico cinese del terzo millennio avanti Cristo "*Pen Tsao Ching*", scritto dall'imperatore cinese Shen Nung, nel 3.400 A.C., che comprendeva oltre un migliaio di rimedi naturali, e dove già allora venivano indicati rimedi contro il Cancro. Anche in India, nel 4.500 A.C., vi è riportato un lungo trattato erboristico nel "*Rig Veda*", il più antico documento di "dottrine sapienziali" conosciuto. In Occidente, Dioscoride e Galeno già riportavano le indicazioni più varie, ma è importante ricordare che fin da allora Ippocrate di Kos affermasse che un tumore, se asportato chirurgicamente, aveva meno probabilità di guarire, mentre invece, se il paziente si sottoponeva ad una esclusiva dieta di erbe, senza farsi asportare il tumore, questi aveva più probabilità di guarire …
Curare i pazienti con le Erbe era quindi il dovere di ogni medico, poiché le antiche sapienze che erano state di Plinio il Vecchio, e prima di lui, dei greci e dell'antica scuola alessandrina e orientale erano costruite sulla deduzione logica del processo fisio-patologico in atto, che richiedeva quindi una cura, cioè un rimedio basato sulle conoscenze mediche ufficiali di allora: migliaia di piante catalogate in base alle malattie che potevano curare, e la cui diagnosi, terapia e prognosi era affidata all'esperienza del singolo medico….
Così, fino al XIX secolo, la Medicina occidentale fu praticata unicamente con decotti e infusi d'erbe, sulla base di una esperienza millenaria che da Ippocrate in poi era stata definita come la "Medicina", cioè come l'arte di saper curare e guarire, un'arte che era regolata persino nel comportamento deontologico del singolo medico, e di cui oggi ricordiamo soltanto il cosiddetto "Giuramento d'Ippocrate", dimenticando invece i preziosi insegnamenti sull'alimentazione, sull'igiene, e sulle corrette pozioni d'erbe: fondamenti essenziali per il mantenimento o il ripristino della salute….
Così, nelle antiche conoscenze mediche, soprattutto greche, etrusche e romane, è facile intravvedere la capacità di condurre terapie senza impiego (apparente) di antibiotici, e di condurre persino complessi interventi chirurgici …
Gli antichi conoscevano benissimo molte erbe e piante, e sono rimasti famosi importanti trattati che dimostrano le loro profonde conoscenze mediche e chirurgiche, in guerra come in pace, dimostrando di poter fare a meno di antibiotici e di vaccini; così è utile soffermarsi su importanti trattati medici come l'"*Erbario Greco*" di Dioscoride, o la "*Storia Naturale*" di Plinio il Vecchio, accanto ad importanti testi dell'Età moderna, come ad esempio l'ancora valido "*Herbario Novo*" di Durante Castore, pubblicato a Venezia nel 1617: tutti libri ancora attuali come spunto di riflessione e di indagine sulle virtù medicamentose di molte piante, oggi purtroppo poco conosciute o addirittura dimenticate.

Senza nulla negare alla Chimica moderna che ha saputo riprodurre molecole così sterili da poterle impiegare agevolmente per iniezioni intra-venose è necessario riconsiderare l'utilità di farmaci chimici.
La moderna Chimica farmacologia nasce dai primi esperimenti volti a ricercare l'azione biologica delle piante mediche, avviati solo verso il 1500 da Francesco Bonafede, professore in Padova, dal 1533 al 1549, che creò il primo Orto Botanico.Tuttavia è solo verso la metà del XIX secolo che,

grazie ai progressi della ricerca chimica, sotto il duplice profilo della teoria e della strumentazione è stato possibile isolare in forma pura le molecole che sono responsabili degli effetti terapeutici delle piante mediche.
E' stata così posta la definizione di "principio attivo", intendendo con questo termine quelle sostanze, quei prodotti primari (metaboliti, ormoni, vitamine) o secondari (alcaloidi, glucosidi, olii essenziali etc..) del metabolismo cellulare delle piante, che introdotte nell'organismo umano hanno la capacità d'interferire sul suo metabolismo, producendo una determinata azione farmacologica. I "principi attivi" purificati hanno avuto e hanno tutt'ora un largo impiego in terapia, per la possibilità che essi concedono, di fare dosaggi assolutamente precisi: è la moderna medicina chimica.
Numerosi dati sperimentali e clinici hanno, però successivamente dimostrato che l'attività biologica quantitativa e, talvolta, qualitativa, dei principi attivi purificati è minore o diversa da quella esercitata dalla pianta in toto (fito-terapia).
Ciò perché la pianta costituisce una SINGOLA unità terapeutica, nella quale i principi attivi formano dei "fitocomplessi" caratteristici, legandosi o interagendo con altre molecole che vengono eliminate nel corso dei processi di purificazione. E' il FITO-COMPLESSO, dunque, la "quintessenza" della pianta medicinale, e non il suo "principio attivo" purificato usato dalla moderna Chimica farmaceutica.
Volendo dare una definizione di FITO-COMPLESSO, si può dire quindi che esso è una *Entità Biochimica Complessa* che rappresenta l'unità farmacologia integrale delle piante medicinali.
Tutte le operazioni di estrazione devono quindi mirare a conservarlo intatto, poiché è solo attraverso la sua integrità strutturale che la pianta può esercitare il suo maximum di attività farmacologica
In natura esistono circa 800.000 specie di piante. Si stima che oltre il 90% di esse contengano sostanze vitaminiche o complessi pro-vitaminici essenziali per la normale funzionalità bio-chimica umana.
Oggi la Biochimica (vedi ad esempio: Albert L. Lehninger: *Principi di Biochimica*. Zanichelli) è ancora oggetto di studio approfondito, poiché l'evoluzione dei mammiferi, durato oltre 60 milioni di anni, è avvenuto fondamentalmente sull'utilizzo esterno di sostanze vitaminiche e pro-vitaminiche esssenziali di derivazione fondamentalmente vegetale, in una complessa sinergia d'azione che ancora oggi non è ben conosciuta nella sua dinamica endo-cellulare e soprattutto genomica (DNA).
Si ritiene pertanto che la grande maggioranza delle malattie attualmente note possano derivare, sostanzialmente, da semplici carenze vitaminiche: carenze che possono essere più o meno evidenziate da condizioni ambientali e da predisposizione genetica dell'individuo.

Si ritiene che le vitamine e i complessi pro-vitaminici essenziali debbano ammontare ad almeno 15.000-30.000 sostanze diverse, oggi in gran parte ancora sconosciute.

Quindi, se il presupposto eziologico delle malattie, proposto dall'autore del presente lavoro, viene visto in chiave di deficit enzimatici da carenze vitaminiche (evidenziabili su un substrato biochimico altamente sofisticato quale quello dei mammiferi, evolutisi nell'arco di milioni di anni su una dieta alimentare prettamente vegetariana), dovesse risultare corretto, allora la maggior parte delle malattie o delle sindromi potrebbero essere curate e guarite mediante l'accurata scelta medica di particolari piante (Rimedi Naturali), non soltanto europee, ma anche provenienti da Asia, Africa, Oceania, Americhe.

Lo studio scientifico delle singole piante officinali dev'essere quindi oggetto di approfondito dibattito in tutto il mondo, allo scopo di ottenere più efficaci cure mediche, valorizzando le antiche conoscenze fito-medicamentose del passato, integrate dall'impiego di strumenti di analisi moderni, comprovanti le decine o centinaia di principi attivi contenuti nella singola pianta.
Tale studio di "Rimedi naturali" è attualmente in corso su base personale (dati riservati), ma si invita il lettore a documentarsi presso aggiornati lavori scientifici (vedi ad esempio rivista in lingua inglese "Fitoterapia", dsponibile anche su INTERNET: http://www.indena.it/fitoterapia_index.asp).

Farmacognosia, Fitocomplessi e principi attivi

(Tratto da: M. Pedretti: *L'Erborista moderno. Manuale teorico-pratico di fitoterapia con spiegazione dell'effetto farmacologico delle piante medicinali*. Erboristeria Domani Libri. Studio Edizioni, Milano 20133, Via Denti , 2)

La *Farmaco-gnosia* ("conoscenza dei farmaci" è quel settore della Farmacologia che studia, sotto i suoi molteplici aspetti, le sostanze contenute nelle piante.
Essa ha dunque per oggetto la "droga", intendendo, con questo termine, quella parte della pianta (corteccia, radice, foglia, fiore, etc…) che possiede una determinata azione farmacologia e che contiene la maggior concentrazione dei principi attivi responsabili di tale azione.

a) La *farmaco-ergasia* è lo studio della raccolta, conservazione preparazione e confezionamento delle piante medicinali
b) La *farmaco-botanica* è lo studio delle caratteristiche botaniche macroscopiche e microscopiche delle droghe, quando si trovano nello stato prescritto dalla Farmacopea
c) La *botanica farmaceutica* è lo studio della morfologia e fisiologia delle piante medicinali.
d) La *farmaco-chimica* è lo studio dei principi attivi contenuti nelle droghe e delle vie metaboliche attraverso le quali esse si formano nel corso dei processi vitali della pianta.

Principi attivi e Fitocomplessi

I settori fondamentali della Farmaciognosia sono:

I primi, veri e propri esperimenti di Farmacognosia, volti a ricercare l'azione biologica delle droghe, furono avviati solo verso il 1500 da Francesco Bonafede, professore in Padova, dal 1533 al 1549, dove creò il primo Orto Botanico e il primo insegnamento pratico di Farmacognosia.Tuttavia è solo verso la metà del XIX secolo che, grazie ai progressi della ricerca chimica, sotto il duplice profilo della teoria e della strumentazione è stato possibile isolare in forma pura le molecole che sono responsabili degli effetti terapeutici delle droghe.
E' stata così posta la definizione di "principio attivo", intendendo con questo termine quelle sostanze, quei prodotti primari (metabioliti, ormoni, vitamine) o secondari (alcaloidi, glucosidi, olii essenziali etc..) del metabolismo cellulare delle piante, che introdotte nell'organismo umano hanno la capacità d'interferire sul suo metabolismo, producendo una detrerminata azione farmacologia. I "principi attivi" purificati hanno avuto e hanno tutt'ora un largo impiego in terapia, per la possibilità che essi concedono, di fare dosaggi assolutamente precisi.

Numerosi dati sperimentali e clinici hanno, però successivamente dimostrato che l'attività biologica quantitativa e, talvolta, qualitativa, dei principi attivi purificati è minore o diversa da quella esercitata dalla droga in toto.
Ciò perché la pianta costituisce una SINGOLA unità terapeutica, nella quale i principi attivi formano dei "fitocomplessi" caratteristici, legandosi o interagendo con altre molecole che vengono eliminate nel corso dei processi di purificazione. E' il FITO-COMPLESSO, dunque, la "quintessenza" della pianta medicinale, e non il suo "principio attivo" purificato.
Volendo dare una definizione di FITO-COMPLESSO, si può dire che esso è una Entità Biochimica Complessa che rappresenta l'unità farmacologia integrale delle piante medicinali.

Tutte le operazioni di estrazione devono quindi mirare a conservarelo intatto, poiché è solo attraverso la sua integrità strutturale che la pianta può esercitare il suo maximum di attività farmacologia.

Glossario di alcuni termini usati frequentemente in FITO-TERAPIA

Anti-elmintici: preparati fitoterapici impiegati nella terapia delle Elmintiasi (malattie da infestazioni di vermi).

Anti-emetici: preparati fitoterapici per il trattamento della nausea e del vomito.

Anti-flogistici: preparati fitoterapici anti-infiammatori.

Anti-micotici: preparati fitoterapici usati nella terapia delle micosi (funghi).

Anti-piretici: preparati fitoterapici usati per abbassare la febbre (impiego discutibile, essendo la febbre un mezzo di difesa dell'organismo sia nei confronti delle infezioni batteriche e virali, sia nei confronti dei tumori maligni).

Anti-settici: preparati fitoterapici che distruggono i germi patogeni.

Bechici: preparati fitoterapici che combattono la tosse con meccanismo sintomatico (che agisce cioè sui sintomi, non sulla causa).

Carminativi: preparati fitoterapici in grado di rimuovere il ristagno di gas nel tubo digerente.

Colagoghi: preparati fitoterapici che provocano la contrazione e lo svuotamento della cistifellea, aumentando l'afflusso di bile (spesso ricca di materiale anche tossico) dal fegato nell'intestino, favorendone così lo svuotamento finale con le feci.

Coleretici: preparati fitoterapici che favoriscono il deflusso

Decotto: preparazione che consiste nel sottoporre una pianta o parte di essa all'azione di un liquido, in genere acqua, che viene portata a ebollizione e mantenuta sulla fiamma per un certo tempo (da pochi minuti a periodi anche lunghi di 10-30 minuti), allo scopo di estrarre particolari sostanze vitaminiche resistenti ad alte temperature (es.: B17) o sali minerali (Magnesio, Potassio, Ferro, Calcio, Zinco) dalle parti più dure della pianta (corteccia, radici o semi).

Diaforetici: preparati fitoterapici che aumentano la sudorazione

Dispepsia: disturbo della digestione

Emmenagoghi: preparati fitoterapici impiegati allo scopo di promuovere il flusso mestruale

Eupeptici: sostanze che stimolano la funzione digerente dello stomaco

Infuso (The): preparazione che consiste nell'immergere parti tenere di pianta in acqua molto calda, a fuoco spento: in tal modo vengono estratte molte vitamine che verrebbero altrimenti perdute con altri sistemi come ad esempio il DECOTTO.

Galattagoghi: preparati fitoterapici impiegati per aumentare la secrezione di latte materno.

Scialagoghi: preparati fitoterapici impiegati per aumentare la secrezione salivare

Stomachico: preparato fitoterapico dotato di azione benefica per lo stomaco.

Bibliografia essenziale di Fito-Terapia

Antica:
"*Il regime*" di Ippocrate di Cos
"*Aforismi*" di Ippocrate di Cos
"*Erbario greco*" di Dioscoride
"*Materia medica*" di Dioscoride (vers. Ruellio – VE 1532)
"*Storia Naturale*" di Plinio il Vecchio
"*De Medicina*" di Celso
"*Opere scelte*" di Galeno (UTET 1976)
"*De simplicium medicamentorum facultatibus*" di Galeno
"*De compositone medicamentorum sec. Locus*" di Galeno
"*Collectorio*" di Mesuè
" *Kitab Al'Murchid*" di Razes
"*Qanun fi't tibb*" di Avicenna
"*Discorsi sui 6 libri della materia medicinale di Pedacio Dioscoride Anarzabeo*" (Mattioli, Venezia 1557)
"*Herbario Novo*" di Durante Castore (Venezia 1617)

Moderna:
Kapoor L.D.:"*CRC Handbook of Ayurvedic Medicinal Plants*",CRC Press, Inc. Boca Raton, Florida
Leslie Taylor: "*Herbal Secrets of the Rainforest. The healing power of over 50 medicinal plants you should know about. Prima Health*". A division of Prima Publishing.
Dewick PM.: "*Tumor Inhibitors from Plants*", Treasend Evans, Pharmacognosy (13th.Ed.), 1989, Volumenes 1-3.
Joseph E. Pizzorno jr and Michael T. Murray: "Trattato di Medicina Naturale", UTET, 2001
Tina Cecchini:*Enciclopedia delle Erbe e delle Piante medicinali*.Giovanni DeVecchi Editore, Milano.
Frantisek Stary: *Piante velenose*, Istituto Geografico De Agostini
Inverni della Beffa : *Manuale di Fitoterapia*
G. Penso: *Piante medicinali nella terapia medica*. Ediz. OEMF
R. Della Loggia: *Piante medicinali per infusi e tisane*. Ediz. OEMF
Peter e Ingrid Schnfelder : Atlante delle piante medicinali (Franco Muzio Ed.)
J. Valnet : *Fitoterapia. Cura delle malattie con Piante*. Aldo Martello. Giunti editore, 1976
J.Valnet : *Cura delle malattie con le essenze delle piante*, Aldo Martello. Giunti editore, 1976
J. Valnet : *Cura delle malattie con ortaggi, frutta e cereali*, Aldo Martello. Giunti editore, 1976
L. Pomini : *Erboristeria italiana*. Edizioni Minerva Medica, 1973
L.P. Da Legnano: *Le piante medicinali nella cura delle malattie umane*. II Edizione. Edizioni mediteranee, 196, Roma
F. Bianchini: F. Corbetta: *I frutti della terra*. Arnoldo Mondadori editore, 1973, Milano.
F. Bianchini: F. Corbetta: *Le piante della salute*. Arnoldo Mondadori editore, 1975, Milano.
Giovanni Negri : *Erbario figurato*, Ulrico Hoepli editore, ristampa, 1979, Milano
Becker H., Reichling S. - Disch, Apoth. 1981
M. Pedretti: *Guida agli integratori alimentari* , Musumeci editore, 1986
Paolo Rovesti : *Piante officinali italiane* libro 1, Unione tecnica italiana farmacisti U.T.I. FAR
Paolo Rovesti : *Piante officinali italiane* libro 2, Unione tecnica italiana farmacisti U.T.I. FAR
Umberto Boni: *Scoprire, riconoscere, usare le erbe*, Fratelli Fabbri Editori, 1977, Milano
Cleto Gambioli: *Curarsi con erbe e piante*, Aldo Garzanti editore, 1977
Piergiorgio Chiereghin: *Le piante da bere*, Tecniche Nuove, 2005
Cherie Calbom, Maureen Keane: *La salute con i succhi di frutta e verdura*, Tecniche Nuove, 2005

Doris Grant, Jean Joice: *Combinazioni alimentari per la salute. Non mescolare gli alimenti che si combattono,* Tecniche Nuove.2005.
Emilio Sanna : *Erbe amiche,* Armando Curcio editore
Primo Boni: *Nutrirsi al naturale con le erbe selvatiche*. Edizioni Paoline
Gianpaolo Porlezza Taroni: *il giardino degli aromi*. Rizzoli editore, 1977, Milano
Arturo Cerutti : *Piante medicinali e alimentari*, Loescher editore, Torino
Luigi Palma : *Fitoterapia moderna*. Società Editrice Internazionale, 1958, Torino
Renzo Corcos: *Tornare alla Natura,* Sugar Editore & C., Milano
Paul Schauenberg e Ferdinand Paris:*Le piante medicinali*, Newton Compton Editori srl,1977, Roma
Adriano Fiori: *nuova flora analitica d'Italia*. Edizioni agricole, Bologna, 1969
Vincent d'Auffray : *Guide pratique des plantes medicinales*. Production de Paris - N.O.E., 1973
Obertel Bauer: *La santé par les plantes*. Editions Alsacia.
Jean de Sillé: *Des plantes pour vous guerir*. Editions Dangles
Fabrice Bardeau : *Curarsi con i fiori*. Arnoldo Mondadori Editore, 1977, Milano
Lelord Kordel: *Rimedi popolari naturali*. Rizzoli editore, 1976, Milano
Alberto Fidi: *Erbe e piante medicinali*. Casa Editrice Armando Gorlini, Milano
E. Adami : *Farmacologia e Fearmacoterapia,* Ist. Edit. Cisalpino
M. Pedretti: *L'Erborista Moderno*. Ediz. Erboristeria Domani
Lemli J., Cuveele J.: *Phytochemistry,* 1975
PH. Francaise IX ed. deuxiemme partie: *Fiches de documentation de pratique officinale*, 1980
G. Murari : *Botanica farmaceutica,* Ed. Esculapio, 1980
G. Murari Colalongo: *Formulario di Fitoterapia,* Ed. Sepem
J. Bruneton : *Elements de Phytochimie et de pharmagnosie*, 1987
P. Belaiche: *Fitoterapia familiare*, 1988
A. Poletti: *Fiori e piante medicinali*, 1985, Musumeci edit. Vol. 1, 2, 3
Benigni, Capra, Cattorini : *Piante medicinali: chimica, farm. e ter.* (I e II volume)
Alba Marchioni Jacobs: *Le piante medicinali della Sardegna,* Edizioni Della Torre
Dott. Paolo Giordo: *iniziazione all'alimentazione terapeutica. La salute attraverso il cibo*. Edizioni Mediterranee, Roma, via Flaminia 109.
Dr. Thomas David "*La medicina degli sciamani; rivoluzionarie scoperte e casi clinici documentati*" Ed.Il Punto d'Incontro.

Altra bibliografia (NON essenziale)

P. Testi : *Tavole di Fitoterapia*. UTET
AAVV : *Scoprire, riconoscere, usare le erbe*. Fabbri Ediz.
V. Sincovis : *Salute dalle Piante*. Ediz. Falliani
F. Mirce: *Oligoelementi*. Ediz. RED
J. Sal, Y. Donadieu : *Les Oligoelements*. Edition Maloine
T. Swenson : *Oligoelementi e Medicina Naturale*. Ediz: Hermes
Lavon J. Dunne : *Almanacco della Nutrizione*. Pubblisher, Nutrition Search
AAVV : *Segreti e virtu' delle Piante medicinali*
H. Picard : *Utilizzazione degli oligoelementi nel trattamento delle malattie*. Ediz. IPSA
Giuseppe Rama: *Orto. Le schede con le tecniche culturali, le malattie, i parassiti. Calendario lunare delle semine*. Demetra S.R.L. PP. 190, 2002
AA.VV.: *Erbe buone per la salute*, Demetra s.r.l., pp. 432, 2002
AA.VV.: Limone Mele e Uva per non parlare dell'Aglio e del Peperoncino. Il libro delle tre cure, Demetra Edizioni, S.r.l., marzo 1996, 37012 Bussolengo, VR
AA.VV.: Il miele, un miracolo della natura, proprietà curative, uso e ricette con miele, polline e pappa reale", Demetra S.R.L, Edizione marzo 1997, 3712 Bussolengo, VR, pp. 21-24

Margherita Neri: *Curarsi con il limone. Con ricette al limone*. Edizioni Demetra S.r.l., marzo 1997, 37012 Bussolengo, VR
Carlo Alberto Zaccagna: *Quel gran piacere che viene dallo star bene,* Stampa MARIOGROS Industrie grafiche S.P.A, marzo 2002
Paolo Pigozzi: *Il Cibo che cura: 100 disturbi 100 soluzioni*, Demetra S.R.L, Edizione agosto 1994, 37030, Colognola ai Colli, VR
AA.VV.: *La spesa biologica in Italia*
Giuseppe Capano: *La cucina mediterranea delle Verdure*; TECNICHE NUOVE
Sara Honegger Chiari: *Cucina naturale*; TECNICHE NUOVE
Claude Aubert: *I cereali nel piatto* TECNICHE NUOVE
Giocosa A.: *Più gusto; più salute con 5 porzioni al giorno di Frutta e Verdura*; TECNICHE NUOVE
AA.VV.: *Cibi che guariscono*; TECNICHE NUOVE
Burt Berkson: *l'acido alfa-lipoico*; TECNICHE NUOVE
Shalila Sharamon, Bado J.Biginski: *Le virtù terapeutiche dei semi di Pompelmo*; TECNICHE NUOVE
Giulia Fulghesu: *Mangiare mediterraneo*; TECNICHE NUOVE
Gerhard Leibold: *Il digiuno terapeutico*; TECNICHE NUOVE
Hu Fan Hsiang, Marion Zerbst : *Il the verde*; TECNICHE NUOVE
Cherie Calbom, Maureen B. Keane : *La salute con i succhi di Frutta e verdura*; TECNICHE NUOVE
Ghislaine Lepetit De La Bigne, Agathe Amante: *L'alimentazione vegetariana*; TECNICHE NUOVE
Julia Lawless : *Enciclopedia degli olii essenziali*; TECNICHE NUOVE
Michael Kraus : *Aromaterapia per tutti i giorni*; TECNICHE NUOVE
Costanza Giunti: *Decotti e tisane*; TECNICHE NUOVE
Michael Castleman: *Le erbe curative*; TECNICHE NUOVE
Piergiorgio Chiereghin : *Le piante da bere*; TECNICHE NUOVE
Susan Drury*: L'olio di Tea Tree*; TECNICHE NUOVE
Anna Vigoni Marciani: *Manuale di Fitoterapia per i meno giovani*; TECNICHE NUOVE
Natasha Trenev: *Probiotici;* TECNICHE NUOVE
Federico Lacche: *Gli agriturismi bioecologici 2001*; TECNICHE NUOVE
Penelope Ody: *Erbe medicinali*; TECNICHE NUOVE
Jane Newdick: *Il Miele*; TECNICHE NUOVE
Bruno Brigo: *I micronutrienti per il benessere*, TECNICHE NUOVE 96 pagine
Bruno Brigo: *Il mal di testa. Prevenzione e cura naturale*. TECNICHE NUOVE 88 pagine.
Bruno Brigo: *Gemme e germogli per la salute*; TECNICHE NUOVE 96 pagine
Fabio Firenzuoli: *Le insidie del naturale*; TECNICHE NUOVE
Enrica Campanini: *Manuale pratico di Gemmoterapia*; TECNICHE NUOVE
Alessandro Camporese*: Oli essenziali e malattie infettive*; TECNICHE NUOVE
Enrica Campanini: *Ricettario medico di fitoterapia*; TECNICHE NUOVE
Michael T. Murray: *il potere curativo dei cibi. Guida pratica e completa agli alimenti che aiutano a curare numerosi disturbi*, Demetra s.r.l., 1999.
Francesca Rocco: *Nuove tecnologie di Bioremediation e di Phytoremediation per la decontaminazione dei suoli: esperienze e prospettive*, Progetto UTN Urban Tecnology Network, Trieste, 30 maggio 2000, Area Science Park.
Monica Bregante: *Fito-decontaminazione: un sistema pilota per la fito-decontaminazione di suoli inquinati da piombo*, ARS No. 82, Novembre/Dicembre 2001, pp.41-44

Decima Dichiarazione: Il connubio delle Multinazionali agro-alimentari con quelle chimico-farmaceutiche

Multinazionali agro-alimentari (Biotech, OGM)

Da alcuni anni si sta verificando la nascita di multinazionali che si definiscono "*multinazionali di scienze della vita*" attive sul mercato farmaceutico, dell'agro business (sementiero e pesticidi) e veterinario. Sono settori tra loro diversi, ma che sono legati insieme dall'utilizzo delle biotecnologie (OGM) per la realizzazione dei loro prodotti. Queste multinazionali stanno utilizzando delle strategie economiche molto spregiudicate ed aggressive: dai primi anni '90 stanno operando per acquistare aziende anche di grande dimensioni.

Una di queste, la *Monsanto*, ha acquisito nel termine di pochi anni *Asgrov*, *Agracetus*, *De Calb*, *Cargil*, con un investimento di 10 miliardi di Euro attuali.

La *Dupont*, altro grande gruppo, ha acquistato la *Pioneer* con un investimento di circa 8 miliardi di Euro attuali.

Questi investimenti sembrano avere una logica anti-economica: esse pagano le aziende che rilevano molto più del loro reale valore, come se cercassero di eliminare un potenziale concorrente piuttosto che ottenere un risultato economico a breve termine.

Accanto alle acquisizioni abbiamo anche le fusioni: *Ciba Geigy* e *Sandoz* creano *Novartis* (fatturato di 20 miliardi di Euro attuali nel 1997-98).

Dalla fusione della francese *Rhone Poulenc* e della tedesca *Hoechst* nasce *Aventis* .

È sempre in questo contesto che nasce, nell'ottobre 2000, il primo gruppo mondiale di agrochimica, *Syngenta*, - risultato della fusione della svizzera *Novartis* (Azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia) con l'anglo-svedese *Astra-Zeneca* (anch'essa azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia) che realizzerà un giro d'affari di circa otto miliardi di euro. *Monsanto*, dopo la fusione con *Pharmacia & Upjohn*, una grande ditta farmaceutica (anch'essa azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia), si occupa ormai solo di agricoltura, con un giro d'affari che nel 2000 ha raggiunto i 5,5 miliardi di dollari.

La situazione attuale è la seguente: pochissime multinazionali (*Syngenta*, *Monsanto*, *Novartis*, *Dupont*, *Aventis*) detengono il 25-30% del mercato sementiero (ma oltre il 90% del mercato delle sementi transgeniche) e dietro questi grandi gruppi si nota una tale polverizzazione da indurre a pensare che questo andamento non potrà che rafforzarsi in futuro non potendo delle aziende di medie dimensioni contrastare la concorrenza di grandi gruppi economici, e l'obiettivo sembra chiaro: riconvertire il settore sementiero tradizionale in biotecnologico (cioè OGM). Ma il dato impressionante è che ritroviamo gli stessi nomi nel settore dei pesticidi, dove le stesse aziende detengono il 55% del mercato, e soprattutto nel settore farmaceutico, dove le *stesse* multinazionali hanno una posizione dominante.

Multinazionali chimico-farmaceutiche (Big-Farma)

La storia delle multinazionali chimico-farmaceutiche è incredibile per il loro sviluppo vertiginoso, oggi saldatosi in maniera estremamente pericolosa con il mondo agro-alimentare:

L'industria chimico-farmaceutica nacque in Europa nella seconda metà dell'Ottocento: in molti casi si trattava dell'industria dei coloranti che, staccatasi dalla chimica di base si indirizzava verso quei nuovi e più promettenti settori della Chimica specializzata in settori chiave dell'economia.

Negli anni precedenti la Seconda Guerra Mondiale, si formò un cartello internazionale dei farmaci, con sede in Germania, che dominava le industrie chimiche e farmaceutiche di tutto il mondo. Esso aveva diffuso le sue attività in 93 paesi, in ognuno dei quali rappresentava una potente forza economica e politica. Era conosciuta come IG. Farben.. Essa sarebbe divenuta il pilastro di sostegno della produzione chimica di Hitler durante gli anni della guerra, fornendo prodotti che comprendevano potenti esplosivi, gas tossici e l'ignominioso *Zyklon-B*, la sostanza mortale usata

dai nazisti nei campi di sterminio. Tuttavia, prima della guerra, nel 1928, l'industriale monopolista americano John D. Rockfeller aveva stabilito una concentrazione industriale tra il suo impero internazionale con sede in America e la IG Farben, dando così origine al più grande e più potente cartello farmaceutico che il mondo avesse mai conosciuto.
Il Tribunale militare di Norimberga nel 1946/47 stabilì che la Seconda Guerra Mondiale non sarebbe stata possibile senza questo cartello petrolchimico chiamato *I.G. Farben*. In conseguenza della sentenza emessa dal tribunale, la *I.G. Farben* fu divisa in *Bayer*, *BASF* e *Hoechst* e alcuni dei suoi dirigenti furono condannati per aver iniziato una guerra contraria al diritto internazionale, genocidio, sfruttamento e saccheggio di proprietà pubblica e privata in paesi stranieri e altri crimini contro l'umanità.
La storia degli antefatti aziendali dietro la seconda guerra mondiale è documentata da un libro di Joseph Borkin "*The Crime and Punishment of IG Farben*" (*Delitto e castigo della I.G. Farben*), Dopo la guerra, la Germania, con i suoi tre giganti *Bayer, Hoechst, BASF* (che avevano favorito l'ascesa del nazionalsocialismo hitleriano) ebbe comunque un ruolo importante assieme anche alla Svizzera che, a Basilea, vide nascere e svilupparsi *Ciba, Sandoz, Roche*: tutte aziende che si sono poi affermate nel mondo.

Ma è negli anni Novanta che sono cominciate le grandi fusioni: nel Regno Unito, nel 1989 due grosse aziende frmaceutiche si fondono nella *Smith Kline-Beecham*: in seguito si fonderanno anche con la *American Home* (circa 25 miliardi di Euro di fatturato annuale).
Nel 1993 la svedese *Pharmacia* compra l'italiana *Farmitalia-Carlo Erba*, poi si fonde con l'americana *Upjon* nel 1995, e poi ancora con la *Monsanto*, prima di venir comprata dalla *Pfizer*, che in precedenza aveva acquistato l'americana *Parke Davis*.
Nel 1995 avviene la fusione *Glaxo- Wellcome* (circa 14 miliardi di Euro di fatturato annuale).
Nel 1998 la *Smith Kline - Beecham* (circa 62 miliardi di Euro di fatturato annuale) si fonde con *Glaxo-Wellcome*, per un capitale risultante di oltre 90 miliardi di Euro di fatturato annuale.
Nel frattempo, l'inglese *Imperial Chemical Industries* si è fusa con la svedese *Astra*, dando origine alla *Astra-Zeneca*.
Le fusioni sono continuate ad avvenire tra le stesse aziende farmaceutiche presenti sullo stesso tipo di mercato: *Sandoz* e *Ciba Geigy* (*Novartis*, 1996), *Astra- Zeneca* (1998).
Questi colossi non nascono dall'esigenza dei pazienti, ma dall'esigenza di creare monopolio e quindi profitti sempre maggiori.
Ultimi dati :
giugno 2002 : acquisto della *Aventis* da parte della *Bayer*; l'accordo ha così permesso alla *Bayer* di fare il proprio ingresso nel campo delle sementi OGM. La fusione ha portato alla creazione della *Bayer CropScience* che si compone ora di tre gruppi commerciali principali: *Crop Protection*, *Bio Science* ed *Environmental Science*.
Giugno 2005: acquisto della *Sementis* da parte della *Monsanto*.

Il Connubio

Si può pertanto affermare che i due cardini dell'economia e della vita di ciascun individuo, l'agricoltura e la farmaceutica, sono controllate in una situazione di sostanziale oligopolio da pochissimi gruppi multinazionali.
E' in base a questo fatto, che l'autore del presente lavoro ha esposto la Settima e Ottava Dichiarazione d'Intesa.

Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio

Cap. 1

il Cibo

Che il cibo sia la tua medicina, e che la medicina sia il tuo cibo…

Ippocrate di Kos

Il cibo che mangiamo dev'essere compreso nelle sue componenti bio-chimiche, poiché è da esse che derivano le nostre capacità di tutelare la nostra salute e quindi di vivere il più a lungo possibile, senza malattie e in buone condizioni psico-fisiche: in tal senso, patologie cronico-degenerative come artrosi, osteoporosi, malattie autoimmuni, tumori, cardiopatie, diabete e deficit neurologici (Alzheimer, Parkinsonismi, Sclerosi Multipla o Sclerosi a Placche, etc…) verrebbero ad essere ben controllate.

Il cibo può essere schematicamente suddiviso in:
Carboidrati
Proteine
Grassi e/o Olii
Vitamine

Capitolo 1.a: CARBOIDRATI

I carboidrati sono importanti perché ci danno le CALORIE, cioè l'energia per vivere: tutti sanno che la Pasta, il Riso, il Pane, le Patate, i Legumi vengono scomposti in zuccheri semplici, fino al GLUCOSIO, e che questo verrà poi utilizzato dalle nostre cellule per essere "bruciato" chimicamente al loro interno, e per ottenere così l'energia chimica per la funzionalità cellulare: il fabbisogno giornaliero per un adulto di 70 kg è di circa 2.000-2.500 Kilo-Calorie.
Nota: negli sportivi può anche raggiungere le 4.000-4.500 Kilo-Calorie giornaliere. In situazioni patologiche gravi, come ad esempio nei grandi ustionati, il fabbisogno energetico è molto più alto: circa 6.000 Kilo-Calorie al giorno..

Esistono anche Zuccheri commerciali già pronti: Zucchero bianco, Zucchero di Canna, Cioccolata, moderne bustine commerciali di "Glucosio", "Mannosio", "Ribosio", "Galattosio"…, oppure cibi "naturali" particolarmente "calorici" come: Banana, Miele, Kaki, Prugne, Zucca gialla.

Pochi sanno che la stessa frutta (e non la verdura) può dare le stesse Kilo-Calorie di un bel piatto di Pasta, Riso, Pane, Patate, o quelle che siamo abituati a considerare come Kilo-Calorie contenute in cibi in realtà strettamente PROTEICI (Latte e suoi derivati, Carne, Uova, Pesce..).

La Frutta infatti è in grado di dare le seguenti Kilo-Calorie:
1 litro di frutta(^) fresca ben frullata a base di uva e/o frutta di bosco, apporta circa **800-900** Kilo-Calorie, pari a:
tre quarti di litro (750 cc) di latte(*),
oppure: 70 grammi di formaggio(*),
oppure: 650 grammi di carne(*),
oppure: 800-900 grammi di pesce(*),
oppure: 10 uova (*)….

Anche altra frutta fresca, comune sulle nostre tavole, è ricca di energia, sia pure in quantità minore:
1 litro di succo di mele biologiche corrisponde a **500** Kilo-Calorie
1 litro di succo di ciligie biologiche corrisponde a **450** Kilo-Calorie
1 litro di succo di pere biologiche corrisponde a **420** Kilo-Calorie
1 litro di succo di arance biologiche corrisponde a **400** Kilo-Calorie

(^) La FRUTTA è comunemente nota come una grandissima fonte di *VITAMINE* (vedi dopo).
(*) CARNE, PESCE, UOVA, LATTE e i suoi derivati (FORMAGGIO, BURRO, YOGURT, MOZZARELLA) sono noti soprattutto come fonti di *PROTEINE* (vedi dopo), piuttosto che come fonti energetiche (kilo-Calorie)

In Tabella 1.a sono riportati vari tipi di cibo, in ordine decrescente per l'apporto delle Kilo-Calorie date.

Bisogna sapere che TUTTI i cibi, oltre che per le CALORIE, sono importanti anche per l'apporto di PROTEINE, oppure GRASSI (OLII), oppure VITAMINE.

Nota: le donne, soprattutto, sono particolarmente ossessionate dalle "troppe" CALORIE che le fanno ingrassare… ma in realtà i CARBOIDRATI non sono i veri responsabili della "ciccia", come meglio vedremo dopo: sono piuttosto le PROTEINE le vere artefici dell'ingrassamento.

Tabella 1.a: Kilo-Calorie per 100 grammi di alimento al netto degli scarti.

Alimento	**Kilo-Calorie per 100 grammi di alimento**
Olio di Semi vari	900
Olio d'Oliva (*Olea europaea*)	900
Olio di Sesamo (*Sesamum indicum*)	900
Olio di Vinacciolo (*Vitis vinifera*)	900
Olio di Limone (*Citrus limonum*)	900
Olio di Mais (*Zea mays*)	900
Olio di Girasole (*Helianthus annuus*)	900
Banana (*Musa sapientum*)	660
Noci secche (*Juglans regia*)	660
Nocciole secche (*Corylus avellana*)	625
Arachidi tostate (*Arachis hypogaea*)	597
Semi di Zucca (*Cucurbita maxima*) seccati	585
Noci (*Juglans regia*)	582
Arachidi crude(*Arachis hypogaea*)	571
Patatine in sacchetto (sconsigliate)	568
Pinoli	567
Mandorle dolci (*Prunus amygdalus*)	542
Ciccioli (in valutazione)	523
Pasta con Cedro	486
Grissini (senza zucchero)	433
Germe di Grano (*Triticum sativum*)	416
Fette biscottate (senza zucchero)	410
Biscotti secchi (senza zucchero)	409
Pizza bianca	408
Crackers integrali (senza zucchero)	403
Lupini secchi sgusciati (*Lupinus albus*)	402
Fiocchi d'Avena (sconsigliati)	395
Biscotti "Savoiardo" (senza zucchero)	392
Farina d'Avena	388
Pane grattugiato (senza lievito)	387
Farina di Castagne (*Castanea vesca* o *sativa*)	371
Farina di Riso giapponese (*Oryza sativa*)	370

Fette biscottate integrali (senza zucchero)	369
Rustico	369
Pasta "diplomatico"	368
Crema di Riso (cruda) (*Oryza sativa*)	366
Farina di Mais (non OGM) integrale	365
Fiocchi di Mais (cornflakes), (sconsigliato)	364
Pasta glutinata	363
Riso giapponese (*Oryza sativa*)	363
Farina di Riso giapponese (*Oryza sativa*)	363
Tapioca (*Manihot utilissima*)	363
Orzo perlato	363
Pane biscotto (senza lievito)	361
Farina d'Orzo (*Hordeum vulgare*)	360
Pasta di Semola con glutine	358
Stoccafisso secco	358
Pasta di Semola	356
Mais integrale	355
Pasta integrale	350
Pizza bianca genovese	350
Fecola di patate	349
Castagne secche (*Castanea vesca* o *sativa*)	349
Noce di Cocco	346
Fave sbucciate secche (*Vicia faba*)	343
Farina di frumento tipo O	343
Farina di frumento tipo OO	343
Cracotte	336
Ceci (*Cicer arietinum*) secchi	334
Riso giapponese integrale (*Oryza sativa*)	334
Pizza bianca pizzeria	329
Crema di Riso giapponese (cotta) (*Oryza sativa*)	329
Lenticchie (*Ervum lens*) secche	325
Farina di frumento integrale (*Triticum*)	321
Pizza bianca "fornaio"	319
Frumento tenero (*Triticum vulgare*)	319
Frumento duro (*Triticum durum*)	314
Semola	314
Datteri (*Phoenix dactylifera*)	313
Fagioli secchi (*Phaseolus vulgaris*)	311
Pasta "Sfogliatella"	309
Piselli secchi (*Pisum sativum*)	306
Zuppa di Funghi disidratata (sconsigliata)	304
Miele	303
Panini all'Olio	302
Zuppa di Asparagi disidratata	301
Tortellini	301
Minestrone disidratato	298
Pane (senza lievito) con Patate	296
Croccante preconfezionato	295
Pane di tipo OO (pezzatura da 50 grammi)	290

Fichi secchi (*Ficus carica*)	288
Uva secca (uvetta) (*Vitis vinifera*)	283
Zuppa di Piselli disidratata (*Pisum sativum*)	281
Fichi seccati al forno e mandorlati	277
Pane di tipo O (pezzatura da 100 grammi)	276
Pane di tipo O (pezzatura da 50 grammi)	267
Pasta "Pesca"	266
Anguilla marinata	259
Tonno sott'olio (sgocciolato)	258
Pizza con Pomodoro	247
Pane di tipo integrale (e senza lievito)	243
Pane di segale (e senza lievito)	241
Anguilla di mare	237
Olive nere	234
Aringa salata	218
Acciughe sott'olio	206
Crusca di Grano	206
Aringa marinata	199
Bastoncini di Pesce surgelato precucinato	191
Castagne (*Castanea vesca* o *sativa*)	189
Sgombro o Maccarello in salamoia	177
Sgombro o Maccarello	168
Sciroppata di Albicocche (*Prunus armeniaca*)	155
Prugne secche (*Prunus spinosa*)	152
Olive verdi	142
Carpa	140
Merluzzo alla marinara surgelato precucinato	139
Ghiacciolo all'Arancio	137
Timo di agnello	131
Sarda	129
Cefalo muggine	127
Triglia	123
Baccalà secco	122
Sciroppata di pere o ciliegie	116
Lupini deamarizzati (*Lupinus albus*)	114
Fagioli (*Phaseolus vulgaris*)	104
Filetti di Baccalà	104
Risotto alla pescatora surgelato precucinato	103
Tonno in salamoia (sgocciolato)	103
Dentice	100
Conserva di Pomodoro (*Solanum lycopersicum*)	96
Acciughe	96
Baccalà ammollato	95
Stoccafisso ammollato	92
Patate dolci	91
Orata surgelata	90
Cernia surgelata	86
Aragosta	86
Trota	86

Sogliola	86
Patate (*Solanum tuberosum*)	85
Sciroppata di Pesche (*Prunus persica*)	85
Mais dolce	83
Spigola	82
Rombo	81
Sogliola surgelata	81
Palombo	80
Luccio	80
Crostata di Mele (*Malus communis*)	79
Cozza o Mitilo	77
Tinca	76
Piselli (*Pisum sativum*)	76
Merluzzo surgelato	75
Melù o Pesce Molo	72
Vongola	72
Seppia	72
Mandarini (*Citrus deliciosa*)	72
Merluzzo	72
Gambero	71
Ostrica	69
Razza	68
Calamaro	68
Lumaca	67
Patate novelle	67
Succo di Uva nera (*Vitis vinifera*)	66
Loti o kaki (*Diospyros kaki*)	65
Rana	64
Uva nera (*Vitis vinifera*)	61
Succo di Albicocca naturale (*Prunus armeniaca*)	59
Polpo	57
Succo di Frutta naturale	56
Mandaranci	53
Fichi d'India	53
Kiwi (*Actinidia chinensis*)	52
Pasta e fagioli, surgelata precucinata	51
Succo di pesca naturale (*Prunus persica*)	50
Fichi (*Ficus carica*)	47
Mele (*Malus communis*)	45
Prugne (*Prunus spinosa*)	42
Pere (*Pyrus communis*)	41
Amarene	41
Aglio (*Allium sativum*)	41
Ciliegie (*Prunus avium*)	38
Cipolline	38
Cavolini di Bruxelles (*Brassica oleracea bullata aut gemmifera*)	37
Fave (*Vicia faba*)	37
Asparagi di bosco	35

(*Asparagus officinalis, adscendens, racemosus*).	
Lamponi (*Rubus idaeus*)	34
Arance (*Citrus aurantium*)	34
Mele cotogne (*Cydonia oblonga*)	34
Melone d'estate (*Cucumis melo*)	33
Succo d'Arancia naturale (*Citrus aurantium*)	33
Carote (*Daucus carota*)	33
Tartufo nero	31
Soda dolce	31
Spinaci (*Spinacia oleracea*)	30
Asparagi di campo (*Asparagus officinalis, adscendens, racemosus*).	29
Porri (*Allium porrum*)	29
Albicocche (*Prunus armeniaca*)	28
Nespole	28
Pesche (*Prunus persica*)	27
Fragole (*Fragaria vesca*)	27
Broccolo (*Brassica oleracea botrytis aut italica*)	27
Pompelmo (*Citrus decumano, paradisi*)	26
Cipolle (*Allium cepa*)	26
Cavolfiore (*Brassica oleracea botrytis*)	25
Cavolo broccolo verde ramoso	24
Asparagi di serra (*Asparagus officinalis, adscendens, racemosus*).	24
Sedano rapa (*Apium graveolens rapaceum*)	23
Carciofi (*Cynara scolymus*)	22
Melone d'inverno (*Cucumis melo*)	22
Peperoni dolci	22
Broccoletti di Rape	22
Foglie di Rapa (*Brassica rapa*)	22
Pomodori pelati (in scatola) + liquido	21
Sedano da coste (*Apium graveolens dulce*)	20
Prezzemolo (*Apium petroselinum*)	20
Cavolo cappuccio rosso	20
Barbabietole rosse (*Beta vulgaris cruenta*)	20
Lattuga a cappuccio	19
Cavolo cappuccio verde (*Brassica oleracea capitata*)	19
Lattuga (*Lactuca sativa*)	19
Pomodori maturi	19
Zucca gialla	18
Rape (*Brassica rapa*)	18
Fagiolini	17
Cicoria di Bruxelles (*Cichorium intybus*)	17
Agretti (*Lepidium sativum*)	17
Bieta (*Beta vulgaris cycla*)	17
Pomodori da insalata	17
Endivia (*Chicorium endivia latifolium*)	16
Melanzane (*Solanum melongena*)	15
Cocomero (*Citrullus vulgaris*)	15

Lattuga da taglio	14
Cetrioli (*Cucumis sativus*)	14
Radicchio verde (*Cichorium intybus*)	14
Radicchio rosso (*Cichorium intybus*)	13
Cicoria da taglio (*Cichorium intybus*)	12
Fiori di zucca	12
Zucchine (*Cucurbita pepo*)	11
Funghi (SCONSIGLIATI)	11
Limone (*Citrus limonum*)	11
Ravanelli (*Raphanus sativus parvus*)	11
Cicoria (*Cichorium intybus*)	10
Cardi (*Cynara cardunculus*)	10
Finocchio (*Foeniculum vulgare dulce*)	9
Succo di limone (*Citrus limonum*)	6

Cap.1.b: PROTEINE

Le PROTEINE sono costituite da circa 20 Aminoacidi, di cui 9 sono denominati AMINOACIDI ESSENZIALI, poiché il nostro corpo non è in grado di sintetizzarli e deve pertanto assimilarli con il cibo: Valina, Isoleucina, Leucina, Lisina, Metionina, Istidina, Triptofano, Fenilalanina, Treonina [Arginina per il bambino]).

Senza il nutrimento esterno (apporto esterno) di questi 9 aminoacidi essenziali, il nostro organismo non è in grado di costruire PROTEINE.

I 9 aminoacidi essenziali devono essere presenti all'interno della cellula tutti 9 assieme, per interagire con i sistemi biologici di "assemblaggio" delle diverse PROTEINE desiderate, nello spazio di tempo di un'ora circa.
In caso di assenza di anche *un solo* aminoacido essenziale, la cellula non potrà costruire la PROTEINA desiderata e pertanto tutti e 8 gli aminoacidi essenziali rimasti saranno impiegati come fonte enegetica (Kilo-Kalorie).

Con le PROTEINE si "ricambiano" tutte le cellule del corpo umano, in un periodo complessivo di undici mesi: con le PROTEINE infatti si costruiscono altre cellule, altri tessuti, si riparano gli organi e gli apparati dell'organismo.

I 9 aminoacidi essenziali si trovano nella CARNE, nel PESCE, nelle UOVA, nel LIEVITO e nel LATTE (e suoi derivati: FORMAGGIO, BURRO, YOGURT, MOZZARELLA).

Nella Frutta, nella Verdura, negli Ortaggi ce ne sono pochi di questi aminoacidi essenziali.
Nei Cereali e nei Legumi si arriva ad avere 7-8 aminioacidi essenziali, ma non si arriva mai ad avere il numero completo di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali.

Nei Cereali manca in genere la LISINA, e nei Legumi manca la METIONINA.

Se però, nello spazio di tempo di un'ora circa, si mangiano assieme LEGUMI e CEREALI, si riesce a dare al corpo tutti e 9 gli aminoacidi essenziali: la tradizione culinaria di tutti i popoli del mondo ha del resto sempre considerato il piatto di Cereali + Legumi, come una sorta di "*carne dei poveri*".
In Oriente era il Riso (CEREALE) + la Soia (LEGUME).
In Occidente era il Grano (CEREALE) + i Fagioli o i Piselli (LEGUMI)

Cereali: GRANO (tenero, duro), RISO, MAIS, FARRO, ORZO, MIGLIO, AVENA, SEGALE, SORBO, KAMUT, QUINOA, AMARANTO.

Legumi: FAVE, PISELLI, FAGIOLI, CECI, SOIA, LENTICCHIE, TRIFOGLIO, FIENO GRECO, GALEGA, ERBA MEDICA, CARRUBA.

Le PROTEINE sono quindi di vitale importanza per il sostentamento.

<u>Il LATTE, vera "CARNE LIQUIDA"</u>

Senza PROTEINE non è possibile la crescita dei bambini e quindi il loro sviluppo. Di qui l'invenzione evolutiva, nei mammiferi, del "LATTE", vera "CARNE LIQUIDA": un vitellino, appena nato, è in grado di diventare un manzo in pochi mesi bevendo soltanto il latte della mucca…

I rettili, gli anfibi, gli uccelli e i pesci hanno invece inventato l'UOVO come fonte di PROTEINE essenziali per lo sviluppo embrionale dei loro piccoli, essendo l'UOVO una vera dispensa di PROTEINE pronte all'uso.

Dosaggio delle proteine nell'alimentazione

Molte persone credono ancora che le PROTEINE debbano essere prese ogni giorno e in grande quantità (almeno 60 grammi al giorno).

Tutto ciò è falso: molti pazienti riescono a guarire da gravissime forme di patologie cronico-degenerative sospendendo completamente per molti mesi l'apporto di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali, ovviamente sotto controllo medico allo scopo di non andare incontro a gravi forme di denutrizione proteica da eccessivo digiuno.

Tralasciando le forme di vita inferiori (pesci, rettili, uccelli) ancora legate alle UOVA, è stato infatti dimostrato che solo nei cuccioli dei Mammiferi è necessario l'apporto continuo di PROTEINE (LATTE), e questo spiega perché *tutti* i Mammiferi *allattano* i cuccioli fino alla fase di svezzamento, cessando poi di nutrirli con il Latte.
Nessun MAMMIFERO si nutre con il LATTE dopo lo svezzamento, nessuno tranne la razza umana, che stranamente fa ancora uso anche da adulto, del LATTE di mucca, di capra e di altri mammiferi, pur non essendoci alcuna necessità.

Attualmente molti medici, fra cui l'autore del presente lavoro, sono convinti che il LATTE e i suoi derivati siano fonte di malattia se presi in età adulta, o comunque causa di danno alla biochimica delle nostre cellule.
Questo sulla base che il LATTE è una fonte molto ricca di PROTEINE.
Allo stesso modo, si ritiene che l'apporto giornaliero, continuo, di PROTEINE sia pure da varie fonti (UOVA, CARNE, PESCE) sia comunque fonte di danno per la salute.

Viceversa, è normale constatazione medica che, negli adulti, un'alimentazione a basso tenore proteico, o addirittura priva dei 9 aminoacidi essenziali (dalla cui assimilazione, nello spazio di circa un'ora, l'organismo è poi in grado di costruire PROTEINE), sia correlata ad assenza di malattie cronico-degenerative e, quindi, ad una più lunga aspettativa di vita.

E' ancora insegnato nelle Università che il fabbisogno minimo giornaliero di un adulto è di 60 grammi di PROTEINE per un individuo di 70 kg quando, in realtà, la dose giornaliera "di sicurezza" è in realtà molto più bassa (10-20 grammi di PROTEINE, forse meno).
Quando l'apparato digerente deve metabolizzare alimenti proteici in grande quantità, deve mobilitare i *minerali-tampone* per controbilanciare il *pH acido* derivante dall'assunzione alimentare errata di queste PROTEINE prese in gran quantità (carne, latte, formaggio, burro, uova….).

Quando il pH è ALTO, superiore a 7, la soluzione è *basica* (cioè NON ACIDA, comunque "caustica", con sensazione di "bruciore" alle mucose del dotto urinario esterno).
Quando il pH è NEUTRO, uguale a 7, la soluzione è neutra (cioè NON ACIDA, NON BASICA).
Quando il pH è BASSO, inferiore a 7, la soluzione è *acida* (cioè NON BASICA, comunque "caustica", con sensazione di "bruciore" alle mucose del dotto urinario esterno).

Quando il pH è basso, cioè acido, l'organismo perderà i propri minerali alcalinizzanti nel tentativo di ripristinare un giusto equilibrio biochimico (*sistema-tampone*)….

Uno dei *sistemi-tampone* più efficaci è quello dell'*ammoniaca-tampone*. I reni iniziano così a produrre *ammoniaca*, una sostanza alcalina (cioè non acida), che accresce notevolmente il pH degli escrementi ancora presenti nell'intestino, e che daranno poi luogo alle feci. Si noterà che l'urina avrà un forte odore di *ammoniaca*, e la minzione potrà risultare addirittura dolorosa, causa della natura caustica (pH fortemente basico) delle urine che si stanno eliminando: di qui il suggerimento di un succo di frutto acidulo (mirtillo, arance, limone, etc…) che normalizzerà la soluzione ed eliminerà il dolore.
Un forte odore di *ammoniaca* nell'urina può significare che le riserve organiche di minerali alcalizzanti sono ormai esaurite. Ovviamente l'organismo può mobilitare altre scorte di minerali alcalinizzanti come calcio, sodio e *magnesio*, ma facendo questo, tali preziosi minerali saranno presi a danno delle ossa, con successiva insorgenza, nel tempo, di artrosi e di osteoporosi.
L'eccessiva produzione di ammoniaca a sua volta, produrrà nel corso del tempo una graduale ma irreversibile *insufficienza cronica* dei reni (dimostrata dalla presenza di proteine nelle urine).

Se l'organismo non è dotato di sufficienti quantità di calcio e magnesio, provvederà a sottrarne quanto disponibile nelle ossa, per garantirne una presenza adeguata nel sangue; in seguito, l'organismo si adopererà per rafforzare i "cedimenti architettonici", formando depositi ossei e speroni (osteofiti) che ridurranno però il movimento e ne limiteranno l'attività (artrosi, artrite): il magnesio e la vitamina D (ottenuta grazie alla esposizione al sole) sono la soluzione più sicura per eliminare tali patologie. Il ripristino delle condizioni biochimiche-base del sistema complesso di un adulto giovane può avvenire nel giro di alcuni mesi; viceversa, in adulto anziano può passare anche un anno prima che il pH (es.: quello salivare) torni ad essere leggermente alcalino.

La DIS-BIOSI intestinale

L'effetto più grave di una alimentazione iper-proteica è però la DIS-BIOSI intestinale, cioè il sovvertimento della normale flora batterica intestinale (flora batterica *saprofita*), responsabile dei fondamentali processi di assimilazione delle sostanze nutritive (vitamine naturali) contenute nei cibi vegetali (frutta, verdura, cereali, legumi, ortaggi).
La perdita di questi "germi buoni" è dovuta all'alimentazione iper-proteica, ricca di aminoacidi essenziali (tutti e 9), della vitamina B12, e del glucosio (zucchero semplice) liberamente disponibili nel tubo intestinale.

Il Glucosio e la presenza di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali sono la fonte necessaria per lo sviluppo della flora batterica "cattiva", cioè quella della putrefazione.

L'intestino umano ha un volume di circa 6 litri e una superficie enorme di circa 400-600 metri quadrati. Dalla gola fino all'ano sono pertanto disseminate ben 150 stazioni linfonodali, importantissimi presidi di Linfociti (globuli bianchi) che mantengono le difese immunitarie a ridosso di questa che può essere senz'altro considerata l'area più pericolosa e più critica del corpo: il lume intestinale, ricchissimo di germi "buoni" e "cattivi".
I due polmoni hanno infatti una superficie totale molto più limitata: appena 80 metri quadrati; la pelle, in un soggetto adulto, non supera i 2 metri quadrati di superficie….
Su quest'immensa superficie intestinale si gioca quindi la differenza fra uno stato di salute e uno stato di malattia.
La massa fecale, in un soggetto vegetariano, è costituita al 20-40% da germi "buoni" (entero-batteri, o germi *simbiotici* o *saprofiti*).
Questi germi sono comunque presenti in tutti i soggetti nella parte alta dell'intestino (parte iniziale e media dell'intestino tenue: duodeno e digiuno).
Essi appartengono ad oltre 400 specie, tra i più importanti si evidenziano: *Bifidobacterium bifidum*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus bulgaricus*, *Lactobacillus lactis*, *Lactobacillus rhamnosus*;

altri: *Edwardsiella, Citrobacter, Providencia, Arizona, Escherichia coli, Enterobacter, Serratia, Klebsiella, Pseudomonas, Shigella, Vibrio, Proteus*, etc…
Anche alcune sottospecie di questi germi sono comunque patogene (*Vibrio colerae, Shigella dissenteriae, Pseudomonas aeruginosa*).
In ogni caso, sono tutti germi aerobi, cioè hanno tutti bisogno di Ossigeno per vivere. Essi sono gli artefici di quella SIM-BIOSI tra corpo umano e germi stessi che consente un buon equilibrio nutrizionale di assimilazione delle vitamine da parte dell'uomo in cambio di un habitat ideale alla proliferazione dei questi medesimi.
Questi batteri non sono danneggiati dall'alimentazione vegetariana, pur essendo la frutta, la verdura, gli ortaggi, le spezie ricchissimi di sostanze *germicide, fungicide* e *parassicide* (es.: Allicina, contenuta in *Allium species*). Viceversa, questi germi aiutano enormemente il fisico a digerire e quindi ad assimilare le migliaia di vitamine naturali contenute nei cibi vegetariani.

La massa fecale, nella parte iniziale dell'intestino, conterrà circa 1 milione di questi germi per 1 grammo di massa di escrementi. Via via che la massa fecale scende nel tubo intestinale aumenta la sua percentuale di germi *simbiotici* o *saprofiti* (germi "buoni"), raggiungendo anche il valore di 10 milioni di germi per 1 grammo di feci.
Nella parte bassa dell'intestino (Colon) cominciano però a formarsi colonie di germi completamente diversi da quelli "buoni": sono i germi della *putrefazione*, capaci di sopravvivere anche in assenza di ossigeno: *Bacteroides*, *Pepto-streptococchi*, etc…
La quantità di questi germi presenti nelle masse fecali aumenta a dismisura, raggiungendo valori compresi fra 1 miliardo e 100 miliardi di germi "cattivi" per grammo di massa fecale.
Questi germi "cattivi" dovrebbero esistere solo nella parte finale dell'intestino, ma purtroppo non è così: un'alimentazione sbagliata tende infatti a far sì che questi germi "risalgano" l'intestino, raggiungendo zone dove non dovrebbero proliferare, come ad esempio l'*Helicobacter pylorii* che nello stomaco è poi causa di gastrite e di ulcera gastrica, rigonfiamento gassoso dello stomaco (con possibile effetto di "spina irritativa" al cuore).
La proliferazione abnorme di questi germi "cattivi" avviene quando trovano nutrimento in un'alimentazione iper-proteica e ricca di glucosio.
Ma anche il latte, il formaggio e altri suoi derivati hanno la loro grave responsabilità: la *Caseina*, contenuta nel latte e nei suoi derivati, aiuta enormemente a ridurre le quantità di ossigeno presenti nel tubo intestinale, grazie alla sua capacità di "incollare" le pareti intestinali fra loro (riducendo enormemente, inoltre, il volume intestinale disponibile per l'assimilazione delle vitamine naturali stesse).
L'importanza di questi germi "cattivi", come causa di patologie successive, è data dal fatto che essi rubano spazio e terreno ai germi "buoni", cioè ai *simbiotici* o *saprofiti*.
L'organismo umano perde così, a questo punto, la possibilità di assimilare le preziose vitamine naturali.
La presenza dei germi della putrefazione apre poi la strada ai funghi (candide), le quali a loro volta apriranno la strada ai parassiti (vermi) intestinali.
La presenza dei parassiti (vermi) intestinali è un fenomeno molto diffuso nella popolazione italiana attuale, benché notevolmente sottostimata. Un valore ematico facilmente ottenibile è quello della percentuale di EOSINOFILI presenti nell'"*Ematocrito con formula*".

Intolleranze alimentari, allergie (asma compreso) e gran parte delle malattie auto-immuni (o forse tutte) hanno, o avrebbero, come unica causa (ezio-patogenesi) la presenza di parassiti (vermi) nell'intestino.
Nell'ASMA, nelle malattie allergiche, nelle intolleranze alimentari sono presenti percentuali di EOSINOFILI superiori al 2% (valore limite che non si dovrebbe superare);
Nelle allergie sono presenti le IgE; quest'ultime sono viceversa assenti nelle intolleranze alimentari.

Asma, allergie e intolleranze alimentari

Personalmente si ritiene, in contrasto con la linea di molti allergologi, che sia le intolleranze alimentari che le allergie (compreso l'Asma) siano riconducibili ad un unico quadro ezio-patogenetico: *squilibrio immunitario da disbiosi intestinale.*
In questi pazienti è però necessario mantenere una alimentazione proteica almeno settimanale (cioè una sola volta alla settimana) fatta di pesce, carne e uova (biologiche), ciò allo scopo di evitare pericolosi shock anafilattici in caso di errate o mancate regole alimentari nella fase di "svezzamento" alimentare vegetariano impostato, soprattutto se attuate in assenza della vitamina F, che dev'essere invece regolarmente assunta a scanso di possibili fenomeni allergenici.
Viceversa sarebbero comunque da eliminare per molto tempo il Latte e i suoi derivati.
In merito allo zucchero bianco o di canna, e al lievito (Pane, Pizza, Birra), essi dovrebbero comunque essere vietati per molto tempo.
In merito alla Soia (OGM) e al Mais (OGM), essi dovrebbero essere banditi (vedi più oltre).

Malattie auto-immuni

Le Malattie auto-immuni più note e/o conosciute, verso le quali la Medicina Ufficiale non può far nulla, a parte la somministrazione di cortisonici e altri farmaci "sintomatici", cioè che curano il *sintomo* della malattia, ma non la sua *causa*, sono moltissime. Qui di seguito si fa un breve elenco delle più comuni (Tabella 1.b):

Tabella 1.b. : Le malattie auto-immuni più note

Sistema Nervoso Centrale : Sclerosi Multipla(?), Miastenia gravis,

Occhio : uveite focoanafilattica, oftalmia simpatica

Ghiandole salivari : Morbo di Sjogren

Tiroide: Iper-tiroidismo (Malattia di Flajani-Graves von Basedow); Ipo-tiroidismo (Tiroide cronica di Hashimoto)

Paratiroidi : Ipo-paratiroidismo

Polmoni : Fibrosi polmonari di varie patologie sistemiche auto-immuni o per alveoliti allergiche di varia origine (forse anche malattia primitiva del polmone, quale propria FIBROSI POLMONARE PRIMITIVA: Malattia di Hamman-Rich);

Cuore: Fibrosi endomiocardica

Stomaco: Gastrite cronica atrofica con anemia perniciosa.

Pancreas : Diabete Mellito Insulino-Dipendente o di Primo Tipo (o Diabete Giovanile).

Fegato: alcune forme di cirrosi biliare.

Intestino: Morbo celiaco (Sprue-celiaco, o Celiachia), Malattia di Wipple, Enteropatie proteino-disperdenti, Malattia di Crohn, Colite granulomatosa (Malattia di Crohn del Colon), Retto-Colite Ulcero-Emorragica.

Surrenali: Atrofia surrenale primitiva.

Reni e polmone: Sindrome di Goodpasture, Glomerulonefrite cronica membrano-proliferativa.

Testicoli : sterilità maschile.

Articolazioni : Malattia reumatica, Poliartrite Reumatoide, Spondilo-artrite Anchilopoietica.

Collagenopatie: Lupus Eritematoso Sistemico (LES); Poli-Artrite Nodosa, Dermato-Poli-Miosite, Sclerodermia, Connettivite Mista, Sarcoidosi (sospetta: forse eziopatogenesi da Herpes virus).

Cute: Pemfigo e pemfigoidi.

Sangue: Anemia emolitica autoimmune, Porpora trombocitopenica idiomatica.

Nota 1: il pregresso impiego terapeutico per lungo tempo di cortisonici può inficiare totalmente la guarigione di queste patologie, in base a quanto riportato da testi inerenti alle terapie gersoniane o simil-gersoniane ([749]).
Nota 2: la terapia della *Miastenia gravis* dev'essere comunque affidata a specialisti essendo necessario l'utilizzo di particolari farmaci salva-vita, per la situazione di continuo rischio di emergenza medica per il paziente.

Tumori maligni

Tumori come cancro, sarcomi, linfomi e leucemia possono essere facilitati nella loro insorgenza dalla concomitanza di una caduta delle difese immunitarie (vedi Capitolo 4: *La risposta immunitaria contro il cancro*) e dalla concomitanza di una mancanza di vitamine naturali in grado di indurre apoptosi (suicidio) nelle cellule vecchie (vedi Cap.5: *Apoptosi: vitamine naturali che fanno suicidare il cancro*; vedi Cap.5.b: *La vitamina B17*).

Altre malattie

Altre malattie (sulle quali si preferisce al momento non pronunciarsi) avrebbero anch'esse come causa o concausa la presenza di parassiti. Queste malattie furono indicate da studi tedeschi negli anni '20-'30, e sono inerenti a patologie neurologiche e/o psichiatriche. Sulla validità di questi studi non si è in grado al momento di pronunciarsi, pur ritenendo plausibile il fatto che le neuro-tossine prodotte dai parassiti (vermi) intestinali possano effettivamente essere in grado di agire a livello sistemico e quindi del Sistema Nervoso Centrale.

Alterata impermeabilità della parete intestinale

Un'altra causa della facilità con cui i *germi della putrefazione*, aprendo la strada ai *funghi* e quindi ai *parassiti* (*vermi*), provocano la caduta delle difese immunitarie, è data dall'alterata permeabilità della parete intestinale alle tossine putrefattive, a causa della carenza cronica, negli alimenti, della vitamina F.

Cap.1.c: GRASSI E OLII (“*GRASSI ACIDI*”)

Dalla tabella 1.a si potrà notare che gli olii sono estremamente ricchi come fonte energetica (900 kilo-Calorie per 100 grammi di olio d’oliva, di girasole, di lino, di vinacciolo, di mais, etc…).
Anche i grassi sono notevolmente ricchi come fonte energetica.

Entrambi possono essere considerati, chimicamente, come “*grassi acidi*”.

Esistono olii e grassi cosiddetti “essenziali” cioè contenenti vitamine (vitamina E, vitamina F, etc…). Per questo motivo sono chiamati “essenziali”: il nostro organismo non è in grado di sintetizzarli.
Nel mondo moderno, però, si pubblicizzano molto i gravi problemi di salute connessi ad una dieta ricca di grassi e olii. In realtà, il problema dev’essere specificato meglio:

Nei grassi e negli olii esistono, chimicamente, 3 tipi di “*grassi acidi*”:
acidi grassi saturi (pericolosi per la salute);
acidi grassi mono-insaturi (non pericolosi per la salute, possono contenere vitamine);
acidi grassi poli-insaturi (non pericolosi per la salute, possono contenere vitamine).

I grassi saturi o grassi “cattivi”sono presenti nella gran parte dei grassi animali, nella margarina, nei grassi per pasticceria. Di recente sono stati sospettati anche i cibi OGM ([1252]: Antony A. Miller: *Accumulation of very-long-chain fatty acids in membrane glycerolipids is associated with dramatic alterations in plant morphology*, The plant Cell, Vol. 11, pp. 1882-1902, 1998, www.plantcell.org).

Gli acidi grassi saturi, o grassi “cattivi”, determinano gravissime alterazioni alle membrane cellulari, prendendo il posto delle vitamine F (acidi grassi “buoni”), e determinando così gravi forme di impermeabilità della parete cellulare a diverse sostanze, come ad esempio il glucosio (con suscettibilità quindi a comparsa di Diabete di Secondo Tipo), le vitamine apoptosiche (con suscettibilità quindi a comparsa di cancri e tumori in genere) e altre sostanze vitali per la cellula, come ad esempio la vitamina C (con comparsa quindi di suscettibilità a infarto miocardico, ictus, etc…).

Viceversa, i grassi insaturi (grassi “buoni”) sono composti da acidi grassi *cis-cis*, tipicamente presenti negli olii vegetali spremuti a freddo.
I grassi insaturi (olii vegetali) sono presenti in molti semi di piante (vedi tabella 2) e anche in alcuni animali, come ad esempio nei pesci grassi delle acque fredde (salmoni, aringhe, etc…).

Questi acidi grassi sono vitali per le cellule muscolari sia nella loro funzione di produrre energia, sia durante l’attività fisica, sia nel favorirne il rilassamento ([1639] Barbiroli B.: “*Lipoic (thioctic) acid increases acid brain energy availability and skeletal muscle performance as show by in vivo 31P-MRS in a patient with mitocondrial cytopathy*, J.Neurol., 242, pp.: 472-477, 1995).

Inoltre, questi acidi grassi “buoni” intervengono sul controllo della coagulazione del sangue ([1641] Andriamampandry M.: *Diets enriched in (n-3) fatty acids affect rat coagulation factors dependent on vitamin K*, C.R.Acad.Sci.III 1998, 321, pp.: 415-421).

Essi influenzano anche il rilascio di CCK, un ormone che segnala al cervello che siamo sazi e che dobbiamo smettere di mangiare ([1642] Matzinger D.: *The role of long chain fatty acids in regulating food intake and cholecystokinin release in humans*, Gut, 46, pp.: 689-694, 2000).

Essi contribuiscono anche al mantenimento della velocità di conduzione nei nervi motori e sensoriali (1643 Julup O.: *Comparison of short-term effects of insulin and essential fatty acids on the slowed nerve conduction of streptozoticin diabetes in rats*, J.Neurol. Sci., 106, pp.: 56-59, 1991).

Essi sono in grado di mantenere sana la pelle (1644 Horrobin D.F.: *Essential fatty acid metabolism and its modification in atopic eczema,* Am.J.Clin.Nutr., 71, Suppl.1, pp.: 367S-372S, 2000).

Essi riducono la pressione alta sanguigna (1645 Lee R.M.: *Fish oil, esssential fatty acids, and hypertension*, Can. J. Physiol. Pharmacol., 72, pp.: 945-953, 1994).

Delle diverse vitamine contenute in questi olii, è utile soffermarsi su alcune di queste.

ACIDO ALFA-LIPOICO (Vit. N)

L'acido alfa-lipoico è un grasso acido essenziale (648) che contiene Zolfo organico (essendo organico, cioè legato a molecole biologiche, non risulta tossico). Esso contribuisce direttamente a rendere disponibile l'energia cerebrale e muscolo-scheletrica durante l'attività fisica (1639 Barbiroli B.: "*Lipoic (thioctic) acid increases acid brain energy availability and skeletal muscle performance as show by in vivo 31P-MRS in a patient with mitocondrial cytopathy*, J.Neurol., 242, pp.: 472-477, 1995), controllando anche il diabete (1646 Ziegler D.: *Alpha-lipoic acid in the treatment of diabetic polyneuropathy in Germany: current evidence from clinical trias*, Exp.Clin. Endocriniol.Diabetes, 107, pp.: 421-430, 1999).

ACIDO ALFA-LINOLENICO (Vit. F)

E' un acido grasso cis-polinsaturo presente nell'olio di semi di Lino spremuti a freddo. Viene trasformato in EPA e DHA (grassi Omega 3), anch'essi rari da trovare nei cibi. E' molto efficace contro i tumori maligni, come dimostrato da Pardini (1647) ; vedi anche Allegato 38.
Noguchi, in particolare, ha dimostrato che gli Omega 3 determinano la riduzione delle masse tumorali, a differenza degli Omega 6, pur essendo anche questi acidi grassi insaturi (1654).

Tabella 1.c: percentuale di vitamine contenute negli Olii
(in percentuale, tranne la vit. E)

	Semi di lino	**Semi di zucca**	**Soia (NON OGM)**	**Girasole (NON OGM)**	**Noci (NON OGM)**	**Riso (NON OGM)**
Acido linoleico omega-6	15	45	42	65	50	65
alpha-linolenico omega-3	54	15	11		5	
grassi monoinsaturi	22	32	32	24	29	24
grassi saturi	9	8	15	11	16	11
valore	ottimo omega3	ottimo per vit.E	buono	ottimo	buono	buono, se bio e spr. a freddo

	Cartamo	**Vinacciolo**	**Mais (NON OGM)**	**Oliva extraverg.**	**Sesamo**	**Colza (NON OGM)**
Acido linoleico omega-6	70	72	54	9	45	30
alpha-linolenico omega-3				1		
grassi monoinsaturi	18	16	29	74	45	50
grassi saturi	12	12	17	16	13	10
Vit.E mg	34		14	12	1,5	11
valore	buono	buono	buono	ottimo per vit.E	buono	buono se non contiene acido erucico

	Mandorle	**Arachidi (NON OGM)**	**Palma**	**Palmisti**	**Cocco**	
Acido linoleico omega-6	17	29	9	2	4	
alpha-linolenico omega-3	68	56	44			
grassi monoinsaturi	15	15	48	18	8	
grassi saturi		19	19	80	88	
valore	consigliabile	sconsigliabile	negativo	negativo	negativo	

Cap. 1.d.: VITAMINE

Il cibo lo mangiamo perché abbiamo fame e, istintivamente, sentiamo una particolare predilezione verso un certo tipo di cibo anziché per un altro.
L'ODORE e il SAPORE di quello che mangiamo sono anch'essi importanti, ma molto spesso trascuriamo questi fattori a vantaggio invece dell'aspetto visivo: una bella mela ci sembrerà migliore di una brutta mela, tranne poi accorgerci che la bella mela, lucida e colorata, era totalmente priva di SAPORE….

Ma che cos'è il "SAPORE" ?

Fondamentalmente il "SAPORE" è la carta d'identità di quel cibo che stiamo mangiando, e spesso ci indica la quantità e la qualità delle "*vitamine*" contenute. Se il cibo viene riscaldato, cucinato o lasciato per lungo tempo, perderà le sue "v*itamine*".

Le "*vitamine*" sono oltre 15.000 - 30.000, e sono la base della nostra salute.

Il genere umano è stato sempre afflitto nel passato da malattie, quelle che la Storia ricorda come "incurabili" e che queste furono invece sconfitte da una semplice *vitamina*.

Ricordiamo le GRANDI malattie "incurabili":
Scorbuto (tasso di mortalità variabile, debellata dalla *vitamina* C);
Pellagra (tasso di mortalità del 97%; debellata dalla Niacina o *vitamina* B3);
Anemia perniciosa (tasso di mortalità del 99%, debellata dalla vitamina B12 e dall'acido folico);
Beri Beri (tasso di mortalità del 99%, debellata dalla Tiamina o *vitamina* B1);

Lo stesso Cancro, se inteso come malattia metabolica, cronico-degenerativa, potrebbe essere debellato dall'impiego di grandi quantità di *vitamine* naturali fra cui, soprattutto, la vitamina B17 (Vedi Cap.5.b).

Trentamila VITAMINE perdute….

La razza umana ha perso milioni di anni fa, come la scimmia, la capacità di sintetizzare moltissime sostanze vitali, sostanze che trovava abitualmente nella frutta e nella verdura fresca delle grandi foreste africane: queste sostanze "essenziali" per la vita si chiamano oggi "vitamine" e sono decine di migliaia, in gran parte ancora da studiare…

Le sostanze anti-ossidanti, presenti nei globuli bianchi, sono essenziali per proteggere questi ultimi dalle sostanze tossiche presenti nel tessuto neoplastico.
Alcune di queste molecole anti-ossidanti sono di natura endogena, poiché prodotte dai tessuti umani (Superossido Dismutasi, Glutatione Perossidasi, Glutatione S-Transferasi, Catalasi, Proteasi, Glicolasi, Ceruloplasmina, Trasferrina, Ferritina, Perossisomi). Ma la maggior parte di esse sono di natura esogena e devono essere pertanto introdotte con un'alimentazione adatta.

Se si considera che la specie umana è simile alle scimmie (ma diversa filogeneticamente da essa per via del diverso numero di cromosomi rispettivamente 46 rispetto a 48) e che per milioni di anni le popolazioni di Ominidi hanno vissuto in prossimità di acque dolci, nutrendosi in pratica soltanto di

Vegetali crudi, *Frutta* fresca e secca, *Semi* integrali e, in maniera molto limitata, anche di Carne ([1288]), si può teorizzare che anche la biochimica della specie umana abbia perso gran parte dei meccanismi endocellulari propri, risalenti ancora alle pro-scimmie e agli antenati filogeneticamente più affini ad esse, finendo così per perdere la capacità di sintetizzare le complesse catene enzimatiche anti-ossidative, proprie dei sistemi di riparazione del DNA….
La perdita di capacità propria di sintetizzare enzimi-chiave dei processi di riparazione endo-cellulare era in fondo un vantaggio evolutivo, poiché consentiva il risparmio di ulteriori enzimi di sintesi e di energia biochimica, data l'ampia disponibilità in natura, presente nella frutta e nelle verdure, di migliaia di sostanze anti-ossidative e di riparazione endocellulare, e a cui noi oggi diamo il nome di "vitamine"…...
Ciò spiega, pertanto, come la pro-scimmia stessa, trovando ad esempio la vitamina C già presente nei suoi cibi abituali (Frutta fresca appesa agli alberi della foresta), avesse già perso da milioni di anni la capacità di sintetizzarla ex-novo, e questo prima ancora di evolversi successivamente nelle specie animali di transizione verso le scimmie di oggi e forse anche verso forme di vita simil-umane, e per cui si può ragionevolmente ritenere che questo passaggio possa essere avvenuto anche nelle altre specie che avrebbero poi dato origine all'Uomo moderno…

Nota: a livello di DNA, l'Uomo e lo Scimpanzè sono 2 specie gemelle, come se la loro divisione evolutiva fosse avvenuta circa 5 milioni di anni fa, nell'Eocene; viceversa, a livello anatomo-morfologico appartengono a specie molto diverse fra loro, come se la loro divisione evolutiva fosse avvenuta circa 12-15 milioni di anni fa: in sostanza, in termini evolutivi, il DNA umano moderno avrebbe dovuto essere molto diverso da quello dello Scimpanzè attuale, rispettando questo lungo processo di iter evolutivo di circa 12-15 milioni di anni, conformemente a quanto richiesto dalle lente e casuali modificazioni genetiche necessarie per portarlo a quel profondo cambiamento anatomo-morfologico che caratterizza la razza umana moderna rispetto allo Scimpanzè. Viceversa, il DNA delle due specie è sostanzialmente identico. Interessanti sono quindi le DIECI grandi modificazioni genetiche presenti nel DNA umano, che lo differenziano completamente dal DNA dello Scimpanzè, e che avrebbero permesso quindi il salto evolutivo fino all'Uomo. La combinazione degli eventi casuali o fortuiti di queste DIECI importanti modificazioni genetiche nel DNA umano sono ancora oggetto di speculazione. Su questo aspetto paradossale dell'Evoluzione è quindi molto interessante quanto già riportato in letteratura medica da Mangiarotti ([1287]). Vedi anche ALLEGATO 29

Un semplice Pomodoro (*Solanum lycopersicum*), appena colto da un terreno assolutamente privo di sostanze tossiche, può contenere fino a 10.000 sostanze chimiche naturali diverse (fitochimici), ognuna delle quali è una vitamina, un fattore co-enzimantico, un anti-ossidante, etc…
Ciò vale quindi per tutte le Verdure, i Frutti, gli Ortaggi, i Tuberi, etcc…
Ma dopo solo una settimana di conservazione in frigorifero, le Verdure subiscono una perdita di circa il 25% del loro acido ascorbico, e dell'80% dopo un'altra settimana. Dopo 3 ore in frigorifero, una Macedonia ha perso praticamente tutti i suoi valori nutritivi.

Pertanto, un paziente neoplastico deve consumare obbligatoriamente *Vegetali freschi*, cioè *Frutta fresca*, *Ortaggi freschi*, *Tuberi freschi*, *Verdura fresca*, cioè prodotti "di stagione", in buone condizioni e utilizzo. Altrimenti si possono impiegare, in seconda istanza, Vegetali surgelati, questi ultimi sicuramente preferibili a quelli provenienti da coltivazioni forzate in serra, che producono modeste quantità di fattori attivi anti-ossidanti.

Scegliere prodotti freschi è quindi la prima regola fondamentale, ma non sufficiente per gli scopi descritti in questo lavoro.
E' infatti necessario compiere un'ulteriore scelta del cibo da dare ai pazienti neoplastici (purchè NON in trattamento chemioterapico, ma soltanto in trattamento immuno-terapico come descritto in questo lavoro): è necessario infatti che questi individui possano liberamente nutrirsi di cibo assolutamente privo di pesticidi, erbicidi, colle, cere, lacche, antigermoglianti, ossido di Etilene, e altro.

Molti pazienti, inoltre, e i loro familiari non ricordano o non sanno qual è il periodo stagionale delle diverse specie vegetali.

L'utilizzo di fertilizzanti impedisce alle piante di assorbire dal terreno i minerali più importanti come il Selenio. La Frutta viene raccolta ancora acerba, per essere poi posta successivamente in celle frigorifero.
In tal modo si perde il principio più importante, secondo cui la Frutta raggiunge il suo massimo potenziale vitaminico soltanto a maturazione completata sui rami dell'albero. Infine, bisogna ricordare che la maggior parte dei fattori co-enzimatici contenuti nella Frutta si trovano immediatamente sotto la buccia, che viene invece nella maggior parte dei casi eliminata con la sbucciatura.

Ancora, l'uso massiccio di concime azotato, eseguito per potenziare la resa dei Vegetali, fa aumentare la dose di sostanza azotate in essi contenute. Di qui la grave realtà di Ortaggi resi più ricchi di Azoto, ma con il grave problema che se non vengono conservati con modalità idonee, e se non vengono consumati in tempi brevi dopo la raccolta, finiranno per produrre Nitrati e Nitriti all'interno dello stesso Vegetale, con potenziali conseguenze tossiche e immuno-depressive soprattutto per i pazienti neoplastici sottoposti ad Immuno-Terapia, così come descritto in questo lavoro.

Infine bisogna ricordare che l'inquinamento ambientale ha determinato un aumento di metalli pesanti nei campi agricoli italiani, inquinanti ormai ubiquitari come Nichel, Piombo, Cromo e Cadmio (nella ex-Yugoslavia e in Medio Oriente anche Uranio): la presenza di questi agenti chimici richiama molta più acqua nella pianta e nel frutto rispetto alle piante coltivate in zone non inquinate: questa situazione spiega la variazione di sapore, la variazione di odore, e infine la variazione della consistenza stessa del frutto, osservabile facilmente da chiunque: con il risultato di dimostrare, ad analisi chimiche successive di laboratorio, l'effettiva perdita del valore nutrizionale della Frutta, della Verdura o degli Ortaggi, prima ancora di essere colti. Perdita che, in Europa, può essere stimata molto grave, pari a circa il 50%-70% per determinate componenti, come la vitamina B6 dei Fagiolini, la vitamina C degli Spinaci, o delle Fragole (perdita che sale al 90% nelle Banane importate dall'estero).

Del resto, in oltre 200 studi, sono state messe in evidenza le relazioni tra il ridotto consumo di Frutta e Verdura fresca e il Cancro ([624]), soprattutto, si è insistito molto sul particolare ruolo protettivo della vitamina E; viceversa, supplementazioni isolate di singole vitamine, soprattutto se sintetiche, hanno mostrato risultati talvolta paradossali, con incremento relativo nell'incidenza di tumori: l'alimento completo e naturale è sicuramente la migliore fonte vitaminica e di altri principi attivi, necessari per una dieta normale e, ancora di più, per una dieta anti-ossidativa per i pazienti neoplastici come più avanti discusso.

L'autore del presente lavoro ritiene pertanto che la specie umana sia attualmente deficitaria di una grande percentuale delle circa 30.000 forme stimate di complessi chimici presenti nei principali alimenti esistenti in natura, e in gran parte ricollegabili a Vegetali freschi, Frutta fresca, Semi integrali, Frutti di mare (Mitili, Vongole, Ostriche).

Di queste, le sostanze conosciute e ritenute essenziali presso i normali corsi universitari di Medicina e Chirurgia, di Farmacia, di Chimica e di Biologia (vitamine, pro-vitamine, co-fattori enzimatici, olii essenziali, aminoacidi essenziali e sali minerali) per la Dieta umana, non superano come cifra lo 0,5% del numero complessivo di sostanze fito-chimiche indicate in precedenza (circa 30.000).

E' quindi il caso di riconsiderare la nostra sicurezza alimentare in fatto di "vitamine".

Inoltre, se si tiene anche conto dell'elevato *turn-over* dei processi enzimatici necessari, si arriva anche alla personale conclusione che mangiare Verdure fresche e/o Frutta fresca 2 sole volte al giorno, è del tutto insufficiente, soprattutto per un paziente neoplastico, poiché le difese anti-ossidative dei globuli bianchi e delle altre cellule sane non possono restare prive di fattori co-enzimatici vitali.
Ciò può essere facilmente evidenziato ad esempio dalla misurazione nelle urine del tasso di 8-idrossi-deossiguanosina in ciascun paziente neoplastico in cura domiciliare.

Principali fattori anti-ossidanti (molti dei quali con proprietà apoptosiche o di altro genere) sono le vitamine.

Catechine : *Camellia sinensis, vitis vinifera, Theobroma cacao*

Kampferolo: indivia, *Allium porrum*, *Brassica oleracea italica* (Broccoli), *Raphanus sativus*, succo d *Vitis vinifera*

Quercetina: *Vitis vinifera, Malus communis, Allium cepa*

Tangeretina/Naringenina/Esperidina: *Citrus species* (agrumi)

Apigenina : *Apium graveolens, Matricaria chamomilla*

Genisteina/Daidzeina: *Glycine maxima*

Antocianine/Antocianidine (frutta e verdure colorate: *Vitis vinifera, Vaccinium myrtillus, Fragaria vesca*)

Proantocianidine (proantocianidine oligomeriche OPC, o tannini condensati): corteccia di *Picea marina, Cinnamomum zeylanicum*, vinaccioli (semi di *Vitis vinifera*).

Acidi fenolici: sono contenuti nei cereali integrali, nelle *Malus communis*, nel *Pyrus communis*, nei *Citrus species*, nella *Vitis vinifera*, nella *Spinacia oleracea* , nell' *Apium petroselinum*, nel *Rheum officinale*.

L'acido ellagico si trova in particolare nella *Junglans regia*, nel *Punica granatum*, nella *Vitis vinifera*, nella *Corylus avellana* , nella *Fragaria vesca*, nel *Rubus fruticosus,* nel *Rubus idaeus*.

L'acido caffeico e l'acido ferulico sono contenuti nel *Vaccinium myrtillus*, nella *Prunus avium*, nella *Malus communis*, nelle *Pyrus communis*, nella *Solanum tuberosus*, nella *Vitis vinifera*, nella *Coffea arabica* e nella *Camellia sinensis*.

Carotenoidi

si suddividono in **<u>Caroteni</u>** (*alfa-Carotene, beta-Carotene, Licopene*, etc…) e in **<u>Xantofille</u>** (*Luteina*, beta-*Cripto-xantina*, *Zea-xantina*), etc….

I vegetali a foglia verde contengono principalmente *Luteina* e *Zeaxantina.*

I <u>Caroteni</u> sono invece contenute in *Daucus carota, Citrus aurantium, Cucurbita maxima, Solanum tuberosus*.

alfa-Carotene: *Cucurbita maxima, Prunus armeniaca, Solanum tuberosus, Phaseolus vulgaris, Brassica oleracea italica* (Broccoli), *Brassica oleracea* (cavolo), *Actinidia sinensis, Lactuca sativa*, nella *Spinacia oleracea*, nella *Prunus spinosa, Garcinia indica, Carica papaya, Daucus carota*.

beta-Carotene: *Garcinia indica, Daucus carota, Cucurbita maxima, Carica papaya, Prunus persica, Prunus spinosa, Solanum tuberosus, Prunus armeniaca, Brassica oleracea italica* (broccoli), cime di broccoli, *Phaseolus vulgaris, Actinidia sinensis, Lactuca sativa, Spinacia oleracea , Solanum lycopersicum , Cucumis melo, Citrus aurantium*.

Licopene: *Solanum lycopersicum, Citrus decumana, Citrullus vulgaris, Psidium guajava, Carica papaya, Prunus armeniaca*.

Luteina : *Garcinia indica, Carica papaya, Actinidia sinensis, Prunus spinosa, Cucurbita maxima, Phaseolus vulgaris, Spinacia oleracea, Brassica oleracea italica* (broccoli), *Citrus aurantium, Daucus carota.*

Zeaxantina: *Prunus persica, Prunus armeniaca, Citrus aurantium, Carica papaya, Prunus spinosa, Cucurbita maxima, Garcinia indica, Actinidia sinensis, Cucumis melo, Zea mais* (NOTA: non OGM)

Criptoxantina: *Citrus limonum, Garcinia indica, Citrus aurantium, Prunus persica, Prunus spinosa, Capsicum frutescens, Carica papaia.*

TERPENI e **MONOTERPENI**: si trovano nella buccia dei *Citrus species* (agrumi), nelle *Prunus avium*, nelle Spezie ed Erbe Aromatiche. Si suddividono in Monoterpeni, Limonoidi, Carotenoidi, Saponine e Cromanoli (es.: Tocoferoli e Tocotrienoli).

GLUCOSINOLATI: sono composti contenenti zolfo, presenti in *Raphanus sativus*, *Nasturtium officinale*, *Senapsis alba*, *Brassica oleracea* (Cavolo), *Brassica oleracea botrytis* (Cavolfiore), *Brassica oleracea italica* (Broccoli), *Brassica rapa* (Rapa bianca e rossa), *Brassica oleracea bullata or gemmifera* (Cavolini di Bruxelles), *Zingiber officinalis*, *Isatis tinctoria*: sono circa 90 sostanze che quando vengono a contatto con l'aria o con la flora batterica intestinale, si trasformano in Isotiocianati e Indoli: la cottura distrugge fino al 50% di essi.
Le principali di queste sostanze sono: Sulforafano, Indolo-3.carbinolo (I3C), Di-idoilmetano (DIM), Ascorbigeno, Glucobrassicina. Nota: I3C e DIM alleviano anche i sintomi della fbromialgia

ORGANO-SOLFURI: i Tioallili sono composti appartenenti alla categoria degli organosolfuri presenti nell'*Allium sativum*, nell'*Allium cepa*, nell'*Allium ascalonicum*, nell'*Allium porrum*. Sono state identificate circa 80 molecole appartenenti a questa categoria: *alliina* (*S-allylcisteina solfossido*), *allicina* (o *diallil-disolfuro ossido o diallil-tio-sulfinato*), *ajoene*, *diallil-trisolfuro* (DAS), *diallil-disolduro* (DADS), *allil-metil-disolfuro* (AMD), *diallil-trisolfuro* (DAT), *allil-metil-trisolfuro* (AMT), S-*allilcisteina* (SAC), *S-allil-mercaptocisteina* (SAMC), *S-metilcisteina*.
Accanto alle già note azioni antitumorali, hanno particolare efficacia contro le infezioni batteriche, in particolare contro l'*Helicobacter pilori*.

FITO-ESTROGENI:
Isoflavoni (circa 15 molecole), Lignani (Secoiso-lariciresinolo, Matairesinolo), Cumesiani.
I Lignani sono contenuti nei semi di *Linum usitatissimum*, nella *Cucurbita maxima*, nella *Camellia sinensis*, nella *Vitis vinifera*, nell'*Allium sativum*, *Brassica oleracea italica* (Broccoli), *Psidium guajava*, cereali integrali, *Junglans regia* , *Corylus avellana* .

Tabella 1.d.: le principali vitamine

Antrachinoni : Aloina A, B, Emodina, etc…

Gruppo B :
B1 (Tiamina),
B2 (Riboflavina),
B3 (Niacina),
B4 (Adenina),
B5 (Acido Pantotenico),
B6 (o vitamina G: Piridossina),
B7 (o vitamina J: Colina),
B8 (o vitamina H1: Biotina),
B9 (o vitamina L1: acido folico),
B10 (o vitamina H2: acido Para-AminoBenzoico [PABA]),
B11 (o vitamina O: Carnicina),
B12 (Cobalamina),
B13 (acido orotico),
B14 (Xantopterina),
B15 (acido pangamico),
B17 (Amigdalina o Laetrile)

Carotenoidi (*alfa-Carotene*, *beta-Carotene*, *Licopene*, *Luteina*, *Canta-xantina*, *Cripto-xantina*, *Zea-xantina*, e altri 600 ...)

Vitamina C1 : acido ascorbico
Vitamina C2: Esculoside

Vitamina D1 (Calciferolo),
Vitamina D2 (Ergocalciferolo),
Vitamina D3 (Colecalciferolo)

Vitamine gruppo E: *alfa*-tocoferolo, *beta*-tocoferolo, *gamma*-tocoferolo, *delta*-tocoferolo, *epsilon*-tocoferolo, *zeta*-tocoferolo, *eta*-tocoferolo

Vitamine gruppo F (PUFA o Linacidina o acidi grassi polinsaturi): acido alfa-linolenico, gamma-linolenico, acido linoleico, acido arachidonico, etc….

Vitamina K (Menadione)

Vitamina I (Inositolo)

Vitamina M (Stigmasterolo)

Vitamina N (acido tiotico o lipoico)

Polifenoli bioflavonoidi

Bioflavonoidi (circa 5.000 o più):
Antocianine/Antocianidine (Nasunina, etc…),
Flavoni (Luteolina, Apigenina, etc...)
Flavanoli (Catechine, Teaflavina, Tearubigina, etc...),
Flavonoli (Quercitina, Kampferolo, Miricetina, Rutina, etc.),
Flavanoni (Narigenina, Tangeretina, Esperidina, etc. ..),
Isoflavoni (Genisteina, Daidzeina, etc…).
Pro-antocianidine (Pro-antocianidine oligomeriche OPC, o Tannini condensati)

Attualmente sono sempre più in uso i termini in lingua inglese, data anche la necessità di ricercare in bibliografia medico-scientifica gli ultimi studi su questi complessi molecolari:

Acacetin, Apigenin, Baicalein, Baicalin, Bilabetol, Biochanin A, Campherol, Catechin, Chrysin, Citrin, Daidzein, Diosmin, Epicatechin, Epigallocatechin, Epigallocatechin-3-gallate, Equol, Eriodictyol, Fisetin, Formononetin, Galangin, Gallocatechin, Genistein, Genistin, Ginketol, Gitogenin, Glycitein, Hesperidin, Hyperoxide, Isoamnetin, Isoginketol, Kampherol, Liquiritin, Luteolin, Morin, Munetone, Myricetin, Naringenin, Naringin, Nasunin, Nobiletin, Pychnogenol, Quercetin, Robinetin, Ruscogenin, Rutin, Silydiamin, Silymarin, Silychristin, Tangeretin, Taxifolin, Wogonin, etc..

Nota: Anthocyanins: *Peonidine-3-glucoside*, *Cyanidin-3-glucoside*….

Polifenoli NON flavonoidi : **Stilbeni** (Resveratrolo), **Idrossicinammati**, **Idrossibenzoati**

Stilbeni : Resveratrolo, etc..

Acidi idrossi-benzoici (acidi fenolici) : acido gallico, acido ellagico, acido salicico, etc… ;

Acidi idrossi-cinnamici (acidi fenolici) : acido ferulico, acido caffeico, acido cumarinico, acido clorogenico, curcumina, etc...

Isoprenoidi (circa 200 o più). Attualmente sono sempre più in uso i termini in lingua inglese, data anche la necessità di ricercare in bibliografia medico-scientifica gli ultimi studi su questi complessi molecolari:
Abscisic acid, Acorenone, Alloaromadendrene, Aromadendrene, Bergamotene, Bisabolene, Borneol, Bornyl acetate, Isoborneol, Cadinene, Camphene, Caranol, Carene, Carvacrol, Carvone, Pinocarvone, Caryophyllene, Cedrine, Cineole, Cinnamaldehyde, Cinnamate, Citral, Cyclocitral,, Citronellal, Citronellyl acetate or butyrate or propionate, Copaene, Cresol, Cubebene, Cymene, Damascenone, Elemene, Estragol, Eugenol, Farnesene, Fencone, Geraniol, Germacrene, Hotrienol, Humulene, Ionol, Ionone, Isopinocamphone, Isopulegol, Limonene, Linalool, Longifolene, Mentol, Neomenthol, Menthone, Isomenthone, Murolene, Myrcenol, Myrcene, Myrtenol, Neral, Nerol, Nerolidol, Nootkatone, Ocimene, Ocimenol, Perillaldehyde, Phellandrene, Pinene, Pinocamphone, Piperitol, Piperitone, Pristane, Pulegone, Sabinene, Sabinol, Santalol, Selinadiene, Selinene, Sinensal, Styrene, Terpinene, Terpineol, Terpinolene, Thymol, Tricyclene, Vanillin, Valencene, Verbenone, Vitispirane, etc….

Isotiocianati e Indoli (**Glucosinolati**)
Sono composti contenenti Zolfo *organico* (Glucosinolati), presenti in Rafano, Crescione, Senape, Cavolo, Cavolfiore, Broccoli, Rapa bianca e rossa, cavolini di Bruxelles, Zenzero, Guado: sono circa 90 sostanze che quando vengono a contatto con l'aria o con la flora batterica intestinale, si trasformano in Isotiocianati e Indoli: la cottura distrugge fino al 50% di essi.
Le principali di queste sostanze sono: Sulforafano, Indolo-3-carbinolo (I3C), Di-idoilmetano (DIM), Ascorbigeno, Glucobrassicina.

Lecitine : *Alexin B*, etc…

Saponine : Ginsenoidi, Saikosaponina D, etc…

Terpeni: Alisol B, acido betulinico, Bisabololo, acido boswellico, acido carnosico, Partenolide, acido pomolico, Timoquinone, etc…

fito-enzimi proteolitici (*Bromelaina*, *Papaina*, *Actinidina*)

Minerali organici: composti solforati (solfuri di Allile), Boro organico, Calcio organico, Cromo organico, Ferro organico, Germanio organico, Iodio organico, Magnesio organico, Manganese organico Molibdeno organico, Selenio organico, Silicio organico, Vanadio organico, Zinco organico. I minerali vengono assorbiti dai vegetali in forma colloidale, che ne permette l'assorbimento a livello intestinale. Viceversa, quelli inorganici non vengono assorbiti se non in minima parte e possono invece arrecare gravi danni agli organi emuntori, fra cui soprattutto il rene.

Altri FITO-ESTROGENI : Lignani (Secoisolariciresinolo, Matairesinolo), Cumesiani

Cap. 2

La Chemio-Terapia

"…Si può guarire dal Cancro, ma non dalla CHEMIO : su CINQUANTA malati di Cancro, che decidono di curarsi con la CHEMIO, soltanto UNO di loro sarà ancora vivo dopo soli CINQUE anni dalla prima CHEMIO…"

Cap. 2.a:

Incompatibilità assoluta della Fito-Terapia con la Chemio-Terapia

La Fito-Terapia, essendo basata sostanzialmente sull'Immuno-Terapia, cioè sull'attivazione della Cascata Immunitaria dei Linfociti, non dovrebbe essere eseguita in pazienti in trattamento con Chemio-Terapia, o che abbiano eseguito in precedenza la stessa Chemio-Terapia, causa il probabile insuccesso terapeutico, dovuto a:

1) Detossificazione indotta dalle vitamine naturali: quest'ultime eliminano la Chemio dai tessuti muscolari del paziente, determinando però una incontrollata immissione di questi veleni chimici nel sangue.
2) Danni a medio-lungo termine degli organi vitali: fegato, reni, cuore, pancreas…
3) Danno irreversibile alle difese immunitarie (in particolare, perdita dei *Natural Killer*) .

E' però ammessa la libertà di eseguire comunque tentativi d'Immuno-Terapia da parte del medico, per ragioni umanitarie.

Secondo l'autore del presente lavoro, l'impiego dell'*Aloe arborescens* e di altre vitamine controindica totalmente qualsiasi impiego, anche limitato, della Chemio-Terapia, data l'ampia dimostrazione, in letteratura medica, del suo fallimento in terapia anti-neoplastica (Tabella 2b).
Si ritiene pertanto che nessun paziente, se già sottoposto a CH.T, debba essere sottoposto alla lunga, complessa e impegnativa multi-terapia descritta in questo lavoro, poiché l'impiego della Chemio-Terapia toglie qualsiasi valenza curativa sia alla Immuno-Terapia (vedi cap.4), che alle altre forme terapeutiche considerate in questo lavoro (Bio-Chemioterapia, Fito-Lisi terapia, etc..)
Ciò vale anche nel caso di Chemio-Terapia a basso dosaggio somministrata per bocca.
Spesso, infatti, la Chemio-Terapiaviene eseguita anche a domicilio del paziente stesso tramite prescrizioni di pastiglie, capsule o compresse (*Alkeran*® da 5 mg, *Endoxan Asta*® da 50 mg, *Lastet capsule*® da 25, 50, o 100 mg, *Leukeran*® da 5 mg, *Linfolysin*® da 2 mg, *Methotrexate*® da 2,5 mg [nota: di quest'ultimo chemioterapico è consentito l'impiego, secondo Prontuario Farmaceutico Italiano, anche per l'Artrite reumatoide dell'adulto], *Myleran*® da 2 mg, *Purinethol*® da 2 mg, *Vepesid*® da 50 o 100 mg).
In ogni caso, la somministrazione orale di queste pastiglie ha delle gravissime conseguenze, poiché il sistema immunitario a livello gastro-intestinale è il più sviluppato di tutti, dato il carico antigenico a cui l'organismo viene esposto: la superficie cutanea è infatti soltanto di 2 metri quadrati, la superficie polmonare è di 80 metri quadrati, mentre la superficie gastro-intestinale raggiunge i 300 metri quadrati. Il sistema immunitario gastro-intestinale, essendo estremamente sviluppato, giustifica l'azione di molte vitamine dati per via orale allo scopo d'indurre una immuno-stimolazione specifica o aspecifica verso particolari antigeni naturali presenti in alcune specie di piante (vedi cap.4.f), ma spiega anche la sua estrema vulnerabilità alla stessa Chemio-Terapia, poichè questa conduce ad una graduale alterazione dei tessuti della mucosa intestinale (soprattutto colon) a causa della morte dei linfociti presenti nei linfonodi mesenterici, nelle Placche di Peyer, nella Lamina propria etc…

Questa alterazione determina non solo la graduale alterazione della funzionalità del tessuto linfatico presente sulla mucosa intestinale, ma anche il graduale blocco delle strutture linfo-immunitarie poste a distanza, con loro successivo esaurimento funzionale.

Cap. 2.b.: il fallimento della Chemioterapia

Il Giuramento d'Ippocrate fa espressamente divieto di somministrare "veleno" al paziente, anche se richiesto dall'ammalato stesso (vedi Giuramento d'Ippocrate).

Qualsiasi forma di Chemio-Terapia causa un danno irreparabile alle condizioni fisiche di coloro che si espongono all'azione di questi "farmaci cito-tossici" che entrano nel circolo sanguigno tramite iniezione e/o fleboclisi endovenosa (oppure per assorbimento indiretto dallo stomaco o dalla mucosa intestinale).
Questo tipo di trattamento è quindi diverso dalla Chirurgia o dalla Radio-Terapia, che concentrano invece i loro effetti su punti o aree specifici del corpo umano (terapie "mirate").

Negli ospedali si fa ricorso alla Chemio-Terapia quando c'è la possibilità che le cellule tumorali possano essere presenti in altre zone dell'organismo oltre alla sede del tumore primario. Ma raramente la Chemio-Terapia garantisce un periodo di sopravvivenza di almeno 5 anni, indicato impropriamente come "periodo di cura".
La Chemio-Terapia, in genere, arresta temporaneamente l'anomala crescita cellulare, oppure può alleviare il dolore per qualche tempo, o allungare di poco il tempo di sopravvivenza.

Ciò vale anche nel caso di Chemio-Terapia a basso dosaggio somministrata per bocca: la somministrazione orale di queste pastiglie ha delle gravissime conseguenze, poiché il sistema immunitario a livello gastro-intestinale è il più sviluppato di tutti, dato il carico antigenico a cui l'organismo viene esposto: la superficie cutanea è infatti soltanto di 2 metri quadrati, la superficie polmonare è di 80 metri quadrati, mentre la superficie gastro-intestinale raggiunge i 300 metri quadrati. Il sistema immunitario gastro-intestinale, essendo estremamente sviluppato, giustifica l'azione di molte vitamine date per via orale allo scopo d'indurre una immuno-stimolazione specifica o aspecifica verso particolari antigeni naturali presenti in alcune specie di piante (vedi cap.9), ma spiega anche la sua estrema vulnerabilità alla stessa chemioterapia, poichè questa conduce ad una graduale alterazione dei tessuti della mucosa intestinale (soprattutto del colon) a causa della morte dei linfociti presenti nei linfonodi mesenterici, nelle Placche di Peyer, nella Lamina propria. Questa alterazione determina non solo la graduale alterazione della funzionalità del tessuto linfatico presente sulla mucosa intestinale, ma anche il graduale blocco delle strutture linfo-immunitarie poste a distanza, con loro successivo esaurimento funzionale.

Vi è infine un'ultima considerazione in merito alla incompatibilità d'impiego della Chemio-Terapia successiva o contemporanea alle terapie multi-vitaminiche e dietetiche descritte in questo libro: se noi consideriamo il Cancro e tutti gli altri tipi di tumore come patologie che insorgono a causa di una carenza multi-vitaminica, e la cui cura, descritta in questo libro, risulti essere pertanto costituita sostanzialmente da un apporto costante e continuo di migliaia di vitamine (vedi anche cap. 1, 3, 5, 8 e 9), risulta pertanto illogico la somministrazione di sostanze anti-vitaminiche (che caratterizzano la "chemio"): è come se il Cancro, visto come un "iceberg" di degenerazione cellulare nato, cresciuto e sviluppatosi su un *pabulum* di acidosi, avitaminosi cronica e di intossicazione cronica del soggetto in esame, potesse essere sconfitto da una semplice somministrazione ulteriore di sostanze tossiche e anti-vitaminiche, soltanto perché capaci, queste ultime, di uccidere tutte le cellule in replicazione, comprese anche quelle tumorali….

Raramente si può parlare di" remissione": dati bibliografici ([749,750, 1360-1364]) riferiscono percentuali di riuscita in meno dell'1% in caso di cancro del pancreas, del 3% in caso di cancro al fegato, del 7% in caso di cancro dell'intestino…..

Nel 1986, sul *British Medical Journal*, Kearsley prendeva in considerazione il cancro in fase avanzato del polmone, dell'intestino, della mammella, della prostata, della testa e del collo, della vescica, quello endometriale e infine quello pancreatico, dimostrando già allora il sostanziale fallimento di questo approccio terapeutico, essendo la Chemio-Terapia curativa solo nel 5,9% dei casi su oltre 785.000 casi studiati, e nel 13% di tutti i casi di cancri (356.250) considerati "curabili ([206])[Kearsley J.H.: *Cytotoxic chemotherapy for common adult malignancies: "the emperor's new clothes" revisited*, British Medical Journal, Vol. 293, 1986, pp.: 871-876].

Esistono circa 60-70 farmaci citotossici in commercio in tutto il mondo.
Per l'Italia i nomi commerciali sono riportati in tabella 2a (elenco parziale): alcuni di questi veleni causano meno problemi di altri come: insonnia, spossatezza, diarrea, alopecia, stomatite, leucopenia, piastrinopenia, anemia, nausea, vomito…

Questi sono gli effetti collaterali immediati e conosciuti perchè visibilmente riscontrabili.
Ciò di cui raramente si parla sono gli effetti più gravi e più duraturi, le cui conseguenze deteriorano profondamente la vita del paziente e il decorso stesso della sua malattia, rendendo inutili persino le terapie basate sull'immuno-stimolazione dei linfociti *Natural Killer*, sull'attività apoptosica e detossificante di estratti di piante mediche.
Questi danni profondi e irreversibili, di cui raramente si discute, sono i seguenti:
2) grave riduzione, stabile e duratura, del numero di particolari tipi e sottotipi di globuli bianchi, indispensabili alla risposta immunitaria *specifica* contro il tumore.
2) mutazioni cellulari di tipo somatico, con comparsa di altri tumori secondari e/o metastasi
3) mutazioni cellulari di tipo germinale (testicoli oppure ovaie), con comparsa di sterilità, aborti o di bimbi malformati in quei casi di genitore sopravvissuto alla Chemio-Terapia e al Cancro.
4) accelerazione della crescita del tumore, anzichè una sua riduzione, con comparsa di resistenza crociata del tumore ad altri veleni (pompa glicoproteica di membrana).

La Chemio-Terapia è quindi controindicata in maniera assoluta in qualsiasi forma di associazione alla Immuno-Terapia.
La Chemio-Terapia è infatti gravemente depletoria soprattutto nei confronti dei linfociti, di cui è stata riconosciuta la buona capacità di identificazione e di distruzione di masse tumorali mediante Immuno-Terapia specifica anti-neoplastica (vedi capitolo 4).
Si può infatti affermare, secondo l'autore del presente lavoro, che *saranno solo e soltanto le difese immunitarie del paziente stesso a risolvere la patologia neoplastica, portandolo così ad una completa guarigione dal Cancro*.
La Chirurgia e la Radio-Terapia devono essere considerate soltanto come tecniche o metodiche d'appoggio capaci di eliminare una certa quota della massa tumorale primitiva e delle sue metastasi, fermo restando che *nessuna di queste due componenti deve essere considerata causa di guarigione finale del paziente dal tumore*: l'eventuale ed effettiva guarigione del paziente dal proprio tumore dipenderà solo e soltanto dalla capacità delle difese immunitarie di riconoscere e distruggere in maniera selettiva e radicale il tumore stesso L'Immuno-Terapia nega pertanto alla Chemio-Terapia qualsiasi valenza curativa e di *guarigione* nei confronti del tumore.

Si può pertanto affermare che è stato già dimostrato in letteratura medica il fallimento sostanziale della Chemio-Terapia per quasi tutte le forme tumorali (vedi Tabella 2b[1, 2, 7, 9, 12, 15, 18, 19, 23, 26, 31, 32, 33, 35, 36, 42, 44, 46, 50, 51, 53, 54, 57, 60, 64, 65, 67, 68, 70-72, 77, 80, 81, 82, 84, 88-93, 95, 99, 100, 102, 104, 105, 107, 109-111, 111, 113, 115, 117, 118, 121, 125, 127, 128, 133, 135, 137, 139, 140, 149, 150-152, 160, 162, 164, 166, 167 169-173, 175, 178, 180, 181, 183, 206, 241, 344, 481, 1035,1067-1073, 1174-1184, 1309-1328, 1340]): la Chemio-Terapia riduce la massa tumorale, sia pure al gravissimo prezzo di arrecare danni estesi a tutti gli organi e ai tessuti del paziente, determinando: insufficienza midollare (con la conseguenza di infezioni e di caduta di difesa immunitaria contro il tumore stesso), insufficienza epatica e renale, possibile evoluzione in fibrosi polmonare con

insufficienza respiratoria, danni cardiaci e ai vasi ematici, leucemie e cancri secondari in percentuale variabile.
In ogni caso, la ripresa neoplastica avviene quasi sempre, spesso caratterizzata da resistenza crociata delle cellule tumorali ad altri farmaci chemio-terapici, in cicli di Chemio-Terapia successiva di seconda o terza linea, fino ad essere definita alla fine, in termini del tutto inappropriati, "Chemio-Terapia di *salvataggio*": in realtà una Chemio-Terapia finale e distruttiva, eseguita con farmaci chemioterapici di vario tipo, che non riescono mai a *salvare* il paziente, né tanto meno a condurlo a guarigione effettiva…."

Nel 1975, il prof. Hardin Jones, dell'Università della California, dimostra per la prima volta, in uno studio su ampia scala durato 23 anni, che per gli ammalati di Cancro che si sono rifiutati di sottoporsi a Chirurgia, Radio-Terapia, e Chemio-Terapia, (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), la sopravvivenza media è di 3-4 volte più alta , rispetto a quelli che si sono sottoposti a trattamenti medici standard come Chirurgia, Radio-Terapia e Chemio-Terapia ([1338]) [Walter Last, "The Ecologist, vol. 28, No. 2, marzo/aprile 1998].
Tale constatazione è stata confermata, da allora, più volte nella letteratura medica, ad esempio per cancro della mammella dove la sopravvivenza media è di 12 anni e mezzo ([1067]) [*The natural history of breast carcinoma in the elderly: implications for screening and treatment*, Cancer 2004; 100(9), pp.:1807-1813, http://www.mednat.org/cancro/MORGAN_%20cancer_no_chemio.pdf], mentre quelli che si sono sottoposti a trattamenti medici standard (Chirurgia, Radio-Terapia e Chemio-Terapia), sono morti in media entro 3 anni.
Ancora, nel 1990, il prof. Ulrich Abel, dell''Università di Heidelberg affermava:"…*sebbene i farmaci chemioterapici portino ad una "risposta", cioè ad una diminuzione di massa del tumore, questa riduzione non produce un prolungamento della sopravvivenza del paziente; anzi, il cancro ritorna più aggressivo di prima, poiché la Chemio favorisce la crescita di ceppi tumorali resistenti. Inoltre la Chemio danneggia gravemente le difese dell'organismo, tra cui il sistema immunitario, spesso i reni e il fegato*….". Secondo i dati presentati dal dott. Abel, i pazienti trattati con Chemio-Terapia hanno risultati significativamente minori, in termini di sopravvivenza, rispetto a pazienti trattati con la medicina convenzionale, raggruppati e confrontati per tipo e stadio di tumore.
Abel afferma:"…*Un'analisi bilanciata e imparziale della letteratura medica mostra un indice di successi terapeutici quasi nullo nei trattamenti impiegati convenzionalmente per la cura delle forme avanzate dei tumori solidi"*…([1306]) [*Chemothrapy of advanced epithelial cancer*: *a critical survey*. HippokratesVerlag, Stuttgart, 1990; Healing Journal, No.1-2, Vol.7, 1990]; ([1337]) [U. Abel, Lancet, 10 agosto 1991]. www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3231

Nel 1991, l'oncologo Albert Braverman scrive: "…*nessun tipo di tumore solido che era considerato incurabile nel 1975 è curabile oggi. Molti oncologi raccomandano la Chemioterapia per praticamente qualsiasi forma di tumore, con aspettative che il sistematico fallimento non scoraggia*…" ([1339]) [A. Braverman: Medical Oncology in the 90s, Lancet, 1991, vol. 337, pp. 901].

Nel 1996, così scriveva Edward G. Griffin su "*World Without Cancer*, dell'*American Media Publication*: "….i nostri protocolli chemio più efficaci sono in realtà gravidi di rischi, di effetti collaterali e di problemi. Dopo che tutti i pazienti che abbiamo curato ne hanno pagato le conseguenze, solo un'esigua percentuale di essi viene ricompensata da un effimero periodo di regressione tumorale, generalmente parziale…".

Quando la Chemio-Terapia è utile.

La Chemio-Terapia è utile soltanto nel 1,5% (uno virgola cinque per cento) dei casi secondo una commissione OMS del 1980.
Secondo una rassegna di 1.500 pubblicazioni scientifiche effettuate dal prof. Jones dell'Università della California, tale percentuale di successo sale al 2%.
Molto più ottimista l'Istituto Gerson, che giunge a stimare una percentuale di successo (sopravvissuti a cinque anni dalla diagnosi) addirittura del 15%, con un fallimento sostanziale però dell'85% dei casi, fallimento che sale al 93% nel caso dei tumori dell'intestino, al 97% nel caso di tumore al fegato, al 99% di fallimento se tumore al pancreas ([749, 750, 1360-1364]) .
Ma secondo un recentissimo studio australiano pubblicato nel 2004 ([1340]) [Morgan G.: *The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies*, Clinical Oncol., 2004, 16, pp.: 549-560], che ha analizzato tutti gli studi clinici condotti in Australia e in America (USA), per ben 14 anni, cioè dal gennaio 1990 al gennaio 2004, è risultato invece che la Chemio-Terapia è efficace solo nel 2% dei casi. Questi risultati, usciti dallo spoglio di un campione immenso e più che rappresentativo di circa 227.800 casi di tumore, sono a dir poco catastrofici. www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF

Validità dubbia delle statistiche ufficiali

Le statistiche ufficiali di riuscita del successo terapeutico delle terapie standard attuali non hanno alcun fondamento ([1197-1204]).

1197) Moss R.: "*Questioning chemotherapy: a critique of the use of toxic drugs in the treatment of cancer*", Equinox press, 1995, ISBN 188192525x
1198) Anderson J.R.: *Analysis and interpretation of the comparison of survival by treatment outcome variable in cancer clinical tirals*, in: Cancer Treatment Rep., vol. 69, pp.: 1139-1144, 1985
1199) Becker N.: *Time trends in cancer mortality in the Federal Republic of Germany: progress against cancer?*, in : Int. J. Cancer, vol. 43, pp.: 245-249, 1989
1200) Berlin J.A.: *An assessment of publication bias using a sample of published clinical trials*, in: J.AM.Statistic Assoc., vol. 84, pp.: 381-392, 1989
1201) Cohen M.H.: *Prognostic factors may account for the increase survival of advanced ovarian cancer patients receiving high dose intensity chemotherapy*, Abstract No. 614, in: Proc. Am. Soc. Clin. Oncol. Vol. 9, pag. 158, 1990
1202) Enstrom J.E.: *Interpreting cancer survival rates*, in : Science, vol. 195, pp.: 847-851, 1977
1203) Hankey B.F.: *Black/white differences in bladder cancer patient survival*, in: J. Chron Dis., vol. 40, pp.: 65-73
1204) Hughes M.D.: *Stopping rules and estimation problems in clinical trials*, in : Statist. In Med., vol. 7, pp.: 1231-1242.

Nel 1985, il prof. John Cairns dell'università di Havard pubblica una critica devastante su Scientific American:"*…a parte rari tipi di leucemia, non è possibile rilevare alcun significativo cambiamento dell'incidenza di morti per cancro a seguito dell'uso su ampia scala della Chemio-Terapia. Non ci sono evidenze scientifiche che la Chemio-Terapia possa curare i vari tipi di cancro che oggi affliggono la società…*".
Nel 1987, 42 parlamentari del Congresso USA chiedono che si faccia chiarezza sulle terapie alternative che potrebbero essere usate per la cura del Cancro. Tra le altre cose, viene fatto notare che neanche la Chirurgia è approvata come trattamento per il Cancro, poiché neanche uno studio con il tradizionale gruppo di controllo è stato mai effettuato per valutarne i risultati a lungo termine. Neanche la Chemio-Terapia è approvata, ma è solo in fase sperimentale e dura ormai da 50 anni.

In sostanza:Buona "Incidenza di Risposta" vuol dire solo che il tumore si è soltanto ridotto di volume, ma non vuol dire che è stato debellato.
"Risposta": vuol dire: diminuzione del volume della massa tumorale nota.
"Incidenza di Risposta": percentuale di pazienti in cui si osserva, nei mesi successivi alla Chemio-Terapia, una diminuzione della massa tumorale nota.
"Durata di Risposta": vuol dire quanto tempo dura tale riduzione di massa tumorale.
"Risposta Completa" massa tumorale non più rilevabile alle indagini diagnostiche.
"Risposta Parziale": riduzione della massa tumorale del 50%

Gli studi ECRI (*Emergency Care Research Institute*) affermano che l'"Incidenza di Risposta", cioè la riduzione di massa tumorale a seguito della Chemio-Terapia, non si correla affatto con il "Prolungamento della sopravvivenza della vita del paziente".
"Remissione" non significa affatto "sopravvivere più a lungo".

La letteratura medica inerente alla Chemio-Terapia non usa mai termini quali:
"guarigione" e "qualità della vita".
Viceversa, nella letteratura medica su Chemioterapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo per casi di cancro con metastasi, le statistiche pubblicate fanno spesso apparire i risultati come migliori di quanto lo siano in realtà.
Ad esempio, vengono esclusi dalle statistiche quei pazienti che muoiono a causa delle infezioni subentrate subito dopo il trapianto di midollo osseo, non attecchito, con fallimento quindi del trapianto.
Questi pazienti vengono definiti dai ricercatori con il termine di "decessi prematuri".
Ad esempio, l'incidenza di decessi prematuri nelle donne con metastasi alla mammella è stata riportata in 31 studi pubblicati dal 1984 al 1994. La media era del 10% negli studi fatti dal 1992 al 1994.Viceversa sale al 17% considerando solo gli studi del 1994.
In altri casi, i pazienti morti per un'infezione non risultano morti per il cancro, e compaiono invece nel numero dei pazienti "guariti".

Costo economico della Chemio-Terapia

Si ritiene che la Chemioterapia costi allo Stato italiano DIVERSI miliardi di Euro l'anno.

STATISTICHE UFFICIALI

Analizziamo adesso i tempi di sopravvivenza, dopo Chemio-Terapia, di vari tipi di tumori maligni (Astrocitomi di quarto grado, Cancri del Capo e del Collo, Cancro del Polmone a grandi e piccole cellule, Cancro della Mammella, Cancro dello Stomaco, Cancro del Pancreas, Cancro del Rene, Cancro della Prostata, Cancro dell'Ovaio, Cancro dell'Utero, Cancro del Colon-Retto, Leucemie mieloidi e linfatiche, acute e croniche, Mieloma Multiplo, Linfoma di Hodgkin/NON Hodgkin :

Tumori al cervello

La percentuale di sopravvivenza a 5 anni, dopo Chemio-Terapia, nel caso di astrocitomi di quarto grado (glioblastoma multiforme) è appena del 4-5%.([1035]) [McLendon R: Cancer, 98 (8), pp.: 1745-1748, 2003]. In 30 anni, dice l'articolo scientifico, tale valore non è migliorato di un solo punto.

Carcinomi della regione testa/collo

Molti lavori dimostrano che la Chemio-Terapia post-operatoria non apporta alcun prolungamento della vita rispetto ai pazienti non trattati con Chemio-Terapia, comunque con alimentazione libera, senza diete particolari ([60,435]) [Stell P.M.: Br. J. Cancer, vol. 61, pp. 779-787, 1990];[Chalmers T. in: De Vita: "*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*", Lippincott and Co, Philadelphia , 4.a edizione, pp 235-241, 1993].
Altri lavori dimostrano, su un totale di 23 studi su Chemio-Terapia pre-operatoria e Chemio-Terapia post-operatoria, che non c'è alcuna differenza fra gruppi trattati e quelli non trattati (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari).([72,74,98,195,397, 449]) [Tannock I.F.: J.Clin. Oncol., Vol. 6, pp.1337-1387, 1984];[Clark J.R.: Seminars in Oncology, vol. 15, Suppl. 3, pp. 35-44, 1988];[Dodion P.: Raven Press, New York, pp. 525-547, 1986];[Choski A.J.: Seminars in Oncology, vol. 15, Suppl. 3, pp. 45-49, 1998];[Schantz S.P. : in : De Vita V. "*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*", Lippincott and Co, Philadelphia, 4 a. edizione, pp. 574-630, 1993];[Jacobs C.: J. Clin. Oncol., vol. 8 pp. 838-847, 1990].

Infine, secondo un recente lavoro del 2004 ([1340]), che ha preso in considerazione oltre 7.500 pazienti, soltanto il 2,5% di loro erano ancora vivi dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF)

Carcinoma del polmone a cellule non piccole

Per il carcinoma del polmone a cellule non piccole in stadio avanzato non esistono indicazioni di un evidente influsso sulla prognosi esercitato dalla sola Chemio-Terapia ([2]) [Abel U.: Biomed and Pharmacother, vol. 46, 1992, aggiorn. 1995, pp. 439-452]. www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3231

Nel caso del carcinoma bronchiale a cellule non piccole, vengono evidenziati in alcuni studi miglioramenti della sopravvivenza non significativi statisticamente, che sono così limitati che non giustificano l'impiego di terapie tossiche come da Chemio. A esempio, non si evidenzia alcun vantaggio significativo tra Chemio-Terapia precoce aggressiva e Chemio-Terapia ritardata, essendole mediane di sopravvivenza di appena 193 giorni contro 175 ([241])[Lad T.E.: *Immediate versus postponed combination chemotherapy (CAMP) for unresectable Non-Small Cell Lung Cancer: a randomized trial*, Cancer Treatment Reports, Vol. 65, No.11-12, 1981].

Queste valutazioni sono condivise anche dagli autori di numerosi altri lavori: ([16,39,158,259, 296, 361]) [Bakowski M.T.: Cancer Treatments Reviews, vol.10, pp. 159-172, 1983];[Mitrou P.S.: *Atemw.-Lungenkrhk.*, vol. 12, pp. 544-549, 1986];[Rankin E.M.: Slevin and Staquet, Studi randomizzati del cancro: un inventario critico per locazioni, Raven Press, New York, pp. 447-492, 1986];[Liu R.J.: Seminars in Oncol., vol. 20, pp. 296-301, 1993];[Hansen: J.Clin. Oncol., vol. 5, pp. 1711-1712, 1987].;[Browen M.: in: Rosenthal S.: "*Supporto medico del paziente con cancro*", W.B. Saunders Co, Philadelphia, pp. 200-215, 1987].

Anche in tempi recenti, le percentuali di sopravvivenza non cambiano: in un lavoro giapponese del 2002, su 41 pazienti, sottoposti a Chemio-Terapia con impiego di Radio-Terapia, la sopravvivenza a 3 anni è di 24% e a 5 anni è del 10% ([1326]) [Ikuo Semine: *Phase II study of twice-daily high-dose thoracic radiotherapy alternating with Cisplatin and Vindesine for unresectable stage III Non-Small-Cell Lung Cancer : Japan Clinical Oncology Group Study 9306*, Journal of Clinical Oncology, Vol. 20, No.3, 2002, pp.: 797-803].

In un altro lavoro successivo, sempre giapponese, del 2004, su 70 pazienti indagati, sottoposti a Chemio-Terapia e a Radio-Terapia, una Completa Risposta si evidenziò solo in 2 pazienti, con una percentuale di sopravvivenza, per tutti i pazienti, a 2 anni del 33% ([1327]) [Yukito Ichinose: *Uracil/Tegafur plus Cisplatin with concurrent Radioterapy for locally advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: a Multi-institutional Phase II Trial*, Clinical Cancer Research, Vol. 10, 2004, pp.: 4369-4373].

In un lavoro olandese, del 2004, su 57 pazienti sottoposti a Chemio-Terapia da sola, senza Radio-Terapia, i risultati finali non cambiano: il 50% dei pazienti era ancora vivo dopo 4 mesi circa; la percentuale di sopravvissuti dopo un anno era però già scesa al 32% e nel dicembre del 2002, dopo 2 anni e mezzo dall'inizio della terapia, erano già tutti morti ([1328]) [F.M. Wachters: *Phase II Study of docetaxel and carboplatin as second-line treatment in NSCLC*, Lung Cancer, 2004, Vol. 45, pp.255-262]

Carcinoma bronchiale a piccole cellule

George e altri, nel 1986 scrivevano:"*…con solo modeste percentuali di remissione, incapacità a lungo termine di azione palliativa (contenimento dei sintomi di malattia), ed un modestissimo numero di sopravvissuti a 2-3 anni di distanza anche tra i pazienti presi negli stadi iniziali di malattia, nessun trattamento con Chemio può essere considerato standard per il carcinoma del polmone a piccole cellule* ([127]) [George TK, in : Cancer, vol. 58, pp. 1193-1198, 1986].

Nel decennio successivo, Klastersky (1995) fece un riassunto dei più importanti studi che erano stati eseguiti:"*…recentemente, sono stati tentati numerosi diversi regimi chemioterapici, nella speranza di migliorare i risultati aumentando l'intensità della dose. Tutti questi sforzi, dal più estremo* (*Chemioterapia con trapianto di midollo osseo*) *al più semplice* (*raddoppiamento delle dosi*), *sono falliti. Nessun risultato significativo è stato ottenuto per aumento delle dosi chemioterapiche nel trattamento del carcinoma del polmone*

a piccole cellule, né per combinazione di singoli agenti…"([223]) [Klastersky J., in Seminars in Oncology, vol. 22, Suppl. 2, pp. 11-12, 1995].
Kokron (1982) osservava: …"*nel gruppo di controllo non trattato con Chemio-Terapia* (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari, n.d.t.), *evidenti vantaggi erano relativi alla qualità della vita a seguito dell'assenza degli effetti collaterali dei chemioterapici e della più breve durata della fase terminale della malattia…*" ([232]) [Kokron O., in : Onkologie , vol. 5, pp. 56-59, 1982].
Secondo un recente lavoro del 2004 ([1340]), che ha preso in considerazione circa 28.000 pazienti, (sia *cancro a piccole cellule* che *cancro non a piccole cellule*), solo il 2% di loro era ancora vivo dopo 5 anni dall'inizio della Chemio
(www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF).

Cancro della mammella

La letteratura medica è piena di lavori che dimostrano la sostanziale inutilità della Chemio-Terapia nella cura del carcinoma mammario([71, 117, 183, 344, 373, 481]) [Chlebowski R.T.: *A decade of breast cancer clinical investigation: results as reported in the program/proceedings of the American Society of Clinical Oncology*, *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 12, No.9, 1994, pp.: 1789-1795];[*A prospective randomized trial comparing Epirubicin monochemotherapy to two Fluorouracil, Cyclophosphamide, and Epirubicin regimens differing in Epirubicin dose in advanced breast cancer patients*, Journal of Clinical Oncology, vol.9, No.2, 1991, pp.: 305-312]; [Hoogstraten B.: *Combination chemotherapy and adriamycin in patients with advanced breast cancer, a Southwest Oncology Group Study*, Cancer, 38, pp.. 13-20, 1976];[Petru E.: *No relevant influence on overall survival time in patients with metastatic breast cancer undergoing combination chemotherapy*, J.Cancer Res.Clin.Oncol., 1988, No: 114, pp.: 183-185]; [Romero A: *Vinorelbine as first-line Chemotherapy for metastatic breast Carcinoma*, Journal of Clinical Oncology, Vol. 12, No.2, 1994, pp.:336-341];[Walters R.S.: *Arandomized trial of two dosage schedules of mitomycin C in advanced breast carcinoma*, Cancer,1992, Vol. 69, No.2, pp.:476-481].
A fronte di tutto ciò, studi multicentrici di sperimentazioni cliniche su donne affette da cancro al seno, pubblicati nel 2003-2004, in merito agli esiti di combinazioni varie di Chemio-Terapie, riportano esiti totalmente inconcludenti: ad esempio con tempo libero di malattia di circa 5 mesi, e mediana di sopravvivenza di 15 mesi ([1068])[*Multicentre, phase II study evaluating capecitabine monotherapy in patients with anthracycline and taxane-pretreated metastatic breast cancer*, Eur. J.Cancer, 2004; 40(4), PP:536-542], oppure nella cosiddetta "chemio di salvataggio", con mediane di sopravvivenza libera di soli 8 mesi, con tempo medio di risposta di 4 mesi, e una progressione di malattia entro 5 mesi ([1069])[*Full dose paclitaxel plus vinorelbine as salvage chemotherapy anthracycline-resistant advanced breast cancer: a phase II study*, J.Chemother. 2003,15(6),pp.:607-612], oppure con tempi di sopravvivenza libera da progressione di malattia di 3 anni con mediana di sopravvivenza di circa 1 anno ([1070])[*Phase II study of docetaxel in combination with epirubicin an protracted venous infusion 5-fluorouracil (ETF) in patients with recurrent or metastatic breast cancer. A Yorkshire breast cancer research group study*, Br.J.Cancer, 2004, 90(11),pp.:2131-2134], oppure con mediana di sopravvivenza di 2 anni ([1071])[*Capecitabine plus paclitaxel as front-line combination therapy for metastatic breast cancer: a multicenter phase II study*, J.Clin.Oncol.2004,22(12),pp: 2321-2327], oppure con sopravvivenza libera da progressione di malattia di 8-10 mesi, con mediana di sopravvivenza di 18-19 mesi ([1072])[*Phase III study of intravenous vinorelbine in combination with epirubicin versus epirubicin alone in patients with advanced breast cancer: a Scandinavian Breast Group Trial*, J.Clin.Oncol.2004, 22(12),pp.:2313-2320].
Infine, l'impiego "compassionevole" della Chemio-Terapia somministrata per bocca: "…An open-label, non randomized, compassionate-use study was carried…"([1073])[*Oral capecitabine in anthracycline and taxane-pretreated advanced/metastatic breast cancer*, Acta Oncol.,2004,43(2), pp.:186-189].

Secondo il dott. Ulich Abel, non vi è nessuna evidenza diretta che la Chemio-Terapia prolunghi la sopravvivenza; ciò è particolarmente degno di nota, poichè tutte le donne affette da tumore al seno vengono sottoposte a Chemio sia prima che dopo il trattamento chirurgico ([1306]) [*Chemotherapy of advanced epithelian cancer*, Healing Journal, No.1-2, Vol. 7, 1990, Gerson Institute. www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3231

Il dott. Nelson Erlick, direttore dell'ECRI (*Emergency Care Research Institute*), effettuò nel marzo 1996 un'approfondita analisi degli studi pubblicati dalla letteratura medica sul cancro della mammella fino all'anno 1994. Furono studiati 1.500 lavori scientifici.
Basandosi su tutti i dati disponibili, risultò che:
1). Nella fase iniziale della Chemio-Terapia c'è una "Incidenza di Risposta" più elevata con Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo che con la Chemio-Terapia standard. Cioè: la massa del tumore diminuisce ("Incidenza di Risposta"). Però la "Risposta" non dura a lungo e il cancro ricomincia successivamente a progredire.

2) La Chemio-Terapia standard offre alle pazienti con metastasi del cancro alla mammella un "Tempo di Risposta" più lungo (cioè il numero di mesi nel quale la diminuzione della massa tumorale dura più a lungo), e inoltre più pazienti sopravvivono per un anno rispetto a quelli trattati con Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo.

3) La ricerca scientifica su Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo non ha ancora identificato alcun sotto-gruppo della popolazione in cui tale trattamento può garantire un periodo di non-progressione del cancro che sia maggiore di quello dei gruppi di controllo.

Fino ad ora, la letteratura medica non ha mai affermato che la Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo possa comportare la guarigione da cancro della mammella.
La Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo comporta però un guadagno di circa 150-200 mila Euro-dollari per ogni trapianto di midollo osseo. Senza considerare però l'elevata percentuale di decessi nei mesi successi al trapianto di midollo osseo, a causa di infezioni mortali da germi, sopravvenute nelle pazienti prive, in quel momento, di difese immunitarie adeguate, causa la pesante Chemio-Terapia effettuata e la mancanza di midollo osseo attivo, poiché non ancora attecchito, nonostante il trapianto effettuato nelle settimane precedenti. Su questo fatto, è importante far rilevare che sul *Wall Street Journal* del 17 novembre 1994, in un articolo di copertina che descriveva la pressione politica esercitata sulle compagnie assicurative, affinché pagassero per i trapianti di midollo osseo in caso di tumore al seno di stadio avanzato, gli esperti fornivano anche qui rapporti totalmente negativi su questo tipo di approccio.

Sempre a proposito invece di tumori della mammella in fase iniziale, Phillip Day, nel suo celebre libro "*Cancro: se vuoi la vita prepara la verità*", alle pagine 20 e 21 riporta l'incredibile testimonianza del Dott. Irwin Bross del Roswell Memorial Park Institute di New York, testimonianza che si riporta per intero:
"*…Se si è una donna, alla quale è stato diagnosticato un tumore al seno in fase iniziale (cioè senza evidenza di metastasi), c'è un semplice dato scientifico che bisognerebbe conoscere. Quando un patologo diagnostica una lesione del tipo "tumore al seno in stadio iniziale", più della metà delle volte il patologo sta commettendo un errore, ossia non si tratta <u>realmente</u> di tumore al seno. Quello che la maggioranza delle donne ha realmente, è un tumore che, visto al microscopio illuminato, somiglia al cancro per il patologo. Esistono possibilità che tale tumore non abbia la capacità di metastatizzare…cosa che caratterizza il cancro vero e proprio. Il primo trial clinico controllato al mondo, riguardante le terapie coadiuvanti per il tumore al seno, fu condotto nel mio dipartimento. Il dott. Lesile Blumenson ed io facemmo una sorprendente scoperta: più della metà delle pazienti avevano un tumore, ma essi, all'apparenza, si presentavano piuttosto come lesioni benigne. La nostra scoperta non risultò popolare tra i medici professionisti. Essi non avrebbero potuto mai sopportare di ammettere la verità scientifica perché, a quel tempo, la terapia consisteva nella mastectomia radicale. Ammettere la verità avrebbe potuto condurre le donne, che avevano perso una mammella a causa di una diagnosi scorretta, ad intraprendere azioni legali per imperizia. I medici del National Cancer Institute, furiosi, ci allontanarono dalla ricerca. Probabilmente riuscirono ad insabbiare le nostre scoperte e a bloccare nuove pubblicazioni. Il tumore al seno e il*

cancro della prostata sono statisticamente gemelli: quando le funzioni dei due organi sessuali interessati diminuiscono, le cellule spesso divengono anormali e appaiono come cellule tumorali. Il Journal of the American Medical Association ha riferito di valori di sopravvivenza sorprendentemente alti in cancri della prostata non trattati, il che dimostra che 7 tumori su 8 NON erano cancri. Non c'è quindi motivo per le donne di entrare in panico nel momento in cui sentono pronunciare la parola "cancro". E' il panico invece a renderle facili vittime…."
Infine, secondo un recente lavoro del 2004 ([1340]), che ha preso in considerazione oltre 42.000 pazienti, soltanto l'1,5% di loro erano ancora vive dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF).

Carcinoma dello stomaco

Kingston valutò l'efficacia dei chemioterapici rispetto a placebo (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), in pazienti con carcinoma gastrico inoperabile. Il gruppo di 95 pazienti sottoposti a Chemio-Terapia dimostrò di avere un tempo di sopravvivenza medio del tutto sovrapponibile a quello dei pazienti trattati con placebo ([221]) [Kingston R.D.: Clinical Oncology, vol. 4, pp. 55-69, 1978].
L'unanime valutazione di molti altri autori è che la letteratura medica non evidenzia alcun prolungamento della vita attraverso la Chemio-Terapia, nel caso dei carcinomi dello stomaco([178,277,300,358])
[Moertel CG.: Cancer, vol. 36, pp. 675-682, 1975];[Queiber W.: Onkologie, vol. 9, pp. 319-331, 1986];[Hockey M.S.: Slevin and Staquet, Raven Press, New York, pp. 221-240, 1986];[Mc Donald: Seminars in Oncology, vol. 15, Suppl. 3, pp. 42-49, 1988]
Dodici studi randomizzati, che hanno confrontato la Chemio-Terapia post-operatoria con pazienti di controllo (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), hanno dimostrato la sovrapposizione dei tempi di sopravvivenza ([7,210,171,154]).
[Alexander H.L. .in:DeVita: *Cancro, principi e pratica dell'oncologia*, Lippincott and Co., Philadelphia, 1993, 4.a ediz.];[Kelsen D.: Seminars in Oncol., vol. 18, pp. 543-559, 1991];[Hermans J.: J.Clin.Oncol. Vol. 11, pp. 1441-1447, 1993];[Hallissey M.T.: The Lancet, vol. 343, pp. 1309-1312, 1994].
Negli ultimi 10 anni le cose non sono migliorate. Ad esempio, considerando un recente lavoro giapponese, del 2004, in cui sono stati presi in considerazione circa 500 pazienti, dal 1985 al 1997, la sopravvivenza fu dell'8% a 2 anni dall'inizio della terapia, e di appena il 2% a 5 anni dall'inizio della Chemio. ([1317]) [Yoshida M.: *Long-term survival and prognostic factors in patients with metastatic gastric cancers treated with chemotherapy in the Japan Clinical Oncology Group study*, Jpn J. Clin. Oncol. 2004, 34, pp.: 654-9, FREE full text article at : jjco.oupjournals.org].
In altri lavori recenti, le Risposte Complete riguardano sempre e comunque pochissimi casi; ad esempio, in un lavoro americano del 2005, in cui si prendono in considerazione 43 pazienti con cancro dello stomaco e dell'esofago, viene documentata una sola Risposta Completa e 5 Risposte Parziali, con sopravvivenza al 50% dopo circa 6 mesi, al 20% dopo 15 mesi, al 12% dopo 2 anni… ([1318]) [Enzinger PC. : *A phase II trial of irinotecan in patients with previously untreated advanced esophageal and gastric adenocarcinoma*, Dig. Dis. Sci. 2005, 50, pp.: 2218-2223].
In un altro lavoro del 2006, italiano, su 52 pazienti trattati, la metà era ancora viva dopo un anno dall'inizio della terapia, ma si erano registrati 3 soli casi di Risposta Completa e 15 casi di Risposta Parziale. Siamo in attesa di conoscere la percentuale di sopravvissuti a 2 e 5 anni ([1319]) [Felici A.: *Bi-weekly chemotherapy with cisplatin, epirubicin, folinic acid and 5-fluiorouracil continuous infusion plus g-csf in advanced gastric cancer: a multicentric phase II study*, Cancer Chemother. Pharmacol., 2006, 57, pp.: 59-64; Full Text article at : SpringerLink].
Un altro lavoro, coreano, su 30 pazienti sottoposti a Chemio, si è avuta una sola Risposta Completa e 13 Risposte Parziali, con una mediana di sopravvivenza per tutti i pazienti di 11 mesi. ([1320]) [Lee SH: *Combination chemotherapy with epirubicin, docetaxel and cisplatin (EDP) in metastatic or recurrent, unresectable gastric cancer*, Br. J. Cancer, 2004, 91, pp.: 18-22].
Sempre in un altro lavoro coreano, del 2005, 43 pazienti furono sottoposti a chemio-terapia dal gennaio 2002 a novembre 2002: anche qui la lenta discesa della curva dei sopravvissuti è

sovrapponibile a molti altri lavori: 40% circa di sopravvissuti a 9 mesi dall'inizio della terapia, 20% circa di sopravvissuti a 14 mesi dall'inizio della terapia, lieve stabilizzazione del numero di sopravvissuti a 20 mesi circa dall'inizio della terapia, con circa il 18% di sopravvissuti, successiva discesa a meno del 5% dei pazienti ancora vivi dopo 2 anni e mezzo dall'inizio della terapia ([1324])[Do-Youn: *Docetaxel + 5-Fluorouracil + Cisplatin 3 day combination chemotherapy as a first-line treatment in patients with unresectable Gastric Cancer*, Japanes Journal Clin. Oncol., 2005, 35, pp.: 380-385] .
In un altro lavoro, svizzero, del 2004, su 52 pazienti si ebbe una sola Risposta Completa con il 50% dei pazienti ancora vivi dopo 9 mesi, il 24% circa dopo 18 mesi, il 20% dopo 20 mesi, il 18% circa dopo 24-30 mesi, assestandosi intorno al 10% dopo 2 anni. Non riportate, da pubblicazioni successive, le percentuali di sopravvivenza attuali, a 4 anni ([1323]) [Roth AD: *5-Fluorouracil as protracted continuous intravenous infusion can be added to full-dose docetaxel (Taxotere)-cisplatin in advanced gastric carcinoma: a phase I-II trial*, Ann. Oncol. 2004, 15, pp.: 759-764, FREE full text article at : annonc.oupjournals.org].
In un altro lavoro coreano del 2002, su 35 pazienti sottoposti a Chemio-Terapia, dal 1999 al 2001, si ebbe una sola Risposta Completa e ben 19 Risposte Parziali; ma la percentuale di sopravvissuti ancora vivi dopo dieci mesi era già sceso del 50%, calando poi al 20% dopo 18 mesi. Non riportate, da pubblicazioni successive, le percentuali di sopravvivenza a 5 anni ([1325]) [Eun Kyung Cho: *Epirubicin, Cisplatin, and Protracted venous infusion of 5-Fluorouracil for advanced gastric carcinoma*, Journal Korean Med. Sci., 2002, 17, pp.. 348-52].
Infine, secondo un recente lavoro del 2004 ([1340]), che ha preso in considerazione circa 5.000 pazienti con cancro allo stomaco, soltanto lo 0,7% di loro erano ancora vivi dopo 5 anni dall'inizio della Chemio. Viceversa, su 2.500 pazienti con cancro dell'esofago, circa il 5% di loro erano ancora vivi dopo 5 anni dall'inizio della Chemio
(www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF).

Carcinoma del pancreas

Il tempo medio di sopravvivenza è di 3 mesi, in pazienti sottoposti a Chemio-Terapia, mentre nei pazienti di controllo (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), non sottoposti a Chemio, il tempo medio di sopravvivenza è di circa 4 mesi ([118]) [Frey C., Cancer, vol. 47, pp. 27-31, 1981]. Mediante Chemio-Terapia si raggiunsero percentuali di risposta (riduzione della massa tumorale) di oltre il 30% ([38,285,321,401]) [Scheithauer W.: Tumor Diagnostik and Therapie, vol. 5, pp. 44-48, 1984; O'Connel: Seminars in Oncol., vol. 3, pp. 1032-1039, 1985;Meyer: *Tumor Diagnostic and Therapie*, vol. 8, pp. 54-58, 1987; Brennan: .in:DeVita "*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*", Lippincott and Co, Philadelphia, 4 a. edizione, pp. 849-882, 1993], ma il tempo di sopravvivenza, rispetto a pazienti NON trattati con Chemio (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), non cambia.
Volendo considerare lavori scientifici molto più recenti, il discorso non cambia più di tanto; ad esempio, usando nuovi chemioterapici come il Gemcitabine in associazione al Docetaxel, nel 2006, su 43 pazienti tedeschi, soltanto 3 di essi dimostrarono di ottenere una Remissione Completa, ma soltanto 6 pazienti, complessivamente, erano ancora vivi, su 43 iniziali, dopo appena 1 anno dall'inizio della terapia… ma è anche noto che la sopravvivenza a 2 anni e a 5 anni si riduce ulteriormente ([1309] [Ridwelski K.: *Multicenter phase-I/II study using a combination of gemcitabine and docetaxel in metastasized and unresectable, locally advanced pancreatic carcinoma*, Eur. J. Surg. Oncol., 2006, 32, pp.: 297-302, Elsevier Full-Text Article].
In un altro lavoro del 2005, si presero in considerazione 46 pazienti spagnoli, sottoponendoli a Gemcitabine in associazione, questa volta, a 5 Fluro-Uracile, (5 F-U); la media di sopravvivenza libera da malattia fu di soli 3 mesi e mezzo, con il decesso di circa il 75 dei pazienti già dopo il primo anno dall'inizio della terapia; ma anche qui non è dato di sapere la sopravvivenza a 2-5 anni ([1310]) [Santasusana JM: *A phase II trial of gemcitabine and weekly high-dose 5 fluorouracil in a 48 hours continuous-infusion schedale in patients with advanced pancreatic carcinoma. A study of the Spanish Cooperative Group for Gastroinstinal Tumour Therapy*, Clin. Transl. Oncol. 2005, 7, 493-498, Full Text Article at Clin. Transl. Oncol.].
In altro lavoro scientifico recente, della *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Gastrointestinal Group,* la sopravvivenza ad un anno è di circa il 30%, ma con successive

percentuali di sopravvivenza di circa il 10% a 16 mesi e di circa 1-2% a 2 anni ([1311]) [Lutz MP. *Docetaxel plus gemcitabine or docetaxel plus cisplatin in advanced pancreatic carcinoma: randomized phase II study 40984 of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Gastrointestinal Group*, J. Clin. Oncol., 2005, 23, pp.: 9250-6, Full text article at www.jco.org] ;
In un altro, invece, vengono fornite le percentuali, che sono anche qui del 30% ad 1 anno dall'inizio della terapia, 10% circa a 18 mesi, stabilizzandosi attorno al 2% dopo 2 anni ([1312]) [Ko A: *Phase II study of fixed dose rate gemcitabine with cisplatin for metastatic adenocarcinoma of the pancreas*, J. Clin. Oncol. 2006, 24, pp.379-385].
Neanche con microembolizzazione ed infusione di Cisplatino, Mitoxantrone e Mitomicina si sono ottenuti risultati migliori: infatti, su 265 casi trattati in Germania in 10 anni, dal 1995 al 2005, si è avuta una media di sopravvivenza del 42-58% ad un anno, ma con caduta al 20% dopo 2 anni, calo al 10% dopo 4 anni e stabilizzazione finale della percentuale dei sopravvissuti sotto il 5% dopo 5-6 anni ([1313]) [K. Aigner: *Celiac axis infusion and microembolization for advanced stage III/IV pancreatic cancer – a phase II study on 265 cases*, Anticancer Research, 25, pp.: 4407-4412, 2005].
In un altro lavoro, su 68 casi trattati, si ebbe un solo caso di Risposta Completa, 2 Risposte Parziali, con una mediana di sopravvivenza di 8 mesi, in particolare, la mediana di sopravvivenza per pazienti con metastasi epatiche fu di 6 mesi circa, mentre nei pazienti senza metastasi epatiche fu di 9 mesi circa. Nei casi con carcinomatosi peritoneale, la media di sopravvivenza fu di 7 mesi e mezzo, contro i circa 9 mesi dei pazienti senza carcinosi peritoneale. Anche qui non viene però riportata la percentuale di sopravvissuti totali a 2 e 5 anni. Si dice solo che a 54 mesi dall'inizio della terapia (cioè a 4 anni e mezzo) vi era un solo caso di Risposta Completa e 2 soli casi di Risposta Parziale ([1314]) [Oman M.: *Phase I/II trial of intraperitoneal 5-Fluorouracil with and without intravenous vasopressin in non-resectable pancreas cancer*, Cancer Chemother. Pharmacol., 2005, 56, pp. 603-609; Full text article at SpringerLink].
In un altro recente lavoro, su 565 pazienti trattati con Chemio, la sopravvivenza libera da progressione fu in media di soli 4 mesi ([1315]) [Oettle H.: *A phase III trial of pemetrexed plus gemcitabine versus gemcitabine in patients with unresectable or metastatic pancreatic cancer*, Ann. Oncol., 2005, 16, pp.: 1639-1645; Full text article at : http://www.annonc.oupjournals.org].
La Chemio data per bocca non ha avuto risultati migliori: in un recente lavoro del 2005, su 58 pazienti, trattati con Rubitecan per via orale, la percentuale di sopravvissuti a 6 mesi era ancora del 17%, ma ad un anno era già calata al 9% ([1321]) [Burris HA: *Phase II Trial of Oral Rubitecan in previously treated pancreatic cancer patients*, The Oncologist 2005, 10, pp.. 183-190. www.TheOncologist.com].
Infine, in un lavoro del 2004, su 48 pazienti sottoposti a terapia dal *North Central Cancer Treatment Group*, USA, solo il 20% era ancora vivo dopo 9 mesi dall'inizio della terapia, stabilizzandosi leggermente nei mesi successivi, ma per poi lentamente decrescere fino ad assestarsi al 10% al termine dello studio, 2 anni dopo. Siamo in attesa di sapere la percentuale finale di sopravvissuti a 5 anni. ([1322]) [Alberts SR.: *Gemcitabine and ISIS-2503 for patients with locally advanced or metastatic pancreatic adenocarcinoma: a North Central Cancer Treatment Group Phase II Trial*, vol. 22, No.24, 2004, pp.: 4944-4950].
Viceversa, secondo un recente lavoro del 2004 ([1340]), che ha preso in considerazione oltre 5.000 pazienti, *nessuno* di loro era ancora vivo dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF).

Cancro renale

La sopravvivenza a due anni dalla diagnosi è notoriamente ritenuta "caso anedottico" (*anedoctal cases*), o comunque con percentuali di sopravvivenza molto basse, già a due anni dalla diagnosi (10-20%), se sottoposti a Chemio-Terapia ([1174,1175]) [Gattinoni L.: *Renal cancer treatment: a review of the literature*, Tumori, 2003, 89(5), pp.: 476-484; Flaningan RC.: *Metastatic renal cell carcinoma*, Curr. Treat. Options Oncol. 2003, 4(5), pp.: 385-390].
Secondo un recente lavoro del 2004 ([1340]), che ha preso in considerazione circa 6.000 pazienti, *nessuno* di loro era ancora vivo dopo 5 anni dall'inizio della Chemio

(www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF).

Cancro della Prostata

Il 4 novembre 1995, la rivista scientifica *The Lancet* annuncia:"*…il 90% dei casi di cancro alla prostata non diventano mai significativi, clinicamente. La percentuale di sopravvivenza a 10 anni tra i pazienti che non avevano ricevuto alcun trattamento (né Chirurgia, né Radio-Terapia, né Chemio-Terapia, né Ormono-Terapia) era del 91,5%, contro il 77% dei pazienti sottoposti a Radio-Terapia…*".

Nota dell'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci: la Radio-Terapia, come noto, distrugge anche le difese immunitarie locali, in primo luogo i linfonodi vicini al tumore, ricchi di Linfociti *Natural-Killer*, purtroppo estremamente sensibili alle radiazioni.

Sempre il *The Lancet*, rincara la dose il 9 dicembre 1995 con l'annuncio-shock:

"*….la chirurgia totale per il trattamento del cancro alla prostata riesce. solo a far diffondere la malattia: monitorando 14 interventi chirurgici consecutivi, furono scoperte nel sangue di 12 pazienti cellule tumorali provenienti dalla prostata a seguito dell'operazione. Quegli stessi pazienti non avevano però mostrato alcuna cellula tumorale in circolo nel sangue prima dell'intervento chirurgico….*"

Secondo un recente lavoro del 2004 ([1340]), che ha preso in considerazione circa 32.000 pazienti, *nessuno* di loro era ancora vivo dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF).

Carcinoma ovarico

101 donne trattate con dose standard di Cisplatino hanno mostrato un eguale tempo di sopravvivenza di altre 306 donne trattate invece con elevato dosaggio di Cisplatino ([22,78])[Bella M.: Abstract No. 706, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol., vol.11, pp.223, 1992] [Colombo N.: Abstract No. 614, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncology, vol. 12, pp 255, 1993].

Altri studi confermano questi risultati ([81,329,330]) [Conte P.F.: Abstract No. 880, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol. 12, pp 273, 1993];[Ozols R.F, "Journal of Clinical Oncology", Vol. 5, pp 641-647, 1987.];[Ozols R.F.: Seminars in Oncol., vol. 21, Suppl. 2, pp. 1-9, 1994].

Infine, secondo un recente lavoro del 2004 ([1340]), che ha preso in considerazione circa 4.200 pazienti, solo il 9% di loro era ancora viva dopo 5 anni dall'inizio della Chemio

(www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF)

Carcinoma dell'utero e dell'endometrio

Nel caso di metastasi curate con diverse associazioni di chemioterapici si riesce a indurre una percentuale di risposta parziale del tumore di oltre il 40%, ma da studi randomizzati non deriva alcun prolungamento del tempo di sopravvivenza

([31,186,327,455,492,)] [Williams, C.J.: Raven Press, New York, pp. 417-446, 1986];[Thigpen J.T.: Cancer, Vol. 60, pp. 2104-2116, 1987];[Hoskins WJ.in:DeVita:*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*, Lippincott and Co, Philadelphia, 4.a edizione, pp. 1125-1152, 1993]; [Omura G.A.: Seminars in Oncol. Vol. 21,pp. 54-62, 1994];[Bonomi P.: J.Clin.Oncol., vol.3, pp. 1079-1085, 1985].

Addirittura, in un vasto studio su 260 donne allo stadio IIb e IV, un'associazione di Chemio-Terapia e di Radio-Terapia si è dimostrata addirittura peggiore della sola Radioterapia ([450]) [Tattersall M.H.: J.Clin. Oncol., Vol. 13, pp. 444-451, 1995].

Infine, secondo un recente lavoro del 2004 ([1340]), che ha preso in considerazione circa 6.000 pazienti, *nessuna* di loro era ancora viva dopo 5 anni dall'inizio della Chemio. Viceversa, nel caso del cancro della cervice uterina, su circa 2.500 pazienti, ben il 12% di loro erano ancora vive dopo 5 anni dall'inizio della Chemio

(www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF)

Carcinoma colon-rettale

Secondo Nicholls ([317]) [Nicholls J.: in : Slevin and Staquet, *Studi randomizzati del cancro: un inventario critico per locazioni*, Raven Press, New York, pp. 241-271, 1986] e Kane (204) [Kane M.J.: Seminars in Oncology, vol. 18, pp. 421-442, 1991], i gruppi di pazienti non trattati con Chemio-Terapia (ma comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), dimostrano di avere una sopravvivenza superiore a quella dei pazienti sottoposti a Chemio-Terapia.

Hine nel 1984 riscontra una percentuale di sopravvivenza a 5 anni come pari a zero, nel caso di circa 50 pazienti sottoposti a Chemio-Terpia preventiva post-intervento chirurgico ([175]) [Hine K.R.: *Prospective randomised trial of early cytotoxic therapy for recurrent colorectal carcinoma detected by serum CEA*, Gut 25, pp.: 682-688, 1984].

Anche i risultati raggiunti su 1.523 pazienti, mediante applicazione di Chemio-Terapia in infusione epatica, non dimostrano alcun vantaggio nella sopravvivenza e, in contrasto con l'effettiva intenzione di questi studi, dimostrano addirittura un incremento di metastasi al fegato.

([301,429, 485]) [Soybel D.L.: Current Problems in Cancer, vol. 11, pp. 257-356, 1987];[Weber W.: SAKK Anticancer Research, Vol. 13, pp. 1839-1840, 1993];[Moertel CG.: The New Engl. J. Med., vol. 330, pp. 1136-1142, 1994].

A distanza di quasi 20 anni da allora, la situazione non è migliorata: in un lavoro americano del 2005, su 110 pazienti considerati, si ebbe un solo caso di Remissione Parziale, con una media di sopravvivenza per tutti i pazienti di circa 6 mesi; più impressionante la discesa a cascata a meno del 20% circa dei pazienti liberi da progressione di malattia, che si assesta al 15% circa dopo 4 mesi, per scendere a meno del 5% a 7-8 mesi dall'inizio della terapia; da altro grafico riportato si osserva la lenta, inesorabile discesa dei sopravvissuti a 5, 10 15 e 20 mesi, con percentuali di sopravvivenza finale di circa il 10% dopo 18 mesi ([1316]) [Rothenberg ML: *Randomized phase II trial of the clinical and biological effects of two dose levels of gefitinib in patients with recurrent colorectal adenocarcinoma*, J. Clin. Oncol., 2005, 23, pp.: 9265-74, Full Text article at: www.jco.org].

Infine, secondo un recente lavoro del 2004 ([1340]), che ha preso in considerazione circa 30.000 pazienti con cancro del colon-retto, soltanto l'1-3% di loro era ancora vivo dopo 5 anni dall'inizio della Chemio

(www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF)

Leucemia Linfatica Cronica

In questa patologia, in un recente studio polacco effettuato su 229 pazienti sottoposti a Chemio-Terapia, la mediana di sopravvivenza (50%) è di circa 3-4 anni, con la curva di sopravvivenza che si stabilizza leggermente negli anni successivi, con valori di sopravvivenza a 8-9 anni del 30% (per pazienti di età superiore a 65 anni) e del 15-20% per pazienti di età meno anziana, ma comunque adulta.([1176]) [T. Robak: *The effect of subsequent therapies in patients with chronic lymphocytic leucemia previously treated with prednisone and either cladribine or chlorambucil*, Haematologica, 90, pp.: 994-996, 2005].

In un altro lavoro recente durato 10 anni, 78 pazienti su un totale di 134 pazienti originari, furono successivamente seguiti nella seconda fase di terapia, poichè ritenuti ancora idonei per proseguire la Chemio; di essi, la sopravvivenza libera da progressione di malattia risultò essere comunque inferiore ai 3-4 anni per oltre il 75% di questi 78 pazienti. La maggior parte dei 56 pazienti, che non furono dichiarati idonei a proseguire il trial sperimentale con questi 78 pazienti, vennero esclusi per i seguenti motivi: infezione da virus dell'epatite B, da Listeria monocytogenes, da Zoster virus, citopenia persistente, anemia emolitica autoimmune, neoplasia non ematologia, emorragia cerebrale, transaminasi persistentemente alte.([1177]) [F.R.Mauro: *Fludarabine + prednisone + alfa-interferon followed or not by alfa-interferon maintenance therapy for previously untreated patients with chronic lymphocytic leucemia: long term results of a randomized study*, Haematologica 88(12), pp.1348-1355, 2003]

Nota: secondo l'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci, queste esclusioni dai protocolli di cura con Chemio sono molto comuni e tendono a "falsare" i risultati finali.

Leucemia linfoblastica Acuta nell'Adulto

Lavori recenti di Chemio-Terapia di salvataggio per pazienti primariamente refrattari o in ricaduta da Leucemia Linfoblastica Acuta su 135 adulti dimostrano che le percentuali di sopravvivenza tendono a linearizzarsi soltanto dopo il primo anno dalla Chemio, con percentuali di sopravvivenza inferiori al 20%. Dopo 24 mesi, la percentuali di pazienti ancora in vita è inferiore al 10% circa. ([1178]) [Camera A.: *GIMELA ALL –Rescue 97: a salvage strategy for primary refractory or relapsed adult acute lymphoblastic leucemia*, Haematologica, 89(2), pp.145-155, 2004. www.haematologica.org]

Leucemia linfatica Acuta nei bambini

La Leucemia Linfatica Acuta nei Bambini, trattata con Chemio, ha una prognosi meno pesante rispetto agli adulti. Nei bambini, infatti, studi recenti del 1998, su casistiche molto estese (2038 bambini), riferiscono percentuali di sopravvivenza variabili fra il 42% e il 66,8% a 10-12 anni di dstanza dal trattamento chemioterapico, con stabilizzazione della curva di mortalità verso il quinto-sesto anno dalla cura con Chemio.([1179]) [R. Consolini: *Clinical relevance of CD10 expression in childhood ALL*, Haematologica 83, pp.: 967-973, 1998]

Nota: poiché la Chemio è notoriamente inefficace su gran parte dei tumori, ci si chiede come mai la Chemio risulti essere così efficace nella Leucemia Linfatica Acuta. Si rammenta che molti farmaci possono erroneamente dare quadri ematologici simili alla Leucemia Linfatica Acuta, al Linfoma di Hodgkin o a quello Non Hodgkin. Ma anche la stessa risposta immunitaria del paziente contro germi o virus (es: Mononucleosi) può erroneamente condurre alla diagnosi di tumore. (vedi dopo).

Leucemia Mieloide Cronica

Si riportano i seguenti dati, estrapolati su 1.084 pazienti, tutti sottoposti a Chemio-Terapia, e quasi tutti trapiantati con cellule staminali del midollo osseo: rispetto alla Leucemia Mieloide Acuta, la mediana di sopravvivenza è migliore, con circa il 60% dei pazienti ancora vivi a 24 mesi e una curva di sopravvivenza che tende a stabilizzarsi su valori leggermente inferiori negli anni successivi. Diversa invece la situazione nei pazienti con Leucemia Mieloide Cronica in fase progressiva, dove il 50% dei pazienti risulta essere ancora vivo dopo soli 12 mesi, percentuale che scende a circa il 35 % dopo 24 mesi, stabilizzandosi successivamente intorno al 30% circa. ([1180]) [De Souza: *Validation of the EBMT risk score in chronic myeloid leucemia in Brazil and allogeneic transplant outcome*, Haematologica, 90, pp.: 232-237, 2005. www.haematologica.org]

Leucemia Mieloide Acuta

Negli anziani, in studio recente del 2004, su 621 pazienti anziani, di età superiore a 60 anni, tutti sottoposti a Chemio-Terapia, risulta che la mediana di sopravvivenza (50%) è di appena 5-7 mesi. Con una Chemio-Terapia aggressiva, meno del 10% risultavano ancora vivi dopo 20 mesi; viceversa, con un approccio conservativo (Chemio a basso dosaggio), dopo 20 mesi era vivo ancora il 20% circa dei pazienti, che però calava anch'esso al 10% dopo ulteriori 20 mesi. Entrambe le curve declinano a meno del 2-5% di sopravvissuti nei mesi successivi. ([1181]) [Pulsioni A.: *Survival of elderly patients with acute myeloid leukaemia*, Haematologica, 89, pp.: 296-303, 2004; www.haematologica.org].

In un altro studio recente del 2004, su 258 pazienti anziani, sempre affetti da Leucemia Mieloide Acuta e sottoposti a Chemio-Terapia con autotrapianto di cellule staminali, la mediana di sopravvivenza (50%) sale ad appena 8 mesi, e a 24 mesi risulta essere vivo circa il 23-24% di tutti i pazienti. Tale percentuale declina quindi ulteriormente a 36 mesi e a 48 mesi (4 anni), dove sembra finalmente stabilizzarsi sul 10% circa di sopravvissuti.([1182]) [Oriol A.: *Feasibility and results of autologous*

stem cell transplantation in de novo acute myeloid leukemia in patients over 60 years old. Results of the CETLAM AML-99 protocol, Haematologica, 89, pp.: 791-800, 2004; www.haematologica.org].

Mieloma Multiplo

Circa il 25% dei pazienti sopravvive al quinto anno dal trattamento con Chemio-Terapia, meno del 5% è ancora vivo dopo 10 anni.([1183]) [Kenneth C. Anderson: *Management of Multiple Myeloma Today*, Seminars in Hematology, vol. 36, No.1, suppl.3, 1999].

Viceversa, secondo un successivo lavoro del 2000 ([1367]), basato su una randomizzazione di cura per il Mieloma Multiplo di fase-1, non ha evidenziato alcun beneficio della Chemio-Terapia rispetto all'assenza di cure.

Infine, un recente lavoro del 2004 ([1340]), che ha preso in considerazione circa 2.700 pazienti, *nessuno* di loro era ancora vivo dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF)

Linfoma di Hodgkin

In un recente lavoro del 2003, si sono presi in considerazione 97 pazienti, tutti sottoposti a Chemio-Terapia, Radio-Terapia e a trapianto di cellule staminali, in un arco di tempo di 18 anni: dal 1982 al 2000. Nei pazienti con Linfoma chemio-resistente, la mediana di sopravvivenza (50%) è solo di 2 anni, con stabilizzazione della curva di sopravvivenza al 30% dopo il quinto anno dal trattamento. Nei pazienti, invece, con Linfoma chemio-sensibile, si assiste ad una lenta discesa della curva di sopravvivenza che però si stabilizza molto bene al sesto anno, con percentuale di sopravvissuti del 60%, e permanendo invariata nei 10 dieci anni successivi. Si ritiene che tale curva non tenda a modificarsi ulteriormente. ([1184]) [P.L. Zinzani: *High-dose therapy with autologous transplantation for Hodgkin's disease: the Bologna experience*, Haematologica, 88,(05), pp.: 522-528, 2003; www.haematologica.org].

Nota: poiché la Chemio è notoriamente inefficace su gran parte dei tumori, ci si chiede come mai la Chemio risulti essere così efficace nel Linfoma di Hodgkin. Si rammenta che molti farmaci possono erroneamente dare quadri ematologici simili alla Leucemia Linfatica Acuta, al Linfoma di Hodgkin o a quello Non Hodgkin. Ma anche la stessa risposta immunitaria del paziente contro germi o virus (es: Mononucleosi) può erroneamente condurre alla diagnosi di tumore.

Estremamente importante la dimostrazione che le cellule di Reed Sternberg sono caratteristiche non solo del Linfoma di Hodgkin, ma anche della Mononucleosi infettiva del virus di Epstein Barr ([1292])[J.Kurtin: *Interfollicolar Hodgkin's disease*, Society for Hematopathology, Hematopathology Specialty Conference, 1996, Discussion, - Case # 5, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota,USA http://researchpath.hitchcock.org/socforheme/specialty/Spechem965.html]

In questo lavoro di dieci anni fa si dichiarava, già allora, che le cellule di Reed-Sternberg sono diverse da quelle del Linfoma di Hodgkin. Sotto vetrino, con reazione di immuno-perossidasi in sezioni paraffinate, le cellule di Reed-Sternberg, presenti nel Linfoma di Hodgkin interfollicolare, sono fenotipicamente identiche a quelle di Hodgkin nei linfomi in stadio di: sclerosi nodulare, cellularità mista, o di depressione linfocitaria. Infatti esibiscono tutte sia positività ad anticorpi anti-CD 15 (Leu-M1), sia ad anticorpi anti-CD30 (Ber-H2), sia ad anticorpi anti-CD45 (antigene comune dei leucociti), sia ad anticorpi anti-KiB3 ([1293])[Wilson CS: *Malignant lymphomas that mimic benign lymphoid lesion: a review of four lymphomas*, Semin. Diag. Pathos. 1995, 12(1), pp: 77-86]; ([1294]) [Fellbaum C.: *Monoclonal antibodies k1B3 and Leu-M1 discriminate giant cells of infectious mononucleosis and of Hodgkin's disease*, Hum Pathos. 1988, 19, pp: 1168-1173]. Le cellule di Reed-Sternberg sono linfociti altamente reattivi che elaborano una varietà di citokine e di fattori di crescita. Secondo questo articolo, è convincente l'ipotesi che l'iperplasia follicolare sia indotta dalle cellule di Reed-Sternberg come parte di una risposta reattiva al Linfoma di Hodgkin). Secondo Doggett ([1295]) [Doggett R.: *Interfollicular Hodgkin's disease*, Am. J. Surg. Pathos. 1983, 7, pp.: 145-149], la fase di malattia interfollicolare di Hodgkin, dev'essere vista come un riflesso di involuzione parziale del nodulo malato, e non come un sotto-tipo distintivo della malattia. In biopsie eseguite su pazienti, si vedono stadi diversi di linfonodi: sclerosi nodulare, cellularità mista, e aree interfollicolari. Le forme di Linfoma di Hodgkin con quadro di iperplasia follicolare devono essere quindi differenziate da diverse malattie, fra cui, in particolare, le "reazioni immunoblastiche para-corticali" :

1.a) reazioni immunitarie contro vari virus, incluso quello di Epstein Barr ([1296]) [Child CC: *Infectious Mononucleosis. The spectrum of morphologic changes simulatine lymphoma in lymph nodes and tonsils.* Am.J.Surg.Pathol. 1987; 11(2), pp.: 122-132];

1.b) linfoadeniti post-vaccinali ([1297]) [Hartsock RJ.: *Postvaccinial lymphadenitis: Hyperplasia of lymphoid tissue that simulates malignant lymphomas*, Cancer 1968, 21, pp.: 632-649];
[1.c) linfoadenopatie di disordini auto-immunitari come la malattia di Still dell'adulto ([1298]) [Valente RM: *Characterization of lymph node histology in adult onset Still's disease*. J.Rheumatol. 1989, 16, pp.: 349-354];
1.d) Lupus Eritematoso Sistemico (LES)
1.e) linfoadenopatia associata a ipersensibilità a farmaci ([1299]) [Abbondanzo SL: *Dilantin-associated lymphadenopathy. Spectrum of histopathololologic features*, Am. J. Surg. Pathol. 1995, 19(6), pp.: 675-686]; ([1300]) [Saltstein SL: Lymphadenopathy induced by anticonvulsant drugs and mimicking clinically and pathologically malignant lymphomas, Cancer 1959, 12, pp: 164-182].
Tutte queste patologie possono essere associate ad iperplasia para-corticale e follicolare.
Tutte queste condizioni di patologia benigna devono essere separate dal linfoma inter-follicolare di Hodgkin.

Ma nella Mononucleosi infettiva, un subset di immunoblasti può avere caratteristiche citologiche virtualmente identiche alle cosiddette cellule di Reed-Sternberg

La diagnosi di Linfoma di Hodgkin è supportata dalla positività al test immuno-reagente degli anticorpi anti CD-15, e dalla negatività al test immuno-reagente fatto con gli anticorpi anti-CD 45.
Nel Linfoma di Hodgkin dove vi sono le cellule di Reed-Sternberg, la immuno-reattività all'anticorpo anti- CD 15 è di circa il 15-20%. Viceversa, tutte le reazioni immuno-blastiche benigne viste precedentemente, risultano essere negative con il test anti-CD15, e viceversa positive con il test anti-CD 45. Immunoblasti atipici, reattivi al virus di Epstein Barr, sono però simili fenotipicamente alle cellule del Linfoma di Hodgkin secondo Reynolds ([1301]), che ha osservato che la distinzione tra Mononucleosi infettiva e Linfoma di Hodgkin è fattibile in base ai seguenti 3 punti :
1.a) Immuno-reattività al CD15 (se Linfoma di Hodgkin)
1.b) Assenza di immunoreattività al CD15 per gli immunoblasti reattivi al virus di Epstein Barr.
2.a) Presenza di piccoli linfociti T a "*collarette*" attorno alle cellule di Hodgkin.
2.b) Assenza dei piccoli linfociti T a "*collarette*" nella Mononucleosi infettiva da virus di Epstein Barr.
3.a) presenza di proteina di Epstein Barr nelle infezioni virali.
([1301])[Reynolds DJ: *New characterization of infectious mononucleosis and a phenotypic comparison with Hodgkin's disease*, Am J. Pathos. 1995, 146(2), pp.: 379-388]
L'immuno-fenotipo delle cellule di Reed–Sternberg è molto variabile, ciò dovrebbe indurre *cautela* ad interpretare la presenza di queste cellule in relazione alla diagnosi di Linfoma di Hodgkin o Linfoma NON Hodgkin essendo stata provata la poca affidabilità, nello stesso paziente, dell'utilizzo di anticorpi CD-3, DAKO-M1 (CD15), L26 (CD 20), BerH2 (CD 30), MT1 (CD 43), DAKO-LCA (CD45RB), UCHL1 (CD45R0), LN2 (CD74) e DAKO-EMA ([1302]) [Wei-Sing Chu: *Inconsistency of the immunophenotype of Reed-Sternberg cells in simultaneous and consecutive specimens from the same patients*, American Journal of Pathology, vol. 141, No.1, 1992, pp: 11-17].
Un altro lavoro che documenta la problematica diagnostica delle cellule di Reed-Sternberg nel Linfoma di Hodgkin *versus* Mononucleosi infettiva, è quello di Bitsori ([1303]) [Bitsori M.: *Reed-Sternberg cells in atypical primari EBV infection*, Acta Pediatrica, Vol. 90, No.2, 2001, pp: 227-229,3]. In particolare, la stessa distribuzione dell'anticorpo Leu MI (CD15) non è affidabile ([1304]) [Sewell HF: *Reaction of monoclonal antiLeu M1 - a myelomonocytic marker (CD15) –with normal and neoplastic epithelia 1987*, Journal of pathology, Vol. 151, No.4, pp.: 279-284]
Infine, si riporta la questione della diagnosi differenziale fra Sarcoidosi e gli stessi linfomi, essendo la prima, molto spesso una conseguenza della Chemio ([1305]) [Dickerman Hollister: *Sarcoidosis mimicking progressive Lymphoma*, Journal of Clinical Oncology, 2005, pp.: 8113-8116].

Linfoma NON Hodgkin

In un recente lavoro del 2005, si sono presi in considerazione 374 pazienti, tutti sottoposti a Chemio-Terapia. In base alla *International Prognostic Index* (IPI), sono stati suddivisi in 4 gruppi: a basso rischio, a basso-intermedio rischio, ad alto-intermedio rischio, e infine ad alto rischio. Le diverse curve di sopravvivenza ottenute non si discostano significativamente da quanto già noto in letteratura medica:
1) mediana di sopravvivenza (50%) di circa 1 anno per i pazienti ad *alto* rischio, con percentuale di sopravvissuti di circa il 10% dopo il quinto anno, con curva ancora in calo negli anni successivi;
2) mediana di sopravvivenza (50%) di circa 3 anni per i pazienti a rischio *alto-intermedio*, con percentuale di sopravvissuti di circa il 25% dopo il sesto anno ;
3) mediana di sopravvivenza (50%) di circa 4 anni per i pazienti a rischio *basso-intermedio*, con percentuale di sopravvissuti di circa il 40% dopo il sesto anno; di circa il 37% dopo il settimo anno;

4) mediana di sopravvivenza (50%) di circa 8 anni per i pazienti a *basso* rischio, con percentuale di sopravvissuti leggermente più bassa negli anni successivi. ([1185]) [M.van Agthoven: *Cost determinants in aggressive non-Hodgkin's lymphoma*, Haematologica, 90(5), pp.: 661-672, 2005].
Nota: poiché la Chemio è notoriamente inefficace su gran parte dei tumori, ci si chiede come mai la Chemio risulti essere così efficace nel Linfoma NON Hodgkin. Si rammenta che alcuni farmaci possono erroneamente dare quadri ematologici simili alla Leucemia Linfatica Acuta, al Linfoma di Hodgkin o a quello Non Hodgkin. Ma anche la stessa risposta immunitaria del paziente contro germi o virus (es: Mononucleosi) può erroneamente condurre alla diagnosi di tumore. Si riporta a titolo d'esempio quanto scritto su un recente libro di Medicina ([1307]), Savagno L.: *I linfomi Non Hodgkin*, Piccin Editore, pp.: 202:
"…la traslocazione è necessaria ma non sufficiente per la trasformazione neoplastica dei linfociti B. Il lettore deve concordare che la monoclonalità sia in genere un segnale di malignità; tuttavia questa non rappresenta una regola assoluta e priva di eccezioni: infatti abbiamo già rilevato come all'inizio di una intensa e specifica reazione immune (difensiva), i linfociti proliferano esprimendo un'attivazione uniforme, e solo un freno che interviene fisiologicamente più tardi rende autolimitante la proliferazione reattiva. Un esempio clinico illuminante viene dal caso di FR, un giovane di 28 anni, che per una tonsillite necrotizzante con adenopatie satelliti venne sottoposto a biopsia nel 1984. La diagnosi di 3 diversi patologi suggeriva un linfoma maligno con qualche marginale differenza classificativi tra l'uno e l'altro. Uno di questi patologi aveva anche riscontrato la monoclonalità dei linfociti tonsillari. Quando l'oncologo medico lo vide, esisteva ancora – prima di qualsiasi trattamento antiblastico o radiante – un linfonodo di 2 cm di diametro al gonion, mentre la lesione tonsillare si era spontaneamente ripianata, durante un trattamento sulfamidico. Un citoaspirato linfonodale dimostrò un tappeto omogeneo di linfoblasti atipici e spesso in mitosi, con aspetto francamente maligno. Due giorni dopo, al momento di dare la risposta, il linfonodo si era ridotto, ed aveva un diametro massimo di mezzo centimetro; si praticò allora un nuovo citoaspirato, che dimostrò che a questo punto non vi erano più i linfoblasti atipici e vivacemente proliferanti, ma a quelli si era sostituita una popolazione cellulare completamente diversa, formata quasi interamente da plasmacellule mature. Questo fatto (l'evoluzione tipica dei linfociti in blasti, che poi si trasformavano in plasmacellule) fece interpretare correttamente tutto l'episodio come una malattia flogistico-reattiva, e non neoplastica; si desistette perciò da qualsiasi trattamento antitumorale e il giovane sta ora avviandosi tranquillamente all'età matura senza traccia di linfoma, ad oltre dieci anni dall'episodio. Morale: la monoclonalità è una caratteristica quasi costante nelle neoplasie, ma da sola non basta per una diagnosi di assoluta sicurezza…([1307])"

Conclusione

Paul Wintre mostra una visione più cruda dei fatti e spiega così la dinamica del sistema: "E' improbabile che qualche medico interrompa consapevolmente una terapia oncologica per proteggere i suoi affari o la sua carriera. Ma ogni medico ha le sue idee in merito al miglior trattamento, sulla base di quanto ha appreso. Tuttavia, le Multinazionali Chemio-farmaceutiche hanno un'influenza estremamente marcata su quanto viene insegnato ai medici. I medici hanno troppo da fare per approfondire le statistiche sui trattamenti del cancro, e danno per scontato che ciò che viene loro insegnato all'Università, o ciò che viene dimostrato nelle pagine delle riviste di aggiornamento, sia il miglior trattamento possibile, poiché scientificamente dimostrato. Né possono permettersi il sospetto che tali trattamenti rappresentino la cosa migliore solo per le Multinazionali Chemio-farmaceutiche, che esercitano la loro influenza sulle "istituzioni culturali mediche di livello elevato", a loro appartenenti …"
(Winter, Paul: the cacell Home page, http://www.best.com/handpen/Cancell/cancell.htm).
Così, sostenendo la tesi che la Chemio-Terapia NON è curativa e che realmente ha scarsa efficacia sulle forme più diffuse di cancro, il dott. Martin F. Shapiro affermava sul Los Angeles Times, il 9 gennaio 1991: "*…mentre alcuni oncologi informano i loro pazienti sulla mancanza di prove che la terpia abbia efficacia, altri potrebbero essere stati sviati da documenti scientifici che esprimono ottimismo senza garanzie sulla Chemio-Terapia. Altri ancora sono sensibili agli incentivi economici. I medici possono guadagnare molto più denaro portando avanti pratiche di Chemio-Terapia di quanto possano apportando sollievo e conforto a pazienti in fin di vita e alle loro famiglie…*".
E il dott. Samuel Epstein, il 4 febbraio 1992, dichiara: "*…esprimiamo la preoccupazione che il sistema generosamente fondato per la lotta contro il cancro, il National Cancer Institute (NCI),*

l'American Cancer Society (ACS) e circa altri venti centri per il trattamento del cancro, abbiano sviato e confuso il pubblico e il Congresso (degli Stati Uniti) attraverso ripetute dichiarazioni in base alle quali si starebbe per vincere la guerra al cancro…".

Di fronte alla Chemio-Terapia, l'autore del presente lavoro non può che rivendicare, per proprio contrario convincimento clinico, fondato su innumerevoli prove scientifiche, il diritto alla piena libertà di terapia e all'assoluta autonomia tecnica (art. 12 del Codice di Deontologia Medica), nella responsabile scelta e applicazione di presidi diagnostici e terapeutici ritenuti più idonei, richiamandosi a quanto soventemente espresso anche in letteratura giuridica, in particolare nel testo di Amedeo Santosuosso (*Libertà di cura e libertà di terapia. La medicina tra razionalità scientifica e soggettività del malato*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998, pagina 57), dove, a commento dell'articolo 19 del Codice di Deontologia Medica, si legge:
"…*La libertà di valutazione del medico trova la sua norma di chiusura nell'articolo 19, intitolato "Rifiuto d'opera professionale": secondo questo articolo, che riproduce sostanzialmente il testo del precedente Codice deontologico, il medico, qualora venga richiesto di interventi sanitari che contrastino con la sua Coscienza o con il suo Convincimento Clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo atteggiamento non sia di grave e immediato nocumento al paziente*…"

E' degna di nota la particolare ampiezza e rigidità di questa norma. Essa consente infatti l'obiezione di coscienza non solo nei casi esplicitamente previsti dalla legge e secondo quelle procedure, ma a trecentosessanta gradi. Inoltre essa autorizza il rifiuto di terapie anche per il solo convincimento clinico, pure quando non siano coinvolte questioni di coscienza. L'unico limite posto riguarda situazioni estreme, quelle cioè nelle quali il paziente riceva un nocumento grave e immediato.

Del resto, in favore dell'autonomia del medico nelle scelte terapeutiche, ancor più esplicitamente si esprime la Corte di Cassazione che, in una propria sentenza del 2001 (Sezione IV, sent. n. 301/2001), così argomenta: "…*è corretto valorizzare l'autonomia del medico nelle scelte terapeutiche, perché l'arte medica, mancando per sua natura di protocolli scientifici a base matematica, spesso prospetta diverse pratiche o soluzioni che l'esperienza ha dimostrato efficaci, da scegliere con attenta valutazione di una quantità di varianti che solo il medico può apprezzare; tale valore di libertà nelle scelte terapeutiche non può essere avventata né fondata su semplici esperienze personali. Una volta effettuata la scelta, il medico deve restare vigile osservatore dell'evolversi della situazione, in modo da poter intervenire immediatamente in caso di urgenza, qualora capisca che la scelta fatta non era quella appropriata; quanto tutto ciò sia stato realizzato, il medico non può rispondere di un eventuale insuccesso; il giudice, per valutare la correttezza della scelta terapeutica operata dal medico e l'eventuale imperizia del suo operato, deve operare un giudizio "ex ante", collocandosi cioè mentalmente nel momento in cui il medico viene chiamato a operare la scelta e considerando anche la consistenza scientifica di questa*...".

Tabella 2a: Farmaci cito-tossici in vendita in Italia per Chemio-Terapia

i nomi commerciali sono in corsivo. I costi, in Lire, sono riferiti all'anno 1998

AZIENDE FARMACEUTICHE:
Astra Zeneca S.p.A.
Aventis Pharma S.p..A.
Bristol-Myers Squibb S.p.A
Chiron Italia S.r.l.
Dompè Biotec S.p.A.
Eli Lilly S.p.A.
Glaxo Wellcome S.p.A.
Ipsen S.p.A.
Italfarmaco S.p.A.
Janssen-Cilag S.p.A.
Novartis Farma S.p.A.
Roche S.p.A.
Schering Plough S.p.A.

Agenti alchilanti

Ciclofosfamide :
ENDOXAN ASTA® di Asta Medica: 50 confetti da 50 mg l'uno, fascia A, Lire 17.300
ENDOXAN ASTA® di Asta Medica: fiale da 0,5 grammi; Fascia A, Lire : 8700
ENDOXAN ASTA® di Asta Medica: fiale da 1 grammo; Fascia A, lire: 15.400

Ifosfamide

Mostarda azotata

Clorambucil:
LEUKERAN® della Glaxo: 25 compresse da 5 mg l'una; fascia A, Lire 22.200
LINFOLYSIN® del Nuovo Ist. Sier. Milan.: 50 confetti da 2 mg l'uno; fascia A, Lire 19.800

Busulfan:
MYLERAN® della Glaxo: 100 compresse da 2 mg; fascia A, Lire 29.000

Melfalan :
ALKERAN® della Glaxo: 25 compresse da 5 mg l'una; Fascia A, Lire: 26.300

Nitrosuree:
A) Carmustina (BCNU)
B) Iomustina (CCNU)

Cis-diclorodiammina platino:
CIS-PLATINO TEVA®della Teva: fiale da 20 ml da 10 mg per endovena; fascia A, Lire 20.200
CIS-PLATINO TEVA®della Teva: fiale da 100 ml da 50 mg per endovena; fascia A, lire 84.200
CITOPLATINO® della Rhone Poulenc: fiale da 10 mg per endovena; fascia A, lire 20.800
CITOPLATINO® della Rhone Poulenc: fiale da 25 mg per endovena; fascia A, lire 47.800
CITOPLATINO® della Rhone Poulenc: fiale da 50 mg per endovena; fascia A, lire 95.000
PLATAMINE® della Pharmacia; fiale da 10 mg; Fascia A, lire 20.800
PLATAMINE® della Pharmacia; fiale da 25 mg; Fascia A, lire 47.800
PLATAMINE® della Pharmacia fiale da 50 mg ; Fascia C, lire 91.000
PLATINEX® della BMS fiale per endovena da 10 mg; Fascia C, lire 19.200
PLATINEX® della BMS fiale per endovena da 10 mg in 20 ml, sol. Pronta; Fascia A, lire 20.200.
PLATINEX® della BMS: fiale per endovena da 25 mg in 50 ml; fascia A, lire 45.700
PLATINEX® della BMS: fiale per endovena da 50 mg in 100 ml; fascia C, lire 91.100

Carboplatino:
PARAPLATIN® della BMS: fiale da 150 mg per endovena (Fascia A, Lire 265.000)
PARAPLATIN® della BMS: fiale da 50 mg per endovena (Fascia A, Lire 88.200)

Antibiotici anti-tumorali (ricavati dallo Streptomyces):

Doxorubicina (Adriamicina):
ADRIBLASTINA SOL. PRON.® della Pharmacia : fiale da 10 mg in 5 ml; Fascia C, Lire 29.000.

Daunorubicina (Daunomucina):
DAUNOBLASTINA® della Pharmacia : fiale da 20 mg; fascia A, lire 25.500

Bleomicina:
BLEOMICINA® della Rhone Poulenc: fiale liofilizz. da 15 mg per endovena; fascia A, lire 52.700

Dactinomicina (Actinomicina D):

Mitomicina C:
MITOMYCIN C® della Kyowa; fiale da 2 mg; Fascia A, lire 21.400

Alcaloidi di origine vegetale

Alcaloidi della Vinca :

Vincristina:
VINCRISTINA PHARMACIA® della Pharmacia: fiale da 1 mg; fascia C; lire 21.300
VINCRISTINA PHARMACIA® della Pharmacia: fiale 2 mg; fascia C; lire 42.600
VINCRISTINA TEVA® della Teva: fiale da 1 mg; fascia C; lire 23.300
VINCRISTINA® della Eli Lilly: fiale da 1 mg, fascia A; lire 23.200

Vinblastina:
VELBE® della Eli Lilly; fiala da 10 mg; fascia A, lire 29.900

Derivati dalla Mandragora:
VP-16 (Mandragora, Podofillotossina)

Derivati del Tasso (*Taxus baccatus*: Tasso, Albero della Morte (Italian); Tree of Death (English); Eilec (Deutsch);
TAXOL® della Bristol Meyers Squibb : fiale da 30 mg/5 ml; fascia A; 257 Euro
TAXOL 100® della Bristol Meyers Squibb : fiale da 100 mg/1 ml; fascia A; 640 Euro
TAXORENE®

Anti-Metaboliti (antagonisti delle purine)

Tioguanina (6 Thioguanina, 6 TG)
THIOGUANINE® della Glaxo, 25 compresse da 40 mg, fascia A, lire 76300

Mercaptopurina (6- Mercaptopurina, 6 MP)
PURINETHOL® della Glaxo, 25 compresse da 50 mg, fascia A, lire 26100

Antagonisti delle pirimidine

Citarabina (Citosina arabinoside, ARA-C)
ARACYTIN® della Pharmacia: fiale da 100 mg in 10 ml, fascia A, lire 9.400
ARACYTIN® della Pharmacia: fiale da 500 mg in 5 ml, fascia A, lire 36.400
ERPALFA® della Intes: collirio da 0,5 % in 5 ml, impiegata nelle cheratiti virali; fascia C, lire 6100

Flurouracile (5-Fluorouracile, 5-FU)
FLUOROURACILE TEVA® della Teva, fiale da 250 mg; fascia A, lire 12.100.
FLUOROURACILE® della Roche, fiale da 250 mg in 45 ml; fascia C, lire 31.300
EFUDIX® della Roche, unguento da 20 grammi al 5%; fascia A, lire 8700; impiegato per applicazioni d'unguento sulla pelle per cheratosi solare, cheratosi senile, malattia di Bowen, epiteliomi basocellulari

Metotrexato (MTX)
BRIMEXATE® della BMS ; fiale da 20 mg; fascia C, lire 8.800
METHOTREXATE 500® della Wyeth; fiale da 500 mg; fascia A, lire 146.200
METHOTREXATE® della Wyeth; 100 compresse da 2,5 mg; fascia C, lire 25.800 *METHOTREXATE*® della Wyeth; 25 compresse da 2,5 mg; fascia A, lire 9.600 *METHOTREXATE*® della Wyeth; fiale da 50 mg; fascia A, lire 12.800
METHOTREXATE® della Wyeth; fiale da 5 mg; fascia A, lire 3.400
METHOTRESSATO TEVA® della Teva ; fiale da 500 mg; fascia A, lire 146.300
METHOTRESSATO TEVA® della Teva ; fiale da 50 mg; fascia A, lire 19.800

Nota: impiegato anche nell'artrite reumatoide dell'adulto

Dacarbazina
DETICENE® della Rhone Poulenc: fiale da 100 mg in 10 ml; fascia A, lire 10.200
DTIC (Imidazol-4-carboxamide-dimetiltriazeno)

ALTRI CHEMIOTERAPICI:
Vindesina Solfato
ELDISINE® della Eli Lilly, fiale da 5 mg fascia A, lire 282.400

Tabella 2b: il FALLIMENTO UFFICIALE della CHEMIO

Pubblicato nel 2004 lavoro scientifico australiano che prende in esame dieci anni di statistiche mediche australiane e americane (gennaio 1994-gennaio 2004) sui risultati della CHEMIO nella cura del cancro.
I risultati, usciti dallo spoglio di un campione immenso e più che rappresentativo di circa 227.800 casi di tumore, sono catastrofici: in media, solo il 2% dei pazienti sottoposti alla chemio risulta essere ancora vivo dopo 5 anni dall'inizio del trattamento "terapeutico".
L'articolo è disponibile, su richiesta, in PDF.
L'articolo è molto semplice come impostazione e, sia in tabella 1 (pp.551) che in tabella 2 (pp.552) sono riportate, in ultima colonna, queste percentuali di sopravvissuti alla CHEMIO dopo 5 anni dall'inizio del trattamento:

percentuale di sopravvissuti dello zero per cento: cancro del pancreas, cancro dell'utero, cancro della prostata, cancro della vescica, cancro del rene, Melanoma, Sarcoma e Mieloma Multiplo;

percentuale di sopravvissuti dell'1% : cancro dello stomaco e del colon;

percentuale di sopravvissuti del 2% : cancro della mammella e del polmone;

percentuale di sopravvissuti del 3-5% : cancro del retto;

percentuale di sopravvissuti del 4-5% : tumori al cervello;

percentuale di sopravvissuti del 5% : cancro dell'esofago;

percentuale di sopravvissuti del 9% : cancro dell'ovaio;

percentuale di sopravvissuti del 10% : linfoma NON Hodgkin;

percentuale di sopravvissuti del 12% : cancro della cervice uterina;

percentuale di sopravvissuti del 40% : tumore del testicolo e Linfoma di Hodgkin.

Tratto da : Morgan G.: *The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies*, Clinical Oncol., 2004, 16, pp.: 549-560 (http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm **MORGAN**)

In base a questo lavoro, si riassumono qui di seguito alcune domandine che il paziente dovrebbe avere il coraggio di fare all'Oncologo, quando questi gli propone di fare la Chemio:

DOMANDE:

E' vero che su oltre 5.000 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro del collo e della testa**, solo il 2% di loro erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 1.500 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro dell'esofago**, solo il 5% di loro erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su 3.000 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro dello stomaco**, solo 20 di loro (pari cioè allo 0,7%) erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su circa 14.000 pazienti americani sottoposti a CHEMIO **per cancro dell'intestino (colon)** , solo 146 (pari cioè all' 1%) erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 5.000 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro del retto**, solo il 3% di loro erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 3.500 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro del pancreas**, nessuno di loro era ancora vivo dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 20.000 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro del polmone**, solo 410 di loro (pari cioè al 2%) era ancora vivo dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 850 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **SARCOMA**, nessuno di loro era ancora vivo

dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 8.500 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **MELANOMA**, nessuno di loro era ancora vivo dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 30.000 donne americane sottoposte a CHEMIO per **cancro della mammella**, solo 446 di loro (pari cioè allo 1,4 %), erano ancora vive dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 4.500 donne americane sottoposte a CHEMIO per **cancro dell'utero**, nessuna di loro era ancora viva dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 3.000 donne americane sottoposte a CHEMIO per **cancro dell'ovaio**, solo il 9% di loro erano ancora vive dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 1.800 donne americane sottoposte a CHEMIO per **cancro della cervice uterina**, solo il 12% di loro erano ancora vive dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 23.000 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro della prostata**, nessuno di loro era ancora vivo dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 3.000 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro dei reni**, nessuno di loro era ancora vivo dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 1.800 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **tumore al cervello**, solo 68 di loro (pari cioè al 3,7%) erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 1.700 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **MIELOMA MULTIPLO**, nessuno di loro era ancora vivo dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 6.200 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **LINFOMA NON HODGKIN**, solo 653 di loro (pari cioè al 10%) erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 800 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **LINFOMA di HODGKIN**, solo 341 di loro (pari cioè al 40%) erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su circa 900 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **tumore del testicolo**, solo 373 di loro (pari cioè al 40%) erano ancora vivi dopo 5 anni ?

Cap. 2.C.:

Equivalenza degli effetti biologici della CHEMIO con quelli della RADIO – Terapia ?

L'azione biologica di danno da Chemio-Terapia sui tessuti organici del paziente è molto simile a quella dovuta alle radiazioni.

L'impiego delle radiazioni (Radio-Terapia) è facilmente misurabile, a differenza invece dei veleni chimici impiegati nella Chemio-Terapia.

D'altra parte, in entrambi i casi, i danni al DNA delle cellule e alle membrane cellulari risulterebbero sostanzialmente identici (danni genici, sub-cromatidici, cromatidici e ai cromosomi).

In ALLEGATO 30 si descrive una correlazione dosimetrica fra queste due tecniche di terapia oncologica, apparentemente distanti, ma in realtà molto simili come effetto biologico sulle cellule e sui tessuti di organi umani. http://www.vitarubata.com/pneumopatie%20iatrogene/Effetti%20biologici%20della%20Chemio-Terapia%20e%20della%20Radio-Terapia.pdf

Per ragioni di esposizione, si postula che l'unità di misura delle radiazioni gamma, usate in Radio-Terapia, espressa in "REM", sia equivalente all'unità di misura della sostanza velenosa iniettata per endovena nel paziente, unità di misura che prenderà il nome di "*Unità standard di CHEMIO*".

Il testo che segue è stato parzialmente ricavato da:
"*Il danno citotossico da chemio-terapia antitumorale*", Schering-Plough S.p.A, Milano, 1994, pubblicazione fuori commercio;

J.E.Coggle: "*Effetti biologici delle radiazioni*", Edizioni Minerva Medica

e, dello stesso autore del presente lavoro, dal libro:
"*La terapia dei tumori con Gadolinio 159 in Risonanza Magnetica Nucleare*", Italo Svevo Editore, e dall'articolo scientifico:
"*Effetti biologici di un'esplosione nucleare*", Minerva Medica, vol. 93, No. 4, pp. 227-272, agosto 2002.

CHEMIO-TERAPIA

La CHEMIO inibisce la biosintesi di DNA, RNA e di proteine; in particolare essa determina inibizione della replicazione, della trascrizione e della traslocazione. Tali "farmaci" agiscono direttamente sugli acidi nucleici interrompendo le azioni del DNA. In particolare viene inibita la mitosi. Sono più efficaci nella fase di divisione delle cellule, quando il DNA è in fase di replicazione, privo della membrana nucleare di protezione.
Nella CHEMIO predomina comunque il danno alla cellula inflitto da radicali liberi, analogamente a quello indotto dalle radiazioni ionizzanti, con effetto necrotico-infiammatorio sui tessuti stessi.

Come evidenziato dal testo "*Il danno citotossico da chemio-terapia antitumorale*", della Multinazionale Schering-Plough del 1994, pubblicazione fuori commercio, a pagina 13, si afferma:

"*…nonostante le evidenti differenze fra farmaci atitumorali, molti di essi hanno meccanismi citotossici simili, responsabili sia dell'effetto tumoricida sia dell'effetto tossico sui tessuti normali. Un gruppo di 14 farmaci, costituito da agenti alchilanti o da pro-farmaci che vengono trasformati in alchilanti, e il gruppo dei complessi organici del Platino, possiedono la caratteristica, o la acquisiscono in vivo, di essere COMPOSTI ELETTROFILI ALTAMENTE REATTIVI. Sei altri farmaci assumono in vivo la capacità di generare MOLECOLE REATTIVE, per esempio RADICALI LIBERI DERIVATI DALL'OSSIGENO:*
1) <u>Composto reattivo elettrofilo</u>: Busulfan, Carboplatino, Carmustina, Clorambucil, Ciclofosfamide, Dacarbazina, Dactinomicina, Ifosfamide, Lomustina, Mecloreatamina, Melfalan, Mitomicina, Procarbazina, Tiotepa.
2) <u>Composto liberante ossigeno reattivo o radicali liberi dell'ossigeno</u>: Amsacrina, Bleomicina, Daunorubicina, Doxorubicina, Idarubicina, Mitoxantrone…".

In merito ai danni specifici al DNA, cioè con blocco della replicazione cellulare, anche molte piante tossiche agiscono in maniera similare alla CHEMIO, agendo ad esempio sui recettori per la tubulina, impedendo la polimerizzazione con blocco metafasico (vedi anche capitolo 15.C).

Tutte queste azioni chimiche sul DNA non hanno nulla in comune con il fenomeno della "APOPTOSI". Quest'ultima è invece una delicata azione di auto-terminazione (suicidio) della cellula, in cui è lo stesso DNA, tramite enzimi specifici di endonucleasi, ad auto-frammentarsi portando a morte la cellula.
In terapie mediche ove si impiega CHEMIO a dosaggi minimali (MultiTerapia DiBella), cioè 100 volte inferiori ai dosaggi standard di CHEMIO abitualmente usati, si può comunque verificare il fenomeno di APOPTOSI, sia pure a carico di tutte le cellule, compresi i linfociti *Natural killer*.
La CHEMIO, viceversa, è un avvelenamento delle delicate strutture interne della cellula (come nel caso della RADIO, e la produzione di radicali liberi dell'ossigeno è alla base del danno provocato sulle cellule), in particolare del DNA, con gravi alterazioni cromosomiche, cromatidiche, subcromatidiche e geniche della struttura stessa del DNA, che andrà così incontro ad aberrazioni cromosomiche più o meno gravi. Oltre al DNA sono comuni anche altri danni, come ad esempio rotture delle membrane lisosomiali, mitocondriali, con successivo rigonfiamento cellulare e necrosi.
In molti casi si può verificare anche la cosiddetta morte mitotica, che subentra all'atto di replicazione della cellula, in conseguenza dei precedenti danni mitocondriali o cromosomici subiti in precedenza.

<u>RADIO-TERAPIA</u>

Le radiazioni ionizzanti, interagendo con il citoplasma cellulare, liberano radicali liberi che, in maniera analoga alle sostanze velenose della CHEMIO, inibiscono la biosintesi di DNA, di RNA e di proteine, determinando l'inibizione della replicazione, della trascrizione e della traslocazione. Agiscono così direttamente sugli acidi nucleici interrompendo le azioni del DNA. In particolare viene inibita la mitosi. Le radiazioni ionizzanti sono più efficaci nella fase di divisione delle cellule, quando il DNA è in fase di replicazione, privo della membrana nucleare di protezione.
La RADIO è un avvelenamento delle delicate strutture interne della cellula (come nel caso della CHEMIO, e le radiazioni ionizzanti possono essere paragonate ad una cascata di Perossido d'idrogeno), in particolare del DNA, con gravi alterazioni cromosomiche, cromatidiche, subcromatidiche e geniche della struttura stessa del DNA, che andrà così incontro ad aberrazioni cromosomiche più o meno gravi, e ad altri danni, come ad esempio rotture delle membrane lisosomiali, mitocondriali, con successivo rigonfiamento cellulare e necrosi. In molti casi si può verificare anche la cosiddetta morte mitotica, che subentra all'atto di replicazione della cellula, in conseguenza dei precedenti danni mitocondriali o cromosomici subiti in precedenza.

La sostanziale equivalenza fra CHEMIO e RADIO è del resto suffragata dai sistemi farmacologici o biologici (vitamine) atti a riparare i danni inflitti sia dalla CHEMIO che dalla RADIO.

A livello farmacologico, come evidenziato dal testo "*Il danno citotossico da chemio-terapia antitumorale*", Schering-Plough S.p.A, Milano, 1994, pubblicazione fuori commercio", a pagina 14, si pone all'attenzione l'impiego dei composti sulfidrilici : "…*hanno azione protettiva contro i radicali liberi dell'ossigeno, sia quando la loro formazione è dovuta a radiazioni ionizzanti, sia quando avviene in sistemi biochimici. La dimostrazione che la Cisteina, aminoacido contenente un gruppo sulfidrilico, conferiva in vivo un certo grado di protezione dai danni da radiazioni, ha stimolato un'intensa attività di ricerca rivolta alla sintesi e allo studio di composti sulfidrilici nell'ambito della U.S. Army's Antiradiation Development Program. L'Amifostina (acidoS-2[3-aminopropil-amino] etil-fosforotioico) è apparsa superiore agli altri composti studiati ed è stata valutata estesamente in studi preclinici e clinici. Oltre all'attività RADIO-protettiva in vivo, l'Amifostina ha dimostrato in vitro proprietà CHEMIO-protettive contro la tossicità midollare e renale di un'ampia gamma di alchilanti e del Cisplatino*…"

L'*Amifostina* (WR-2721) dev'essere però assunto 30 minuti prima dell'esposizione alle radiazioni: è un farmaco estremamente efficace poiché induce il raddoppiamento effettivo della dose radio-ionizzante necessaria per indurre decesso. Si ritiene che tale capacità di raddoppiamento della dose necessaria per indurre decesso sia applicabile anche alla CHEMIO.

Altri trattamenti farmacologici e vitaminici capaci di proteggere le cellule dagli effetti delle radiazioni e, quindi, dalla stessa CHEMIO sono: la *Timopentina*, la *Timostimolina*, il *Betaseron*, il *Levamisole*, la *Timosina* α, il *Mielogen*®, (rHu GM-CSF), il Sesquiossido di Germanio 132.
La vitamina C ha la capacità di agire come antiossidante, in grado di rimuovere i radicali liberi, assieme alla vitamina A, alla vitamina D, alla vitamina E e al Selenio.
Si potrebbe anche optare per l'uso di vitamine estemporanee, di cui è già nota in letteratura medica, come ad esempio quelle stratte dal *Viscum album*, da iniettare sotto cute, o quelle l'*Aloe species*, da ingerire mista a miele e alcool (2-3 cucchiai grandi da minestra di frullato di foglie fresche tritturate miste a miele, rapporto 1:2, con aggiunta di alcool).
Nota: in merito a questa pianta medica sono comparse in letteratura interessanti prospettive d'impiego per varie forme di patologia, non soltanto collegate al tentativo di ripristino delle difese immunitarie, ma anche per curare altre patologie, anch'esse presenti nella Sindrome Acuta da Raggi, come le radio-gastriti, le radio-enteriti, le radio-polmoniti e le ustioni cutanee da *Fall-out*. In particolare, in merito a quest'ultima patologia, a seguito di esperimenti nucleari americani eseguiti nel Nevada nel 1953, l'*Aloe* si dimostrò essere il miglior unguento contro le ustioni cutanee da raggi *beta* proprie del *Fall-out*. Di recente, è stata anche proposta la *Melaleuca alternifoglia* (codice NATO: NCAGE-A9355), attualmente in valutazione per le ustioni cutanee da fiamma, ma interessante anche per le ustioni da raggi e quelle da agenti chimici.

L'impiego contemporaneo della CHEMIO con vitamine naturali e prodotti fitoterapici, come ad esempio l'*Aloe species* e altre piante, è comunque un controsenso.
La CHEMIO è basata sull'utilizzo di anti-vitamine, cioè di veleni chimici che hanno il compito di uccidere le cellule in replicazione, sane o malate.
Pertanto, l'utilizzo di vitamine naturali in associazione alla CHEMIO riduce l'azione citocida dei farmaci chemioterapici, riducendo quindi sia gli effetti dannosi della CHEMIO agli organi e apparati del paziente, sia riducendo la stessa efficacia (comunque minima) della CHEMIO sulle cellule tumorali.Volendo quindi considerare l'equivalenza fra CHEMIO e RADIO in merito agli effetti biologici, in ALLEGATO 30, in fondo al presente lavoro, vengono date le SCALE di danno biologico da CHEMIO, e le dosi ritenute curative sui vari tipi di tumore.
http://www.vitarubata.com/pneumopatie%20iatrogene/Effetti%20biologici%20della%20Chemio-Terapia%20e%20della%20Radio-Terapia.pdf

Qui di seguito vengono riportati alcuni estratti.

Tabella 2C: scala dei danni generali da radiazione in REM o da UNITà STANDARD DI CHEMIO, in dose acuta

REM o UNITà STANDARD di CHEMIO	**Effetti biologici**
210	Dose massima ammissibile al midollo osseo, con exitus del 5%
230	Dose letale nel 50% dei casi, con morte entro 30 giorni
250	Cataratta
580	Dose letale nel 100% dei casi, con morte entro 30 giorni
750	Lesioni renali tardive, Castrazione ovarica
800	Limite massimo ammissibile per reni e vescica
1.000	Iperemia dopo 8 giorni, Aumento della permeabilità vascolare Limite massimo consentito in toto per entrambi i polmoni
1.250	Rischio di polmonite e di fibrosi tardiva
1.320	Limite massimo consentito in toto del fegato Limite massimo consentito in toto di un solo polmone
1.500	Alterazioni gastro-intestinali (stenosi del tenue) Limite di tolleranza cerebrale in toto
1.680	Limite di tolleranza per porzioni limitate del polmone
1.750	Gastrite, cistite, proctite di media entità
2.000	Epidermolisi, Mucositi aero-digestive di grave entità Limite di tolleranza cerebrale per piccolo volume, Perforazione dell'intestino, Limite massimo per lobo epatico isolato
3.000	Necrosi nel 3%, da danno vascolo-connettivale su area di 1 centimetro quadrato di cute o di tessuto molle

Tabella 2D : bio-dosi tumoricide, in REM o in UNITÀ STANDARD DI CHEMIO, per diversi tipi di tumore maligno

Tipo di neoplasia maligna	**Biodosi tumoricide, in REM o in UNITà STANDARD di CHEMIO, per tipi di neoplasia**
Leucemia	500
Linfoma di Hodgkin e NON Hodgkin	1.700
Mieloma Multiplo	2.000
Melanoma	3.350
Altri tumori della cute	2.250
Tumore del labbro	2.400
Tumori del cavo orale e carcinomi della faringe e della laringe	2.500
Carcinoma della tiroide	1.500
Carcinoma dell'esofago	2.000
Adenocarcinoma della mammella	2.000
Tumori delle midolla spinali	1.500
Carcinomi del polmone	2.500
Sarcoma osteogenico	2.750
Sarcoma di Ewing	2.000
Osteoclastoma	1.900
Carcinoma generico a cellule squamose	2.500
Adenocarcinoma del retto-sigma	2.500
Carcinoma generico con metastasi alle catene linfatiche lombo-aortiche	2.800
Rabdomiosarcoma	2.000
Tumori dell'ovaio	2.000
Carcinoma epidermoide del collo uterino	2.500
Carcinoma del corpo uterino	1.500

Liposarcoma	2.250
Tumore di Wilms	1.000
Tumori della vescica	2.250
Seminoma	1.250
Altri tumori del testicolo	2.000
Tumori della prostata	2.500
Neuroblastoma	1.500
Retinoblastoma	1.900
Adenomi ipofisari	1.500
Craniofaringioma	2.000
Emangioblastoma	1.500
Emangioendotelioma	1.900
Glioma	1.900
Medulloblastoma sotto i due anni di età	1.000
Medulloblastoma dai 3 anni in su	1.500

Capitolo 2.D:
DIAGNOSI VERA di Leucemie e dei Linfomi in base al tipo di danno genetico riportato (ABERRAZIONI CROMOSOMICHE)

Si rammenta che molti farmaci possono erroneamente dare quadri ematologici simili alla Leucemia Linfatica o a quella Mieloide, al Linfoma di Hodgkin o al Linfoma Non Hodgkin. Ma anche la stessa risposta immunitaria del paziente contro germi o virus (es: Mononucleosi infettiva) può erroneamente condurre alla diagnosi di tumore.
Si ritiene pertanto utile sottolineare l'importanza di condurre precisi esami diagnostici mirati allo studio del DNA delle cellule, allo scopo di escludere diagnosi errate.
In particolare, si ritiene sempre utile *dimostrare sempre* la presenza di un'aberrazione cromosomica, ogni qualvolta vi sia la necessità di diagnosticare una Leucemia o un Linfoma

Aberrazioni Cromosomiche presenti nella Leucemia e nel Linfoma

Le più importanti aberrazioni cromosomiche sono la traslocazione del DNA, la delezione del DNA, e l'inversione del DNA

Per **Traslocazione** del DNA si intende: "una rottura in almeno due cromosomi, con scambio di materiale genetico. In una traslocazione reciproca fra 2 catene di DNA non c'è una evidente perdita di materiale cromosomico. Le alterazioni sono indicate con la lettera "t". I cromosomi coinvolti sono annotati nel primo set di parentesi (per convenzione il cromosoma con il numero più basso è indicato per primo).

Per **Inversione** del DNA si intende: è il risultato di una doppia rottura nello stesso cromosoma con rotazione del segmento interposto.

Per **Delezione** del DNA si intende: perdita di un segmento di cromosoma come risultato di una singola rottura (delezione terminale), o di due rotture con perdita del frammento interposto (delezione interstiziale).

Se esiste in almeno due cellule lo stesso riarrangiamento strutturale (traslocazioni, inversioni o delezioni), allora la condizione è considerata diagnostica di un clone anormale, vale a dire di un tumore (maligno).

Di queste tre alterazioni cromosomiche, due (traslocazioni e inversioni) possono essere raggruppate insieme in quanto per entrambe si verifica rottura e riposizonamento di DNA.

Significato dei simboli usati nella nomenclatura cito-genetica

Numeri arabi (es: 1….2…. 14…18….23) : indica il tipo di cromosoma coinvolto. Ne esistono 23.

p : braccio corto del cromosoma

q : braccio lungo del cromosoma

segno + : se scritto prima del cromosoma, indica l'acquisizione di un intero cromosoma (es.: 18); se scritto dopo il cromosoma, indica acquisizione di parte del cromosoma (es.: 14q+ aggiunta di materiale al braccio lungo del cromosoma 14).

Segno - : se scritto prima del cromosoma, indica la perdita di un intero cromosoma (es.: - 7); se scritto dopo il cromosoma, indica perdita di parte del cromosoma (es.. 5q- perdita di parte del braccio lungo del cromosoma 5).

"t" : traslocazione

"del" : delezione

"inv" : inversione

Traslocazioni e Inversioni più frequenti nei linfomi

Tipo di Linfoma o di Leucemia:

Leucemia Mieloide Cronica :
riarrangiamento t(9;22) (q34;q11); frequenza : 95% dei casi ([1632,1640])

Linfomi Non Hodgkin tipo B :
riarrangiamento (t(8;14) (q24;q32); frequenza: 75-85% (linfoma di Burkitt) ([1633,1635,1611])
riarrangiamento (t(2;8) (p12;q24); frequenza: 5% (linfoma di Burkitt) ([1636,1612])
riarrangiamento (t(8;22) (q24;q11); frequenza: 15% (linfoma di Burkitt) ([1612])
riarrangiamento (t(14;18) (q32;q21); frequenza: 80% (linfoma a piccole cellule non clivate) ([1638,1613,1614])
riarrangiamento (t(11;14) (q13;q32); frequenza: 30% (linfoma a cellule mantellari) ([1615,1616])

Linfomi Non Hodgkin tipo T :
riarrangiamento (t(10;14) (q24;q11); frequenza: 5-10% ([1617,1618])
riarrangiamento (t(2;5) (p23;q35); frequenza: 40-50% (linfoma a grandi cellule anaplastiche) ([1619,1620])
riarrangiamento (t(8;14) (q24;q11) ([1621])

Leucemia linfatica cronica tipo B cellulare:
riarrangiamento (t(11;14) (q13;q32); frequenza: 10-15% ([1622,1616])
riarrangiamento (t(14;19) (q32;q13); ([1623])
riarrangiamento (t(2;14) (p13;q32); ([1622])

Leucemia linfatica cronica tipo T cellulare:
riarrangiamento (t(8;14) (q24;q11); ([1624])
riarrangiamento (inv(14) (q11;q32); ([1625])

Mieloma Multiplo
riarrangiamento (t(11;14) (q13;q32); ([1626])

Leucemia a cellule T dell'Adulto:
riarrangiamento (t(14;14) (q11;q32); ([1627,1628])
riarrangiamento (inv(14) (q11;q32); ([1629,1630])

Linfomi di Hodgkin :

riarrangiamento (t(2;5) (p23;q35); note: undici casi su tredici studiati ([1631])

Cap. 3

la Dieta nei pazienti oncologici

Il Cancro non si cura con il ferro del chirurgo, ma con la dieta vegetariana e le erbe mediche….

Ippocrate di Kos

L'alimentazione nel paziente oncologico

La terapia dovrebbe essere di esclusiva responsabilità del Medico di Famiglia o di un Medico privato di fiducia del paziente stesso: ciò allo scopo d'instaurare una lunga e paziente terapia domiciliare fondata sulla base di quanto indicato (VEDI PRIMA DICHIARAZIONE d'INTESA).

Importante, risulterebbe essere l'approccio psicologico alla malattia ([591-594]) da parte del paziente, che soltanto un quotidiano rapporto di fiducia e di cure mediche e familiari possono dare, evitando così accuratamente qualsiasi contrasto medico sulle scelte terapeutiche da adottare, ciò almeno in presenza del paziente stesso.

In particolare, spetterebbe al Medico di Fiducia imporre al paziente la Dieta anti-tumorale, visitando a domicilio il paziente stesso, variando la Dieta in accordo ai familiari e organizzando gli esami di laboratorio ritenuti più opportuni (VEDI QUINTA DICHIARAZIONE d'INTESA), allestendo, se necessario, le terapie farmacologiche a domicilio ritenute più valide.

Il sistema più semplice per ottenere le sostanze fito-chimiche naturali (cioè le vitamine) è l'alimentazione. Questa dovrebbe essere basata su 8-10 bicchieri al giorno di succhi (centrifugati e/o frullati) ottenuti da Verdure fresche da agricoltura biologica ben lavate (almeno quattro volte), Frutta fresca, Ortaggi, Tuberi; importante la scelta degli alimenti che dovrà essere certificata come prodotti ottenuti senza impiego di anti-parassitari e/o pesticidi, pur nei limiti della effettiva qualità del cibo, dato il comune inquinamento ambientale esistente in Europa.

La supplementazione di succhi concentrati di Frutta e Verdura migliora le difese immunitarie, in particolare, la cito-tiossicità dei *Natural Killer* può aumentare da 25 a 100 volte, con aumenti significativi anche della Interleukina 2, Interleukina 6, e proliferazione delle cellule T ([630]).

Ancora, la stessa supplementazione di succhi concentrati di Frutta e Verdura riduce il danno ossidativo al DNA dei linfociti periferici di circa il 66% ([631]).

Dai comuni carotenoidi contenuti nei cibi, il beta-Carotene , l'alfa-Carotene, il Licopene, la Luteina, la Zeaxantina e la Cantaxantina hanno dimostrato potente azione anti-ossidativa, immuno-modulante e la possibilità d'influenzare l'espressione genetica, migliorando i rapporti di legame giunzionale intercellulare ([635])
I carotenoidi Luteina e la Zeaxantina, principalmente contenuti nelle Verdure a foglie verde scuro (es.: Spinacio), risultano essere anch'essi efficaci.

Alti livelli di vitamine fitoterpiche quali carotenoidi, tocoferoli, e acido ascorbico sono state studiate, per la verifica di eventuali cambiamenti in positivo nell'iter patologico di gravi malattie croniche come il Cancro. Gli studi pratici a lungo termine, hanno tuttavia quasi sempre dimostrato che singoli nutrienti come il beta-Carotene ottengono risultati scoraggianti, poiché gli anti-ossidativi risultando efficaci soltanto se combinati e assunti a largo spettro (almeno 30.000 principi vitaminici, fattori co-enzimatici di varia natura). In tal senso, sono stati misurati i rispettivi livelli di carotenoidi e di tocoferolo nel plasma umano a seguito d'integrazione alimentare con estratti commerciali di Frutta e Verdura, quindi si è provveduto a stabilire l'efficacia dell'integrazione nella modifica dei processi ossidativi, effettuando la misurazione dei livelli dei *Perossidi lipidici* presenti nel siero ematico: 15 soggetti adulti sani hanno consumato questi estratti commerciali 2 volte a giorno, ai pasti, per 28 giorni; campioni di plasma e di siero furono prelevati prima dell'inizio dello Studio, al 7, 14 e 28 giorno.

Tabella 3: Valori ematici da ricercare in funzione di controllo dei livelli anti-ossidativi presenti in pazienti neoplastici con Cascata Immunitaria in atto:

Tocoferolo totale
Alfa-Tocoferolo
Gamma-Tocoferolo
Carotenoidi totali
Profilo lipidico
Glutatione
Folati
Vitamina B 12
Perossidi lipidici (es: Malondialdeide)
Livelli urinari di 8-idrossi-deossiguanosina
Capacità di riserva anti-ossidante del siero ematico

Dopo 28 giorni, i livelli di anti-ossidativi nel sangue, in particolar modo il Licopene, aumentarono in maniera significativa:
Beta-Carotene : +510%
Alfa-Carotene: + 119 %
Luteina / Zeaxantina: + 44%
Licopene : + 2046%
Alfa-Tocoferolo : + 58%
Retinolo: +14%

Viceversa, il livello dei Perossidi lipidici nel siero sanguigno diminuì di 4 volte dopo 7 giorni, attestandosi su un valore di -75%. La diminuzione del livello dei perossidi lipidici coincise con un aumento dei carotenoidi e dell'alfa-Tocoferolo, come logica conseguenza del miglioramento funzionale dei meccanismi di difesa contro l'ossidazione.
Analogamente, anche il gamma-Tocoferolo dimostrò un calo di concentrazione ematica (-38%), a causa del continuo stress ossidativo da parte della normale flora batterica; questo processo anti-ossidativo garantito dal gamma-Tocoferolo è dovuto al fegato e alla bio-disponibilità alimentare dell'alfa-Tocoferolo. Quando quest'ultimo è presente in adeguate quantità, il gamma-Tocoferolo viene "consumato" in particolari distretti corporei, come ad esempio l'intestino, evidenziando così un suo lieve ma continuo livello di bassa concentrazione. Viceversa, quando vi è carenza di alfa-Tocoferolo, il fegato tende a risparmiare il consumo di gamma-Tocoferolo, rialzando in tal modo i livelli ematici di quest'ultimo ([636]).

In un altro esperimento ([637]) d'integrazione alimentare con estratti commerciali di Frutta e Verdura, le concentrazioni plasmatiche al settimo giorno di terapia, eseguite su 16 individui adulti, riscontrarono i seguenti valori:
1) beta-Carotene: incrementato fino a concentrazioni ematiche stabili di 0,5 microMoli /Litro
2) Vitamina C: incrementato di circa 3 volte, fino a raggiungere concentrazioni ematiche stabili di circa 60 microMoli / litro.
3) Vitamina E: incrementato, fino a raggiungere concentrazioni ematiche stabili di circa 3 microMoli / litro.
4) Il livello plasmatico di Malondialdeide, considerato un indicatore generale di perossidazione, diminuì di circa il 40%.

In un altro esperimento ([638]) d'integrazione alimentare con estratti commerciali di Frutta e Verdura, dopo 3 mesi di supplementazione alimentare con 18 milligrammi al giorno di beta-Carotene, 900 milligrammi di vitamina C e 200 milligrammi di alfa-Tocoferolo, le concentrazioni plasmatiche aumentarono rispettivamente di:
beta-Carotene : +500%

vitamina C: + 55%
alfa-Tocoferolo +27%

La Dieta integrata
Otto-dieci porzioni al giorno di Verdure fresche e Frutta fresca è un regime alimentare che può risultare abbastanza gravoso per il paziente e per i suoi familiari, a causa della necessità di doverlo alimentare continuamente, ma dev'essere comunque perseguito, ad esempio con piccole porzioni.

Da parte dell'autore del presente lavoro, si ritiene necessario l'ulteriore integrazione dei Vegetali freschi (Frutta, Verdura, Ortaggi Tuberi) con i prodotti elencati più avanti.

Questo capitolo è stato liberamente integrato dall'autore con testi tratti parzialmente da diverse fonti ([642-675]).
In esso si avanza una particolare proposta di Dieta mirata per pazienti neoplastici, sulla base di oltre 15.000-30.000 principi attivi anti-tumorali di derivazione fitoterapica e, viceversa, con attenta esclusione di tutti i potenziali fattori di crescita tumorale (Glucosio, acidi nucleici, aminoacidi essenziali (Valina, Isoleucina, Leucina, Lisina, Metionina, Istidina, Triptofano, Fenilalanina, Treonina), vitamina B12 (in particolare), acido folico e, relativamente, anche acido para-aminobenzoico [PABA]).

Nota: questa dieta è parzialmente simile alla ben nota dieta gersoniana (Terapia Gerson); non è uguale ad essa e se ne discosta in più parti. Non è pertanto allineata alla Terapia Gerson.
Segue molto da vicino sia questa che altre terapie mediche metaboliche, indicate con i nomi dei medici che hanno avuto il grande merito di introdurre e/o modificare queste terapie: Paul **Beals**, John **Beard**, Philip **Binzel**, Douglas **Brodie**, Stanislaw **Burzynski,** Etienne **Callebout**, Ramos **Castillo**, Ernesto e Francisco **Contreras**, Stephen **Edelson**, Max **Gerson**, Nicholas **Gonzales**, Ettore **Guidetti**, HT. **Inosmetzeff**, Linda **Isaacs**, Joseph **Issels**, William **Kelley**, Catherine **Kousmine**, Ernest **Krebs**, Harold **Manner**, Manuel **Navarro**, Hans **Nieper**, Valsè **Pantellini**, Linus **Pauling**, Emanuel **Revici,** John **Richardson**, Vladimir **Rizov,** Benedetto **Rossi,** Michael **Schachter,** Marco **Tasca**, Paul **Wedel,** e altri.

In sostanza:
Una Dieta ricca di Frutta fresca *di stagione* e Verdura fresca (per entrambe: da 10 a 15 porzioni al giorno); in particolare, per le Verdure, vale il seguente schema quotidiano:

1) Bulbi di verdura: *Allium sativum* (Aglio), *Allium cepa* (cipolla), etc...).
2) Fiori di Verdura: *Brassica oleracea italica* (broccoli), *Brassica oleracea botrytis* (cavolfiore, etc..).
3) frutti di Verdura: *Solanum lycopersicum* (Pomodori [soltanto piccoli], *Cucurbita pepo* (Zucchine, etc…); No *Cucurbita maxima* (Zucche).
4) foglie di Verdura: *Spinacia oleracea* (Spinacio), *Lactuca sativa* (Lattughe, etc..).
5) Radici di Verdura: *Daucus carota* (Carote), *Pastinaca sativa* (Pastinaca), etc.. [NO *Beta vulgaris* (Barbabietole da zucchero)];
6) Semi di Verdura di tipo cerealico (vedi dopo), [NO *Zea mays* (Mais) per rischio transgenico, NO *Amaranthus species* (amaranto) per Lisina; NO *Secale cereale* (segale) per Lisina;
7) NO *Triticum turgidum* (kamut) per elevata percentuale di proteine].
8) tuberi di Verdura: *Brassica rapa* (rapa), etc...) [NO *Solanum tuberosum* (patata), per rischio transgenico.
9) costole e steli di Verdura: *Asparagus officinalis* (asparago), *Apium graveolens* (sedano), etc... [non magiare crudi *Asparagus officinalis* e/o *Apium graveolens*].

Sono esclusi i Semi di Verdura del tipo leguminose per l'elevato apporto proteico e per la relativa quantità di acido folico: *Glycirrhiza glabra* (Liquirizia), *Fagopyrum esculentum* (Grano saraceno), *Cicer arietinum* (Ceci), *Vicia faba* (Fave), *Lens esculenta* (Lenticchie), *Trifolium species* (Trifoglio) *Ceratonia siliqua* (Carruba), *Colutea arborescens* (Erba vescicaria), *Trigonella foenum graecum* (Fieno greco), *Galega officinalis* (Galega), *Lotus corniculatus* (Ginestrina), *Lupinus albus* (Lupino), *Melilotus officinalis* (Meliloto), *Anthyllis alpestris* o *vulneraria* (Vulneraria). Sono ritenuti particolarmente pericolose le forme OGM di legumi ampiamente usati in alimentazione (presentano TUTTI e 9 gli aminoacidi essenziali; quindi: NO *Phaseolus vulgaris* (Fagioli) per rischio transgenico; NO *Glycine maxima* or *soya* (Soia) per rischio transgenico; NO *Medicago sativa* ((Erba medica) per rischio transgenico; NO *Pisum sativum* (Piselli) per rischio transgenico([1011, 2006]).

Ammessi:
The di *Camellia sinensis* (The verde cinese), Aceto di Mele (Mele di ottima qualità lasciate poi fermentare in botti di rovere per almeno 6 mesi). Gli olii devono essere prodotti mediante spremitura a freddo e mai raffinati: ampio uso di olio italiano extravergine d'Oliva (DHEA), olio di *Carthamus tinctorium* (Cartamo), e di *Linum usitatissimum* (vitamina F); non devono essere mai fritti, ma devono essere consumati soltanto crudi. Permessi, con le dovute cautele (rischio di vit.B12 e aminoacidi essenziali) i Semi o i Germogli di piante (circa 150 specie riconosciute) mischiate con Miele di *Acacia species* (Acacia), di *Castanea vesca* (Castagno) o di altri tipi di miele (vedi cap.5).

Le Spezie sono molto utili (molte di esse hanno precisa attività anti-neoplastica su base immuno-stimolante e/o apoptosica): *Anethum graveolens* o *Peucedanum graveolens* (Aneto, Finocchio bastardo), *Hibiscus abelmoschus* o *Abelmoscythus moschatus* (Ambretta), *Angelica archangelica*, *Pimenta racemosa* (Pimento), *Stirax officinalis* (Benzoino), *Dryobalanops aromatica* (Borneolo), *Aniba roseadora* (Bois de Rose), *Melaleuca alternifolia* (Melaleuca, Albero del The) *Melaleuca leucodendron* o *minor* (Cajeput), *Melaleuca quinquenervia viridiflora* (Niaouli), *Cymbopogon nardus* o *citratus* (Citronella, Verbena delle Indie), *Foeniculum vulgare* o *sativum* (Finocchio), *Lavandula officinalis* o *angustifolia* (Lavanda), *Lavandula stoechas* (Lavanda romana), *Myrtus communis* (Mirto), *Pinus mugo* (Pino mugo), *Pinus sylvestris* (Pino silvestre), *Salvia sclarea*, *Santalum album* (Sandalo), *Satureja montana* o *hortensis* (Santoreggia), *Lippia citriodora* (Verbena odorosa), *Cananga odorata* (Ylang-Ylang, Fiore dei Fiori), *Viola odorata* (Violetta), *Pimpinella anisum* (Anice), *Ocimum sanctum* o *tenuiflorum* (Basilico), *Cinnamomum zeylanicum* (Cannella), *Elettaria cardamomum* (Cardamomo), *Eugenia caryophyllata* o *Caryophyllus aromaticus* (Chiodi di Garofano), *Coriandrum sativum* (Coriandolo), *Carum carvi* (Cumino bianco), *Carum nigrum* o *Nigella sativa* (Melanzio nero o Cumino nero), *Curcuma longa* (Curcuma), *Artemisia dracunculus* (Drangoncello), *Melissa officinalis* (Melissa), *Mentha species* (Menta), *Origanum vulgare* (Origano), *Majorana hortensis* (Maggiorana), *Piper nigrum* (Pepe nero), *Schinus molle* (Pepe rosa), *Capsicum frutescens* o *annum* Peperoncino rosso, Paprika, *Cochlearia armoracia* (Rafano), *Rosmarinus officinalis* (Rosmarino), *Salvia officinalis* (Salvia), *Sinapsis arvensis* (Senape selvatica), *Sinapsis alba* (Senape bianca), *Thymus vulgaris* (Timo), *Crocus sativus* (Zafferano), e *Zingiber officinalis* (Zenzero).

Da scartare la Frutta secca: *Corylus avellana* (Nocciola), *Olea europaea* (Olive), *Pinus pinea* (Pinoli), *Castanea sativa* (Castagne), *Juglans regia* (Noci), *Arachis hypogaea* (Arachidi) e *Pistacia vera* (Pistacchi); consentite in piccole quantità le mandorle amare (*Prunus amygdalus*), a causa della vitamina B17, come pure piccole quantità, sotto controllo medico, dei semini amari di frutta (B17).

Dopo poche o molte settimane di terapia dietetica (sotto giudizio medico), la dieta potrebbe cominciare ad essere moderata nel consumo di pasta e/o polenta con i seguenti cereali: *Hordeum volgare* (Orzo), *Milium effusum* (Miglio), *Triticum spelta* (Farro), *Oryza sativa* (Riso [solo giapponese]), *Triticum durum* (Grano duro) and *Triticum aestivum* or *vulgare* (Grano tenero).
Viceversa da scartare il Kamut (*Triticum turgidum*) poichè troppo ricco di proteine (20-40%); l'Amaranto e la Segale, poiché ricchi di Lisina.
Purtroppo deve ritenersi perduto il Mais (*Zea mays*), poiché a grave rischio d'iquinamento transgenico: era un cibo molto adatto per la cura del cancro essendo del tutto privo di Lisina e di Triptofano.
Nota 1: Il *Zea mays* (Mais) transgenico è pericoloso anche per il "*Bacillus thuringiensis*" (vedi dopo) oltre che per l'addizionameto della Lisina ([982]) e/o del Triptofano.
Nota 2: *Avena sativa* (Avena), è discutibile per via del suo contenuto di Auxina e di Lisina.
Nota 3: *Secale cereale* (Segala) and *Amaranthus hypochondriacus* (Amaranto) dovrebbero essere vietati, poichè sono ricchi di Lisina.
Nota 4: *Helianthus annus* ha Metionina: non dev'essere mangiato con legumi.
Nota 5: Legumi come *Glycine maxima* o *soya* (Soia), *Phaseolus vulgaris* (Fagioli), *Canavalina ensiformis* (Fagioli messicani), *Fagopyrum esculentum* (Grano saraceno), devono essere vietati, poichè sono ricchi di proteine e /o di Lisina e/o Triptofano, e di acido folico.
Nota 6: *Glycine maxima* o *soya* (Soia), *Zea mays* (Mais), *Phaseolus vulgaris* (Fagioli), *Oryza sativa* (Riso) and *Solanum tuberosum* (Patate) devono essere vietati, poichè sono transgenici (hanno tutti e 9 gli aminoacidi essentiali).

Dopo pochi o molti mesi, sotto giudizio medico, dieta moderata di Pesce di mare (non di allevamento, invece di piccola taglia e comunque mai fritto), consentito il Tonno (pur essendo quest'ultimo di grossa taglia);

Per almeno 2-3 anni, dieta priva di Carne, Prosciutto, Uova, Latte, Yogurt, Burro, Strutto, Sego, Formaggio, Fegato (contiene troppa vitamina B 12), Cioccolata (*Theobroma cacao* [Cacao]), Marmellata, Margarina, Sottaceti (composti nitrosi), Polline d'api (contiene acido folico e tutti e 9 gli aminoacidi essenziali), Aspartame, Grassi vegetali idrogenati, Piselli (rischio transgenico,[1011, 2006]), Fagioli (rischio transgenico), Soia (acido folico e rischio transgenico), *Tofu* ("formaggio" di Soia), Siero di Latte, Alghe marine (alcune contengono troppe proteine e anche vitamina B12), Patate (rischio transgenico) Lievito di Birra (contiene troppo acido folico), olio di germe di grano (contiene vitamina B12) Melassa, Barbabietole da Zucchero, Lievito di Torula, (dubbio in merito al Lievito di Pasta acida), Musli (elevata curva glicemica), Uvetta secca (elevata curva glicemica), Salmone OGM (virus transgenici), Polli OGM (virus transgenici), una certa "crema al cioccolato spalmabile" (troppi conservanti), integratori vitaminici sintetici o naturali (se contenenti PABA, acido folico, vit. B12), SAM (S-Adenosilmetionina), Carnitina, (sintetizzata da 2 aminoacidi essenziali: Lisina e Metionina), Erba d'Orzo (vitamina B12, acido folico, Lisina e Metionina), Arachidi o Noccioline americane (*Arachis hypogaea*) per alto contenuto proteico 26%, e per vasto ed esteso passaggio a modificazione transgenica (virus transgenici), olio di Cocco (*Cocos nucifera*) e di Palma (grassi saturi), Frutta tropicale come Banane (*Musa sapientum*), etc…(pesantemente inquinate da pesticidi, se OGM contengono retro-virus transgenici, e impoverite di vitamine data la raccolta ancora prematura e il lungo periodo di viaggio). Vietato anche l'uso dell'Amuchina.

6) Dieta assolutamente priva di Zuccheri semplici e/o raffinati [ad esclusione invece del Fruttosio contenuto nella Frutta, che dev'essere assunto liberamente e in grandi quantità, tramite Frutta fresca, per motivi di sostegno energetico]).

Da eliminare il Pane lievitato (potrebbe contenere vitamina B12), e anche perchè spesso c'è strutto di maiale e perché sembrerebbe anche arricchito con farine nord-americane (pericolo transgenico).

Da scartare anche l'olio di Cotone, poichè accumula elevate percentuali di residui di diserbanti e di antiparassitari.
Importante non mangiare assieme Pasta (o Polenta, o Pane [anche se azimo] o Riso) con Legumi, poiché si ha integrazione dei nove aminoacidi essenziali (8 contenuti nei cereali + 8 contenuti nei legumi), con effetto nutrizionale simile a quello ottenuto dalla Carne….
In tal senso, l'autore del presente lavoro esprime forti preoccupazioni per l'introduzione in commercio di cereali, legumi e altri vegetali modificati geneticamente (spesso NON dichiarati) che potrebbero contenere TUTTI gli aminoacidi essenziali (9), rendendo in tal modo effettivamente NON più curabile il Cancro secondo quanto descritto in questo lavoro. Ad esempio, è stato possibile rintracciare da dati bibliografici che la Patata, già ritenuta in passato curativa per i tumori, è oggi è assolutamente contro-indicata, poiché le è stato inserito il gene di sintesi della Lisina ([688]), un aminoacido essenziale di cui la Patata era priva, gene ottenuto dall'Amaranto, notoriamente ricco di questo aminoacido essenziale (*Amaranthus hypochondriacus*).
In Israele, fin dal 1992 è stata introdotta anche lì, in patate di varietà locale, la stessa Lisina ([685]).
Negli Stati Uniti, nel 1997, è stata introdotta la Caseina umana in patate di varietà nord-americana, rendendole così complete di tutti gli aminoacidi essenziali ([687]).
Nel 1998 il *Bacillus thuringiensis* fu trasferito mediante tecnica OGM su patate, e queste ultime furono date da mangiare a topi ([789]): le cellule enteriche dell'intestino di questi topi dimostrarono fenomeni di degenerazione e lesioni dei microvilli sulla superficie del lume intestinale; nella metà delle cellule vi era un quadro di iperplasia e di più nuclei; la lamina basale dell'intestino era poi danneggiata in diverse parti; parecchi microvilli danneggiati apparivano in associazione con frammenti contenenti reticolo endoplasmatico; le cellule di Paneth presentavano un alto grado di attivazione e contenevano un elevato numero di granuli secretori.
[Nota dell'autore del presente sito: il quadro ricorda almeno parzialmente la ileite da raggi, o sindrome arigenerativa di Baserga, ben nota alle isole Marshall nel 1954, dove molti civili furono esposti all'ingestione di cibo contaminato da radionuclidi ad emissione alfa e beta, proveniente da fallout di esplosioni nucleari].
La minaccia genetica di queste sperimentazioni è ancora poco dibattuta nella sua problematica reale ([689]).

Prestare particolare attenzione ad altre varianti transgeniche (OGM) di piante ad uso alimentare, che si ritiene a priori non curative contro il Cancro (vedi Ottava dichiarazione d'Intesa), piante generalmente di provenienza estera, preparate soprattutto nei laboratori delle industrie americane, canadesi e giapponesi:
Questi prodotti alimentari non sono ancora stati liberalizzati in Europa.
L'autore del presente lavoro ritiene che se gli O.G.M. entreranno in Europa vi sarà il più grave disastro ambientale mai realizzato dall'Uomo in Europa.
Non ci sarà più alcuna possibilità di curare il cancro con la Dieta-Gerson e con le altre metodiche alimentari descritte in questo lavoro, che, da sole erano in grado di guarire dal 70% al 90% dei pazienti, purchè in assenza di Chemio-Terapia ([749,750, 1360-1364]).

I prodotti a rischio sono i seguenti:
Grano (con tutti i suoi derivati, Pane e Pasta in primis)
Mais resistente agli insetti
Patate arricchite con tutte e 9 gli aminoacidi essenziali
Pomodori a maturazione lenta; e/o resistenti ai virus;
Cavolfiori a maturazione lenta
Broccoli, a maturazione lenta
Fragole, a maturazione lenta e che resistano al freddo e al gelo
Piselli più dolci
Riso arricchito di vitamina A, ferro e tutti e 9 gli aminoacidi essenziali
Riso resistente agli insetti

Sette uve straniere provenienti da altre uve di alta qualità: *Cabernet Sauvignon*, *Shiraz*, *Chardonnay*, *Riesling*, *Sauvignon Blanc*, *Chenin Blanc* e *Muscat Gord Blanco* ([737])
Meloni senza semi e/o resistenti ai virus
Angurie senza semi e/o resistenti ai virus
Angurie "nane" o "baby"
Carote "nane" o "baby"
Lattuga resistente ai virus
Fagioli resistenti agli insetti
Olii alimentari a corta catena
Tapioca (*Manihot utilissima*): quella naturale era estremamente ricca di vitamina B17 (vedi tab.5.4)
Manipolazione e modificazione genetica irreversibile degli importantissimi olii di semi delle Brassicacee([806]); quest'ultime avevano riconosciute proprietà anti-tumorali.

Nota:*la perdita del Mais*
I suoi stimmi rivestivano un particolare impiego in composti fitoterapici diretti contro diverse patologie croniche carenziali o di altro genere, come ad esempio le coliche renali; attualmente, a causa della manipolazione genetica (OGM) con introduzione della Lisina ([982]) e/o del gene del *Bacillus thuringiensis*, si esprime grave preoccupazione per i rischi derivanti alla salute umana da tale tossina. In merito proprio al *Bacillus thuringiensis*, diversi lavori scientifici, hanno già evidenziato la sua patogenicità in animali da esperimento e su linee cellulari umane di linfociti normali. Ma gli studi sul di *Bacillus thuringiensis* si sono fatti da tempo: nel 1978 un lavoro francese ([790]) evidenziò danni da parte del *Bacillus thuringiensis* a livello delle cellule renali per dosaggi di 0,1 mg di tossina per millilitro, e un po' di più per cellule umane diploidi ed eteroploidi (circa 1 mg di tossina per millilitro); non fu possibile proteggere le cellule da questa tossina in alcun modo. Nel 1998, iniezioni sottocutanee di *Bacillus thuringiensis*, in topi a bassa capacità immunocompetente, determinarono gravi superinfezioni polmonari ([791]), e lo stesso autore francese ripetè l'esperimento con sospensioni intranasali delle stesse spore di *Bacillus thuringiensis* ([792]), con eguale risultato sugli animali. Nel 2000, si dimostrò che essa agiva in maniera tossica non solo su cellule malate di tipo tumorale (come del resto avviene con molte sostanze tossiche, vedi Chemio-Terapia) ma purtroppo la tossina di *Bacillus thuringiensis* agiva anche sugli stessi linfociti umani *normali*, tradizionalmente le cellule umane più sensibili in assoluto a veleni tossici introdotti in organismi umani, per di più a dosaggi inferiori rispetto a quelli considerati tossici per cellule umane *tumorali* ([793]).Tutti questi lavori, secondo l'autore del presente lavoro, potrebbero significare un diretto effetto depletorio del *Bacillus thuringiensis* sulla linea linfocitaria, vale a dire un gravissimo indizio di possibile effetto anti-immunitario del *Bacillus thuringiensis* nell'uomo, e tale da rendere i cibi OGM arricchiti con esso estremamente pericolosi, poiché inibenti le risposte immunitarie anti-neoplastiche nei pazienti trattati con la Fito-Terapia (Aloe, Essiac, Dieta Gerson, Dieta Breuss, medicina cinese e indiana) e, in riferimento ad altre malattie, il *Bacillus thuringiensis*, a causa della sua azione inibente sulle difese immunitarie potrebbe essere capace di peggiorare la condizione dei pazienti affetti da Sindrome da Immunodeficenza Acquisita (AIDS); viceversa, nelle persone sane, potrebbe indurre squilibri immunitari, con insorgenza di allergie o intolleranza alimentare o, purtroppo, di indurre malattie di tipo auto-immune e, probabilmente, anche tumori. Infine, visti gli effetti sui linfociti sani, sulle cellule dell'intestino e dei reni, una particolare attenzione dovrebbe essere rivolta anche al rischio teratogeno su feti o embrioni umani nel caso di donne gravide.

L'autore del presente lavoro ritiene che se gli O.G.M. saranno liberalizzati, vi sarà il più grave disastro ambientale mai realizzato, poiché non ci sarà più alcuna possibilità di curare il Cancro con la Dieta-Gerson e con le altre metodiche alimentari descritte in questo lavoro, che, da sole erano in grado di guarire dal 70% al 90% dei pazienti, purchè in assenza di Chemio-Terapia ([749,750,1360-1364]).

FRUMENTO
Infine, notevole preoccupazione viene espressa dall'autore del presente lavoro per il Frumento (Grano duro), da cui si ricava oggi in Italia, la Pasta e il Pane: i pazienti con Cancro hanno bisogno di elevate quantità di energia (almeno 2.000 kcal/giorno) purchè provenienti da cibo privo di vitamina B 12 e di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali: cioè cibo NON animale: la Pasta è (o era) il cibo più adatto per questo scopo, assieme al Riso e alle Patate.

Ma in USA è già iniziata la coltivazione di nuove varietà di Grano, questa volta di tipo OGM, la cui caratteristica non è ancora nota: si teme che possa essere stata arricchita con Lisina, analogamente alle Patate e al Riso.

Divieto assoluto di consumare cibo o bevande prodotte negli USA per i pazienti malati di cancro, a causa delle nuove direttive della FDA in merito agli OGM

La contaminazione genetica potrebbe essere ufficialmente autorizzata in USA: è stata infatti presentata una proposta in base alla quale il FDA autorizzerebbe la contaminazione delle colture alimentari in USA, se originata da colture sperimentali. Il fine, a quanto pare, è di consentire alle industrie o agli Istituti di ricerca di conservare il segreto industriale (*). Come fa osservare Adrian Bebb, di *Friends of the Earth*, questo renderà impossibile la verifica di qualsiasi alimento importato dagli USA, poiché, come dice "non sarà possibile eseguire alcun test dal momento che non si potrà sapere per quale sostanza eseguire i test, e sarebbe consentito anche l'inquinamento originato da piante modificate per produrre medicinali."

(*)Nota del Prof. Altieri: è necessaria valutazione politica e legale contro ogni forma di segreto industriale sugli OGM. La tenuta "*commercialmente confidenziale*" di documenti per non farli conoscere al pubblico contravviene alle raccomandazioni della Convenzione di Aarhus, un accordo della Commissione Economica delle Nazioni Unite per l'Europa che lega l'ambiente ai diritti dell'Uomo.

23/11/04: gli USA legalizzano la contaminazione da OGM.
Fonte: *Friends of the Earth International*.

L'FDA è in procinto di pubblicare quella che può essere di certo considerata la legge che legalizza la contaminazione degli alimenti con materiale transgenico. La politica recentemente adottata da tale organo governativo stabilisce linee-guida secondo le quali un'azienda può volontariamente consultarsi con l'FDA ed ottenere da essa l'approvazione del proprio materiale transgenico in fase di sperimentazione come "accettabile" nei casi di contaminazione. Tale procedura fornisce alle aziende la copertura legale nei casi di contaminazione e garantisce loro l'autorizzazione delle proprie sementi sperimentali che così entrano subito nella catena alimentare. Dal momento che più di due terzi degli OGM coltivati in via sperimentale negli USA contengono geni le cui caratteristiche specifiche sono considerate di natura "confidenziale", non si ha attualmente alcuna informazione su di essi. Impossibilitati a venire in possesso di tali essenziali informazioni, i laboratori di analisi contro l'inquinamento OGM non saranno più in grado di riscontrarne la presenza nei prodotti alimentari, cosa che ovviamente avrà serissime ripercussioni sull'attività di tutte quelle aziende che si adoperano costantemente per prevenire i fenomeni di contaminazione OGM.

Natale 2005: crisi del mercato biologico in USA

(Tratto da Just Food , 20 dicembre 2005)

Secondo *Organic Monitor*, la maggior parte dei settori dell'industria alimentare da Agricoltura Biologica sta soffrendo una carenza di materia prima che sta arrestando lo sviluppo del mercato: la scarsità di prodotti biologici sta spingendo le aziende americane alla ricerca di materia prima oltre frontiera, con quantitativi in aumento di importazione per FRUTTA, VERDURA, CEREALI, LEGUMI, ERBE OFFICINALI.

La montagna di importazioni sta aumentando sempre più la forbice negli scambi internazionali: si stima che le importazioni negli USA superino il valore di 1-2 milardi di Euro-dollari, contro i circa 100-200 mila Euro-dollari di esportazione dei prodotti USA.

La scarsità della materia biologica sta presentando il conto sul mercato: quasi tutti i settori di Agricoltura Biologica sono in crisi. Molti rivenditori americani hanno avuto gli scaffali vuoti nel corso dell'anno. Ad esempio, sul mercato delle spremute di FRUTTA biologica, una delle principali aziende sta uscendo dal mercato a causa della scarsità di FRUTTA biologica disponibile in USA, e le importazioni dall'estero hanno un costo proibitivo.
Organic Monitor prevede le spremute biologiche si perderanno per oltre l'80% della quantità attuale presente sui mercati americani, a causa del ritiro di questa azienda USA.

Cap. 3.2 : La TERAPIA attraverso il cibo e i pericoli di esso

Sarebbe preferibile iniziare a mangiare Pesce soltanto dopo l'avvenuta induzione della Cascata Immunitaria, analogamente ad altro cibo ricco di proteine, ac. folico, vit. B12, acidi nucleici come la Pappa Reale.
Non assumere Miele a scopo energetico, ma soltanto come adiuvante per la veicolazione gastro-intestinale di principi attivi contenuti nell'*Aloe arborescens* e in Semi e/o Germogli di piante (circa 150 specie riconosciute) assunte a scopo anti-neoplastico (vedi cap.5).
Nota 1: in valutazione il Burro deproteinato indiano *Ghee* (burro chiarificato, deproteinato e disidratato, contenente principi attivi di notevole interesse come l'acido butirrico e linoleico, vitamine liposolubili e altri principi attivi).
Nota 2: ancora in valutazione il Malto d'Orzo (*Hordeum vulgare*). Sicuramente vietata l'Erba d'Orzo (contiene vitamina B12, acido folico e ben 8 aminoacidi essenziali, compresi Lisina e Metionina; manca Triptofano).
Nota 3: ancora in valutazione la Lecitina di Soia (possibile induzione anti-tumorale se OGM).
Nota 4: ancora in valutazione l'olio di Sesamo (*Sesamum indicum*) per il consumo di Semi misti a quest'olio secondo l'antica tradizione indiana: è il tipo di olio maggiormente usato nella tradizione ayurvedica, poiché assorbe molto bene le diverse proprietà delle erbe usate in medicina indiana, consentendone così una buona veicolazione gastro-intestinale; questo particolare olio dev'essere spremuto a freddo. D'altra parte, esso possiede un'alta percentuale di componente proteica (25%), e il suo impiego è pertanto da valutare.
Nota 5: in via di abbandono l'impiego di Alghe, essendo discutibile il loro impiego: ad esempio la *Spirulina maxima*, molto impiegata in diete vegetariane, non è eguagliata da nessun altro elemento in merito alla quantità di proteine contenute: dal 60 al 70% in peso secco rispetto al 45% delle uove essiccate, al 40% della Soia, al 20% della carne; inoltre la *Spirulina maxima* è la fonte naturale più ricca di vitamina B12, con un contenuto del 250% più alto di quello relativo del Fegato. D'altra parte, l'alga azzurra del lago nord-americano di Klamath (*Aphanizomenon flosaquae*) è particolarmente interessante per la sua capacità d'indurre risposta immunitaria specifica verso i tumori (Cascata Immunitaria) anche a bassa dose di assunzione (1-2 grammi di Alga). Contiene però anch'essa vitamina B12.
Nota 6: sono allo studio anche diverse altre diete e alimenti particolari ([1149-1153]).

Secondo l'autore del presente lavoro la Dieta anti-neoplastica dev'essere priva, il più possibile, di cibi ricchi di glucosio (cibi ad elevato indice glicemico come zucchero (raffinato o di canna), dolciumi in genere, Patate, Banane, Clementine) e soprattutto di cibi contenenti acidi nucleici, tutti gli aminoacidi essenziali, acido folico e, in particolar modo, quantità anche minime di vitamina B12: ciò per la fondamentale ragione che la crescita del tumore avviene soltanto attraverso particolari fattori di apporto energetico (Glucosio) e tramite sostanze necessarie alla sintesi di nuovo DNA per creare nuove cellule tumorali (mitosi cellulare). Secondo la dieta sopra indicata, la bassa quantità di Glucosio, il ridotto o assente apporto di acidi nucleici, di proteine, di acido folico e di vitamina B12 tenderanno a bloccare la crescita tumorale. *Ma poiché l'organismo non può sopravvivere in assenza di queste sostanze, vi sarà anche un depauperamento continuo e costante di tali sostanze a carico dei tessuti muscolari e di riserva dell'organismo: si può ritenere che tale depauperamento verrà anche compiuto a carico dello stesso tessuto neoplastico.*
Il paziente inizierà cioè a "nutrirsi" del proprio stesso Cancro; di qui la necessità d'integrare gli enzimi pancreatici con enzimi simili di derivazione vegetale come soprattutto la *Bromelina* (vedi cap.7), allo scopo di aiutare l'organismo in tale azione di depauperamento organico a spese dello stesso tumore.

Nel frattempo, la Cascata Immunitaria (vedi cap.4) potrebbe aver bisogno di integrare gli acidi nucleici, gli aminoacidi essenziali, l'acido folico e la vit. B12 (già assorbiti a spese dello stesso tumore) con ulteriore aggiunta esogena (esterna, proveniente cioè da cibo), allo scopo di sintetizzare un numero più elevato di Linfociti T citotossici, *Natural Killer*, *Killer*, *Monociti-Macrofagi*: di qui la possibilità d'integrare la dieta con supplementazione di questi principi attivi, ma senza superare determinati valori (stime approssimative: Pappa Reale cinese di elevatissima qualità: 2 grammi ogni 7-10 giorni; Pesce fresco: quantità da definire). Tale supplementazione dovrebbe essere avviata dopo alcuni mesi di Dieta, con prove ematiche sufficienti a dimostrare l'avvenuta Cascata Immunitaria, e con quadro X-Ray di massa tumorale ridotta rispetto a prima: se il tumore è caratterizzato da massa cancerosa ancora rilevabile di grandi dimensioni, sarebbe comunque opportuno non infondere ancora tali sostanze, lasciando all'organismo stesso il compito di continuare a "nutrirsi" dalla massa tumorale stessa. La Pappa Reale può anche essere integrata con *Panax quinquefolium* (Ginseng americano) e *Schizandra sinensis* (Schizandra). Il dimagrimento eccessivo (e squlibrato) del paziente e gli indici ematici dell'Albumina, sono i valori di osservazione più semplici per comprendere il livello effettivo di "depauperamento" indotto sui tessuti sani del paziente, consentendo così di valutare in merito alla necessità di apportare o meno sostanze esterne potenzialmente pericolose (acidi nucleici, aminoacidi essenziali, acido folico, vit. B12, come la Pappa Reale o il Pesce).
Secondo lautore del presente lavoro, l'alimentazione dev'essere articolata su 12-15 bicchieroni giornalieri di succo di Verdure fresche, Frutta fresca, olio di semi di lino spremuto a freddo, con aggiunta di diversi cucchiai grandi di *Aloe arborescens*, 100-250 milligrammi al giorno di Germanio organico (*Allium sativum*, *Allium cepa* [es.: Cipolle Rosse di Tropea (Calabria) o di Acquaviva (Puglia);]) diversi grammi al giorno di gambo di *Ananas sativus*, o almeno mezzo frutto di Ananas, vitamina B17 in quantità decisa dal medico (vedi cap.5) e quindi l'associazione di piante ad attività apoptosica (es: ESSIAC).
Bisogna assumere Cereali NON-OGM in piccole quantità (pasti piccoli), ma soltanto in caso di provata necessità di assunzione di apporto energetico (febbre, dimagrimento eccessivo), qualora si ritenga che il miele con Aloe e spezie non sia sufficiente.
Il Cibo dev'essere di buona qualità, possibilmente ottenuto da Agricoltura Biologica, o comunque privo di pericolosi additivi chimici come ad esempio: anidride solforosa (E220), difenile (E230), potassio nitrito (E249), nitrito di sodio (E250), sodio nitrato (E251), potassio nitrato (E252), acido eritorbico (E315), butil-idrochinone (E319), BHA (E320), BHT (E231), polifosfati (E450), monogliceridi e digliceridi degli acidi grassi alimentari (E471), esteri dei mono e digliceridi degli acidi grassi (E472), esteri saccarosici degli acidi grassi (E473), HCl (E507), KCl (E508), $CaCl_2$ (E509), $MgCl_2$ (E511), Acesulfame K (E950), Aspartame (E951), acido ciclammico e ciclammmati (E952), Saccarina (E954), gli aromi "naturali" (in realtà sintetici), gli aromi artificiali, gli esaltatori d'aroma, gli zuccheri aggiunti.

L'Aspartame è stato di recente studiato nei laboratori sperimentali del Centro di Ricerca sul Cancro della Fondazione Europea di Oncologia e Scienze Ambientali "B. Ramazzini" di Bologna per sospetta cancerogenità, determinando la pubblicazione sulla rivista *Enviromental Health Perspectives* ([1602]) che fa parte del Dipartimento di Sanità del Governo USA, una prima pubblicazione sull'argomento ("*Prima dimostrazione degli effetti cancerogeni multipotenti dell'aspartame somministrato nel cibo a ratti Sprague-Dawley*"), che dimostra un aumento statisticamente significativo di linfomi, leucemie e tumori maligni del rene nei ratti femmine, e tumori maligni dei nervi periferici nei ratti maschi
(http://ehp.niehs.nih.gov/docs/2005/8711/abstract.html).

Importante, quindi, saper leggere bene il significato delle etichette applicate ai cibi in vendita (Roberto Pinton: "*Leggere le Etichette, per capire quello che viene scritto ; quello che si può non scrivere, cosa si nasconde tra sigle e parole*", Demetra s.r.l., Via Strà, 167, S.S.11, 37030 Clognola ai Colli,VR).

Far bere al paziente anche succhi freschi di Verdura, oltre che di Frutta, è una buona regola alimentare da integrare con l'abitudine dei centrifugati, schiaccia-frutta, e/o frullati di Frutta e Verdura.
Se si cucinano le Verdure, l'avvertenza è quella di non cuocerle troppo, poiché la cottura eccessiva distrugge elementi vitaminici essenziali per la terapia anti-neoplastica descritta in questo lavoro: pertanto le Verdure possono essere cotte a vapore, al forno e saltate in padella, ma senza farle bollire in acqua, tranne che nel caso di minestre (le vitamine e i sali minerali rimangono nell'acqua).
Se non si ha a disposizione Verdura fresca, quella surgelata è comunque preferibile a quella in scatola.

Pesce
Fare attenzione al Pesce di allevamento poiché il mangime può essere di derivazione non sicura (es.: animali macellati): secondo l'autore del presente lavoro devono essere preferibili pesci piccoli e di acqua salata, possibilmente di razze e specie a scarso accumulo di inquinanti (es.: Acciughe, Aguglie, Lanzardi, Papaline, Sarde, Sardelle, Sardoni, Sgombri, Sugarelli, …...).

Nota: è stato riferito che nei pesci di grossa taglia, anche se pescati al largo dei nostri mari, si comincia a trovare la presenza di tumori maligni, che vengono pertanto asportati dai pescivendoli prima della loro messa in vendita nelle nostre pescherie…si attende una conferma o una smentita di tali fatti.

Il Pesce dovrebbe essere mangiato soltanto dopo l'avvio della Cascata Immunitaria, con massa tumorale in forte regresso dimensionale, data la possibilità che gli aminoacidi essenziali contenuti nel Pesce possano essere assimilati anche dalle cellule tumorali.

Particolare cura dev'essere anche rivolta all'assunzione di vitamine *naturali* (vedi cap.9).
Si ritiene pure sconsigliabile, causa l'elevata quantità di acido folico e di acidi nucleici, la somministrazione di *Saccharomyces cerevisiae* (Lievito di Birra), pur essendo quest'ultimo ricchissimo di vitamine e di sali minerali utili.

Si noterà l'assoluta esclusione di Zuccheri ad eccezione del Fruttosio: ciò dipende dal fatto che quest'ultimo contiene un basso indice glicemico: esso si comporta diversamente dagli altri Zuccheri (Glucosio, Saccarosio, Mannosio, etc..) poiché viene assorbito lentamente nell'intestino; dal sangue passa poi direttamente al fegato, dove viene convertito in Glicogeno epatico. Questo percorso evita una pericolosa iper-glicemia ematica che, anche se transitoria nel paziente neoplastico non diabetico, è causa di apporto energetico a carico delle cellule tumorali.
La particolare avidità di accumulo del Glucosio per le cellule tumorali è sfruttata ad esempio in diagnostica. In Medicina Nucleare, infatti, è ormai prassi consolidata marcare con un particolare tracciante radioattivo (Fluoro 18) molecole particolari di Glucosio (Desossi-Glucosio), proprio allo scopo di individuare masse tumorali tramite queste molecole zuccherine.
Il Fluoro 18-Desossi-Glucosio si localizza infatti in qualsiasi massa neoplastica. Da notare, comunque, che il Glucosio viene elettivamente captato anche da organi particolarmente sofisticati come il cuore e il cervello.

Verdure sottaceto
Le Verdure sottaceto sono da vietarsi, poiché salate e poiché contenenti composti cancerogenici a causa delle alte concentrazioni di composti nitrosi che, una volta ingeriti, possono formare nitrosamine, potenti sostanze cancerogene.

Verdure e frutta trattate con cloro
Fare attenzione a Frutta e Verdure trattate con Cloro, poiché quest'ultimo elimina la vitamina E ed altri principi attivi; d'altra parte, la Frutta esotica o comunque la Frutta e le Verdure provenienti da

regioni del mondo poco controllate dal punto di vista igienico-sanitario possono essere veicoli di contagio per malattie infettive anche gravi (Colera, Salmonellosi, etc…) a causa delle acque sporche (liquami) usate per l'irrigazione del suolo…

Allume (Alluminio)
Non assumere farmaci contenenti Allume; non mangiare con utensili contenenti Alluminio, poiché disattiva diversi fito-complessi, fra cui la vitamina E. La sua assunzione è stata messa in correlazione con il Morbo di Alzheimer (vedi cap.19).
E' quindi opportuno evitare tutte le fonti conosciute : farmaci antiacidi, prodotti antitraspiranti per le ascelle, pentole, carta stagnola, recipienti per gelati confezionati. L'Alluminio si trova anche nel lievito e nel sale dove viene usato per impedire la formazione di grumi. Bisogna tenere presente che il Magnesio riduce l'assorbimento di Alluminio, non solo a livello intestinale ma anche a livello di barriera emato-encefalica ([1735, 1736]).
Nota: la dimostrazione riguardo alla pericolosità dell'Alluminio è facilmente dimostrabile prendendo un recipiente di Alluminio (o rivestito all'interno con carta alluminata), riempendolo con acqua e sciogliendovi del bicarbonato di Sodio: l'Alluminio a contatto con una sostanza alcalina come il bicarbonato si scioglie formando gas: si può pertanto presumere che l'Alluminio dia luogo ad un avvelenamento caratterizzato da infiammazione gastro-intestinale da idrossido di Alluminio e forse da possibile degenerazione epatica e renale.
Particolarmente pericolosi i composti a base di Alluminio usati soprattutto dalle donne come deodoranti *Cloridrato di Alluminio*, che si sospetta essere possibili co-fattori di carcinoma mammario.

Pericolo dei detersivi e del brillantante:
L'assorbimento di detersivi da parte dei piatti, normalmente impiegati ad uso domestico per il consumo dei cibi, avviene a causa di incrinature nella ceramica o nella porcellana: per fenomeno osmotico si ha una penetrazione dei prodotti chimico-tossici derivanti da detersivi e brillantanti all'interno del vasellame durante il lavaggio a mano in acqua calda o in lavastoviglie.
Durante il successivo raffreddamento ed asciugatura del vasellame, i pori presenti nella ceramica dei piatti tendono a richiudersi, intrappolando così al loro interno le sostanze tossiche dei detersivi.
All'atto dell'aggiunta del cibo caldo sul fondo del piatto (es: pastasciutta, brodo, etcc), il riscaldamento della ceramica determina la riapertura dei pori, con dismissione quindi delle sostanze tossiche all'esterno della ceramica, che entrano così a contatto con il cibo.
Il rischio di contaminazione chimica da parte dei piatti da cucine normalmente impiegati da tutti, può essere facilmente evidenziato sottoponendo tali piatti ad un trattamento di micro-onde, allo scopo di dimostrare la possibile penetrazione di liquidi (in questo caso solo acqua) all'interno dei piatti da cucina. Il fondo dei piatti viene infatti parzialmente riempito con acqua distillata e posto nel forno a micro-onde. L'acqua presente nel piatto si riscalderà subito. I piatti, invece, tenderanno a restare freddi soltanto se l'acqua non sarà penetrata al loro interno attraverso gli eventuali pori presenti nella loro ceramica o porcellana. Se vi sarà presenza di pori, l'acqua penetrerà all'interno dei piatti, e le micro-onde, riscaldando anche quest'acqua *interna*, renderanno calda la superficie del piatto da cucina.
Si può anche condurre l'esperimento con un normale reattivo chimico, che potrà attestare la presenza o meno di prodotti estranei (potenzialmente chimico-tossici) nella ceramica del piatto.
I rimedi sono sostalzialmente quelli d'impiegare piatti o vasellame rivestiti di buona resina come la melaminica, oppure piatti non incrinati e con la vetrina non usurata.
Particolare attenzione bisognerà dedicare alla scelta di detersivi a bassa componente tossicologica.

Acqua da bere
Sarebbe opportuno prendere 1 litro e mezzo di acqua normale di rubinetto, facendola bollire per 20 minuti senza coperchio (evaporazione del *Cloro*). Quindi filtrarla dai residui con una garza e porla in un thermos. Berla calda nel corso della giornata. Purtroppo ciò non elimina l'eventuale *Fluoro* presente, molto tossico.

Sostanze tossiche

Moltissime sostanze tossiche sono oggi liberamente in commercio senza alcun controllo: *Uranio impoverito* (dal 1999), *Laurilsolfato di sodio* (SLS), *Glicol propilenico*, *Dietanolamine* (DEA), *Cocamide DEA*, *Luramide DEA*, *Fluoruri* (Fluoruro di sodio e acido esafluorosilicico), *Diossina*, *Fluorocarboni*, *Formaldeide*, Olio minerale e/o *Petrolato*, etc…

Uranio "impoverito" (e Plutonio)
VEDI: http://www.llrc.org/aldermastrept.pdf ; http://web.ead.anl.gov/uranium/uses/index.cfm ; http://www.newswithviews.com/Howenstine/james29.htm

Qui di seguito si riportano alcune brevi annotazioni su queste ultime sostanze tossiche (tratte dal libro di Phillip Day: "*Cancro, se vuoi la vita prepara la verità*", Credence Pubblications)

Diossina: è un sottoprodotto cancerogeno del procedimento utilizzato per produrre schiuma in detergenti come shampoo, dentifrici e per sbiancare la carta nelle cartiere; flaconi di plastica trattati con diossina possono trasferire la stessa ai cibi contenuti. E' stato dimostrato che la cancerogenicità della diossina è 500.000 volte più alta del DDT. ([1207]).

Fluorocarboni: sono gas o liquidi privi di colore, non infiammabili, che possono causare irritazioni del medio e alto apparato respiratorio; i fluorocarboni sono usati comunemente nelle lacche per capelli.

Formaldeide: è un gas tossico, privo di colore, irritante e cancerogeno; associato all'acqua è utilizzata come disinfettante, fissativo o conservante; la Formaldeide si trova in molti prodotti cosmetici e in comuni prodotti per la cura delle unghie.

Olio minerale e/o Petrolato: utilizzati in olii per bambini; sono derivati dal petrolio, noto cancerogeno.

Dietanolamine (DEA), *Cocamide DEA*, *Luramide DEA* : è un liquido incolore, o alcool cristallino, utilizzato come solvente, emulsionante e detergente (agente inibente). Il DEA agisce come emolliente nelle lozioni emollienti o come umettante in altri prodotti per l'igiene personale. Se è presente in prodotti contenenti nitrati, esso reagisce chimicamente con questi ultimi per produrre nitrosamine, potenzialmente cancerogene. Nonostante studi precedenti sembravano indicare che il DEA in sé non fosse cancerogeno, studi più recenti mostrano che il DEA ha inequivocabilmente la capacità di provocare il cancro, anche nelle formulazioni che non contengono nitrati ([1208]). Il DEA può inoltre irritare la cute e le membrane mucose; altre etanolamine dalle quali bisogna guardarsi sono: Trietanolamina (TEA) e Monoetanolamina (MEA).

Fluoruri (Fluoruro di sodio e acido esafluorosilicico): i fluoruri utilizzati nelle acque potabili sono nocivi, non biodegradabili, inquinanti per l'ambiente, ufficialmente classificati "contaminanti" dalla *Environmental Protection Agenty* degli Stati Uniti. Tali sostanze sono rifiuti industriali, residui della produzione di fertilizzanti al fosfato (nota del Dott. G. Nacci: questi ultimi sospettati ad esempio della ben nota fioritura algale estiva dell'Adriatico), recuperati dai depuratori dell'inquinamento industriale, che vengono poi "smaltiti" negli acquedotti. L'acido esafluorosilicico, l'additivo maggiormente utilizzato nella fluorizzazione, contiene altre sostanze nocive compresi il Piombo, il Berillio, il Mercurio, il Cadmio, l'Arsenico e radionuclidi ([1209]). La nocività dei fluoruri è riassunta in una chiara dichiarazione rilasciata dal Dott. Dean Burk del *National Cancer Institute*: "*Il fluoruro causa ulteriori decessi per cancro e li provoca più velocemente di qualsiasi altra sostanza chimica*".

Il fluoruro è un elemento elettronegativo, estremamente volatile, che non si trova mai isolato in natura, e quindi si combina velocemente con altri elementi. I fluoruri vennero impiegati come gas tossici durante la Prima Guerra Mondiale, e attualmente il fluoruro di sodio viene utilizzato come veleno per topi. Esso però viene utilizzato anche nei dentrifici per la sua "presunta" azione di prevenzione della carie.
Nell'ottobre del 1994, la rivista medica "*Journal of the American Medical Association"* pubblicò un editoriale che affermava: "…l'uso dell'acqua potabile contenente una minima quantità di fluoride (da 1,2 fino a 3 parti per milione) produrrebbe disfunzioni allo sviluppo delle ossa come osteosclerosi, spondilosi e osteoporosi, ma anche il gozzo tiroideo ([1210]). Nel maggio del 1992, il dott. William Marcus, il consulente scientifico in capo e capo tossicologico dell'*Environmental Protection Agenty* degli Stati Uniti, fu dimesso dal suo incarico dopo aver reso note pubblicamente le sue esplicite dichiarazioni in merito agli spaventosi rischi dei fluoruri.
Nel 1990-1991 si dichiarò infine che il fluoruro causava il cancro negli animali e nell'uomo ([1211]); il dott Burk, della N.C.I., infatti, così dichiarò: si conclude che la fluorizzazione artificiale sembra causare o indurre almeno 20-30 decessi in più ogni 100.000 persone che siano state esposte ad essa per almeno 15-20 anni (www.thewinds.org/archive/medical/fluoride01-98.htm).
Ma, incredibilmente, fino a oggi non solo la fluorizzazione degli acquedotti e del dentifricio è consentita, ma gli obiettivi del governo americano sono di renderla obbligatoria per gli acquedotti del 75% delle città americane entro pochi anni ([1209]).
Eppure, la letteratura medica scientifica afferma quanto segue ([1212]):

1) Il fluoruro si accumula nell'organismo come il piombo, provocando danni a lungo termine
2) Il fluoruro è più nocivo del piombo, e appena meno nocivo dell'arsenico ([1357]).
3) La ricerca medica mostra che le fratture dell'anca hanno un'incidenza maggiore del 20-40% nella comunità nelle quali è applicata la fluorizzazione ([1212]).

L'*American Medical Association* (AMA) pubblicò, il giorno 8 dicembre 1993, un articolo intitolato "*Study links fluoride to rare bone cancer*": tale studio dimostrava inoltre che le fratture d'anca avevano un'incidenza più alta del 27% nelle donne e del 41% negli uomini, nelle città americane sottoposte a fluorizzazione ([1213-1219]).

Cap. 3.3.: L'Agricoltura

L'Agricoltura Convenzionale (*altri termini: agricoltura chimica o industriale*)
La moderna agricoltura ha come scopo il massimo rendimento per l'agricoltore, a prescindere dalla qualità del cibo ottenuto. Egli pertanto non ha alcuno scrupolo ad utilizzare sostanze chimiche totalmente estranee al ciclo biologico della pianta, con conseguenze disastrose per l'equilibrio biologico della terra sottoposta a questi trattamenti intensivi.
Sostanze come pesticidi o diserbanti lasciano residui nei cibi, dando luogo a tumori. Soltanto in Italia, nel 1985 si impiegavano circa 10 kg di pesticidi per ettaro coltivato….
Un elenco molto parziale di Pesticidi noti o sospetti d'indurre tumori nell'uomo sono i seguenti ([675]):
Acephate (*Orthene*),
acido arsenico,
acido metilarsonico,
Acifluorfen (*Blazer*),
Alachlor (*Lasso*),
Amitraz (*Baam*),
Arseniato di Calcio,
Arseniato di Piombo,
Arseniato di Rame,
Arseniato di Sodio,

Arsenito di Sodio,
Asulam,
Azinfos-metile (*Guthion*),
Benomil (*Benlate*),
Captafol (*Difolatan*),
Captan,
Cipermetrina (*Ammo*, *Cymbush*),
Ciromazina (*Larvadex*),
Clordimeform (*Galecron*),
Clorobenzilato,
Clortalonil (*Bravo*),
Daminozide (*Alar*),
Diallato,
Diclofop-metile (*Hoelon*),
Dicofol (*Keltane*),
Ethalfluralin (*Sonalan*),
Folpet, Fosetyl A (*Ailette*),
Glifosato (*Roundup* o *Rodeo*),
idrazina maleica,
Lindano,
Linuron (*Lorox*),
Mancozeb,
Maneb, Methomyl (*Dual*),
Metiltiofanato,
Metiram,
Metoalaclor (*Dual*),
O-fenilfenol,
Oryzalin (*Surflan*),
Ossido di etilene,
Oxadiazon (*Ronstar*),
Paraquat (*Gramoxone*),
Parathion,
PCNB,
Permetrin (*Ambush*, *Pounce*),
Pronamide (*Kerb*),
Terbutrin,
Tetraclorvinfos,
Thiodicarb (*Larvin*),
Toxafene,
Trifluralin (*Treflan*),
Zineb.

Questa tecnica produttiva, inoltre, oltre a produrre cibo avvelenato, produce anche cibo povero di principi vitaminici, fattori co-enzimantici, sali minerali essenziali: non a caso, ormai anche i fornai devono arricchire le farine nostrane, ormai povere di Glutine, con farine nord-americane (purtroppo con grave rischio di assimilare sostanze transgeniche.…).
La coltivazione intensiva, la selezione forzata di varietà precocemente e abbondantemente produttive, lo sconvolgimento del sistema biologico di controllo degli insetti e dei parassiti (siepi, varietà colturali, uccelli, piccoli predatori), rendono necessario trattare i frutteti con insetticidi e anti-crittogamici per decine e decine di volte nel corso dell'anno….
Le sostanze utilizzate oggi sono di tipo "sistemico": vengono cioè spruzzate sulle foglie e, attraverso queste, assorbite e trasportate con la linfa a impregnare tutta la pianta, frutta compresa.
Non ha quindi senso pensare di modificare in modo sostanziale l'inquinamento di un frutto semplicemente sbucciandolo sotto l'acqua (spesso clorata) di casa.
Si potranno, forse, eliminare in questo modo le sostanze con cui vengono verniciati i frutti, per rallentare, dopo la raccolta, gli scambi gassosi tra i frutti e l'ambiente, evitando in tal modo processi di maturazione troppo rapidi e il conseguente avvizzimento precoce dei frutti, ma la scelta

veramente risolutiva consiste nel consumare frutta coltivata con sistemi biologici, o provenienti da produzioni integrate.
In Europa, le migliori nazioni in questo nuovo genere di agricoltura sono l'Olanda e la Spagna.

L' "Agricoltura Biologica" e la piccola distribuzione locale

L'Agricoltura Biologica è un sistema complesso, che ha al centro la conservazione della fertilità del suolo, l'uso di tecniche a basso impatto ambientale, la conservazione della diversità genetica, agronomica e, per quanto possibile, naturale.
In Agricoltura Biologica non si utilizzano sostanze chimiche di sintesi come concimi, diserbanti, anti-crittogamici, insetticidi, pesticidi.
Alla difesa delle colture si provvede innanzi tutto in via preventiva, selezionando specie rustiche e resistenti alle malattie e intervenendo con tecniche di coltivazione appropriate (rotazione delle colture, piantumazione di siepi e alberi che diano ospitalità ai predatori naturali e fungano da barriera fisica a possibili inquinanti esterni, consociazioni di diverse colture e semine, etc….
I fertilizzanti devono essere rigorosamente naturali, come ad esempio il Letame, opportunamente compostato, impiego di sfalci e di sovesci, cioè incorporazione nel terreno di piante precedentemente seminate e raccolte, come Trifoglio e Senape.

Interessante anche l'impiego di piante (anche esotiche), aventi capacità anti-parassitaria o addirittura attività insetticida come l'*Acorus calamus*, il *Tribulus terrestris*, l'*Azadirachta indica* e tanti altri (Nota: è in fase di analisi un elenco di piante asiatiche, africane, australiane e americane idonee allo scopo).

In caso di necessità, per la difesa delle colture s'interviene con sostanze naturali di origine vegetale, animali particolari (predatori), o minerali espressamente consentiti e/o autorizzati dal Regolamento C.E.E., come ad esempio estratti di *Azadirachta indica*, insetti predatori, Farine di roccia, Rame, Zolfo, ottenendo in tal modo la correzione dei composti bio-chimici vitali presenti nel terreno, o addirittura la sua stessa difesa dalle Crittogame e da altre infestazioni.

La definizione comune di "Prodotto Biologico" non è corretta: il Regolamento C.E.E. No. 2.092 del 1991, e le oltre trenta modifiche e integrazioni successive che l'hanno seguita, stabiliscono che "Biologico" non è il prodotto, ma il metodo agricolo di produzione. Non esiste quindi una Mela "biologica", o un succo di frutta "biologico", bensì una mela da "Agricoltura Biologica", o un succo di frutta da "Agricoltura Biologica".

I prodotti da "Agricoltura Biologica" non possono contenere Organismi Geneticamente Modificati (OGM), né aver subito trattamenti di sterilizzazione con radiazioni.
Ma è notizia recente che l'Unione Europea vuole introdurre la proposta di accettare lo 0,9% di OGM anche nei prodotti biologici, con gravissimo pericolo per l'introduzione, quindi dei Retro-virus transgenici (vedi Allegato 5: Retrovirus e Cancro).

Se è necessario aggiungere degli additivi, questi devono essere scelti tra quelli che il Regolamento C.E.E. autorizza espressamente (qualche agente lievitante, qualche correttore di acidità, qualche emulsionante, ma nessun colorante, conservante o esalatore di sapidità). Dev'essere di produzione biologica una quota minima del 70% degli ingredienti; gli altri devono essere tra quelli espressamente autorizzati dal Regolamento C.E.E. (Alghe, Zucchero di Barbabietola, amido di Riso giapponese, Noci di Cola, etc…) e il riferimento al metodo biologico è ammesso solo nell'elenco degli ingredienti.

Soltanto se almeno il 95% degli ingredienti è di derivazione da Agricoltura Biologica, il riferimento al metodo biologico è ammesso nella denominazione di vendita (confettura extra di albicocche da Agricoltura Biologica, Pasta di Semola da Agricoltura Biologica, etc…)
Anche in questo caso gli eventuali componenti non biologici dovranno essere compresi tra quelli autorizzati dal Regolamento, ma non sarà necessario dettagliare la provenienza biologica nell'elenco degli ingredienti.
Prima che i suoi prodotti possano essere definiti biologici, un'azienda deve trascorrere un certo periodo di "conversione", per disintossicare il terreno dai trattamenti di agricoltura chimica (agricoltura convenzionale) subiti in precedenza; la durata della conversione è determinata caso per caso dall'organismo di controllo.
Per essere commercializzato come "in conversione", un prodotto deve eessere stato coltivato nel pieno rispetto della normativa per un periodo non inferiore ai 12 mesi precedenti la semina.

Valutazioni dell'autore del presente lavoro in merito all'Agricoltura Biologica

La "conversione" del terreno è senz'altro l'aspetto più critico per l'avvio di una vera "Agricoltura Biologica" in Italia.
In nazioni come l'Olanda, i terreni vengono preparati in base ai seguenti parametri:
1) I terreni vengono scelti fra quelli appena strappati al mare dalle dighe di nuova costruzione.
2) La coltivazione intensiva di conversione viene eseguita per almeno 3 anni con erbe particolari allo scopo di eliminare il sale e altre sostanze presenti sull'ex-fondale marino.
3) impiego di serre e di acque pure con aria esterna depurata
4) controllo da parte dello Stato della qualità del terreno solo dopo almeno 3 anni di "conversione"

Pertanto, avviare un'Agricoltura Biologica in Italia, in terreni dove per almeno 50 anni si è provveduto ad avvelenare i terreni con Pesticidi, Diserbanti, Anticrittogamici e altre sostanze tossiche, è senz'altro difficile.
Da parte dell'autore del presente lavoro si è pertanto provveduto ad avviare uno studio di massima per la decontaminazione chimica e radioattiva dei terreni, allo scopo di avviare una Proposta di Lavoro sull'argomento: i prodotti chimici di vario utilizzo (in specie principi attivi di Pesticidi) sono infatti circa 1.500, e gli inquinanti chimici presenti nelle acque dei fiumi usate per l'irrigazione dei terreni e le stesse acque piovane sono anch'esse fonte d'inquinamento ambientale.

Secondo l'autore del presente lavoro si potrebbe pertanto istituire dei Consorzi di Agricoltura Biologica presso terreni decontaminati con piante adatte come la *Arundo donax* (Canna comune), l'*Helianthus annuus* (Girasole), quest'ultimo particolarmente efficace anche su radionuclidi come il Cesio 137 e lo Stronzio 90, la *Zea mays* (Mais) ([676,677]), il *Fagopyrum esculentum* (Grano saraceno), l'*Iris pseudo-acorus* (Iris giallo), la *Typha latifolia* (Stancia).

Le tecniche di disinquinamento chimico e di decontaminazione radioattiva (teoricamente proponibili anche per Uranio impoverito presente nell'ex-Yugoslavia) possono così essere compiute sulla scorta di quanto già dimostrato dai Russi a Chernobyl e da altri lavori ([676,677]), [http://www.utn.it/eventi/SaveFile/Allallegato4.PDF] in cui sono stati impiegati forni a 600 gradi per bruciare, in ambiente controllato, le parti aeree di piante ad elevata capacità di fito-assorbimento.

Una volta avviato un ritorno all'Agricoltura Biologica su larga scala, si potrà pensare ad una distribuzione capillare dei prodotti orto-frutticoli, fondata sulla fiducia intercorrente fra produttori di Frutta e Vedura, gli esercenti dei negozi, piccoli o grandi, comprese le grandi catene di supermarket, e gli acquirenti abituali, che dovrebbe essere la migliore garanzia in fatto di prodotti

"biologici", al di là di certificazioni più o meno valide sulla bontà del prodotto inteso come "biologico".
Ciò potrebbe riaprire il mercato ad una sana e consapevole competizione concorrenziale fra piccole e grandi aziende italiane, interessate alla rivalorizzazione dei terreni agricoli ancora sottoposti a tecniche di sfruttamento massivo del suolo che non possono più essere considerate "moderne" nel senso scientifico delle attuali conoscenze di biochimica umana (induzione di tumori) e di biologia ambientale della flora e della fauna.

Per una Agricoltura Biologica con apposite Mappe di Cibo Locale per i pazienti

E' necessario conservare i semi della nostra tradizione agricola, tramandati per migliaia di anni nelle nostre campagne. Ma se le campagne italiane si spopolano, se le piccole aziende agricole familiari segnano il passo e cedono il posto a poche grandi aziende che coltivano in regime di mono-coltura (leggi: OGM), se l'unico sbocco di mercato è quello della grande distribuzione organizzata, allora non ci sarà speranza per la biodiversità dell'agricoltura biologica italiana, perché è stata proprio la grande distribuzione dei prodotti alimentari la principale causa della sua scomparsa. Affinché la biodiversità possa ritornare, affinché le antiche varietà di frutta, verdura, ortaggi, cereali, legumi possano nuovamente essere coltivate, è necessario creare le basi un nuovo *Rinascimento Italiano* della cultura contadina pluri-millenaria della nostra antica terra.
Questa nuova base potrà dare un aiuto economico immenso all'Agricoltura Biologica attraverso la vendita diretta, senza intermediazioni alcune, dei prodotti delle fattorie, provenienti direttamente dalle mani dell'agricoltore alle mani del paziente e dei suoi familiari.
Dovranno essere costruiti piccoli mercati coperti nei paesi del Sud-Italia, dove la LEGGE potrà verificare il rispetto di un giusto prezzo per i prodotti biologici, che potranno essere così decisi nel rispetto dei prodotti simili venduti in altre località vicine, evitando speculazioni, ma venduti sempre al disopra di un certo costo, allo scopo di incentivare l'agricoltore a proseguire con la produzione del biologico, perché questo significherà il rispetto di un "giusto prezzo" per l'agricoltore. Questo modello che rappresta l'immediato futuro, per molte aziende è già presente, e genera una serie di effetti positivi sull'economia delle campagne.
Sarà quindi importante ricollegare le persone della campagna alle persone delle città, riscoprendo e rivalorizzando servizi di elenchi gratuiti di aziende agricole del biologico, capaci di praticare anche la vendita diretta dei loro prodotti, cioè del "cibo locale", o per meglio dire, di una "mappa del cibo locale". Secondo gli ultimi dati ISTAT, le aziende agricole italiane sono 1.963.263; di queste 1.659.615 (pari all'84,5%) hanno una superficie inferiore ai 10 ettari. Soltanto 20.425 imprese hanno una superficie superiore a 100 ettari: rappresentano solo l'1% di tutte le aziende agricole, ma sono anche quelle più a rischio di un eventuale passaggio alla semina di piante OGM.

La minaccia dei Pesticidi e l'azione curativa dell' Agricoltura Biologica

Il primo allarme sui pesticidi fu lanciato nel 1993 dal rapporto "Pesticidi nella dieta dei neonati e dei bambini" del *National Research Council USA*, dopo 5 anni di studi: i criteri di valutazione del rischio tossicologico da pesticidi non prendevano in considerazione i bambini.

I residui ammessi per legge negli alimenti erano, e sono tuttora, calcolati sulla base di un "adulto medio" teorico di 60 kg, senza valutazioni in termini di sicurezza per età e per le specifiche caratteristiche metaboliche dei bambini, per il fatto che assumono molto più cibo di un adulto (in proporzione al peso corporeo) e sono a maggior rischio di accumulo di contaminanti tossici.

Lo studio del 1999 "*Monitoraggio biologico dell'esposizione ad antiparassitari organofosforati nei bambini italiani*", realizzato dall'Istituto di Pediatria preventiva e neonatologia dell'Università di Siena e dal Dipartimento di Tossicologia occupazionale e Igiene industriale dell'USL scopriva nelle urine di tutti i bambini "*valori di residui significativamente più elevati*" rispetto agli adulti, residui che scomparivano quando fosse stato consumato in mensa biologica anche un solo pasto biologico al giorno.

Nel 2000, al forum organizzato dal *Petrini Institute*, i Pediatri concordavano sul fatto che "*l'alimentazione a base di prodotti biologici soddisfa in misura completa ed equilibrata i fabbisogni nutrizionali del bambino*".

Al congresso 2002 della Società Italiana di Nutrizione Umana, si raccomandava fortemente il biologico: "*è un cibo pulito, controllato e che ben si adatta al delicato metabolismo dei bambini e degli adolescenti. Grazie al metodo produttivo contiene meno acqua ed è più ricco di elementi essenziali nella crescita come vitamine, sali minerali e fibre*".

Sempre nel 2002, il Centro di Alimentazione Infantile per la Prevenzione delle Malattie dell'Adulto dell'Ospedale Melloni di Milano, scriveva nelle conclusioni dell'esperienza clinica condotta sul divezzamento con prodotti biologici: " *i vantaggi che si possono ottenere nei bambini con un utilizzo regolare e costante nel tempo dei prodotti biologici sono sicuramente enormi. Rispetto agli alimenti convenzionali, i prodotti biologici forniscono un apporto significativamente maggiore di molte componenti nutrizionali, una qualità migliore per altre e un minore apporto di pesticidi, antibiotici, nitrati, OGM e additivi….*".

Nel 2003, il Dipartimento di Salute ambientale della *School of Public Health and Community Medicine* dell'Univeristà di Washington concludeva lo studio "*Esposizione a Pesticidi organofosforati da parte di bambini in età prescolare con alimentazione convenzionale e biologica*" con le seguenti parole: "*Lo studio ha rilevato che i bambini con dieta prevalentemente biologica presentano livelli di esposizione ai pesticidi organofosforati significativamente inferiori a quelli che consumano prevalentemente alimenti convenzionali. Il consumo di prodotti biologici costituisce un mezzo relativamente semplice a disposizione dei genitori per ridurre l'esposizione dei loro bambini ai pesticidi*".

Nel 2005, l'Organizzazione Mondiale della Sanità calcolava che le sostanze chimiche uccidessero 5 milioni di bambini ogni anno: "*…in quanto soggetti in via di sviluppo, i bambini sono particolarmente vulnerabili all'impatto dell'inquinamento: la loro capacità di respirare, mangiare e bere più degli adulti rispetto alla loro massa corporea, fa sì che ingeriscano in maggior misura sostanze potenzialmente tossiche. Tra le sostanze più nocive: diossina, pesticidi, nitriti e nitrati…*"

Sempre nel 2005, una ricerca della *Emory University* ha rivelato che nell'urina di chi consuma prodotti alimentari da agricoltura industriale si individuano residui degli antiparassitari organo-fosforati *Malathion* e *Chlorpyrifos* (disordini neurologici negli animali e nell'uomo), che scompaiono dopo pochi giorni con un'alimentazione a base di cibi biologici. I ricercatori indicano espressamente che acquistare alimenti biologici diminuisce il carico corporeo di pesticidi per l'intera famiglia.

Uscendo dai laboratori di ricerca ed entrando nelle aule di giustizia, il Tribunale Amministrativo Regionale del Friuli Venezia Giulia (sentenza No. 412/2004 Reg. Sent. Del 6 luglio 2004) dichiara : *"…ritiene il Collegio che, agli effetti della presente controversia, il Comune sia chiaramente soggetto destinatario della norma dell'art. 59, quarto comma, della L. No. 488/99 in quanto una delle "istituzioni pubbliche che gestiscono mense scolastiche", il che è sufficiente a radicare l'obbligo, nei suoi confronti, dell'uso di prodotti biologici e tradizionali*".

Il TAR Lombardia – Sezione III – Sentenza 4 aprile 2002, No. 1297, dice: "…con l'art. 46 del capitolato speciale, la stazione appaltante ha richiesto ai concorrenti di specificare nell'offerta i prodotti biologici utilizzati nella preparazione dei pasti, in aggiunta a quelli (legumi, pasta e pane) di impiego obbligatorio; ciò al fine di dare attuazione della previsione normativa contenuta nell'art.59, quarto comma, L.n.488/99, recante l'obbligo per le istituzioni pubbliche che gestiscono mense scolastiche d'introdurre nelle diete giornaliere prodotti biologici, tipici, tradizionali e a denominazione d'origine protetta. "Il Tribunale Amministrativo Regionale per la Puglia, Seconda Sezione di Lecce (Registro Decis.: 1811/05, Registro Generale: 319/2005) dice: "Ora, non c'è dubbio che il Comune resistente sia un soggetto che gestisce una mensa scolastica e che sia quindi tenuto al rispetto della disposizione contenuta nell'art. 59, comma quarto, L.n. 488/99"…

Tutto ciò premesso, come mai ancora nel 2007 la maggior parte dei sindaci italiani si ostina a non far utilizzare i prodotti biologici nelle mense degli asili, delle scuole, delle università e degli ospedali, ignorando deliberatamente sia i lavori scientifici comprovanti la difesa della salute collettiva data da un'alimentazione biologica, e per di più ignorando persino la Legge ?

SALVIAMO I SEMI CONTADINI :
PETIZIONE PER LA SALVAGUARDIA DELLA BIODIVERSITà NATURALE

"Civiltà Contadina" (www.biodiversita.info) si è fatta promotrice in Italia di PETIZIONE PER LA SALVAGUARDIA DELLA BIODIVERSITà NATURALE "*SALVIAMO I SEMI CONTADINI*", per il diritto ai contadini italiani di potersi scambiare i semi e le piante, cosa che attualmente è considerata ILLEGALE.
"Civiltà Contadina" sta raccogliendo firme virtuali, e reali, per sostenere la creazione delle condizioni per rendere legale lo scambio di semi contadini, antichi e del territorio.

Il decreto del Presidente della Repubblica no. 322 del 9 maggio 2001 rende in effetti impossibile ogni cessione o movimento di semi non registrati; mentre il trattato UPOV91 intacca il diritto di risemina dell'agricoltore, ovvero il privilegio che l'azienda agricola ha di riseminare traendo seme da una parte dei propri raccolti. D'altra parte, con l'introduzione in coltivazione delle piante OGM si apre il rischio dell'impollinazione spontanea da parte di queste piante artificiali sulle varietà contadine che, a quel punto, ibridandosi con le OGM che sono brevettate, diventerebbero automaticamente di proprietà della ditta sementiera che detiene il brevetto e quindi i loro semi non potrebbero essere più riseminati.

Intanto, le piante di pubblico dominio, cioè quelle che sono frutto di selezioni fatte più di trentacinque anni fa e che non pagano *royalties* a nessuno, perché sono patrimonio collettivo in quanto "antiche varietà", vanno gradualmente a perdersi, cancellate dai registri europei e sono destinate alla probabile estinzione, e a essere completamente sostituite da "IBRIDI F1" i cui semi non si possono riseminare se non penalizzando fortemente la possibilità di raccolto. **Oggi, oltre il 90% delle sementi delle varietà commerciali di cetrioli, cocomeri, pomodori, melanzane, zucchine, meloni e peperoni sono IBRIDI, e meno del 3% sono le varietà più vecchie di trentacinque anni**.

In alcune nazioni europee si è riconosciuta l'esistenza e la possibilità di vendita di alcune varietà storiche, recependo una parte della direttiva CEE su cui si fonda il DPR 322/2001, tuttavia è stata proibita la vendita dei prodotti di quelle varietà. Inoltre si è chiesto una tassa annua di registrazione che penalizza i piccoli produttori e distributori di sementi. In Italia non è stata fatta neppure questa applicazione, esponendo il nostro ricco patrimonio storico varietale di semi alla biopirateria OGM e alla copiatura per IBRIDI.

Le varietà moderne, sia ortive sia agrarie, sono commercializzate con l'unico scopo di favorire un'agricoltura industriale e la grande distribuzione organizzata. Gli ortaggi devono essere capaci di superare raccolte meccaniche, imballaggi meccanizzati, lunghi viaggi refrigerati. Devono avere la maturazione uniforme per favorire la raccolta simultanea, dipendono dalla chimica sia per le concimazioni sia per i trattamenti fito-sanitari. Devono avere un bell'aspetto, ma il sapore, ovviamente, non c'è più (perdita delle migliaia di vitamine naturali contenute).

Purtroppo, questo "progresso" di varietà di piante sempre più tecnologiche sembre inarrestabile. Perché autorizzare OGM e piante IBRIDE e invece proibire, ostacolare in tutti i modi la libera circolazione dei semi non registrati ?
Dobbiamo forse ritenere che vi sia la volontà di eliminare ogni possibile alternativa all'industria sementiera dell'Agro-bunisess ?

Un ritorno alla biodiversità rurale nei campi è invece auspicabile, non solo per un recupero di sapori e aromi di cui le piante moderne sono povere (non hanno più vitamine), ma anche di colori e forme

che rendono piacevole mangiare, e per favorire il movimento del cibo locale, ovvero della vendita diretta di prodotti di fattoria. L'assurdo è invece che anche un semplice seme di pomodoro, come anche di insalata o di qualsiasi altro ortaggio comune, tradizionale e contadino, solo perché non registrato, diventa un seme proibito. L'iscrizione nei registri di una varietà è una pratica amministrativa lunga e costosa, inaccessibile agli agricoltori, una via impraticabile per le varietà contadine. E' quindi urgente togliere queste regolamentazioni, e lasciare piena libertà di scambio e di diffusione gratuita delle varietà storiche italiane.

Quindi:

Per preservare la biodiversità rurale
Per una agricoltura ricca e variegata
Per il diritto all'alimentazione libera e sana
Per riconoscere il valore della nostra civiltà contadina

Si chiede:

L'applicazione della direttiva CEE (98/95) finora disattesa dai governi e la creazione di una lista nazionale che raccolga le varietà locali o dei territori o contadine

L'iscrizione libera e gratuita su queste liste per le varietà di coloro che conservano, selezionano e diffondono queste biodiversità

Che i criteri d'iscrizione siano adattati alle particolarità di queste varietà locali, spesso non uniformi o stabili come quelle selezionate.

Uno spazio di libertà totale per scambi liberi di piante e sementi contadine (in quantità corrispondenti ai bisogni di una piccola fattoria), nel rispetto delle precauzioni fito-sanitarie essenziali.

Ultimi dati

Agosto 2006: La CIA (*Confederazione Italiana Agricoltori*) ha avviato un censimento nazionale per identificare e catalogare tutti quei prodotti agricoli che hanno ridato vita a tradizioni, coltivazioni e culture secolari, conservando semi ormai sconosciuti, allevando animali a rischio d'estinzione. Esiste una proposta da presentare in Parlamento per dare un *Riconoscimento Giuridico* a questi agricoltori e soprattutto attivare interventi di carattere finanziario per consentire di proseguire nell'attività di conservazione e di produzione di colture che rappresentano le radici storico-culturali del nostro Paese.

"*Il nostro obiettivo* – ha detto il Presidente della CIA Giuseppe Politi – *è quello di valorizzare il sapiente e oneroso lavoro di tanti agricoltori che da tempo si dedicano alla salvaguardia della biodiversità, alla tutela di una cultura e di una storia che affonda nei secoli. …*"

"*In Italia come in molti Paesi dell'Unione Europea* – ha aggiunto Alberto Olivucci – *non sono mai stati istituiti registri di varietà contadine. Chiunque può così brevettarle e appropriarsi* (bio-pirateria) *delle nostre conoscenze locali, di questi piccoli monumenti dagli aromi e dai sapori unici….*".

La CIA intende così proporre, nella PETIZIONE lanciata via INTERNET assieme a VAS, FEDERCONSUMATORI e AIAB, l'iscrizione libera e gratuita per le varietà della tradizione locale. Si chiede, inoltre, che i criteri d'iscrizione siano adattati alle particolarità di queste varietà locali, spesso non uniformi o stabili come quelle selezionate, e si sollecita uno spazio di libertà per scambi liberi di piante e sementi contadine. Negli orti e nei giardini italiani, alla fine del 1700, vi erano più di 8.000 varietà di frutta, mentre oggi si arriva poco meno a 2.000…. La Mela, ad esempio, è il caso più emblematico di questo preoccupante depauperamento genetico: all'inizio del 1900, in Europa si conoscevano almeno 5.000 varietà di mele. Adesso non si superano le 1.800 varietà. E in Italia, circa l'80% delle mele prodotte appartiene a soli quattro gruppi di varietà: 2 *americane* (le mele rosse *Red delicious*, e le mele gialle *Golden delicious*) uno *australiano* (le mele verdi *Granny Smith*) e uno *neo-zelandese* (le mele bicolori *Gala*).

Nota: esistono dei forti sospetti in merito alle concentrazioni di vitamina B17 in queste mele straniere, ma purtroppo non esistono dati scientifici *italiani* pubblicati in merito alle quantità di questa preziosa vitamina presenti nei semi di queste mele straniere, rispetto invece alle notevoli quantità di B17 presenti nei semi delle antiche e famose mele nostrane, tali da rendere ciascuna di esse sufficiente a "*togliere il medico di torno*…".

L'attuale paradosso è che le pastoie burocratiche oggi impediscono persino di utilizzare gli stessi semi prodotti nella propria azienda agricola. Ed è persino illecito il baratto di semi non registrati tra un coltivatore e l'altro.

Senza passaporto sanitario, i semi di varietà antiche come il Lupino selvatico non possono neanche viaggiare all'interno dell'Unione Europea.
Per coltivare il Mais di Scavolino, dal caratteristico color amaranto, bisognerà vedere applicate queste nuove leggi, perché oggi esso non si può né venderlo, né regalarlo ad altri coltivatori….

Cap. 3.4 : Come l'Unione Europea distrugge l'Agricoltura Italiana

(Agricoltura e salute nel Mercato Globale)

(Tratto da "Salute e Diritti", 2004, No. 1; Trimestrale di informazione della FEDERAZIONE del COMILVA Coordinamento del Movimento Italiano per la libertà dalle Vaccinazioni).

Il tentativo di far morire i piccoli produttori a vantaggio dei grandi e di diminuire la produzione agricola (a cura di *Vincenzo Arilotta*)

Assistiamo al tentativo di far morire i piccoli produttori e diminuire la produzione agricola per mezzo di leggi riguardanti le misure degli ortofrutticoli e di una politica dei premi volta a privilegiare boschi poco produttivi e dare premi svincolati dalla produzione (vedi premi per chi in anni trascorsi ha coltivato seminativi); per gli ostacoli frapposti alla vendita diretta produttore-consumatore; ostacoli frapposti a chi vuole produrre per auto-consumo; sparizione dei fitofarmaci più semplici, meno costosi e magari più efficaci; protezione dei predatori degli uccelli insettivori e protezione spinta all'eccesso degli animali nocivi all'agricoltura; disinteresse per una programmata lotta biologica contro i fitofagi che consentirebbe efficacia e risparmi; mancata coltivazione boscosa delle montagne disboscate e mancanza di una lotta intelligente contro gli incendi; mancata coltivazione legnosa di specie molto produttive e pregevoli; diffusione, anche se non voluta, di strane malattie i cui organismi responsabili sono praticamente uguali a quelli coltivati nei laboratori di guerra biologica.

Effetti sulla produzione agricola delle norme europee relative alle dimensioni degli ortofrutticoli

A Bruxelles, intorno alla Commissione Europea (il governo dell'Europa), stazionano 3.000 "gruppi di pressione" con 10.000 addetti. Queste lobbie hanno una grande capacità d'influenzare le decisioni di politica economica, agricola, etc…. Si spiegano così certe raccomandazioni europee volte a promuovere il commercio di prodotti alimentari di bassa qualità: cioccolato scadente, pasta scadente, pane scadente, il divieto di cucinare la pizza nel forno a legna, le mozzarelle da fare esclusivamente con latte in polvere, autorizzazione alla coltivazione delle viti OGM, le quote latte, le banane che non devono essere inferiori ad una certa misura in modo da scartare le africane corte e importare le americane lunghe di proprietà delle Multinazionali, le melanzane che devono superare una certa lunghezza (così da Bruxelles vorrebbero impedire di cucinare le melanzane ripiene che devono essere piccole), le albicocche diametro minimo 30 millimetri, gli asparagi di lunghezza compresa fra 12 e 27 centimetri, i carciofi di diametro superiore a 6 centimetri; la prova di amarezza dei lupini (un autentico rompicapo). Per i meloni bisogna calcolare le percentuali di peso e di diametro del più grosso rispetto al più piccolo dello stesso imballaggio. Con i piselli la persecuzione continua, dichiarando fuori legge quelli provenienti da baccelli con meno di 5 semi; per il baccello oltretutto, è prevista una sorta di palpeggiamento preventivo per sentire al tatto se è pieno. Mi chiedo: la qualità dei cibi si misura in centimetri ? Tutto quello che non risponde alle suddette norme è forse da gettare anche se è ottimo di sapore e di valore nutrizionale ?

Le suddette norme avrebbero le seguenti conseguenze:

1) mettere fuori mercato quei piccoli produttori che commercializzano in proprio e che non dispongono di calibratici e di sensori per indagare ad esempio il numero di piselli contenuti in un baccello;
2) a causa dello scarto notevole, diminuire il prezzo che le industrie conserviere devono pagare per il prodotto allo stato naturale, a discapito del povero agricoltore e senza vantaggio per il consumatore;
3) diminuire la produzione fresca e quindi le vitamine e i minerali a disposizione del consumatore ed aumentarne il prezzo;
4) spingere i produttori a gonfiare con acqua e concimi chimici il prodotto per restare al di sopra dei limiti fissati, con il risultato di ottenere ortofrutta poco serbevole (perché con molta acqua e poca sostanza secca), poco gustosa (perché l'acqua diluisce il sapore), alterata nella composizione (perché il concime chimico squilibra il terreno portandovi impreviste reazioni chimiche); il consumatore avrebbe un ulteriore rincaro nascosto perché a parità di peso comprerebbe più acqua;
5) aumentare i profitti delle Multinazionali produttrici di concimi chimici;
6) indebolire gli alberi a causa dello squilibrio apportato dal concime chimico e portarli a morte prematura;
7) aumentare i pesticidi perché l'accresciuto contenuto di acqua nell'ortofrutta la rende più suscettibile ai parassiti;
8) aumentare ancora una volta i profitti delle Multinazionali produttrici di concimi e di pesticidi con riguardo questa volta ai pesticidi.

9) rendere possibile una sostituzione anticipata degli alberi con altri “protetti da brevetto” (OGM) e con l’obbligo del produttore di conferire i prodotti ad un dato grossista. Così tutta la produzione passerebbe in mano a pochi grossisti che potrebbero imporre qualsiasi prezzo al produttore e al consumatore, nonché impartire le loro regole di produzione e i propri pesticidi e concimi chimici.

La Burocrazia di Bruxelles permette le Rendite Parassitarie

Chi, nel triennio 2000-2002, ha seminato grano, ha acquisito il diritto di fruire dal 2004 al 2013 una rendita annua di 450 Euro ad ettaro, qualunque cosa vorrà coltivare sul suo terreno, anche lasciarlo improduttivo. La decisione vuole evidentemente favorire qualche grosso proprietario che nel triennio 2000-2002 ha sempre coltivato grano, onde poter fruire in quegli anni dei premi comunitari, infischiandosene della corretta pratica agricola che vuole che non si ripeta per due anni consecutivi la stessa coltivazione sullo stesso terreno (in questo caso la ripetizione è avvenuta per 3 anni consecutivi). La Commissione europea nel 1999 avrebbe dovuto dire che il premio per il grano sarebbe stato dato per lo stesso terreno solo ad anni alterni. Altra conseguenza dei premi dati solo ai seminativi è che diminuisce la superficie a ortaggi, a frutteti e vigneti per la convenienza con i premi di avere un reddito sicuro. Con i premi, è successo in passato che dei proprietari a breve scadenza di tempo abbiano preso denaro prima, per spiantare i vigneti, e poi per reimpiantarli.

Sarebbe molto più semplice detassare l’agricoltura anziché dare aiuti ed eliminare così la doppia burocrazia per pagare le tasse e ricevere gli aiuti (sembra che gli aiuti siano una somma superiore alle tasse). Ma così gli burocrati e i burocrati nazionali non potrebbero favorire i propri amici e dirigere l’agricoltura secondo gli interessi dei padroni del mondo.

Gli Ostacoli frapposti alla Vendita Diretta da Produttore a Consumatore.

Un sistema per diminuire i prezzi al consumo e nello stesso tempo aumentare i redditi degli agricoltori, sarebbe consentire ed agevolare il passaggio diretto agricoltore-consumatore. Ovviamente i più interessati sarebbero i piccoli agricoltori, ma cosa ti fa la Legge?
Esclude proprio questi, perché prevede che bisogna essere iscritti alla Camera di Commercio (iscrizione onerosa), da cui gli agricoltori con reddito inferiore a 5 milioni di lire sono esentati. Inoltre occorre l’autorizzazione del sindaco o una comunicazione, a seconda dei casi, il nulla osta sanitario di idoneità dei locali adibiti allo spaccio da parte dell’ASL (*Terra e Vita, No. 19/2002*) munirsi di una bilancia che permetta di azzerare il peso dopo la misurazione della tara e farla verificare dalla Camera di Commercio competente territoriale ogni 3 anni (*Terra e Vita, No. 9 , 2001*); in certi casi occorre avere anche il libretto sanitario. Per l’olio praticamente i piccoli produttori sono esclusi dalla vendita diretta. La nuova legge europea prevede che l’olio debba essere imbottigliato, etichettato, confezionato in contenitori non superiori a 5 litri. L’olio non può essere venduto sfuso. Per quanto riguarda il vino gli adempimenti burocratici sono mostruosi (*Terra e Vita, No. 35/2004*).
Almeno il povero contadino sarà padrone di allevare qualche animale per il proprio consumo ?
Nemmeno questo è consentito di fare in santa pace. Chi possiede più di dieci volatili fra oche, anatre, polli, tacchini, etc…se non sono animali ornamentali, deve avere l’autorizzazione del sindaco e comunicarlo all’ASL, anche se esercita l’attività in un posto isolato dal mondo. Se vuoi avere la capretta, oltre alle debite autorizzazioni, comunicazioni, registri, carte e cartacce, devi mettere in conto che se ti muore, devi portarla all’inceneritore e pagare una grossa somma, quando sarebbe possibile senza problemi, il suo seppellimento. Se vuoi macellare l’agnello (oltre alla debita registrazione su apposito registro entro venti giorni dalla nascita, punzonatura delle orecchie per metterci l’apposito cartellino e farlo mandare in giro come un pacco postale), non puoi farlo in proprio, ma bisogna portarlo al macello dove effettuano le stesse operazioni che avresti fatto tu, ma facendotele pagare. E’ evidente che è tutto congegnato contro i piccoli produttori a cui si vuole impedire persino di produrre per il proprio consumo. Devono poter produrre solo i grossi, negli Stati che i padroni del mondo ritengono adatti e dove, quindi, non c’è nessuna burocrazia; in Italia e in Europa dobbiamo produrre solo bulloni, ed è per questo che si assiste alle proteste violente dei contadini francesi e anche dei nostri allevatori angariati dalle quote-latte; ma è tutto il settore agricolo che si trova in sofferenza.

Effetti negativi di una Lotta contro i Fitofagi (insetti dannosi) condotta in modo irrazionale

Altro problema che non si vuole affrontare e risolvere è la lotta agli insetti. In natura ogni insetto fitofago ha un suo predatore specifico, più altri predatori occasionali. Con i trattamenti insetticidi non si riescono a raggiungere tutte le parti delle piante, per cui vi sono sempre fitofagi che sfuggono, ma poiché i loro predatori sono in numero inferiore, con i trattamenti insetticidi si corre il rischio di sterminarli tutti, mentre i fitofagi comunque sopravvivono con successiva loro esplosione demografica. Inoltre on il tempo i litofagi acquisiscono resistenza nei confronti di buona parte degli insetticidi e, ancora, perché il trattamento abbia efficacia bisogna effettuarlo nel momento in cui gli insetti sono vulnerabili al

trattamento, e questo non è sempre di facile rilevazione per l'agricoltore. Vi sono insetti che compiono il loro ciclo in parte sottoterra, o non più raggiungibili all'interno dei frutti, o difficilmente raggiungibili perché si spostano in continuazione, o non molto sensibili agli insetticidi. Per rimediare alle difficoltà di trovare il momento giusto si usa aumentare il numero dei trattamenti effettuandoli periodicamente. Vi è in aggiunta il problema dei nuovi insetti che arrivano nel nostro paese, portati dal commercio globale. Questi nuovi insetti arrivano senza i loro predatori, e qui si dovrebbe attivare lo Stato per individuarel'insetto, vedere il paese d'origine; se non fossero noti i suoi predatori, mandare i tecnici nel paese d'origine per individuarli, portarli in Italia e diffonderli. Dalle considerazioni suddette, emerge che la lotta biologica agli insetti è preferibile a quella chimica perché:

1) a lungo andare è l'unica veramente efficace, basta immettere sul campo un quantitativo congruo di predatori;
2) elimina i pericoli per gli operatori e i consumatori;
3) la lotta chimica, anche volendo trascurare gli effetti tossici, non è semplice perché bisogna individuare il momento giusto per effettuarla e quindi occorre aumentare i trattamenti.

Perché non si provvede ? Forse soprattutto per non toccare gli interessi delle ditte produttrici di insetticidi.

L'importanza di un'Agricoltura Sana e Autosufficiente

L'agricoltura è l'attività primaria perché consente il soddisfacimento del primo bisogno dell'uomo che è quello di nutrirsi. Uno Stato autosufficiente dal punto di vista agricolo non è soggetto a ricatti da parte dei paesi fornitori. Uno Stato autosufficiente per l'alimentazione può, con una propria politica monetaria (a cui l'Italia ha rinunciato, delegandola prima alla Banca d'Italia, che è privata, e poi all'Europa), stampare denaro ed aumentare il denaro circolante innalzando stipendi e pensioni senza provocare inflazione, perché i prodotti sono abbondanti e non chiedono altro che di essere comprati.
Infatti, i problemi monetari sono di due tipi:

3) abbondanza di prodotti e mancanza di denaro: in tal caso lo Stato deve stampare denaro, aumentando il circolante, le paghe e le pensioni, anche per non fare fallire il sistema produttivo nazionale che ha bisogno di denaro per andare avanti.
4) Mancanza di merci e abbondanza di denaro: una situazione del genere crea inflazione, ed allora lo Stato deve aumentare le tasse per diminuire il circolante.

Se in uno Stato l'agricoltura non è abbastanza produttiva, quello Stato non potrà mai aumentare i salari per non causare l'aumento dei prezzi dei generi alimentari, il cui consumo è irrinunciabile e quotidiano, causa prima di inflazione nel caso di una loro deficienza.
Obiezione che potrebbe essere fatta: " *i generi alimentari li compro all'estero a prezzo basso, usufruendo dei guadagni dell'industria nazionale, e così sono a posto*…".
Il problema è che la produzione agricola a livello mondiale è deficitaria e si rischia la dipendenza politico-economica dal Paese fornitore.
Altro problema: il paese fornitore, per mantenere o instaurare il suo dominio, sabota la produzione agricola del cliente con una guerra chimica e biologica sotterranea e con leggi contrarie all'agricoltura, promulgate da dirigenti politici ricattati (e comprati) del paese cliente.
Tutto è possibile in un mondo in cui, anziché la fratellanza cristiana, si diffonde il più crudo cinismo e il tentativo di dominio ideologico ed economico di alcuni popoli su altri.

Effetti di nuove "strane" malattie sulla produzione agricola

La produzione agricola italiana negli ultimi 3 anni è diminuita costantemente di circa il 2% l'anno; che non sia merito di tutte le leggi e leggine europee e nazionali che intralciano il lavoro degli agricoltori ? O per non parlare delle nuove "strane" malattie che colpiscono la produzione agricola ?
Prensiamo ad esempio l'albicocco.
(Nota: il suo frutto è il adatto per la terapia del Cancro con la vitamina B17 tramite l'ingestione dei suoi semini).
L'albicocco è infettato modernamente da citoplasmi, parenti stretti dei micoplasmi che attaccano l'uomo. Poiché sui micoplasmi hanno agito i ricercatori della guerra biologica, viene il sospetto che anche la recente diffusione dei citoplasmi dei fruttiferi possa essere collegata a qualche "esperimento" sul campo.

Nota 1 del dott. Giuseppe Nacci : in merito alla guerra biologica e genetica, vedi anche :……([1358])

Nota 2: del dott. Giuseppe Nacci : le piante OGM sono state sviluppate per prendere il posto delle piante naturali ?
E se sì, a quale scopo ?

Tentativo di diminuire la Produzione Agricola denigrando la pratica dell'Irrigazione

Da più parti, personaggi anche autorevoli vanno affermando che l'agricoltura consuma la risorsa "acqua" e che tale consumo deve essere ridotto a vantaggio di altri usi. L'affermazione è semplicistica. L'acqua impiegata nell'agricoltura "percola" e ritorna in massima parte nella falda acquifera.
La parte che non ritorna direttamente in falda, evapora e ritorna sulla terra sotto forma di pioggia. Inoltre se l'irrigazione viene svolta non con l'acqua di falda ma con quella di fiume, si limita il deflusso di acqua dolce verso il mare e si impinguano le falde. In questo caso l'agricoltura non solo non consuma acqua(che andrebbe perduta in mare), ma attraverso la percolazione arricchisce le falde e funziona da serbatoio di acque dolci; da cosiddetto consumatore si trasforma quindi in produttore di acqua dolce. Vero è che non bisognerebbe impiegare diserbanti, concimi, quantità eccessive di fito-farmaci che vanno a finire nelle falde (e prevedere lo spargimento dei liquami degli allevamenti intensivi su una superficie adeguata di terreno). La colpa è di chi non insegna agli agricoltori corrette pratiche agricole e di chi produce sementi e alberi deboli.

Per gli alberi, il sistema dell'innesto li rende deboli; bisognerebbe ricorrere a piante non innestate per Pesco, Nettarina, Albicocco, Nespolo, Noce, che non hanno bisogno di innesto per produrre frutti mangiabili e attraenti. Per gli alberi sembra che la micropropagazione (talea di gemme) produca alberi maggiormente resistenti. Bisognerebbe inoltre diffondere le varietà nostrane più resistenti alle malattie, ma nessuno fa opera di promozione per farle conoscere al consumatore e così il mercato le rifiuta.

Se non si vuole consumare acqua, ci sono varietà di Mais che fino a pochi anni fa crescevano in Sicilia senza vedere mai una goccia d'acqua che non fosse quella (poca) del cielo.

Ma, come si diceva prima, ai fini dell'arricchimento delle falde acquifere, sarebbe auspicabile che l'agricoltura consumi congrue quantità di acqua dai fiumi.
Questa pratica però, se condotta in maniera scorretta, salinizza il terreno, e a lungo andare potrebbe sterilizzarlo.
L'acqua migliore è quella distillata senza Sali e quindi bisognerebbe trarla dalla desalinizzazione dell'acqua marina o di fiume.
Bisogna anche dire che fino a 30 km dalla foce, le acque dei fiumi sono mescolate a quelle del mare e non sono impiegabili in agricoltura.
Chi invece, allo stato attuale, consuma l'acqua e la rende inservibile per impieghi successivi, sono le industrie, e vgli usi civili.

Molti vorrebbero che le zone agricole ritornassero in parte paludi per impinguire le falde acquifere, ma questo diminuirebbe la produzione agricola.
Ciò sarebbe inutile e dannoso perché le paludi portano la Malaria.
E' sufficiente irrigare abbondantemente.
Ma l'irrigazione è contrastata con il falso pretesto del consumo d'acqua. Si rendono conto che in realtà in questo modo si fa il gioco di chi (U.E.) vuole diminuire la produzione agricola e rovinare l'ambiente ?

Il *Glifosato* causa problemi nutrizionali nelle piante

Fonte: Studio di Gunter Neumann - *Hohenheim University*, Stuttgart, Germania
20/07/07

E' opinione comune che il *Glifosato*, erbicida altamente diffuso, sia facilmente degradato e assorbito dal suolo e sia pertanto innocuo per l'agricoltura.
E' possibile dimostrare, tuttavia, che questa conclusione è errata e pericolosa per gli agricoltori, in quanto precedenti valutazioni del rischio non hanno adeguatamente considerato il comportamento del glifosato nella rizosfera.
Gli esperimenti effettuati con soluzioni nutrienti, *rizhobox* e vasi provano che il *Glifosato*, dopo essersi rapidamente trasferito dai rami alle radici, viene immesso nella rizosfera ove permane il tempo necessario per stablizzarsi e danneggiare piante non bersaglio.
Un esempio di effetto collaterale riguarda l'inibizione della capacità di assorbimento di nutrienti come il manganese, lo zinco, il ferro e il boro, tutti coinvolti nei meccanismi di resistenza alle malattie propri delle piante.
Il trasferimento del *Glifosato* dalle piante bersaglio a quelle non bersaglio (ad esempio dall'erba agli alberi di un frutteto) lascia prevedere un aumento del numero delle malattie delle piante, specialmente su terreni poveri di micronutrienti (fenomeno già denunciato negli Stati Uniti). Per preservare la salute delle piante e del terreno, chiediamo che l'uso del *Glifosato* come erbicida agricolo sia sottoposto a una nuova valutazione.
Per leggere tutto lo studio: http://www.greenfingers.com.au/702-R%F6mheld.pdf

Le micotossine del Mais OGM e la Piralide

(Prof. Giuseppe Altieri)

Non è assolutamente vero che gli alimenti biologici contengono micotossine a livelli maggiori degli alimenti convenzionali; anzi è vero semmai il contrario.

Le micotossine dipendono da come coltiviamo, proteggiamo e conserviamo un prodotto agricolo o alimento.

Come dimostrato nel servizio di Report Rai 3 "*Il gene sfigurato*" di Carlo Pizzati (1998), con immagini ed affermazioni inequivocabili del Direttore Novartis in un campo sperimentale di mais Bt Ogm, gli insetti attaccano lo stesso i semi nelle pannocchie, poiché la tossina Bt si produce solo nelle parti verdi della pianta.

Ed, anzi, non essendo tali animali poi così stupidi, si sposteranno preferibilmente sulle pannocchie, per cui i semi mangiati e le muffe conseguenti, semmai aumentano sul mais Ogm.

In particolare se nell'agricoltura transgenica, che vuole produrre di più, si coltiva Mais a ciclo lungo che si raccoglie in autunno, con le piogge che favoriscono le micotossine ….. e la Piralide (l'insetto dannoso), che ha anche più tempo a disposizione per mangiarsi i semi.

Soprattutto, le micotossine aumentano con periodi lunghi di stoccaggio e di trasporto del mais OGM dagli USA, Canada, Brasile, Argentina, che passano mesi nelle stive di navi umide, che nessuno pulisce a fondo nei porti, per cui funghi e micotossine prolificano al meglio (dati dell'Ist. Superiore di Sanità agli atti del Corso per gli Istituti Zooprofilattici sugli Ogm a Perugina).

Ricerche canadesi su mais, soia OGM, resistenti ai disseccanti chimici, su cui si spruzzano tonnellate di *Glifosato*, dimostrano inoltre che il diserbante indebolisce le piante, soggette e maggiori attacchi di funghi, come il *Fusarium* che produce micotossine pericolosissime.

Tale malattia è stimolata anche dalla coltura ripetuta di mais OGM dopo mais OGM e dalle altissime concimazioni con azoto chimico.
Dopo di che, i mais OGM vengono stoccati per anni nei silos e le micotossine aumentano mentre gli animali nutriti con Ogm si ammalano sempre più e nessuno capisce perché .

Si controlli, a tal proposito, la spesa veterinaria nella zootecnia e la confronti con quella di un allevatore biologico, come ad es. il signor Profili Ovidio di Civita Castellana, citato in un'altra inchiesta di Report.
Affari delle stesse ditte che producono OGM, diserbanti e pesticidi ….. e medicine per gli umani ammalati. A tal proposito, il *Glifosato*, propagandato come innocuo è in realtà un diserbante tossico per la placenta, che provoca aborti spontanei ed è collegato all'incremento del "Linfoma Non Hodgkin" un tumore del sangue in crescita, come risulta da studi svedesi di alto livello.
I prodotti biologici, invece, hanno livelli di micotossie minori, come dimostrano i dati a confronto sul latte biologico e convenzionale ad es. della *Granarolo*, dal momento che si consumano prevalentemente freschi e si coltivano in rotazione per cui le malattie nei terreni si eliminano: tenendo conto inoltre che le tecniche di difesa biologica delle coltivazioni sono oggi anche più efficienti di quelle chimiche.

Cap. 3.5 : L'ultimo inganno. Le *Varietà Convenzionali Migliorate* o *Marker Assisted Selection* (MAS): quando l'inganno genetico rientra nei campi dei contadini con il grande ritorno delle piante IBRIDE

I grandi colossi delle bio-tecnologie (leggi OGM) quali *Monsanto*, *Syngenta*, *Bayer*, *Pioneer*, etc… hanno sostenuto per anni che gli OGM rappresentavano una rivoluzione tecnico-scientifica nell'agricoltura, e che questa rivoluzione era l'unico sistema efficiente ed economico per alimentare una popolazione in crescita in un mondo sempre più piccolo. Gli scienziati indipendenti e altre autorevoli persone hanno più volte dimostrato, dati alla mano, l'assoluta infondatezza di tali affermazioni.

Queste Multinazionali hanno adesso avviato una ulteriore mistificazione, che va sotto il nome di *Marker Assisted Selection* (MAS): *Selezione Assistita da Marcatori*. E' un metodo complesso che serve ad accelerare considerevolmente i processi di selezione tradizionali, ma senza modificarli geneticamente come nel caso dei semi OGM. Fin qui nulla di male. In tal modo è possibile selezionare varietà di piante con caratteristiche migliori di altre, specifiche per un determinato ambiente.

Grazie a questa nuova tecnica, in Olanda è stata sviluppata una nuova varietà di Lattuga resistente ad un afide, in India è stato sviluppato un Miglio resistente alla siccità e alla muffa.
La stessa *Syngenta* ha creato una varietà di frumento NON OGM più resistente al fungo del fusario.

Questa forma di "*selezione assistita*", sviluppata nei grandi laboratori di queste aziende bio-tech, e che mira all'introduzione sul mercato mondiale di queste cosiddette "*Varietà Convenzionali Migliorate*", come alternativa agli OGM, nasconde però un grande inganno:

queste piante sono tutte "IBRIDE", cioè sterili.

Potranno anche dare una resa maggiore delle piante naturali normali, ma il contadino non potrà riseminarle nel suo campo…..

Del resto, prima del recente avvento sul mercato degli OGM, si è infatti assistito, da alcuni decenni, all'introduzione sempre più massiccia delle piante naturali "ibride".

Ciò che segue è una breve analisi del fenomeno, tratto da"*OGM: le verità sconosciute di una strategia di conquista*, Laura Silici, Editori Riuniti, via Alberico II, 22-00193, Roma.

... "Che le varietà ibride siano anche la "vacca da latte" delle "Industrie delle Sementi" non desta stupore. Questi tipi di piante non si distinguono da tutte le altre non perché rendano di più (come la propaganda vorrebbe far credere da alcuni decenni), ma perché diminuisce le rese della generazione successiva.
L'espressione "varietà ibride" è dunque una doppia mistificazione, in quanto non sono delle "varietà", e il fatto di essere "ibride" non è una loro caratteristica particolare. Il selezionatore applica il metodo dell'isolamento-clonazione. Egli non fabbrica delle varietà ibride, bensì dei cloni, e sostituisce la varietà con il migliorare tra questi.
Nel caso del mais, partendo dalle leggi scoperte da Mendel nel 1900, il biologo americano George Shull capisce che è possibile clonare "a caso" il mais, applicando cioè il metodo dell'isolamento. Nel suo primo articolo fondante, Shull formula il principio della clonazione-isolamento senza però svelarne il metodo. Egli annuncia di aver risolto il principale problema del selezionatore, "possedere il pedigree originario". Nel suo secondo articolo fondante, "*Il metodo delle linee pure nella selezione del mais* " (gennaio 1909) spiega la sua invenzione. Dal titolo si capisce che la questione risolta è di fatto quella della clonazione del mais.
Shull propone, sulla base della segregazione di Mendel, di moltiplicare, con una serie di auto-fecondazioni successive, una "linea pura" (omozigota) che, come le piante autogame conserva le sue caratteristiche individuali a condizione di essere coltivata isolatamente. Le linee pure, assai indebolite dall'auto-fecondazione, non sono utilizzabili direttamente

dall'agricoltore. Solo dopo che il selezionatore incrocia le linee pure due a due, avrà prodotto delle piante normali che hanno recuperato il loro vigore. Queste piante possono allora essere clonate in altrettanti esemplari, a seconda dell'occorrenza, poiché i due genitori sono conosciuti. Non resta che isolare il miglior clone.
Questo metodo si scontra con una difficoltà pratica insormontabile: è cieco. Le auto-fecondazioni producono una quantità astronomica di linee, e una ancora più astronomica di cloni. Poiché le linee sono molto indebolite, ma possono dare dei cloni eccellenti, la selezione non può farsi che tra questi ultimi. Perché allora clonare il mais?
L'interesse del selezionatore per una pianta che non conserva le sue caratteristiche individuali da una generazione all'altra è evidente: nel campo il clone perde le caratteristiche che hanno spinto il contadino a seminarlo. In pratica si tratta di poter applicare al mais un fenomeno studiato da Darwin nel 1876, la depressione consanguinea, che grava sulle specie a fecondazione incrociata tanto più è stretta la parentela degli individui che si incrociano. Il selezionatore costringe l'agricoltore a seminare dei cloni, piante geneticamente identiche, inducendolo a trasformare il suo campo in una macchina ad auto-fecondazione (in laboratorio, l'auto-fecondazione consiste nell'insaccare ogni fiore maschio e femmina e nel trasportare il polline maturo del fiore maschio sul fiore femmina corrispondente). L'auto-fecondazione è la forma più drastica di consanguineità; *la generazione successiva è talmente compromessa dalla depressione consanguinea che l'agricoltore non può*, di fatto, *seminare i grani raccolti*.
Restava da camuffare questo esproprio come un miglioramento. La genetica e i genetisti si sono impegnati con una costanza in questo compito per più di un secolo.
La tecnica dell'isolamento esige piante clonate. Questi cloni non sono, nè più né meno, ibridi di qualsiasi altra pianta di mais. L'aggettivo ibrido fa dell'ibridismo, comune a tutte le piante di mais, il carattere distintivo del clone che sostituisce la varietà. La mistificazione consiste nel discutere all'infinito dei misteri genetici dell'ibridismo come se avessero un qualche rapporto con la clonazione-isolamento: si disse infatti: "…la conoscenza della genetica dell'eterosi non è stata essenziale per migliorare il mais" (Coors, Cymmit, 1997).
Così, mentre il selezionatore utilizza l'auto-fecondazione per sterilizzare il mais, il genetista, da parte sua, crede e fa credere di utilizzarne l'ibridismo (l'inverso della depressione consanguinea) per migliorarlo: egli dice: "l'opposto della depressione consanguinea è il vigore ibrido o eterosi"(Falconer, 1981, pp.: 230).
Da più un secolo i genetisti si sforzano, invano naturalmente, di spiegare i misteri dell'ibridismo, come ad esempio il simposio del *Cymmit (International Center for Wheat and Maize Improvement*, Centro internazionale di miglioramento del mais e del grano), nel 1997 a Città del Messico, patrocinato dal complesso genetico-industriale (*Monsanto, Novartis, Pioneer, Asgrow, Dekalb, Cargill, Plant Genetics System*) e dai suoi sostegni politici (*Banca mondiale, Ministero dell'Agricoltura statunitense, USAID e Fondazione Rockefeller*).
Quindici kg di sementi di cloni, occorrenti per un ettaro di terreno, costano in Francia circa 150 Euro, ossia l'equivalente di 16 o 18 quintali di semi di mais. Un quintale di sementi ibride vale circa 1.000 Euro, ovvero 100 volte il prezzo dei grani di mais che costituirebbero i semi dell'anno successivo, se solo il contadino potesse seminare il raccolto….ecco in cosa consiste la rivoluzione portata dalle varietà "ibride" di mais.
Ecco anche qual è la funzione dei dibattiti scientifici: mistificare l'espropriazione e spiegarla come un miglioramento. La genetica interviene ancora una volta come un'ideologia piuttosto che come una scienza (Richard Lewontin: *The doctrine of DNA, Biology as ideology*, Penguin Books).
Gli attuali cloni sono cinque volte più produttivi delle varietà coltivate nel secondo dopoguerra.
Ma è sufficiente attenersi alla logica della tecnologia della clonazione-isolamento e smettere di pensare in termini di ibridi e di ibridazione. La mistificazione consiste nell'attribuire agli ibridi il miglioramento, che invece deriva dal lavoro di selezione. Prima il selezionatore isola dei cloni ovviamente migliori di quelli che trarrebbe dalle varietà non selezionate, poi attribuisce il successo del suo lavoro di selezione all'ibridismo.
Sin dal 1910 E. Funk aveva mostrato che si poteva migliorare il grano con la selezione. Ciò viene confermato da studi recenti: "…in effetti, svariati programmi a lungo termine, ben condotti, di miglioramento delle popolazioni (di cereali), hanno prodotto vantaggi genetici superiori o uguali alla media di 60 kg per acro e per anno dell'industria delle sementi ibride (Coors, Cymmit, 1997, pp.170).
Per riassumere, qui di seguito sono riportate le caratteristiche principali del processo di mistificazione:

1) *L'espropriazione del vivente*: l'ibridazione è una espropriazione

2) *La mistificazione scientifica*: la scienza e alcuni scienziati, ma più precisamente la genetica e alcuni genetisti, hanno una funzione ideologica: quella di spacciare l'espropriazione per un miglioramento, il ritardo delle conoscenze scientifiche rispetto alla tecnologia (la genetica muoveva appena i suoi primi passi quando nel 1914, Shull postula le virtù dell'ibridismo, utilizzando il concetto di "eterosi"), permette di legittimare una teoria genetica che deve la sua credibilità esclusivamente al potere economico dei suoi inventori.

3) *L'autorealizzazione delle virtù dell'ibridismo*: in nome di questa teoria genetica (l'effetto in sé favorevole dell'ibridismo, o "eterosi"), nel febbraio del 1922 il ministro statunitense dell'agricoltura, Henry Cantwell Wallace, decide che l'ibridazione sarà l'unico metodo di miglioramento del mais. Egli agisce su suggerimento di suo figlio Henry Agard Wallace, selezionatore e produttore di sementi di mais, futuro ministro dell'agricoltura di Roosevelt nel 1933 e fondatore nel 1926 della *Pioneer*, che è oggi la maggiore azienda multinazionale cementiera. Wallace è impressionato dalla nuova scienza genetica e dalle prospettive che essa dischiude nel campo della manipolazione del vivente. Nel 1946

paragona la potenza dell'eterosi a quella della bomba atomica. I selezionatori tradizionali che dubitano delle virtù degli ibridi sono messi in quarantena e sostituiti dagli "ibridatori", gli *hybrid corn breeders*, tutti direttamente o indirettamente discepoli di East e iniziati all'esoterismo scientifico dell'ibridismo. Le varietà tradizionalmente coltivate dagli agricoltori vengono abbandonate nel loro stato genetico intorno al 1910. Occorre comunque una quindicina di anni perché la teoria genetica si autorealizzi. Verso il 1935, i cloni *captifs* sono regolarmente superiori alle varietà "libere".
Nota a margine: *Pioneer*, fondata nel 1926 con un capitale di 7.600 dollari, è stata ricomprata dal chimico DuPont per circa 10 miliardi di dollari nel 1999. Ogni dollaro investito si è moltiplicato di 1.500.000 volte in 73 anni. *Il capitale del selezionatore si moltiplica nel suo bilancio soltanto se alle piante non viene consentito di farlo nel terreno del contadino.*

4) La socializzazione dei costi dell'espropriazione: nel 1922, il governo degli Stati Uniti lancia un programma di ricerca generosamente finanziato e strettamente coordinato, una novità nella ricerca agronomica, che fino ad allora era molto decentralizzata. Nel 1936, un centinaio di ibridatori pubblici sono al lavoro (Jenkins, 1936), mentre alcuni selezionatori privati seguono attentamente i loro risultati.

5) *L'inspiegabilità della teoria dell'eterosi*: con il successo delle varietà ibride, il quiproquo è completo, la mistificazione funziona ormai a pieno regime. Il golpe "lysenkista" che impone le "varietà ibride" è riuscito. Era dunque giusto. Lo Stato ha difeso l'interesse pubblico. L'eterosi ha preso la forma di milioni di tonnellate in più di mais. Com'è accaduto ? Per quanto riguarda gli "ibridatori", il loro compito era di far trionfare questa tecnica di esproprio, non di discuterne la scelta. Il loro ammirevole lavoro di selezione è riuscito a migliorare il mais malgrado, - e non a causa di -, aver scelto l'ibridazione; certamente non avrebbero rimesso in causa la loro scelta iniziale nel momento del loro successo.

6) *La lucidità impotente delle vittime*: gli agricoltori americani sono stati i soli a sospettare una manipolazione della realtà: ne erano le vittime. Soprannominarono il mais rivoluzionario "*mais mulo*". Il mulo è, come si sa, sterile. Ma gli ibridatori pubblici avevano reso questo "*mais mulo*" superiore alle loro varietà tradizionali, e dunque a loro non restava che acquistarne ogni anno le sementi.

Tratto integralmente da: "*OGM: le verità sconosciute di una strategia di conquista*, Laura Silici, Editori Riuniti, via Alberico II, 22-00193, Roma.

Dalle piante ibride alle piante OGM *TERMINATOR*

Oggi, l'impiego delle piante IBRIDE è stato però superato dalla bio-tecnologia applicata alle piante OGM: sono state infatti create piante completamente sterili, incapaci di riprodursi. Nell'ottobre del 2005 questa bio-tecnologia, soprannominata "TERMINATOR", ha così ottenuto il suo primo brevetto in Canada. La gravità di questo fatto, per le possibili conseguenze alimentari, è riportata al sesto punto del paragrafo successivo ("La minaccia degli Organismi Geneticamente Modificati).

Cap. 3.6 :
La minaccia degli Organismi Geneticamente Modificati (OGM)

VEDI ANCHE SU:
http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm **TERZO CONGRESSO MONDIALE DI MEDICINA INTEGRATA – ROCCAMORICE – SETTEMBRE 2006 : La Minaccia degli Organismi Geneticamente Mondificati** (Relazione in PDF presentata al Congresso dal Dott. Giuseppe Nacci)

oppure su:
www.medicinetradizionali.it/TERZO%20CONGRESSO%20MONDIALE%20Roccamorice.pdf

www.medicinetradizionali.it/nacci%20piante.htm

Il Cancro è una malattia degenerativa dovuta a carenze di vitamine e a intossicazione da sostanze chimiche presenti nei cibi. Le vitamine e le sostanze pro-vitaminiche presenti nelle piante naturali di comune alimentazione umana possono essere stimate in numero superiore a 15.000-30.000 tipi. L'introduzione nell'agricoltura moderna degli Organismi Geneticamente Modificati (O.G.M.) è una ingiustificata e pericolosissima alterazione di ciò che l'Evoluzione ha prodotto nelle piante in centinaia di milioni di anni: piante sulle quali si è basata la successiva evoluzione biochimica dei complessi organismi animali superiori, culminati con l'avvento dei Mammiferi negli ultimi 65 milioni di anni e quindi con la comparsa dell'Uomo; pertanto il delicato equilibrio biochimico della specie umana dipende dall'integrità delle specie vegetali così come l'Evoluzione le ha condotte fino a noi, poiché la Salute di ciascuno di noi è basata sulla Biochimica cellulare umana, e questa dipende, nella propria complessità genomica (DNA), dall'utilizzo di migliaia di vitamine e di complessi fitochimici presenti in Natura.
La personale visione dell'autore del presente lavoro che, come medico nucleare, ha avuto modo di studiare per anni gli effetti delle radiazioni ionizzanti su organismi complessi, è che la pianta è anch'essa un organismo complesso, frutto dell'evoluzione biologica avvenuta in centinaia di milioni di anni: ogni modificazione genetica provocata in essa dall'Uomo (con radiazioni come a Chernobyl, o con virus come attualmente compiuto con gli O.G.M.), per quanto minima possa essere tale modificazione, essa produrrà comunque un danno, un danno irreparabile che spesso non potrà essere riconosciuto, poiché l'Uomo conosce con sicurezza soltanto poche decine di vitamine e di altre sostanze pro-vitaminiche. Viceversa, le vitamine e le altre sostanze contenute nelle piante sono decine di migliaia, e sono queste le responsabili del corretto funzionamento della complessa biochimica umana e del genoma umano (DNA).

Ma oggi, per ottenere il vantaggio di una maggiore produzione agricola, si ricorre al metodo di modificare il patrimonio genetico delle piante naturali, allo scopo di modificarne la struttura, renderle sterili (per obbligare gli agricoltori a comprare nuovi semi ogni anno), brevettarne la trasformazione indotta, e rivendere in tutto il mondo il prodotto così ottenuto. Si afferma inoltre che esista sostanziale equivalenza tra il prodotto geneticamente modificato (OGM) e quello ottenuto con la selezione dei caratteri genetici (cioè tramite incrocio naturale di piante come da sempre fatto dall'umanità nel corso di migliaia di anni). Da parte dell'autore del presente lavoro, si afferma invece che tale "sostanziale equivalenza" è assolutamente insostenibile, perché l'incrocio naturale di piante avviene con semi naturali della stessa specie, mentre la manipolazione genetica (OGM) avviene superando le barriere di specie vegetali, mediante introduzione di geni di altre specie vegetali, o addirittura di batteri, virus o animali. Infatti la maggior parte dei geni usati dall'ingegneria genetica provengono da specie viventi che non hanno mai fatto parte dell'alimentazione umana e, addirittura, sono provenienti da DNA non appartenenti a piante ma ad animali, batteri o virus e/o retrovirus transgenici.

Si possono così ravvisare OTTO minacce immediate:

PRIMO: *Depauperazione dei complessi pro-vitaminici e vitaminici delle piante*
Depauperazione di complessi vitaminici e pro-vitaminici non più presenti negli alimenti, con conseguente incremento delle malattie degenerative e carenziali come ad esempio il Cancro (vedi Settima e Nona Dichiarazione). Gravissimo è infatti il deliberato tentativo di disattivare le sostanze naturali contenute nelle piante, allo scopo di rendere possibile il trasporto su lunghe distanze e per tempi molto lunghi, di frutta e verdura fresche, in realtà fortemente impoverite delle tante vitamine, la cui assenza permette così di evitare l'ossidazione di tali cibi. Ma queste vitamine entrano in complessi meccanismi enzimatici nel DNA dei mammiferi, e inducenti il fenomeno di apoptosi (suicidio) in queste cellule di mammifero se ammalate da cause infettive o di altro genere (come ad esempio il Cancro). Tale fenomeno di depauperazione vitaminica a scopo di mero sfruttamento commerciale è un gravissimo atto di danno deliberato inflitto all'Ecosistema tramite gli O.G.M.
Gravissima è infatti la scomparsa di molte di queste vitamine naturali anti-cancro (Antocianine, Flavonoidi ([1122]), Polifenoli ([1123]), sesquiterpene lattone Partenolide ([701]), penta-acetil Geniposide ([1061]), Camelliina B ([698]), beta-Criptoxantina ([1063]), Esperidina ([1063]), Emodina ([247,333,715]), acido ursolico ([700]), Solfuro di allile ([694,696]), Eriodictoiolo ([693]), protocatechine ([692]), Indoli ([809]), Isotiocianati ([809]), Resverarolo ([695]), Elemene ([690]), Acutiaporberina ([711]), Capsaicina ([719,1351]), Wogonina ([713,1694]), Fisetina ([713]), acido carnosico ([712,1062]), Germanio sesquiossido ([269]), Epigallo-catechina gallato ([173,1124]), Limonene ([693]), Axeroftolo palmitato, alfa e beta Carotene, acido trans-Retinoico, Tocoferoli, Cinaropicrina, Licopene ([633,1359]), Proantocianidina, Damnacanthal ([1043]), Baicalina ([718]), Baicaleina ([718]), acido idrocinnamico ([693]), sesquiterpenoidi come Atractilone ([704]), o come Atractilenolidi I, II, III ([704]), alcaloidi del Gelsemio ([699]), altri flavonoidi ([1064]), Sinigrina, acido ferulico, acido ellagico, acido cumarinico …) inducenti l'apoptosi (suicidio) dei tumori. Sull'argomento vedi: www.erbeofficinali.oer/dati/nacci/tisaneantitum.php .
Nel capitolo 5 ("***Piante che fanno suicidare il cancro***) sono riportate molte vitamine e molte piante che inducono questo fenomeno di suicidio del cancro, con aggiunta dei dati di bibliografia scientifica su diverse modifiche apportate dalle Multinazionali OGM. Questa scomparsa può avvenire anche a causa di accidentale modificazione OGM delle piante: ad esempio, nel caso della *Pueraria species*, essa è ricca di Antocianine, che inducono apoptosi sui tumori, ma nel caso della Pueraria-GMO (modificata geneticamente in maniera accidentale), tale contenuto è gravemente ridotto del 40% ([1119]). Disponibile PDF allegato: Joung JY.: *An overexpression of chalcone reductase of Pueraria montana var. lobata alters biosynthesis of anthocyanin and 5'-deoxyflavonoids in transgenic tobacco*, Biochem Biophys Res. Commun 2003, 303, pp.: 326-331.

Gravissima è poi l'assenza dei semi dai frutti OGM. L'importanza dei semi come fattori anti-cancro risiede sostanzialmente nel fatto che essi contengono la famosa vitamina B17 (cap. 5.b).
Ma è estremamente grave il fatto che le grandi aziende semeniere OGM stiano immettendo sul mercato agricolo mondiale gli stessi frutti privi però di semi, in particolare: *Cucumis melo*, *Citrus limonum*, *Citrullus vulgaris*, *Solanum lycopersicum*, *Vitis vinifera*.

SECONDO: *mutazioni genetiche delle piante e conseguente alterazione della Biochimica umana*
A causa dell'introduzione di geni estranei (es. di animali, batteri, virus, retrovirus) nel DNA della pianta, si verifica in essa l'alterazione della normale sequenza genomica, con la comparsa di nuove proteine e/o la perdita di altre proteine di sequenza genomica. Di qui la comparsa di nuove sostanze simili alle vitamine naturali, ma in realtà con caratteristiche di reattività enzimatica e biochimica diverse da quelle naturali, con induzione pertanto di modifica della loro componente di attività biochimica sul genoma umano, una volta introdotte con l'alimentazione.
Di qui la comparsa potenziale di nuove malattie insorte "artificialmente" a causa di manipolazione genetica (OGM) di organismi vegetali, inquinati geneticamente da nuove molecole simil-vitaminiche dagli effetti induttivi sul DNA umano e sulla sua complessa biochimica del tutto sconosciuta, ma probabilmente foriera di gravi danni data l'estrema complessità e quindi vulnerabilità del DNA umano.

VEDI: Pusztai 1578, 1588 (http://www.gmwatch.org/p1temp.asp?pid=66&page=1), Malatesta (1579-83), Ermakova (1584), Food *Standards Agency News* (1585).

TERZO: *fallimento della dieta-anti-cancro*
Come già dimostrato da Gerson, sia da altri autori ([749,750,1360-1364]), moltissime sostanze contenute solo in frutta e verdura cruda e biologica sono in grado d'indurre cascata immunitaria contro il tumore, detossificazione e il particolare fenomeno dell'apoptosi (suicidio) delle cellule malate, senza quindi necessità di laboriose e costosissime ricerche. Così, nella Dieta anti-cancro del dott.Gerson applicata a 153 pazienti sofferenti del caso del peggior Cancro conosciuto (Melanoma) si giungeva, dopo 5 anni di Dieta-Gerson, a percentuali di guarigione variabili dal 70-90% (se tumore ancora localizzato) a percentuali di guarigione del 40-70% (se tumore già metastatizzato), purchè in pazienti non sottoposti precedentemente a Chemio-Terapia ([749,750,1360-1364]). Viceversa, con la Chemio-Terapia, la percentuale di guarigione da Melanoma a 5 anni è del 6% ([969]), valore che secondo altre fonti ([1340]) è invece dello zero per cento, valore che è confermato anche nel caso del cancro del pancreas, del sarcoma, dell'utero, della prostata, della vescica, del rene e del mieloma multiplo, salendo poi all'1% nel caso del cancro dello stomaco e del colon, al 2% circa nel caso della mammella e del polmone, al 3-5% nel caso del cancro del retto, al 4-5% nel caso dei tumori al cervello, al 5% nel caso del cancro dell'esofago, al 9% nel caso del cancro dell'ovaio, al 10% nel caso del linfoma NON Hodgkin, al 12% nel caso del cancro della cervice uterina, al 40% circa nel caso del seminoma del testicolo e del Linfoma di Hodgkin.
www.mednat.org/cancro/balla_ricerca_cancro.htm **MORGAN** ([1340]) www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF
La chiave di spiegazione di tale efficacia curativa di queste particolari diete vegetariane risiede nel fatto di non assimilare mai cibi contenenti tutti i potenziali fattori di crescita cellulare, in particolare l'assimilazione contemporanea di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali (Valina, Isoleucina, Leucina, Lisina, Metionina, Istidina, Triptofano, Fenilalanina, Treonina), degli acidi nucleici, della vitamina B12, dell'acido folico e, relativamente, anche acido para-aminobenzoico [PABA]): una volta, i cibi che contenevano tutto ciò erano unicamente i cibi di origine animale (carne, pesce, uova, latte, formaggio, burro..) che sia Gerson, sia altri Autori (compresa anche la medicina cinese e indiana) proibivano di assumere per almeno 1 anno. In particolare risultava così vincente la sola alimentazione vegetariana, cioè a base di sola frutta e di verdura, compresi i cereali e i legumi. Questi ultimi cibi (cereali e i legumi) sono però ricchi di AMINOACIDI ESSENZIALI, e ciò può stupire che venissero comunque impiegati nella terapia del Cancro da molte altre scuole di medicina naturale occidentale, indiana e cinese. Il successo di queste terapie così lontane fra loro come TEORIA, ma così simili come efficacia pratica contro il CANCRO , potrebbe essere spiegato dalla moderna BIOCHIMICA , in base al fatto che: nessun cereale e nessun legume conteneva da solo tutti e 9 gli aminoacidi essenziali. Questi alimenti però, se uniti insieme nello stesso pasto, determinavano l'assimilazione di tutti e 9 gli aminoacidi. Di qui il divieto assoluto di non mangiare assieme Pasta (o Polenta, o Pane [anche se azimo] o Riso) con Legumi, poiché si ha integrazione dei nove aminoacidi essenziali (8 contenuti nei cereali + 8 contenuti nei legumi), con effetto nutrizionale simile a quello ottenuto dalla Carne (in fondo, una volta , un piatto di Pasta e fagioli era anche chiamato ….la carne dei poveri….)
Oggi però, tramite l'introduzione in commercio di cereali, legumi e altri vegetali modificati geneticamente (O.G.M.) in molti di questi alimenti sono contenuti TUTTI gli aminoacidi essenziali ([1065]), rendendo in tal modo effettivamente NON più curabile il Cancro secondo quanto descritto in questo lavoro, nella terapia Gerson, e da molti altri autori.

QUARTO : *malattie indotte da virus transgenici*
I virus transgenici con cui oggi si fanno gli Organismi Geneticamente Modificati (O.G.M.) entrano nel DNA della pianta, modificandola in maniera a noi sconosciuta. Questi virus dovrebbero restare latenti, ma nulla può escludere che possano anche riattivarsi in maniera analoga ai ben noti virus tumorali a RNA (Oncornavirus) o come i virus tumorali a DNA (entrambi induttori di leucemie, sarcomi, carcinomi, gliomi…). Questi virus possono anche essere portatori di malattie nuove o di malattie abbastanza simili a ben note sindromi purtroppo ancora poco comprese nella loro dinamica (AIDS, Mucca Pazza, etc…), e di cui è ancora molto vaga l'origine (forse virus trangenici).

In merito a virus impiegati per costruire O.G.M. vi è un'ampia bibliografia ([738-747,1220]).
Si ritiene necessaria la ricerca in pazienti malati di tumore della verifica di eventuale ibridazione tra RNA polisomiale (di sospetta origine virale OGM, da Oncorna-virus modificato per produrre piante OGM ad uso alimentare) ottenuto da tumori umani di pazienti alimentatisi con cibo OGM, e DNA sintetizzato in laboratorio per trascriptasi inversa dagli stessi Oncorna-virus modificati per produrre OGM. Nota: tutto ciò richiede però l'accesso ad informazioni riservate, forse coperte da brevetto, in merito ai modelli di retrovirus impiegati dalle multinazionali OGM, e alle modifiche apportate loro dalle stesse aziende prima della immissione in commercio delle stesse piante OGM.
Molto più difficile rintracciare virus tumorigeni a DNA impiegati dalle multinazionali OGM per modificare il DNA delle piante ad uso alimentare, poiché questi virus (Pox-virus, Herpes-virus, Papova-virus, Adeno-virus), a differenza degli Oncorna-virus, non sono rilevabili nel siero o nelle urine del paziente. E' però dimostrato che nel citoplasma di cellule tumorali di mammifero infettate e modificate da questi virus a DNA permane una piccola frazione, altamente specifica, di RNA messaggero, che non si trova né in cellule normali, né in cellule tumorali infettate da altri tipi di virus oncogenici a DNA. Si tratta quindi di verificare l'eventuale ibridazione tra questo RNA messaggero (di sospetta origine virale OGM, cioè da virus a DNA modificato per produrre piante OGM ad uso alimentare) ottenuto dal citoplasma di cellule tumorali di pazienti alimentatisi con cibo OGM, e DNA sintetizzato in laboratorio dagli stessi virus a DNA modificati per produrre OGM. Anche qui si richiede però l'accesso ad informazioni riservate, forse coperte da brevetto, in merito ai modelli di virus a DNA impiegati dalle multinazionali OGM, e alle modifiche apportate loro dalle stesse aziende prima della immissione in commercio delle stesse piante OGM. Un'ibridazione positiva, rivelata dalla formazione di DNA ibrido radioattivo (^{32}P) indica la presenza si sequenze di DNA virale nelle cellule trasformate (Green, Perspect Biol. Med., 1978).
Il *promoter* CaMV è il preferito fra tutti i *promoters* impiegati dalle Multinazionali OGM per modificare le piante, perché non è influenzato dalle diverse condizioni dei tipi di tessuto cellulare vegetale, e dove ha così modo di agire. Purtroppo, esso è in grado di penetrare e di replicarsi anche nelle cellule degli animali, comprese quelle dei mammiferi e anche quelle *umane*, come ben dimostrato dal lavoro di Vlasak, del 2003 (vedi Vlasak J.: *Comparison of hCMV immediate early and CaMV 35S promoters in both plant and human cells*, Journal of Biotechnology No. 103, pp.: 197-202, 2003 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/vlasak.pdf).

Il modello sperimentale sulla questione della sicurezza delle piante transgeniche contenenti geni virali transgenici come il CaMV è riportato in Gal S.: *Agroinfection of transgenic plants leads to viable Cauliflower Mosaic Virus by intermolecular recombination*, Virology, No.187, pp.: 525-533, 1992 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/gal.pdf

Sulla ricombinazione tra CaMV e vari virus coinvolgenti il promoter vedi Ray Vaden: *Recombination sites in Cauliflower Mosaic Virus DNAs; implications for Mechanisms of recombination*, Virology, No.177, pp: 717-726, 1990 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/ray%20vaden%20.pdf

Esperimenti suggeriscono che le alterazioni delle piante possono provocare malattie mortali
Vedi Greene A.: *Recombination between viral RNA and transgenic plant transcripts*, Science, Vol. 263, 11 march 1994 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/greene.pdf)

Pericolosissime catene di DNA virale prodotte da normali virus a RNA sono così frequentemente propagati nell'ambiente vegetale (piante OGM) usando CaMV 35S *promoter* per guidare la produzione di virus ad RNA che altrimenti non potrebbero propagarsi nel DNA delle piante. Ma da qui possono anche passare nel DNA di animali (compreso l'uomo) o in quello di batteri e/o virus.
Vedi Boyer J.C.: *Infectious transcripts and cDNA clones of RNA Viruses*, Virology, No. 198, pp.: 415-426, 1994 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/boyer.pdf)

<u>Ulteriori dati scientifici utili sul quarto punto:</u>

Allison R.F.: *Recombination in plants expressing viral transgenes*, Seminars in Virology, Vol. 7, pp.: 417-422, 1996 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/allison.pdf)

Wintermantel W.M.: *Isolation of recombinant viruses between Culiflower Mosaic Virus and a viral gene in transgenic plants under conditions of moderate selection pressure*, Virology, No. 223, pp.: 156-164, 1996 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/wintermantel.pdf)

Latham J.: *GM Gene Flow (B): Horizontal gene transfer of viral inserts from GM plants to viruses*, Technical paper, February 2004 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/latham.pdf)

In merito ai Retrovirus, vedi anche ALLEGATO 5: Retrovirus e Cancro

QUINTO : *intossicazione da veleni sintetizzati da piante transgeniche*
Intossicazione cronica di cibi a causa di sostanze tossiche insetticide contenute nelle piante per renderle resistenti ai parassiti come il *Bacillus touringiensis* ([789-793]), con conseguente possibile incremento di Cancri, Aborti spontanei, Mutazioni genetiche sulla discendenza, Sindromi da Immunodeficienze acquisite, malattie degenerative e da sostanze tossiche, etc….

SESTO: *pericolo di carestie a livello mondiale a causa della tecnologia "TERMINATOR"*
Passaggio a specie "indigene" naturali di grano, riso, mais, patate, legumi, della incapacità da parte delle piante stesse di riprodursi normalmente a causa della tecnologia "TERMINATOR", provocata da impollinazione incrociata, con perdita irreversibile anche per le piante naturali ad uso alimentare, oggi impiegate nell'alimentazione umana, poiché queste ultime saranno state inquinate dai geni transgenici provenienti dalle zone agricole a coltura transgenica (OGM) di tipo "TERMINATOR".
Di qui la potenziale minaccia di future carestie a livello globale, di tipo incontrollato, non essendo più disponibili nel mondo quantità sufficienti di grano, riso, mais, legumi, di tipo "naturale", o comunque NON-TERMINATOR.

SETTIMO: *modificazione transgenica di piante naturali*
Passaggio a specie "indigene" naturali delle sostanze tossiche artificiali, come ad esempio il "*Bacillus thuringiensis*"([789-793]) o di altro tipo, tramite impollinazione incrociata, con potenziale minaccia anche per le piante e le erbe mediche oggi impiegate in Fito-Terapia poiché queste ultime saranno inquinate dai geni transgenici provenienti dalle zone agricole a coltura transgenica (OGM).

OTTAVO : scomparsa irreversibile del patrimonio genetico delle piante naturali
Graduale ed irreversibile scomparsa delle diversità biologiche, cioè della normale flora naturale: fenomeno che si sta già evidenziando in U.S.A. a causa delle moderne pratiche di coltivazione che enfatizzano la monocoltura transgenica (OGM) rispetto ai metodi di coltivazione differenziati. Le coltivazioni transgeniche arrecheranno infatti una gravissima minaccia alle zone ricche di bio-diversità (genomi naturali): il flusso transgenico che andrà dalle piante modificate alle piante naturali sarà inevitabile quando il rapporto numerico fra aree coltivate con piante artificiali supererà le superfici delle piante naturali, determinando così la perdita irreversibile di gran parte del patrimonio genetico naturale di tutte le piante esistenti al mondo, attualmente pari a circa 442.000 specie già classificate, su un totale stimato di circa 600.000-800.000 specie.

In sostanza:
Numerose piante sono già scomparse nel corso di questi ultimi anni perché gli agricoltori hanno abbandonato le piante naturali, per adottare invece varietà di piante artificiali, cioè geneticamente modificate, poiché rese uniformi nel proprio genoma, ad alto rendimento di produzione (ma povere di vitamine), intrinsecamente malate (poiché incapaci di sopravvivere in assenza di pesticidi), rese sterili per ragioni di mercato, e infine manipolate geneticamente per essere rese resistenti agli insetti

e ad altri animali poiché capaci di produrre esse stesse dei veleni, cioè delle sostanze tossiche che verranno infine mangiate dagli animali di allevamento e dall'uomo stesso.
Persino nelle foreste la varietà genetica è oggi minacciata dalle perdite di habitat, non solo da pratiche di deforestazione scorrette, ma persino dalla contaminazione del patrimonio genetico adattatosi a situazioni locali da parte di ibridi creati dalle grandi ditte sementiere produttrici degli OGM.
I prodotti transgenici rappresentano quindi, proprio per come sono concepiti, una formidabile spinta per accentuare le caratteristiche di unilateralità delle monocolture, e quindi di scomparsa del patrimonio genetico naturale esistente da centinaia di milioni di anni. Non avremo quindi più, nel futuro più o meno prossimo, tutte quelle varietà di piante (alimentari e non) caratteristiche di ogni particolare regione nazionale o locale. La contaminazione genetica ambientale indotta da parte di ibridi creati dalle grandi ditte sementiere degli OGM, che inevitabilmente s'incroceranno con le varietà presenti in natura, porterà ad una perdita del patrimonio genetico naturale (non recuperabile in alcun modo), di tutte quelle particolari caratteristiche che sono entrate nel genoma delle piante nel corso dei lunghi processi di adattamento alle varie situazioni ambientali. Tale perdita è oggi gravissima persino per gli ambienti naturali come le foreste. Sostanzialmente, la base stessa della Biochimica umana è oggi minacciata nella sua più intima essenza (DNA umano) dall'impiego sconsiderato di queste piante artificiali, senza alcuna possibilità di recuperare un patrimonio genetico di oltre 440.000 specie di piante classificate (su un totale 600.000- 800.000 stimate), di cui una buona parte scompariranno nel giro di poche centinaia di anni, minate alla base dai danni genetici introdotti dall'Uomo.

Si riportano in fondo al presente libro, in ALLEGATI 1-24, diversi articoli di stampa, tutti tratti da INTERNET, che si ritengono esaustivi sulla questione.

ALLEGATI

Allegato No. 1 : Aspetti medici della manipolazione genetica (Relazione sull'intervento di Sergio Maria Francardo)
Allegato No. 2.: *Articolo di AGNÈS SINAI - Ricercatrice.*
Allegato No. 3: Dott.ssa Sherry Rogers: la sconvolgente verita' sugli OGM
Allegato. No. 4: *The Case for a GM-free Sustainable World* (Per un mondo sostenibile, libero da OGM)
Allegato No. 5: Retrovirus e Cancro
Allegato No. 6: La lista ufficiale degli OGM autorizzati in Europa
Allegato No. 7: OGM : articolo di *Vandana Shiva*
Allegato No. 8: **Referendum sugli OGM e per la Sovranita´ Alimentare di Contadini e Consumatori**
Allegato No. 9: Lettera aperta al Governo
Allegato No. 10: Il Consiglio dei Diritti Genetici presenta il progetto "*Osservatorio Agro-biotecnologie*".
Allegato No. 11: il trasferimento genico orizzontale: il flagello dell'ingegneria genetica (1)
Allegato No. 12 FEDERAZIONE PER IL DIRITTO ALLA LIBERTA' DI CURA - ONLUS www.dirittolibertadicura.org
Allegato No.13: Gli OGM aumentano l'uso dei pesticidi
Allegato No. 14: OGM nocivi alle farfalle: i mais MON810 e Bt11 riducono del 20% la natalità dei lepidotteri.
Allegato No. 15: Troppi insetti: è colpa degli OGM. Gli OGM uccidono gli uccellini
Allegato No. 16: arrivano le Banane OGM
Allegato No. 17: **Gli effetti della contaminazione da OGM peggioreranno**
Allegato No. 18 ***Beppe Grillo*** : quando le api muoiono sui campi OGM
Allegato No. 19 Gli organismi contaminati dagli OGM presentano le stesse caratteristiche di nocività.
Allegato No. 20 Il Mais transgenico è causa di fenomeni di pseudo-gravidanza.
Allegato No. 21 Negli USA esistenti più di 300 coltivazioni segrete di piante OGM per la produzione di medicine.
Allegato No. 22 Gli scienziati hanno creato la pianta definitiva: il mais contraccettivo
Allegato No. 23 L'inquinamento genetico minaccia l'agricoltura biologica (IFOAM)
Allegato No. 24 Il cibo OGM, contenendo RETRO-VIRUS transgenici, può provocare tumori maligni come il Cancro o la Leucemia, mutazioni genetiche sulla discendenza, e può essere causa di nuove malattie infettive

Cap. 3.7.a.: Effetti genetici sulla discendenza a causa dei cibi OGM

dott.ssa Irina Ermakova, *Institute of Higher Nervous Activity and Neurophysiology* della *Russian Academy of Sciences* (RAS).- Mosca.

Un importante studio dell'Agenzia Nazionale Russa della Ricerca suggerisce che una dieta a base di cibo geneticamente modificato è in grado di produrre danni sulla discendenza.
Tale studio è stato presentato ad un simposio dell'*American Academy of Environmental Medicine* sulle modificazioni genetiche il 10 ottobre 2005, da parte della *National Association for Genetic Security* (NAGS).
Lo studio è stato condotto da un team di ricercatori guidati dalla dott.ssa Irina Ermakova, biologa dell'*Institute of Higher Nervous Activity and Neurophysiology* della *Russian Academy of Sciences* (RAS).
Durante l'esperimento, la dottoressa russa ha aggiunto soia OGM al cibo dei ratti femmina due settimane prima del concepimento, e durante l'allattamento.
Nel gruppo di controllo ai ratti femmina non veniva aggiunto niente nel cibo.
A tre gruppi di ratti veniva assegnata una dieta differente per ciascuno: un gruppo di controllo non riceveva soia, il secondo gruppo riceveva soia OGM, e il terzo gruppo riceveva soia convenzionale (cioè NON OGM). Gli scienziati hanno contato le nascite e le morti degli animali sottoposti a questo esperimento. Tre settimane dopo le nascite dei piccoli, è stata effettuata la conta dei morti. Quello che è stato scoperto è il seguente fatto: la soia convenzionale e quella OGM non influenzano il numero dei ratti nati da ciascuna madre. Però il numero dei morti dopo 3 settimane è stato radicalmente diverso. I risultati hanno indicato che la soia convenzionale (cioè NON OGM) non ha alcun effetto negativo sulla percentuale dei morti, mentre quella OGM aumenta la percentuale dei topolini morti, nel rapporto di uno ogni 8 nascite. Inoltre, il 30% dei nati nel gruppo di ratti alimentati con soia OGM aveva un peso minore del normale di ben 20 grammi.
Questi fatti sono particolarmente gravi poiché la morfologia e la struttura biochimica dei ratti sono molto simili a quelle degli uomini.
(Articolo in originale su: *GM Food Dangers Directly Affect Biological Descendants and Future Generations*, pubblicato da Robin Good, MasterNewMedia.org il primo novembre 2005.

VEDI: Ermakova IV, "*Genetically modified soy leads to the decrease of weight and high mortality of rat pups of the first generation", preliminary studies*. EcosInform 2006, 1, 4-9 (in Russian). Un documento completo è in fase di stampa: Ermakova IV, *Genetics and ecology*, in: *Actual problems of science*, Moscow, 2005, pp.53-59 (in Russian).

Cap. 3.7.b.: Nuove ricerche sull’impatto degli OGM sulla salute

D.ssa Marina Mariani - 19 luglio 2007

Nonostante gli OGM siano stati approvati e commercializzati per molti anni, non esistono ricerche scientifiche sul loro impatto sulla biologia degli organismi viventi.
Questo è dovuto in parte al fatto che prove di nutrizione animale NON SONO PREVISTI per dare approvazione di sicurezza sia nell’UE che, tantomeno, negli USA.
Tuttavia ora sta emergendo una serie di documentazioni da un piccolo numero di esperimenti, fatti su animali, sugli effetti sulla salute e su quella che si chiama EPIGENETICA.

L'epigenetica è una branca della Biologia Molecolare, che ha a che fare con la Genetica , ma si occupa delle modifiche che il materiale genetico può subire durante la vita. Alcune malattie, come i tumori, hanno una base detta appunto "epigenetica".
Questi studi indicano che l’ingegneria genetica è molto più imprevedibile e rischiosa rispetto all’allevamento tradizionale.

1) studi di nutrizione animale: recenti studi hanno messo in luce una gamma di seri, inspiegabili effetti derivanti dal consumo di OGM. Uno studio Australiano su piselli OGM ha rivelato effetti immunologici legati al trasferimento di un gene, ritenuto sicuro, a diverse specie di piante, che ha causato reazioni allergiche nei gatti.

2) Un esperimento condotto dalla stessa Monsanto ha messo in luce effetti immunologici con un aumento dei globuli bianchi nel sangue di topi alimentati con mais OGM.

3) L’unico test a lungo termine (24 mesi), condotto da un gruppo italiano ha dimostrato che gli OGM possono modificare alcuni organi interni. La nutrizione di topi con il famoso mais *Roundup Ready* ha cambiato la struttura e il funzionamento delle cellule del fegato, del pancreas e dei testicoli.

4) Un esperimento di nutrizione di topi con mais MON 863 condotto da Monsanto ha dimostrato che i neonati avevano un peso inferiore al normale. Inoltre si è visto che il consumo di MON 863 aveva effetti sulla composizione del sangue, con globuli rossi immaturi e alterazione dei parametri ematici.

5) Uno studio condotto in Russia ha messo in evidenza effetti generazionali degli OGM con elevata mortalità di giovani topi alimentati con Soia *Roundup Ready* (56% di mortalità e crescita stentata dei neonati sopravvissuti).

6) Un programma finanziato dalla FSA (*Food Standards Agency*) inglese ha dimostrato che l’ingegneria genetica provoca normalmente un vasto numero di modifiche genetiche e chimiche casuali nelle piante, il cui impatto sulla salute è totalmente sconosciuto.

7) Due studi inglesi, uno sugli esseri umani e uno su pecore, hanno dimostrato che quando gli OGM sono ingeriti, alcuni dei geni inseriti si spostano e vengono trasferiti ai batteri dell’intestino.

8) Studi non più recenti avevano già dimostrato che il consumo di OGM danneggia la parete dell’intestino ed è associata con le morti inspiegabili di animali da esperimento: studi effettuati da 3 diversi gruppi di ricerca hanno dimostrato che due piante OGM hanno la capacità di indurre emorragie, altri ricercatori si sono accorti che le patate e i pomodori OGM provocano lesioni alla parete intestinale dei topi e dei gatti.

9) Almeno due esperimenti di nutrizione con pomodori OGM si sono conclusi con la morte inspiegabile degli animali da esperimento, con 7 topi su 40 (il 17,5%) nelle prime due settimane e il 7% di mortalità per polli nutriti con il mais tollerante il Glufosinato (il doppio rispetto a quelli nutriti senza OGM).

Vale la pena di puntualizzare che questi studi sono stati effettuati per identificare impatti sulla salute e comprendevano studi tossicologici e analisi di tessuti. Molto diversi dai vari studi di nutrizione di cui si sente a volte parlare, solitamente effettuali con lo scopo di valutare gli aspetti commerciali degli OGM.
Le cause di questi effetti non sono conosciute, ma molti sono i fattori in gioco. Si sa da tempo che l’inserzione artificiale, e casuale, dei geni, interrompe la sequenza di altri geni con effetti legati alla posizione in cui avviene l’inserimento. Inoltre il funzionamento chimico del nuovo gene interagisce con le attività dei geni naturali della pianta, disturbando i processi biochimici e quindi il metabolismo in modi imprevedibili. L’epigenetica ha dimostrato che un gene agisce solo per una parte di un processo metabolico e negli esseri viventi esiste una certa interazione tra geni diversi e con l’ambiente in cui vive un certo organismo.
I dettagli esatti di questa interazione sono ancora poco noti, tuttavia sufficienti a dimostrare l’imprevedibilità dell’ingegneria genetica, con risultati diversi a seconda della situazione e una instabilità molto frequente.

BIBLIOGRAFIA

1. "*Transgenic Expression of Bean -Amylase Inhibitor in Peas Results in Altered Structure and Immunogenicity*", Prescott et al, Journal of Agricultural and Food Chemistry, 53 (23), 9023 -9030, 2005

2. *Monsanto's report on its 90-day rat feeding trial of MON 863 submitted to EFSA, the European body which approves GMOs, as part of its application for approval of the maize (1139 pages), entitled "13-Week Dietary Subchronic Comparison Study with MON 863 Corn in Rats Preceded by a 1-Week Baseline Food Consumption Determination with PMI Certified Rodent Diet #5002"*, 17 December 2002, disponibile su: http://www.monsanto.com/monsanto/content/sci_tech/prod_safety/fullratstudy.pdf . Reviewed by Dr Arpad Pusztai for the German environment agency BfN, in September and November 2004, disponibile su: http://www.gmwatch.org/p1temp.asp?pid=66&page=1

3. Malatesta M., Biggiogera M., Manuali E., Rocchi M.B. L., Baldelli B., Gazzanelli G.: *Fine structural analyses of pancreatic acinar cell nuclei from mice fed on GM soybean*. Eur. J. Histochem., 47:385-388, 2003; Malatesta M., Caporaloni C., Gavaudan S., Rocchi M.B.L., (disponibile lavoro in PDF su richiesta)

Tiberi C., Gazzanelli G.: *Ultrastructural morphometrical and immunocytochemical analyses of hepatocyte nuclei from mice fed on genetically modified soybean*. Cell Struct. Funct., 27: 173-180, 2002; Malatesta M., Caporaloni C., Rossi L., Battistelli S., Rocchi M.B.L., Tonucci

F., Gazzanelli G.: *Ultrastructural analysis of pancreatic acinar cells from mice fed on genetically modifed soybean*. J. Anat., 201:409-416, 2002; Malatesta M., Tiberi C., Baldelli B., Battistelli

S., Manuali E., Biggiogera B.: *Reversibility of hepatocyte nuclear modifications in mice fed on genetically modified soybean*. Eur. J. Histochem., 49:237-242, 2005; Vecchio L., Cisterna

B., Malatesta M., Martin T.E., Biggiogera B.: *Ultrastructural analysis of testes from mice fed on genetically modified soybean*. Eur. J. Histochem., 48: 449-453, 2004.

4. See ref. 3

5. See ref. 3

6. Ermakova IV, "*Genetically modified soy leads to the decrease of weight and high mortality of rat pups of the first generation", preliminary studies*. EcosInform 2006, 1, 4-9 (in Russian). Un documento completo è in fase di stampa: Ermakova IV, Genetics and ecology, in: Actual problems of science , Moscow , 2005, pp.53-59 (in Russian).

7. Food Standards Agency news No. 48, June 2005

8.a: Netherwood et al, *Assessing the survival of transgenic plant DNA in the human gastrointestinal tract*, Nature Biotechnology, 2004;

8.b.: Duggan et al, *Fate of genetically modified maize DNA in the oral cavity and rumen of sheep*, British Journal of Nutrition, 89(2): 159-166, 2003 (disponibile articoloin PDF su richiesta all'autore del presente libro)

9.a: Ewen and Pusztai, "*Effects of diets containing genetically modified potatoes expressing Galanthus nivalis lectin on rat small intestine*", The Lancet, 354, 1353-1354, 1999;
9.b.: A. Pusztai, "*Can science give us the tools for recognizing possible health risks of GM food?*" Nutr. Health, 16, 73-84; Fares,
9.c.: N.H. and El-Sayed, A.K., "*Fine structural changes in the ileum of mice fed on endotoxin-treated potatoes and transgenic potatoes*." Natural Toxins, 6, 219-233, 1998.

10. Unpublished studies carried out for Calgene and at the request of the FDA respectively, in early 1990s, in reviewed "Food safety – contaminants and toxins", CABI Publishing, 2003.

11.Unpublished study in early 1990s carried out for the company Calgene/the US Government, reviewed in "*Food safety – contaminants and toxins*", CABI Publishing, 2003

12. Report for the Chardon LL Hearing: *Non-suitability of genetically engineered feed for animals*, by Eva Novotny, Scientists for Global Responsibility, May 2002

Cap. 3.8.A.: L'Unione Europea tenta di autorizzare l'inquinamento del biologico

Di Ivan Verga, Direttore del Consiglio dei Diritti Genetici (vedi anche ALLEGATO 10)

Dicembre 2006

Quale futuro potrebbero mai avere l'agricoltura e l'alimentazione biologica, sapendoli contaminati da OGM ?

La risposta se la saranno data anche alla Commissione UE, prima di trasmettere al Consiglio Agricolo dell'Unione gli emendamenti che vorrebbero introdurre nel regolamento del biologico la soglia dello 0,9% di contaminazione ammissibile da OGM.

Che dire ?

Che la tecnocrazia di Bruxelles ha prevalso a tal punto sulla politica da permettersi di introdurre nella proposta emendativa persino elementi di discrezionalità, per cui "…*la Commissione può stabilire una soglia minima per contaminazioni inevitabili da OGM delle sementi usate nella produzione biologica*….". Ammettendo con ciò che il confronto in corso con gli Stati membri e la società civile per fissare le norme di coesistenza fra agricoltura biologica, convenzionale e transgenica è una partita truccata. Perché la Commissione sapeva che non c'è alcuna possibilità tecnica di coesistenza e che l'agricoltura transgenica, una volta autorizzata, contaminerebbe quella biologica e convenzionale e trasformerebbe, come negli USA, le aule dei tribunali europei nel caos di infinite cause risarcitorie. La verità sulle scelte della Commissione UE appare volgare.
Si blandiscono gli Stati invocando la coesistenza, mentre nei fatti la Commissione opera per regolamentare il diritto delle Multinazionali ad inquinare le filiere agro-alimentari, decretando il suicidio del modello agricolo comunitario.

Cap. 3.8.B.: l'Italia si oppone alla patata OGM della multinazionale BASF

Dicembre 2006: *Legambiente*, approvare la coltivazione di una pianta OGM sul territorio comunitario senza alcuna precauzione, è una scelta suicida.

Preoccupato il Direttore di *Legambiente* Francesco Ferrante: "*L'Italia mantenga la linea. Con il voto contrario l'Italia ha tutti i numeri per poter costruire e rendersi promotrice di una maggioranza qualificata in Consiglio UE che blocchi l'autorizzazione. La richiesta di autorizzazione è un cavallo di Troia per poter poi introdurre le richieste per colture OGM. Inoltre*, -conclude Ferrante –*approvare la coltivazione di una pianta OGM su territorio comunitario senza alcuna regola e precauzione è una scelta suicida*.

Mercoledì 27 giugno 2007: *Legambiente* scrive ai ministri Pecoraro e De Castro. Allarme colture geneticamente modificate in Europa

Un decreto contro la coltivazione della patata OGM. E' la richiesta di *Legambiente* ai ministri Pecoraro e De Castro, se dovesse passare al consiglio dei ministri europei dell'ambiente del 28 giugno, l'approvazione della richiesta BASF di autorizzazione alla coltivazione e trasformazione in amido per uso industriale di una varietà di patata geneticamente modificata (EH92-527-1).

Nonostante l'impegno di alcuni Paesi, tra cui l'Italia - che hanno sollevato obiezioni in particolare per quanto riguarda l'allergenicità, la tossicità e la presenza di un piano di monitoraggio inadeguato - è molto probabile, infatti, che il *Consiglio Ambiente* non raggiunga la maggioranza qualificata necessaria (almeno 255 voti su 345) per rigettare la richiesta di autorizzazione.

"*E' la prima proposta della Commissione per la coltivazione nell'Unione europea di una varietà transgenica dopo la decisione dell'aprile 2004 di sospendere la moratoria comunitaria sull'autorizzazione al commercio di prodotti geneticamente modificati* - ricorda Legambiente in una lettera ai ministri italiani dell'Ambiente e dell'Agricoltura -. *Da allora sono state infatti concesse autorizzazioni solo per l'importazione e la trasformazione di alimenti e mangimi geneticamente modificati*".

"*Nel caso fosse concessa tale autorizzazione si correrebbe fortemente il rischio che le coltivazioni convenzionali e biologiche possano essere contaminate, vista l'assenza di una rigorosa normativa comunitaria in materia, con gravi danni economici per tutti gli agricoltori italiani ed europei coinvolti* - ha sottolineato il direttore generale di *Legambiente* Francesco Ferrante -. *A questo vanno aggiunti i rischi non ancora valutati per la salute dei cittadini*".

"*Il divieto* - si legge ancora nella lettera - *è l'unica misura in grado di prevenire la contaminazione genetica delle colture biologiche e convenzionali, almeno sino a quando l'Unione Europea non adotti norme rigorose e legalmente vincolanti in materia di coesistenza*".

Se passerà la scelta della Commissione di imporre le coltivazioni transgeniche nonostante la forte opposizione della stragrande maggioranza dei cittadini europei, all'Italia - come a tutti gli altri Paesi contrari - per tutelare il suo patrimonio agricolo tipico e di qualità, non resterà che applicare in maniera restrittiva l'articolo 26/bis della direttiva 2001/18, secondo cui "gli Stati membri possono adottare tutte le misure opportune per evitare la presenza involontaria di OGM in altri prodotti".

Legambiente, 27 giugno 2007

Cap. 3.8.C.: Maggio 2007, DE CASTRO tenta di "castrare" l'agricoltura italiana, offrendo alle Multinazionali OGM il diritto di contaminare in maniera irreversibile, con le piante OGM coltivate in campo aperto, il patrimonio agricolo italiano

Parzialmente tratto da: VERDI AMBIENTE SOCIETA', 22 MAGGIO 2007

La ***Giornata Nazionale Mangiasano*** del 26 maggio 2007, promossa dall'associazione ambientalista "*Verdi Ambiente e Società*" (VAS), in collaborazione con ***Coldiretti***, ***Confederazione Italiana Agricoltori*** (CIA), ***Anagribios***, ***Anobio***, ***Federconsumatori***, ***Associazione dei Diritti degli Anziani*** (ADA), vuole essere l'occasione per parlare non solo di sicurezza alimentare, ma anche di un nuovo modello di sviluppo rurale, libero da OGM e da pesticidi, rispettoso della terra e dell'uomo.

Per questo motivo, le organizzazioni coinvolte riportano all'attenzione dell'opinione pubblica i Protocolli Tecnici per il rilascio nell'ambiente di OGM, inviati dal Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali dell'Ambiente (DE CASTRO), il giorno 8 maggio 2007.
Qualche giorno prima, quindi, che le aziende biotech (Multinazionali OGM) annunciassero la svolta e promettessero di investire su prodotti di seconda generazione.

"*Più che una promessa quella di ASSOBIOTEC è una minaccia*", affermano i responsabili delle organizzazioni, "*perché l'agricoltura italiana può crescere solo sulla base di una sua specificità, puntando sulla qualità dei prodotti e sul legame con i territori, sul recupero delle varietà e delle razze autoctone, sulle colture e sulle culture locali che la rendono unica e inimitabile*".

"*L'intervento di ingegneria genetica sul nostro Ulivo, sulla Vite, sul Pomodoro, sulla Melanzana, sulla Fragola, sul Ciliegio, sugli Agrumi, sul Kiwi, sul Mais (queste sono le specie agrarie presenti nei suddetti Protocolli Tecnici) sarebbe oltre che costoso, estremamente dannoso perché minerebbe alla radice il rapporto di fiducia tra produttori e consumatori, aprirebbe il rischio della contaminazione genetica e non consentirebbe il rispetto del Principio di Precauzione*".

"*Qualsiasi apertura delle Istituzioni competenti è incomprensibile, anche perché la differenza tra prima e seconda generazione OGM non esiste, se si parla, come fa ASSOBIOTEC, dell'assenza di geni umani e animali nei nuovi prodotti transgenici*".

"*Gli ambientalisti, gli agricoltori e i consumatori spiegano, infatti, che gli OGM presenti sul mercato europeo per uso alimentare sono già privi di geni umani e animali, mentre contengono tratti di DNA di batteri e di virus. L'unica vera differenza, è che ad essere modificati geneticamente non saranno più solo il Mais, la Soia, il Cotone e la Colza, ma alcuni dei prodotti principali dell'Agricoltura Italiana. Solo per fare un esempio, la pasta, il pomodoro, l'olio d'oliva, le melanzane dovranno essere tutte rigorosamente transgeniche. Per non parlare del vino che accompagnerebbe il pasto*".

Ha così coraggiosamente affermato Guido Pollice, Presidente "*VERDI AMBIENTE e SOCIETA'*":
"*Come associazione ambientalista vogliamo contribuire a dare concretezza ai termini indicati dai Piani di Sviluppo Rurale e, coerentemente, denunciamo l'apertura del Ministro dell'Agricoltura* (*DE CASTRO*) *rispetto alle richieste avanzate dal settore agrobiotech, perché riteniamo che l'introduzione di OGM possa inficiare lo sforzo, umano e finanziario, per realizzare un nuovo modello di sviluppo agro-ecologico. Non esistono in Europa "OGM incrociati" e "OGM lineari", di prima e di seconda generazione, come ha raccontato ASSOBIOTEC: esistono OGM farmaceutici e alimentari, e i primi destano preoccupazioni anche nella patria del biotech, gli Stati Uniti…*"

Cap. 3.8.D.: Nuovo studio ammonisce: potenzialmente tossico il Mais della *Monsanto* approvato per consumo umano

Fonte: *Greenpeace International*, Unità europea, Belgio – comunicato stampa, giugno 2007

Una nuova indagine sugli effetti arrecati alla salute da alimenti gm già approvati in Europa solleva ulteriori dubbi sui controlli di sicurezza operati dalle autorità dell'Unione Europea prima dell'immissione in commercio dei transgenici.
Realizzato dall'istituto di ricerca scientifico francese CRIIGEN, lo Studio ha analizzato i risultati di alcuni test nutrizionali su ratti che hanno interessato un tipo mais OGM prodotto dalla *Monsanto* ed evidenziato 60 significative differenze tra i ratti alimentati con il mais modificato e quelli alimentati con mais convenzionale (tutti per un periodo di 90 giorni).
Il gruppo campione presenta, infatti, differenze nella misura di reni, cervello, cuore e fegato nonché notevoli modificazioni del peso corporeo.
Tutti elementi che possono costituire altrettanti allarmanti segnali di tossicità ma che non sono stati ulteriormente approfonditi.
Per leggere la notizia: http://www.equivita.it/potenzialmente_tossico_mais_Monsanto.htm

Cap. 3.8.E.: Semi OGM-Terminator: atto secondo

Fonte: ETC Group

Nonostante a marzo del 2006 i governi abbiano riaffermato e rafforzato la moratoria delle Nazioni Unite (NU) sulla tecnologia Terminator (anche nota come GURT, ovvero tecnologia per la restrizione dell'uso delle varietà genetiche), una nuova generazione di semi suicidi, la cui fertilità è attivata o disattivata mediante interruttori chimicamente indotti, è allo studio nei laboratori di ricerca del settore pubblico e privato.
Il problema: con il pretesto della bio-sicurezza, il progetto triennale 'Transcontainer' dell'Unione Europea sta investendo milioni di euro in strategie che non garantiscono il sicuro contenimento dei transgeni ma potrebbero tuttavia funzionare come Terminator e mettere a rischio i coltivatori, la biodiversità e la sovranità alimentare.
Per leggere la notizia: http://www.equivita.it/Terminator_attoII.htm

Cap. 3.8.F.: OGM: contaminazione silenziosa voluta dalle Multinazionali

Fonte : Gazzettino, 18 ottobre 2003

I verdi veneti: la contaminazione OGM è un sistema pianificato dai proprietari delle sementi

«*Il caso di Badia Polesine dimostra come la contaminazione sia diffusa e rappresenti un sistema pianificato dai proprietari delle sementi (le Multinazionali del settore) improntato alla politica del "fatto compiuto". Si contamina illegalmente ma in condizione di tolleranza, sino a rendere impossibile definire sino a dove tale contaminazione sia progredita, per forzare la mano alla legislazione al fine di giungere ad una moratoria*».
Paolo De Marchi, presidente dei Verdi veneti, e la portavoce provinciale Donatella Barion, attaccano la "*contaminazione silenziosa*" che starebbe avvenendo anche sui terreni agricoli della provincia di Rovigo. «*Ci lascia decisamente perplessi il silenzio delle associazioni di categoria di fronte a quanto sta avvenendo in Polesine* - riprendono De Marchi e Barion -. *I singoli agricoltori sono sottoposti di fatto al ricatto delle multinazionali sementiere senza sentire una tutela precisa alle spalle. Ci sembra che quanto avvenuto anche a Badia Polesine dovrebbe portare ad un protagonismo più concreto e visibile di quante, tra le associazioni di categoria, sono contrarie agli OGM, chiarendo anche che non esistono mediazioni in questa battaglia: non ci possono essere compatibilità tra produzioni OGM e convenzionali, tipiche e biologiche*».
In queste settimane i Verdi hanno lanciato una campagna per la raccolta di cinquemila firme per presentare, entro il 6 aprile 2004, una proposta di legge di iniziativa popolare in consiglio regionale per rendere il Veneto libero dagli OGM, accompagnata da proposte di deliberazione comunale per dichiarare i comuni antitransgenici.
«*Che anche la provincia di Rovigo, come altre nel Veneto, Lombardia e Piemonte, abbia avuto casi di mais contaminato da Ogm non rappresenta una sorpresa* - proseguono i Verdi -. *Tanto più per noi che, soli e in tempi non sospetti, avevamo denunciato il diffondersi di questa contaminazione nelle colture di mais, soia e colza a causa della dipendenza pressochè totale del settore da sementi provenienti dall'estero (Usa e Canada) dove la coltivazione Ogm è consentita. I primi responsabili sono le multinazionali sementiere che, spesso, ingannano distributore e coltivatore*».

TREVISO: OGM, nuovi sospetti
Fonte: Tribuna di Treviso, 26 agosto 2003

Nuovi sospetti a carico della ditta bolognese per la diffusione dei semi transgenici. La vicenda risale a sei mesi fa quando, in Procura a Treviso, arrivò la notifica del sequestro di alcuni sacchi di Soia che risultavano «contaminati» con OGM.

Le sementi non erano state ancora messe a dimora e risultavano essere state commercializzate da una società emiliana. Il sequestro rientrava nell'ambito di un'operazione condotta a livello nazionale. Il sostituto procuratore Francesca Torri inviò gli atti ai colleghi di Bologna, competenti per territorio. E' stata quella una delle prime inchieste, a livello nazionale, sui cereali transgenici. Un secondo fascicolo è stato successivamente aperto dalla magistratura trevigiana sui campi contaminati a San Biagio di Callalta e Maserada. La perizia disposta dal sostituto Luisa Napolitano ha confermato, per metà delle foglie-campione sequestrate, la loro positività. Si tratta, insomma, di Mais trangenico e come tale illegale in Italia. Il bolognese Vittorio Venturoli, accusato di aver commercializzato le sementi, è ora indagato per frode in commercio. L'uomo ha chiesto la ripetizione degli accertamenti, secondo quanto la legge gli consente. Saranno i sindaci dei Comuni nei quali si trovano i campi «transgenici» a dover ora decidere sulle loro sorti: se procedere o meno alla distruzione.

Centinaia di ettari a Mais OGM sotto sequestro nel veneziano

Fonte : Il Gazzettino, 26 agosto 2003

Corpo Forestale dello Stato interviene su decine di campi di Mais ibrido geneticamente modificato: gli agricoltori cadono dalle nuvole

San Michele.
Nessuno sapeva di aver usato OGM. Sono caduti tutti dalle nuvole gli agricoltori, e non sono pochi, che si sono visti porre sotto sequestro cautelativo, dal Corpo forestale dello stato, i campi coltivati a "Mais ibrido geneticamente modificato".
Alcune centinaia di ettari di Mais destinato ad essere distrutto.
Tutti gli agricoltori si sono dichiarati all'oscuro di entrare nei programmi di sperimentazione e di aver comprato sementi con organismi geneticamente modificati.

"*Probabilmente* - spiega il sindaco Sergio Bornancin - *le Multinazionali che commercializzano tale prodotto non hanno indicato in etichetta questa caratteristica, tuttavia in Italia l'impiego di OGM è vietato*".
Sospetti più che legittimi nei confronti delle Mutinazionali visto il numero, più di qualche decina, di agricoltori coinvolti. "*Prenderò in considerazione* - s'impegna il sindaco - *la proposta di delibera avanzata dalla Federazione provinciale coltivatori diretti per la tutela del territorio da contaminazioni Ogm, soprattutto per quanto riguarda il controllo delle attuali coltivazioni.*
E' doveroso il rispetto delle norme vigenti ed in particolare della normativa comunitaria sull'uso confinato di OGM. Lo scopo prioritario è la tutela del consumatore. Nel nostro programma amministrativo sono previsti la valorizzazione dei prodotti locali e il controllo della qualità degli alimenti agricolo-forestali. Nella prossima gara d'appalto per le aziende fornitrici di pasti e derrate alle mense pubbliche, comprese quelle scolastiche, chiederemo l'inserimento graduale di prodotti biologici nelle pietanze".
"*Trovo* - conclude Bornancin - *una buona proposta anche la creazione di un tavolo d'intesa tra produttori, industrie di trasformazione e distribuzione del settore alimentare al fine di valorizzare le possibilità alternative che si creano sul mercato dei prodotti di origine controllata e naturali. Il nostro Comune si è sempre distnto per la tutela ambientale ed è mia intenzione continuare a lavorare in questo senso. D'altro canto comprendo anche le difficoltà degli agricoltori ed esprimo loro piena solidarietà per il sequestro delle piantagioni essendo stati vittime di una mancata informazione da parta dei produttori di sementi*".

OGM: la questione non è chiusa

Zecchinato (AIAB): *Il vero dibattito inizia adesso*

Nuova Venezia, 29 agosto 2003

Leggiamo sui giornali in questi giorni della soddisfazione di molti per come si sarebbe concluso il primo scontro serio tra produttori, regioni, ministero agricolo, organizzazioni professionali agricole e le multinazionali sementiere in tema di OGM: un indennizzo ai produttori sotto forma di acquisto a prezzo di mercato dei raccolti contaminati da parte delle sementiere stesse, controlli più severi in attesa della parola dell'Unione Europea, che garantirà libertà di scelta a produttore e consumatore. Libertà di scelta, beninteso, il cui effetto certo sarà di liberalizzare di fatto l'utilizzo di sementi transgeniche, a condizioni di non contaminare le altre; e non è dato di sapere e capire in che modo, trattandosi, quando va bene, di pollini in libertà.

La nostra associazione, che promuove da anni l'agricoltura biologica in Italia, ricorda che, oltre a essere questo nostro settore uno dei pochi nel panorama produttivo nazionale che cresce e ha successo presso i consumatori (l'Italia è il primo produttore europeo con oltre 1.100.000 ettari certificati, il Veneto è tra le regioni dove più alti sono i consumi e le attività di distribuzione ed esportazione), oltre ad applicare un metodo produttivo le cui norme e i cui controlli sono sanciti da leggi comunitarie, nazionali e regionali, in agricoltura biologica è espressamente, e legalmente, vietato qualsiasi utilizzo di materiali geneticamente modificati.

Con quale tutela potremo noi serenamente continuare a garantire i consumatori di tutto ciò, in questa situazione?

Ma ciò che sconcerta nella soddisfazione di cui sopra è la destinazione a usi non alimentare dei raccolti transgenici: in altre parole a uso energetico (biodiesel, eccetera).

Come se la destinazione a usi non alimentari ci preservasse dai danni oggettivi per le coltivazioni biologiche e tipiche e per l'inestimabile patrimonio di biodiversità genetica nazionale.

Tra le altre è del tutto presumibile che la destinazione a uso energetico delle biomasse vegetali avrà nei prossimi anni un notevole sviluppo, legato a fattori di mercato e di riduzione delle risorse petrolifere.

E' anche facile immaginare che se oggi tanto scalpore hanno fatto le poche centinaia di ettari individuate dagli organi di vigilanza, cosa potrebbe succedere se si potesse analizzare tutta la produzione italiana.

Noi siamo ancora una volta quindi per la «tolleranza zero», non come dato poco realistico o teorico, ma come serio e preciso obiettivo politico ed economico.

Franco Zecchinato

Presidente Associazione Italiana per l'Agricoltura Biologica del Veneto AIAB Veneto Onlus

Venezia

SEBASTIANELLI: ''OGM, una dittatura invisibile''
Corriere Adriatico, 31 agosto 2003

«*Il polline di mais OGM può andare ovunque, fino a 40 km di distanza dal campo contaminato*».
«*O vivono gli OGM o vive l'agricoltura biologica*».

SENIGALLIA - Mentre gran parte degli italiani sono distratti dalle ferie, in sordina sta avvenendo uno dei maggiori dibattiti inerenti l'agricoltura: OGM, organismi geneticamente modificati. In occasione della Fiera di Senigallia l'*Amab Marche* ha ospitato l'incontro "*Diciamo no all'introduzione degli OGM in agricoltura*".

«*O vivono gli OGM o vive l'agricoltura biologica. Dopo il caso del Piemonte* - sostiene Bruno Sebastianelli, presidente Amab - *ora anche nelle Marche, a Sant'Elpidio, è stato trovato mais OGM. Un campo OGM inquina per chilometri i campi vicini, non permettendo né agricoltura biologica né convenzionale: si tratta di una dittatura sottile e fine delle multinazionali*».

Il professor Tavoletti, docente all'Università di Ancona, dà informazioni tecniche: «*Il polline di mais OGM può andare ovunque, fino a 40 km di distanza dal campo contaminato*». L'entità del problema si evince dalla partecipazione a largo raggio: Palazzini, presidente regionale WWF, dà il suo appoggio e punta su un movimento d'opinione che tocchi l'economia e Giardini (Cia) richiede un'azione politica forte e la spinta dei parlamentari.
All'arrivo di Moruzzi, consigliere regionale Verdi, grande attesa di novità, sfortunatamente negative: «*Ho qui una lettera del 17 giugno dell'Asl di Fermo che rintraccia la filiera dei semi OGM di Sant'Elpidio, ricostruendo in base alle fatture. Sono molto critico verso le Marche, non ci sono stati controlli, nemmeno sugli ettari circostanti al ritrovamento OGM. Le sementi OGM sono un bene indisponibile e non possono venire illegalmente commercializzate. Quel mais va distrutto subito, prima della trebbiatura. Il rischio dell'agricoltura biologica è senza precedenti, equivale a un assassinio premeditato*».
Della stessa opinione anche il consigliere regionale Avenali: «*È tutto in mano alle multinazionali: nessun controllo pubblico delle sementi finora. Occorre un controllo a campione in tutte le Marche per vedere e capire le dimensioni del fenomeno*».

Un nuovo OGM sul mercato europeo? L'ITALIA non risponde. si astiene...

Martedì 26 giugno 2007 : Dichiarazione di Simona Capogna, Esecutivo Nazionale Verdi Ambiente e Società sul nuovo Mais OGM *Erculex* della *Pioneer*

"*Se gli OGM vengono introdotti sul mercato, se ce li troviamo sugli scaffali, nei campi, nei prodotti alimentari non possiamo farci nulla. È l'Europa che ha deliberato e gli stati membri possono solo amministrare situazione derivanti dalle decisioni comunitarie*"
Questa è la risposta elusiva fornita dalle autorità competenti nazionali.
Ma le cose non stanno esattamente così. Se ci fosse una volontà seria dei nostri rappresentanti politici a lavorare sul problema si troverebbero i modi e gli spazi per far sentire la propria voce.
È a dimostrarlo oggi è il Ministero della Salute italiano che, chiamato a valutare il Mais Erculex della Pioneer ritenuto pericoloso per la salute umana, non risponde. Si astiene.
Non assumendosi la responsabilità di prendere una posizione. Lasciando ad altri il compito di prendere una decisione su una questione strategica per la Sicurezza Alimentare, per l'ambiente, per lo sviluppo dell'Europa.
Ed in particolare, lasciando alla commissione europea, la più accondiscendente alle lobby biotech, l'ultima parola sulle autorizzazioni.
Il copione sugli OGM che va in scena in Europa è sempre lo stesso da anni, una politica assente e balbettante da un lato, una burocrazia arrogante dall'altra e al centro le lobby che difendono gli interessi delle aziende agrochimiche e biotecnologiche. Evidentemente è una situazione intollerabile: VAS chiede una risposta chiara dalle autorità competenti e una politica coerente.

Verdi Ambiente Società, 25 giugno 2007

FERRANTE (AIAB): "impedire l’autorizzazione UE del Mais OGM *HERCULES*" venerdì 22 giugno 2007

Lunedì 25 giugno l’UE decide se ammettere la varietà di Mais, che ha già mostrato notevoli variazioni nei parametri del sangue e nel peso del fegato delle cavie

Lunedì 25 giugno si riunirà un comitato permanente di rappresentanti degli Stati membri dell’Ue per esprimersi sull'autorizzazione del mais Herculex, una varietà transgenica creata dalla multinazionale del settore Pioneer. Se i rappresentanti votassero in senso favorevole al mais ogm, sarebbe la prima volta che il comitato permanente segue le indicazioni della Commissione europea in materia di ogm. “Facciamo nostro l’appello del gruppo Verdi/ALE al Parlamento europeo, affinché il mais Hercules non venga autorizzato in Europa – dice Andrea Ferrante, presidente dell’Associazione Italiana Agricoltura Biologica, che aggiunge: “Sarebbe gravissimo se una maggioranza qualificata di rappresentanti degli Stati Ue votasse a favore dell’introduzione di una varietà di mais che diversi studi hanno dimostrato non essere sicura per la nostra salute e per quella degli animali”.

Vi sono seri e fondati motivi di preoccupazione in merito al mais Herculex e persino gli studi presentati dalla società che ne chiede l'autorizzazione mostrano notevoli variazioni nei parametri del sangue e nel peso del fegato dei topi nutriti con questa varietà geneticamente modificata. Anche se l'EFSA, per l'ennesima volta, ha mancato di tenere conto di questi effetti, il comitato dei rappresentanti dovrebbe invece adottare un approccio più attento. Inoltre, si è scoperto di recente che la varietà transegenica di mais Herculex ha contaminato alimenti per bestiame importati dagli Stati Uniti nella Ue. L'Unione europea deve decidere, rispettando i criteri di severità iscritti nelle nostre norme. Il mais Herculex non deve finire sui nostri mercati fino a che non potranno escludersi rischi per la salute delle persone e degli animali.

Aiab, 22 giugno 2007

Cap. 3.9.: Referendum sugli OGM e per la Sovranita´ Alimentare di Contadini e Consumatori

Il 20 luglio 2007, presso la Corte di Cassazione sono state depositate due leggi di iniziativa popolare da parte del Comitato promotore.

Il comitato è stato promosso dai contadini di Altragricoltura Foro Contadino che erano presenti a Roma da diverse regioni italiane del Nord del Centro e del Sud per firmare il deposito degli atti, e da altre associazioni e movimenti.

Fra i firmatari il deposito delle leggi, **Gianni Cavinato** (Associazione Consumatori Utenti), **Fabrizia Pratesi de Ferrariis** (Equivita) e **Enrico Lucconi** (particolarmente attivo con altri nella stesura della legge che indice il referendum sugli OGM).

Con la **Legge per la Sovranità Alimentare** i contadini e i loro alleati indicano alle Istituzioni la strada per uscire dalla pesantissima crisi che sta investendo le campagne italiane.

Nella legge si propone alle Istituzioni di assumere i principi della Sovranità Alimentare come una delle chiavi possibili con cui affrontare il rilancio dell´agricoltura italiana, mettendo al centro gli interessi di chi lavora la terra e di chi consuma il cibo.

La Legge per la Sovranità Alimentare, oltre che indicare principi, punta a realizzare spazi di partecipazione democratica con le Consulte per la Sovranità Alimentare e strumenti operativi nuovi come quelli contro il dumping, per promuovere il ciclo corto o l´Agenzia per la gestione dei beni comuni e le risorse naturali in agricoltura.

La Legge che istituisce il **Referendum sugli OGM**, realizza il primo degli obiettivi della partecipazione democratica: quello di permettere ai cittadini con il voto di decidere sull´introduzione degli OGM in Italia. La normativa europea prevede la consultazione popolare prima che gli OGM, sia pure nella forma della coesistenza, vengano definitivamente liberalizzati nella produzione. E´ arrivato il momento che il Parlamento italiano, in ottemperanza al dettato normativo del legislatore europeo, convochi, con apposita legge, il referendum perché su questo tema così delicato i cittadini possano esprimersi per far valere i loro interessi contro le pressioni delle lobbies nazionali e internazionali del transgenico.

Al deposito delle leggi si è arrivati dopo un lungo percorso di confronto e discussione che ha coinvolto molte realtà contadine di base impegnate in vertenze, mobilitazioni e pratiche di economia etica oltre che realtà del consumo critico, dell´ambientalismo, del mondo accademico e delle Istituzioni.

A partire da Settembre 2007 si avvierà la campagna di raccolta delle firme che punta fin d´ora a realizzare il più ampio risultato intervenendo per sei mesi in una vasta azione di sollecitazione della società. Il Comitato Promotore sta organizzando la rete territoriale e gli strumenti organizzativi di coordinamento perché la campagna di raccolta delle firma veda il protagonismo diffuso ed ampio di tutte le esperienze locali e di base, nel convincimento che la società italiana sia matura per rivendicare il diritto a scegliere su questioni così delicate.

PER MAGGIORI APPROFONDIMENTI : VEDI ALLEGATO 8 (pagg. 304-316)

Cap. 3.10 : Dibattito sulla procedura di autorizzazione delle colture OGM nell'UE

Fonte : *GMO Safety*

Il Ministro tedesco dell'Agricoltura, Horst Seehofer, si é dichiarato a favore di un nuovo meccanismo di approvazione delle colture e dei prodotti geneticamente modificati (OGM) e di una pausa per le autorizzazioni nell'Unione Europea, in attesa che tale meccanismo sia sviluppato. Il sig. Seehofer ha sostenuto che l'attuale procedura di autorizzazione degli OGM non tiene abbastanza conto dell'opinione pubblica. Egli inoltre ha espresso l'opinione che le approvazioni degli OGM non si debbano più fondare sul voto politico dei rappresentanti degli Stati membri dell'Unione o dei Commissari Europei, ma che le procedure debbano essere trattate piuttosto alla stessa stregua dei prodotti farmaceutici: le decisioni sono prese da un'autorità scientifica competente, senza che la politica vi si intrometta.
L'articolo indica che le affermazioni di Seehofer sono in parte una reazione ad una controversia in corso all'interno della Commissione Europea, in merito al problema di sapere se si debbano autorizzare o no due varietà di mais transgenico, il BT11 e il 1507.
Il commissario all'Ambiente Stavros Dimas ha annunciato pubblicamente il suo rifiuto ad autorizzare la loro coltivazione, nonostante il parere favorevole dell'Autorità Europea della Sicurezza Alimentare (EFSA), invocando il fatto che queste due varietà di mais suscitano preoccupazioni di ordine ambientale.
Tuttavia, precisa l'articolo, la maggior parte dei commissari europei non hanno intenzione di schierarsi con Dimas.
Allo stato attuale, essi devono concordare una linea di azione comune in seno alla Commissione, che é l'organo esecutivo dell'Unione Europea.
E «*Quando un Commissario dice che va bene, l'altro afferma il contrario. E' inaccettabile che noi politici decidiamo in funzione delle maggioranze e degli umori del momento. Non é questo il modo di procedere* », ha dichiarato Seehofer.

http://www.molecularlab.it/news/view.asp?n=3572

Ministro agricolo tedesco pro OGM
Il nuovo ministro tedesco dell'alimentazione, della difesa dei consumatori e dell'agricoltura, Horst Seehofer, ha annunciato un forte sostegno all'agricoltura geneticamente modificata e alla ricerca nel settore OGM, un taglio netto con la posizione negativa nei confronti del biotech da parte del suo predecessore.
Si ritiene che il cambio di posizione del governo della Germania potrà avere implicazioni per la politica europea, dato che il Paese è la più grande nazione dell'Unione oltre a essere anche tra quelli con un più forte movimento anti-OGM a livello nazionale.
Le aziende sementiere non hanno tenuto segreto del fatto che vedono la Germania come un campo di battaglia chiave nella loro ricerca per guadagnare un sostegno globale alle coltivazioni OGM.
Seehofer ha espresso il suo sostegno alle produzioni e alla ricerca in capo OGM con un tono insolitamente forte durante l'intervista da parte di un quotidiano, di cui la pubblicazione ha innescato una pletora di dichiarazione pubbliche sia dai sostenitori che dagli avversari degli OGM.
In particolare Seehofer ha detto che il ministero di agricoltura smetterà il trattamento preferenziale ai coltivatori biologici, avviato sotto l'ex ministro dell'agricoltura, la verde Renate Künast.

Cap. 3.11 : Contestata la teoria dei geni, sguardo più rigoroso sul biotech

Fonte: The New York Times, Denise Caruso

Il business mondiale delle bio-tecnologie (OGM), stimato a 73,5 miliardi di dollari, potrebbe presto doversela vedere con una scoperta che mette in discussione i principi su cui è stato edificato.
Un consorzio di scienziati, infatti, ha pubblicato i risultati di uno studio che contesta la visione tradizionale del funzionamento dei geni.
L'impegnativa impresa, durata 4 anni, è stata coordinata dallo statunitense *National Human Genome Research Institute* e realizzata da 35 gruppi di esperti appartenenti a 80 diverse organizzazioni mondiali. Con loro sorpresa, i ricercatori hanno scoperto che il genoma umano potrebbe non essere dopo tutto un 'insieme ordinato di geni indipendenti' in cui ogni sequenza di DNA è legata a una singola funzione, come la predisposizione al diabete o alle malattie cardiache.
Per leggere la notizia: http://www.equivita.it/Contestata_la_teoria_deigeni.htm

Cap. 3.12 : Scienziati e Membri del Parlamento Europeo (MEP) per un'Europa libera da OGM

Scienziati indipendenti, MEP, agricoltori e cittadini uniti al Parlamento Europeo contro gli OGM; l'Autorità per la Sicurezza Alimentare Europea (EFSA) chiamata in giudizio.

Scienziati indipendenti di sei Paesi hanno unito le loro forze a quelle di alcuni MEP per proporre un'Europa libera da colture geneticamente modificate (GM) nel corso di uno speciale incontro al Parlamento Europeo, svoltosi a Brussel il 12 giugno 2007.

L´incontro, organizzato dall´Istituto per la Scienza e la Società (ISIS) di Londra, UK, la Rete del Terzo Mondo (TWN) e la Rete Verde (GN), ospitati dal MEP Janusz Wojciechowski, vicepresidente della Commissione per l´Agricoltura e Sviluppo Rurale per l´Unione Europea, è coinciso con la pubblicazione di lavori scientifici chiave, Incubo da Cibo GM che Rivela i Falsi Regolatori (pubblicazione scientifica ISIS) [1] e Nuove Analisi di uno Studio su Ratti Alimentati con Mais Geneticamente Modificato Rivelanti Segni di Tossicità Epatorenale (CRII-GEN) [2], ha messo in evidenza come i responsabili nazionali ed internazionali hanno ignorato le prove schiaccianti contro la sicurezza di alimenti GM e di come colludono con l´industria per manipolare la ricerca scientifica e promuovere colture GM. Le pubblicazioni sono state presentate all´incontro insieme ad un dossier complessivo di oltre 160 articoli ampiamente citati dalla rivista scientifica "Science in Society", i quali documentano rischi, frode scientifica, falsità dei responsabili e violazione dei diritti degli agricoltori [3] (*GM Science Exposed: Hazards Ignored, Fraud, Regulatory Sham, and Violation of Farmers' Rights*, ISIS CD Book, 2007).

Tutti i MEP intervenuti hanno ringraziato ISIS per il contributo scientifico così cruciale ed importante per affrontare il dibattito sulle colture GM, un punto di vista ampiamente condiviso da altri MEP e dalla gente che ha partecipato all´incontro.

Il paradosso del dibattito sulle colture GM

Il MEP Janusz Wojciechowski, che ha presieduto l´incontro, ha parlato del paradosso sullo sviluppo rurale nell´ambito del dibattito delle colture GM nell'Unione Europea (EU).

Ci sono pressioni politiche per ridurre la produzione di prodotti agricoli convenzionali e biologici, mentre ci sono pressioni per aumentare il consumo di prodotti GM.

Il MEP ha dichiarato, "*Per me, è ovvio che le decisioni sugli OGM devono essere prese ascoltando l´opinione pubblica ed a questo riguardo faccio del mio meglio, come uno dei decisionisti dell´EU, per salvaguardare soprattutto la salute dei cittadini*."

Jill Evans, un MEP rappresentante del partito laburista gallese (Plaid Cymru) e membro del Gruppo di Libera Alleanza dei Verdi Europei, raccogliendo la provocazione della campagna pro-OGM nell'EU ha dichiarato: "*la campagna anti-OGM ha lavorato dieci volte più sodo per far sentire la sua voce. Ha detto, inoltre, "Come MEP il mio lavoro è ascoltare quello che dicono e rappresentano i miei elettori del Galles, i loro punti di vista per l'EU. Ed è chiaro che nel Galles c´è una forte opposizione agli OGM. La nostra agricoltura industriale, sicurezza alimentare e ambientale sono sotto la minaccia delle colture e alimenti OGM. Noi dobbiamo tenere il Galles libero dalle Modificazioni Genetiche (MG) e dobbiamo ottenere un bando europeo sulle colture OGM*"

L´opposizione alle colture GM cominciò nel Galles nel 2000, quando campi sperimentali di colture GM in Pembrokeshire furono abbandonati a causa delle pressioni di 80 agricoltori biologici, che attirarono l´attenzione della stampa locale e l'interesse dei membri di tutti i partiti politici. L´Assemblea Nazionale del Galles aveva anche votato contro le colture GM, ma nel 2001 il Governo dell´UK diede il via libera. Fu allora che fu messo su il gruppo della campagna gallese liberi da OGM e da allora non ci sono stati più nel Galles campi di colture GM.

Evans sottolineò che L´Assemblea Nazionale del Galles è molto attiva nell'EU, e si è unita alle reti libere da OGM, ma sente che la decisione gallese riguardo alle colture GM e la possibilità che le colture native possano essere contaminate, dovrebbe essere presa nel Galles da un suo proprio comitato consultivo, e non come avviene attualmente da DEFRA

(Dipartimento per l´Ambiente, Alimenti e Affari Rurali) nell'UK. Evans ha detto che il Galles vuole affermare il suo diritto ad avere zone libere da colture GM in linea con quanto desiderano gli abitanti del Galles, e sostenuto dall'evidenza scientifica presentata all'incotro; e promise di tenere sempre aggiornata e attiva l'agenda liberi da OGM nel Galles ed in Europa.

Lottare attivamente per un´Europa libera da OGM

Dr Caroline Lucas, MEP Verde per il Sud-Est dell'Inghilterra, ha accolto ed approvato la ferma posizione di tutti gli oratori del gruppo, affermando, "*ci sono tutte le ragioni per cui noi abbiamo bisogno di lottare attivamente per un´Europa libera da OGM, la tragedia è che la lotta è implacabile, nonostante l´evidenza accumulata a nostro favore, l´enorme rilevanza del principio precauzionale e la forte opposizione pubblica agli OGM.*"

L´opinione pubblica intervistata ciclicamente mostra consistentemente che il 70% o più dei consumatori in Europa non vuole mangiare cibo GM e più di 170 regioni e altre 4500 zone dell´Europa libere da OGM si sono incontrate a Firenze nel 2005.

Nonostante i bandi nazionali sugli OGM in 11 Paesi europei, l´ampia ed inesplicabile Commissione Europea, che di fatto sollevò la moratoria nel 2003, ha autorizzato almeno 18 varietà di colture GM nell'EU, più 12 in attesa di approvazione.

La buona notizia è che molti governi sono scettici, per esempio la Bulgaria ha adottato un Atto sugli OGM che è basato fermamente sul principio precauzionale e l´Ungheria ha dichiarato che la produzione di colture OGM non è economica, ambientale, salutare e sociale.

Lucas è stata critica nei confronti dell'Autorità sulla Sicurezza Alimentare Europea (EFSA), che dovrebbe offrire l´evidenza scientifica fornita da esperti indipendenti sul rischio della sicurezza dei prodotti GM, mentre ha sempre fallito nel suo compito sin da quando è stata fondata nel 2002.

Lucas ha anche criticato l´EFSA per aver agito in collusione con le compagnie biotech per aver espresso "opinioni positive" alle loro richieste di liberalizzazione del mercato, per la sua riluttanza a commissionare o promuovere studi indipendenti e l´accettazione della "*equivalenza sostanziale*" in accertamenti sulla sicurezza anche in casi di ibridi creati tra due o tre linee di colture GM.

Inoltre, la tenuta "*commercialmente confidenziale*" di documenti per non farli conoscere al pubblico contravviene alle raccomandazioni della Convenzione di Aarhus (un accordo della Commissione Economica delle Nazioni Unite per l'Europa che lega l'ambiente ai diritti dell´uomo).

Lucas ha fatto riferimento all'esempio del mais MON863 che la Commissione approvò, sia come cibo per l´uomo sia come foraggio per il bestiame, basandosi solo sui dati forniti dalla Monsanto.

Lucas ha ricordato ai partecipanti la campagna aggressiva condotta dagli Stati Uniti, Canada e Argentina nei confronti dell´Europa per costringerla ad aprire la porta agli OGM via il WTO (Organizzazione Mondiale per il Commercio) quando il WTO sosteneva i diritti dell´Europa a proteggersi dagli OGM, ed ha riaffermato la necessità di mettere su un un sistema chiaro ed affidabile sulla contaminazione, basata fermamente sul principio "che chi inquina paga" (polluter pays).

OGM "un crimine contro l´umanità"

Dr. Mae-Wan Ho, direttore dell´ISIS ha tracciato in grandi linee il quadro delle ragioni per cui il mondo ha bisogno di essere libero dagli OGM.

Il suo principale messaggio è stato: "*Gli OGM non sono solo una minaccia per la salute e l´ambiente, essi danneggeranno severamente le nostre opportunità di sopravvivere al riscaldamento globale. Le colture GM hanno bisogno di più combustibili fossili e acqua per crescere, entrambi in rapida diminuzione. L´Europa non può più permettersi di sprecare altro tempo e risorse sugli OGM, ora deve, invece, cominciare a investire in cibo e sistemi*

d´energia sostenibili."

Dopo 30 anni di OGM, non c´è stato un aumento di produzione, nessuna riduzione in pesticidi, mentre lo svuotamento delle foreste che continua per fare posto alle colture GM ora include anche quelle per produrre biocarburanti.

Al di sopra di tutto, in India, tra il 1993 ed il 2003, 100.000 agricoltori si sono uccisi, in concomitanza con l'introduzione di colture OGM e da allora ci sono stati altri 16.000 morti all´anno. I partecipanti all´incontro hanno sussultato con approvazione alla esplicita accusa contro la modificazione genetica: "*Gli OGM sono un crimine contro l´umanità*."

C´è da dire che Mae-Wan era stata già incoraggiata in questa iniziativa anche da recenti provvedimenti contro la legalità delle colture OGM negli Stati Uniti, e da una sfilza di bandi contro l´uso di OGM imposti in molti Paesi introno al mondo, nel corso del 2006 [4] (*No to GMOs, No to GM Science* , SiS 35).

La soia OGM un incubo per i ratti

Dr. Irina Ermakova dell'Accademia Russa delle Scienze ha riferito che ha iniziato i suoi esperimenti alcuni anni fa, dopo aver letto diverse relazioni positive sulle colture OGM da diverse parti del mondo, mentre nessuno parlava di risultati negativi.

Ciò finché non lesse la Dichiarazione degli Scienziati del Mondo sul sito web di ISIS (http://www.i-sis.org.uk/list.php) che metteva in risalto i pericoli.

Rimase scioccata nell´apprendere che geni estranei erano presenti nelle cellule di diversi organi di mammiferi ai quail erano stati dati alimenti GM e che le colture GM erano dannose per i mammiferi così come lo erano per farfalle ed insetti impollinatori.

Per questo, Ermakova decise di fare degli esperimenti sui mammiferi per indagare sugli effetti che la soia GM poteva avere sulla salute dei ratti e dei discendenti per cinque generazioni.

La differenza significativa tra i suoi esperimenti e quelli delle compagnie biotech fu che lei alimentò femmine di ratti, prima, durante e dopo la gravidanza per più di cinque generazioni.

Ermakova affermò: "*Così molte cose andarono male per ratti alimentati con soie geneticamente modificate. Le ratte divennero più ansiose e aggressive, ci fu un´alta mortalità di cuccioli nella prima generazione, disturbi di funzioni riproduttive e cambiamenti patologici negli organi interni di maschi e femmine. Si annotò ancora la mancanza di cuccioli nella seconda generazione di ratti alimentati con soia GM, poiché all´accoppiamento risultarono completamente sterili*."

Ermakova mostrò ai partecipanti l´evidenza fotografica abbastanza sconvolgente di varie malformazioni, di forme nane e striminzite, di malattie (incluse alcune lesioni cancerose) e cuccioli morti le cui madri erano state tutte alimentate con soie *Monsanto´s Roundup Ready*.

Il pubblico sbalordito non ebbe più dubbi che qualche cosa era andata sbagliata e che bisognava imporre un bando urgente sulla vendita della soia OGM piuttosto che essere permissivi, chiudendo un occhio sull´atteggiamento dell´EFSA e gli altri moderatori statali.

La ricerca delle compagnie non regge di fronte a quella della scienza indipendente
Dr. Christian Velot, Senior Conferenziere in Genetica Molecolare all'Università di Parigi Sud, Francia, dichiarò: "*Praticamente tutti gli studi che non trovano "alcun effetto" di alimenti GM sono quelli eseguiti dalle compagnie che chiedono l´approvazione del mercato o che sono da esse finanziate. Questa ricerca semplicemente non regge di fronte ad uno scrutinio scientifico e indipendente, e alcuni moderatori stanno mettendo a serio rischio la salute delle persone accettando i risultati di tale ricerca.*" Ecco perché, a giugno del 2005, Velot entrò nel Comitato per la Ricerca e l´Informazione Indipendente sull´ Ingegneria Genetica (CRII-GEN, Francia).

Gli scienziati del CRII-GEN hanno inserito nella loro agenda il compito di valutare la ricerca delle compagnie che cercano l´approvazione del mercato per i loro alimenti GM. Hanno trovato sintomi di tossicità nel fegato e nel rene di

ratti alimentati con mais GM della Monsanto MON863 che sono stati ignorati sia dalla compagnia e sia dall´EFSA [2, 5] (*GM Maize MON 863 Toxic*, SiS 34).

I risultati contenevano 40 differenze significative tra ratti alimentati con mais GM e mais non GM per 90 giorni.

La missione degli scienziati di CRII-GEN e Velot è di mostrare che la scienza indipendente è necessaria se si vuole proteggere il pubblico dai rischi dell´ingegneria genetica.

I rischi e pericoli non si limitano alle colture ed agli alimenti GM, ma anche alle piante transgeniche che producono farmaci, come per esempio il gene preso da un cane ed inserito nel mais per produrre una medicina digeribile per bambini.

Velot rimprovera a politici e scienziati lo sfruttamento del presidio medico come vetrina per la produzione di alimenti OGM anche se non abbiamo bisogno di colture OGM per produrre alimenti con farmaci.

Queste medicine sono state prodotte in colture di cellule transgeniche per usi contenuti da almeno 25 anni (nota dell´editore: grandi lacune dei responsabili restano nella sicurezza dell´uso contenuto, vedi [6] *SLIPPING THROUGH THE REGULATORY NET: `Naked´ and `free´ nucleic acids*; ISIS and TWN publication)

Velot ribadì la necessità che "*Science in Society*" continui a lottare contro l´industria che "*tratta il consumatore come un ratto da laboratorio ed il pianeta come un bancone da aboratorio.*"

Sugli OGM bisogna portare l'EFSA davanti alla Corte di Giustizia

Urs Hans, un agricoltore biologico svizzero attivista contro le colture GM aveva notizie per l'EFSA. Egli rappresenta una coalizione internazionale di NGO (*Organizzazioni Non Governative*), associazione di agricoltori, accademie di avvocati, legali e scienziati, professori, giornalisti, direttori cinematografici, gruppi religiosi, ecc. della Germania, Austriaca e Svizzera che intende fare "cause *globali*" contro lo schieramento degli OGM in Europa.

Tra i suoi bersagli ci sono l´EFSA ed altre istituzioni europee responsabili.

La motivazione è il loro appoggio illegale alle lobby pro-OGM e violazione della sicurezza alimentare.

La coalizione include Greenpeace della Germania e rappresentanti principali di Greenpeace Europea, eminenti statisti dell´Austria e professori di alto profilo per la Legge Costituzionale Tedesca a Monaco di Baviera.

La principale fonte legale tedesca, il *Tubingen Institute* per la Protezione della Natura e sulla Legge per la Protezione della Natura, ha fornito alla coalizione una insieme di possibili strategie legali, e le denunce sono rappresentate dalla principale Azienda legale tedesca di Amburgo, specializzata in leggi sull´ingegneria genetica.

Per cui si consiglia di visitare il sito web e se si è interessati ad essere coinvolti si consiglia di entrare in uno dei due seguenti siti web di Hans:
http://www.publiceyeonscience.ch ; http://www.bauernverstand.ch.

Hans è un agricoltore del Canada che gestisce la propria fattoria.

Come tale, notò che gli organofosfati raccomandati dal governo regionale per il controllo dei parassiti fece ammalare i suoi animali.

Durante la crisi della BSE gli organofosfati furono imposti agli agricoltori sia che le loro micche fossero o non fossero infettate.

Hans fu costretto ad usare sostanze chimiche per sostenere gli interessi economici del governo regionale, ma prese la decisione di non usare organofosfati e per il suo rifiuto fu perseguito tre volte.

Vinse in tutti e tre casi.

Hans vede le colture GM imposte agli agricoltori e consumatori con lo stesso imperativo economico e tecnologico dell'agricoltura chimica e intensiva che l'ha costretto a usare organofosfati.

Alla fine, è l´agricoltore che per questo imperativo paga con la sua salute, la salute dei suoi animali, un debito vertiginoso che non può permettersi e la perdita di sostentamento.

Hans ebbe l´ispirazione di lasciare la sua fattoria e di partecipare all´incontro in Brussels per ascoltare l´evidenza scientifica che gli può essere utile a sostenere la sua causa contro l'EFSA, rimanendo molto soddisfatto da quanto ebbe modo di ascoltare.

Api minacciate da bio-pesticidi OGM e da colture OGM Bt

Joe Cummins, Professore Emerito in Genetica dell´Università dell´Ontario dell´Ovest, Canada, un veterano di campagne contro la corruzione della scienza a discapito della società e dell'ambiente, ha condotto la lotta contro la scienza delle colture GMO sin da quando l´ISIS ha cominciato la sua attività nel 1999.

La massiccia perdita per morte di colonie di api a livello mondiale è quasi certamente una combinazione di fattori diversi, tra i quali i più importanti sono l´uso di livelli sub-letali di insetticidi, in particolare, una classe di nuovi pesticidi sistemici neonicotinoidi usati largamente per confezionare semi e per spruzzarli sulle colture, le radiazioni di microonde prodotte dalle stazioni radio base telefoniche senza fili.

C'è chi ha suggerito che singole cellule di funghi, come Nosema potrebbero essere le principali colpevoli [7] (*Parasitic Fungus and Honeybee Decline* , SiS 35).

Comunque, Cummins ha presentato un'ipotesi convincente secondo la quale livelli sub-letali di pesticidi, incluso il bio-pesticida Bt prodotto dalle colture OGM, che coprono il 30% dell'area globale, potrebbero agire sinergicamente con Nosema nell'ammazzare le api.
Nosema e gli altri funghi parassiti sono usati ampiamente anche come agenti per il controllo biologico di insetti parassiti [8] (*Parasitic Fungi and Pesticides Act Synergistically to Kill Honeybees?* SiS 35).

Cummins dichiarò: "*L´ape è un importante impollinatore delle nostre colture alimentari e la sua morte è un atroce avvertimento all'estinzione della specie umana*."
Che cosa possiamo fare per salvare le api?
Joe sulla sopravvivenza dell´Umanità concluse sinteticamente con tre punti:

1) il primo è di eliminare i pesticidi sistemici nicotinoidi,
2) il secondo è di eliminare colture con Bt
3) il terzo, è di sostituire tutti i burocrati che chiudono gli occhi alla natura a favore delle biotech e dell´agrochimica industriale.

Hiltrud Breyer, MEP di Strasburgo intervenne dal pubblico e volle sapere che cosa potrebbe essere fatto in Europa per salvare le api.

Il Dott. Mae-Wan Ho suggerì che una mozione urgente dovrebbe essere inviata alla Commissione Europea in linea con le dichiarazioni fate da Cummins; ciò venne raccolto da Breyer subito dopo in una richiesta inviata alla Commissione Europea [9] (*Emergency Motion on Protecting the Honeybee*, SiS 35).

L´ingegneria genetica è "*un´arma globale di distruzione di massa*"

Dr. Zbigniew Halat, Presidente dell'Associazione per la Protezione della salute dei Consumatori in Polonia, medico ed ex deputato Ministro della Salute per la Polonia, ha dichiarato: "*Io credo che i problemi causati dall´ingegneria genetica sono globali. È la proliferazione di un genere di arma biologica di distruzione di massa*."

Halat considerò la soglia di contaminazione delle colture native da parte di colture GM dello 0.9 %, o persino dello 0.1 %, come una sciocchezza. Avvertiva che anche una piccola molecola potrebbe provocare un colpo anafilattico e potrebbe uccidere qualcuno che è allergico.

Egli crede che ci sia un collegamento causale tra la contaminazione di colture OGM e la percentuale delle allergie emergenti che sono raddoppiate nel giro di dieci anni.

Deduce che gli studi sull´incidenza locale di reazioni allergiche alle colture di mais OGM nelle Filippine condotti dal Prof. Terje Traavik di Genk dell´Università di Tromsø, Norvegia [9] (*GM Ban Long Overdue*, SiS 29) hanno fornito l'evidenza empirica contro l´uso di colture OGM.

Inoltre, poiché gli alimenti GM non sono stati giudicati sicuri da un punto di vista medico è importante chiedere l´opinione del pubblico in maniera sistematica e ciclica per avere il sostegno del pubblico nel promuovere studi epidemiologici volti ad accertare la sicurezza di alimenti OGM.

Egli sospetta persino una relazione tra OGM e l´aumento dei casi di cancro, resistenza agli antibiotici e l'epidemia di obesità.

Da un punto di vista medico, egli dice, non possiamo aspettare che arrivino malattie e morti da OGM, dobbiamo avere la prova che gli alimenti OGM sono sani e sicuri.

Infine, dobbiamo essere consapevoli dei problemi etici circa l´ingegneria genetica e che la protezione della nostra salute dalle malattie non è un compito che possiamo affidare ai produttori, ma è un compito delle autorità pubbliche.

Le risorse genetiche del mondo minacciate da ladri delle banche genetiche

Dr. Pietro Perrino del Consiglio Nazionale delle Ricerche presso L´Istituto di Genetica Vegetale di Bari, Italia, **parla di una spiacevole storia sulla distruzione di germplasma di semi mantenuto nei *genebanks* del mondo con l´avvento dell´ingegneria genetica.**

Da un lato, gli ingegneri genetici hanno depredato in modo spietato i semi ed il germplasma mantenuto nei *genebanks*, alla ricerca di geni, sequenze di DNA e varietà brevettate, che si identificano in veri e propri atti di biopirateria.

Dall´altro lato, colludono con le compagnie biotech nella distruzione delle banche genetiche [9, 10] (*SOS: Save Our Seeds, Italy's Genebank At Risk*, SiS 27).

Perrino ha spiegato che le banche genetiche nacquero per raccogliere, conservare, caratterizzare e valorizzare la diversità genetica dall'erosione genetica causata dalla prima "Rivoluzione Verde" che aveva l´obiettivo di aumentare la produzione agricola attraverso la monocoltura di poche varietà e poche specie agrarie.

Per compensare gli effetti negativi della "Rivoluzione Verde", negli ultimi 50 anni sono state create 1400 banche genetiche.

Comunque, con la seconda "Rivoluzione Verde" o "Rivoluzione dei Geni" le nuove varietà possono essere costituite prelevando i geni da qualunque organismo: animali, funghi, piante, microbi e virus, è ciò rappresenta una minaccia ancora più diretta alle risorse genetiche vegetali indigene.

Pietro dichiarò: "***Abbiamo bisogno urgente di proteggere le banche genetiche in quanto subito esse potrebbero rappresentare nel mondo l'unica fonte incontaminata di germoplasma di semi. Questo è possibile perché l'industria del biotech e i sostenitori sono molto interessati a distruggerla dopo che avranno finito di sequenziale i genomi e brevettato i geni***."

Inoltre, ha fatto appello ai responsabili della conservazione ex-situ, agricoltura biologica, riserve naturali e più in generale della conservazione della natura, per lottare tutti insieme contro quelli che lui chiama "*ladri delle banche genetiche*", cioè gli gli ingegneri genetici che stanno pensando di sostituire i *genebanks* con le banche di DNA, contenenti risorse sintetiche che non

solo sono inutili, ma sono nocive per l´ambiente, la biodiversità e la salute di tutti gli organismi viventi, incluso l´uomo.

L´USDA approva le colture OGM sotto la pressione di Monsanto

Jeffrey Smith, giornalista, autore e direttore esecutivo dell'Istituto per le Tecnologie Responsabili, ha iniziato il suo discorso così: "*vengo dagli Stati Uniti, per questo voglio scusarsi almeno per la questione delle colture OGM*."

Quindi picchiò con forza sulla *Food and Drug Administration* (FDA) degli Stati Uniti che afferma che non è necessario alcun test sugli alimenti OGM. Questa, Smith lamenta, è una bugia perpetrata dalla Monsanto, che si è infiltrata nella FDA.

Chi, chiede, ha annullato le preoccupazioni degli scienziati sulle tossine? Evidenza raccolta da trenta scienziati in tre anni dal suo ultimo libro, "*GM Roulette*" [12] che documenta non meno di sessantacinque rischi per la salute associati all´ingegneria genetica.

Jeffrey deduce che la principale causa possibile dei problemi di salute è riferita a mutazioni del DNA all´interno di geni sintetici che creano cambiamenti all´interno del genoma.

Egli indica anche che le prove di sicurezza dell´industria circa la tossina Bt usata in mais GM e cotone GM sono sbagliate perché sono proprio queste tossine che hanno provocato migliaia di reazioni allergiche nel mondo, così come sterilità e morte inspiegabili nell´uomo e negli animali.

L'assunzione fondamentale fatta dalle industrie che le colture GM e i pesticidi sono sicuri deve essere respinta e rovesciata.

La produzione di colture OGM è una trappola

Mr. Wojciechowski ha chiuso la seduta con l'avvertimento che l'espansione della produzione di colture OGM è una trappola.

E, come Parlamentare Europeo, ringraziò tutti gli esperti relatori intervenuti all´incontro per la loro preparazione e professionalità.

È una sfida per i Parlamentari Europei essere più attivi contro le colture GM. La prima opportunità sarà la domanda sollevata dai MEP sull´accertamento del rischio dell'EFSA, che ricomincerà il dibattito sui pericoli degli OGM.

E´ seguita una vivace discussione, durata circa un'ora dopo la chiusura ufficiale della conferenza, che è continuata alla mensa del Parlamento Europeo, dove Mr. Wojciechowski gli oratori e amici di ISIS ricevettero tutte le attenzioni del rappresentante del Parlamento.

Referenze

1.Ho MW, Cummins J and Saunders PT. GM food nightmare unfolding in the regulatory sham. Microbial Ecology in Health and Disease 2007,published online 7 June 2007, DOI: 10.1080/08910600701 343781
2. Seralini G-E, Cellier D and de Vendomois JS. New Analysis of a Rat Feeding Study with a Genetically modified maize reveals signs of hepatorenal toxicity. Arch Environ Contam Toxicol 2007, 52, 596-602.
3. GM Science Exposed: Hazards Ignored, Fraud, Regulatory Sham, and Violation of Farmers' Rights, Science in Society Spring 2003-Summer 2007, ISIS CD Book, 2007. (http://www.i-sis.org.uk/pdf/GMdossier.pdf)
4. Ho MW. No to GMOs, no to GM science. Science in Society 35 (in press).
5. Ho MW. GM maize MON 863 toxic. Science in Society 34 , 26-27, 2007.
6. "Monsanto maize approved for human consumption potentially toxic, warns new study. Greenpeace demands immediate withdrawal of suspect maize from the market, and review of regulatory system", Greenpeace press release 14 July 2007, http://www.greenpeace.org/eu-unit/press-centre/press-releases2/seralini-NK603
7. Cummins J. Parasitic fungi and honeybee decline. http://www.i-sis.org.uk/PFHB.php; also Science in Society 35 (to appear).
8. Cummins J. Parasitic fungi and pesticides act synergistically to kill honeybees? http://www.i-sis.org.uk/Parasiticfungi.php; also Science in Society 35 (to appear).
9. Ho MW. GM ban long overdue: dozens ill and five deaths in the Philippines. Science in Society 29 , 26-27, 2006.
10. Ho MW. SOS: Save our seeds. Science in Society 27 , 45-47, 2005.
11. Perrino P. Italy's genebank at risk. Science in Society 27 , 48-49, 2005.
12. Smith J M. Genetic Roulette, The documented health risks of genetically engineered foods . Yes! Books, Fairfield, Iowa, 2007.

Cap. 3.13: Un anno di petizione on line "Salviamo i Semi Contadini" (novembre 2007)

di Alberto Olivucci

Petizione on line "*Salviamo i Semi Contadini*"

Circa un anno e mezzo fa, il 9 aprile 2006, partì una petizione promossa da *"Civiltà Contadina"*, sia sullo spazio del sito, sia con un modulo scaricabile e stampabile.

Le richieste erano precise:

l'applicazione della direttiva CEE (98/95) finora disattesa dai governi e la creazione di una lista nazionale che raccolga le varietà locali o dei territori o contadine;
l'iscrizione libera e gratuita su questa lista per le varietà di coloro che conservano, selezionano e diffondono questa agrobiodiversità;
che i criteri di iscrizione siano adattati alle particolarità di queste varietà locali, spesso non uniformi o stabili come quelle selezionate;
uno spazio di libertà totale per scambi liberi di piante e sementi contadine (in quantità corrispondenti ai bisogni di una piccola fattoria), nel rispetto delle precauzioni fitosanitarie essenziali.
Dopo averla divulgata per un anno, dopo aver raccolto alcune migliaia di firme, dopo aver coinvolto altri soggetti associativi siamo contenti di poter vedere che nel tempo alcuni risultati si stanno verificando.
Il primo in ordine di tempo è la legge del 6 aprile 2007 che recepisce il 1° punto della petizione, ovvero l'applicazione integrale della direttiva CEE 98/95. Ecco il testo dalla Gazzetta Ufficiale:

"Art. 16.
(Sementi da conservazione)

1. Il Ministero tutela il patrimonio agrario costituito dalle risorse genetiche delle piante di cui al comma 2.

2. Si intendono per "varietà da conservazione" le varietà, le popolazioni, gli ecotip i, i cloni e le cultivar di interesse agricolo, relativi a specie di piante autoctone e non autoctone, purché integratesi da almeno dieci anni negli agroecosistemi locali minacciate da erosione genetica; oppure non più coltivate sul territorio nazionale, ma
conservate presso orti botanici, Istituti sperimentali, banche del germoplasma pubbliche o private, Università e centri di ricerca di Regioni o altri Paesi, o presso privati per le quali esiste un interesse economico, scientifico, culturale, paesaggistico a favorirne la reintroduzione se non iscritte al Registro Nazionale delle Varietà di Specie Agrarie e Ortive di cui al d.P.R. n. 1065 del 1973 e dalla legge n. 195 del 1976 e successive modifiche e integrazioni.

3. Con decreto del Ministro delle politiche agricole e forestali, da adottarsi entro 120 giorni dalla pubblicazione della presente legge, sentita la Conferenza perm anente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, è istituito apposito Registro delle varietà di cui al comma 2 e ne sono disciplinate le modalità di gestione."

Purtroppo devo rilevare che la sua applicazione è al momento bloccata dai funzionari dell'ufficio registro del ministero che non deliberano sul regolamento di attuazione. Purtroppo questa è una tecnica da tempo utilizzata per insabbiare leggi positive di libertà. E così mentre si autorizzano ogni mese la semina di nuove varietà OGM la tutela della biodiversità, che è assieme al clima una delle emergenze planetarie, è fermata dalla burocrazia degli impiegati di uno sconosciuto ufficio ministeriale. Ecco perché nonostante questa legge positiva e di accoglimento delle istanze della petizione essa non è stata sospesa.
Recentemente la commissione agricoltura del senato ci ha regalato un'altra novità: la nuova proposta di legge sull'agricoltura biologica. Le due principali novità sono l'istituzione dei biodistretti e una intera sezione dedicata alla conservazione della biodiversità agraria. Essa recepisce in pieno le richieste della petizione e le inserisce in un testo che va a aggiornare la legge del biologico. Anche per questo non può che esserci grande soddisfazione. Purtroppo si tratta solo di proposta e aspettiamo il voto del Parlamento. Non credo che nella discussione ci saranno sostanziali cambiamenti, infatti tutti i partiti erano molto favorevoli al testo così come è stato messo insieme dalla commissione.
Sia nel primo caso sia nel secondo le iniziative di legge sono state create a partire da proposte studiate e redatte dalla Rete Semi Rurali da poco formalizzata tramite un atto ufficiale costitutivo.
Aspettiamo l'evolversi della situazione e intanto cerchere mo un contatto con il ministero per sbloccare la legge 6 aprile. Intanto la petizione rimane aperta perché nonostante tutto nulla è cambiato.

Resoconto firme

In questo momento sono le firme della petizione on line sono 3.046 e le firme raccolte con i moduli cartacei sono oltre 6.000.

CAP. 3.14:
OGM: in Svizzera via libera a programma di disseminazione OGM sperimentale

L'Ufficio Federale dell'Ambiente (UFAM) ha rilasciato oggi l'autorizzazione ad un programma di disseminazione sperimentale di organismi geneticamente modificati proposto dall' Università e dal Politecnico federale di Zurigo.
Il progetto potrebbe partire nella primavera 2008.

Già lo scorso settembre l'UFAM aveva autorizzato tre domande di disseminazione sperimentale di OGM sul sito della stazione di ricerca agroscopica Reckenholz-Tänikon, nella città di Zurigo.

Ma chiedeva maggiori informazioni sulle qualità ogm incluse nel progetto dell'università e del policlinico. In particolare veniva fatta richiesta di fornire la prova sperimentale che i semi proposti non contenessero geni resistenti agli antibiotici e solo due di essi, l'A9 e l'A13 adempiono questa condizione e potranno essere seminate in primavera.

Mentre è stato direttamente ritirato dallo stesso Politecnico la qualità A5, non essendo stato in grado di fornire la prova richiesta entro i termini fissati.

Per questo specifico caso l'ufficio federale ha deciso di annullare l'autorizzazione.

Per quanto riguarda il seme contenente l'allele del gene Pm3, che l'Università voleva sottoporre al programma sperimentale, i documenti richiesti dono stati forniti solo per tre tipologie che potrebbero essere seminate nel corso di questo anno.

Ma dal momento che il programma prevede la disseminazione delle altre quattro qualità tra il 2009 e il 2010, l'UFAM ha prorogato al 31 dicembre 2008 il termine di consegna dei dati complementari.

In merito alla prova di disseminazione di grano transgenico, prevista dall'Università di Zurigo, i documenti richiesti sono stati finora forniti soltanto per tre tipologie, che potrebbero essere seminate come previsto nel 2008.
Visto che la disseminazione di quattro altre qualità è prevista per il 2009 o 2010, l'UFAM ha prorogato al 31 dicembre 2008 il termine di consegna dei dati complementari.

(da stampa elvetica)

Cap. 3.15: la Commissione Europea ha deciso di <u>non accogliere</u> la Petizione sottoscritta da <u>un milione</u> di cittadini dell'Unione Europea per l'etichettatura dei prodotti di derivazione animale contenenti OGM –

(equivita newsletter 77 del 18 gennaio 2008**)**

http://www.efsa.europa.eu/EFSA/Statement/gmo_EFSA_statement_DNA_proteins_gastroint,0.pdf

La Commissione ha deciso, invece, di conservare il regime di etichettatura attualmente in vigore per gli alimenti e i mangimi OGM, confidando nell'opinione scientifica dell'EFSA sull'assorbimento dei transgeni nei tessuti animali o nei prodotti ottenuti da bestiame alimentato con OGM.

Cap. 3.16: BASF minaccia vie legali contro UE per patata OGM e scrive a commissario UE Dimas: dia l'ok senza ulteriori ritardi

Sunday 27 April 2008

La tedesca BASF ha minacciato oggi il ricorso alle vie legali se l'Unione Europea non concederà il via libera alla sua patata transgenica "*Amflora*".

"*Stiamo verificando tutte le opzioni e ciò include anche l'avvio di passi legali contro la Commissione UE*", ha detto a Bruxelles Stefan Marcinowski, membro del comitato esecutivo di BASF.

Al tempo stesso, in una lettera aperta pubblicata oggi a tutta pagina sui maggiori quotidiani tedeschi, il gigante chimico ha invitato il commissario UE all'Ambiente, Stavros Dimas, a dare l'ok alla "*superpatata*".

"*La invitiamo nuovamente a rispettare la procedura di ammissione senza ulteriori ritardi e ad autorizzare la coltivazione di Amflora in Europa per scopi commerciali*", si legge nel testo.

"*Amflora è un prodotto sicuro e non inquinante, che porta vantaggi agli agricoltori e all'industria in Europa*", continua la lettera.

Non la pensano così le associazioni ambientaliste, che sottolineano come la patata contenga un gene di resistenza ad alcuni antibiotici.

Amflora è stata geneticamente manipolata dalla BASF in modo da produrre alte quantità di amido per le applicazioni industriali.

Dopo che, lo scorso anno, i ministri dell'Agricoltura dei Paesi Ue non hanno raggiunto un accordo né contro, né a favore della "*superpatata*", ora la parola spetta alla Commissione.

Apcom

Cap. 3.17.: La FDA (*FOOD and DRUG ADMINISTRATION*) ha tenuto nascoste le prove della pericolosita´ dei cibi transgenici

tratto dal libro "DOSSIER OGM - Pericoli e danni causati da semi e cibi transgenici" edito a cura dell´Associazione S.U.M. - Stati Uniti del Mondo.

La più importante agenzia statale americana per il controllo sui cibi e sui farmaci, la *Food and Drug Administration*, ha approvato i cibi modificati geneticamente (OGM) malgrado le morti che avevano causato e gli avvertimenti dei suoi stessi scienziati sui gravi rischi che essi comportano.

Nel maggio 1998 l'*Alliance for Bio-Integrity* con una coalizione di scienziati, leaders religiosi e consumatori, ha fatto causa alla *Food and Drug Administration* per ottenere test obbligatori di sicurezza e l´etichettatura dei cibi geneticamente modificati.

Nove scienziati che ricoprono importanti funzioni nelle Università e nei centri di ricerca, si sono uniti alla coalizione perchè ritengono che la politica dell´FDA è scientificamente scorretta e moralmente irresponsabile.

La Corte Federale ha obbligato l'FDA a consegnare all´avvocato dei querelanti le 44.000 pagine del suo archivio interno.

Questi documenti, oltre a contraddire l´affermazione dell´FDA che la sua politica ha fondamenti scientifici, dimostrano che l'agenzia ha violato la Legge americana su cibo, medicine e cosmetici permettendo che i cibi geneticamente modificati fossero introdotti sul mercato senza essere sottoposti a sperimentazioni, sulla base del presupposto che sono generalmente riconosciuti sicuri da esperti qualificati.

Perchè è avvenuto tutto questo?

Durante l´amministrazione Reagan, quando l´economia degli Stati Uniti aveva seri problemi e c´era un grosso squilibrio negli scambi commerciali, molti esperti erano alla ricerca di aree attraverso il cui sviluppo si poteva lanciare di nuovo l´economia degli USA e, in particolare, l´esportazione.

Quella che all´epoca era la giovane tecnologia della bioingegneria era uno dei settori più promettenti.

E´ stata quindi emessa una direttiva per tutte le Agenzie federali, come l'FDA, l´Agenzia per la Protezione dell´Ambiente ed il Dipartimento di Agricoltura di promuovere al massimo l´industria biotecnologica e di facilitare l´introduzione di questi prodotti sia negli USA che nei paesi esteri.

Questo tipo di politica fu spinta moltissimo anche sotto la presidenza di Bush e poi di Clinton.

L'FDA ha ammesso di aver operato sotto una direttiva "per favorire" l'industria biotech americana sulla base del presupposto che i cibi bioingegnerizzati sono essenzialmente uguali agli altri.

Ma la linea politica dell´FDA ha incontrato una forte resistenza da parte dei suoi stessi scienziati, che negli anni `90-´92 hanno portato avanti quella che si può definire la più accurata analisi fino ad ora attuata sui cibi OGM.

Sulla base dei risultati di questa analisi essi hanno ripetutamente segnalato che la bioingegneria, alterando l´attività cellulare, può condurre alla produzione di tossine inaspettate, allergeni e sostanze cancerogene.

La Dott.ssa Linda Kahl, funzionario dell´FDA, incaricata di sintetizzare tutte le affermazioni degli scienziati dell´agenzia, ha affermato che l'agenzia stava "cercando di far entrare un piolo quadrato in un buco rotondo... cercando di forzare la conclusione finale che non c'è nessuna differenza tra cibi modificati con l´ ingegneria genetica e cibi modificati con pratiche di riproduzione tradizionali."

Inoltre il Dott. Jim Maryanski, Coordinatore della Biotecnologia dell´FDA, ha riconosciuto che, nella comunità scientifica in generale, non c'è alcun consenso sulla sicurezza dei cibi modificati geneticamente e che gli scienziati dell´FDA hanno consigliato che essi dovrebbero essere sottoposti a speciali test, inclusi i test tossicologici.

Nondimeno, la motivazione dell´FDA per promuovere l'industria biotech era così forte che essa, non solo ha ignorato gli avvertimenti dei suoi stessi scienziati sui rischi specifici dei cibi manipolati geneticamente, ma ha nascosto le prove della pericolosità dei cibi transgenici e ha preso una posizione pubblica che sostiene l'opposto. L´FDA ha mentito consapevolmente affermando in una dichiarazione ufficiale: "*L'agenzia non è a conoscenza di alcuna informazione che dimostra che i cibi derivanti da questi metodi nuovi differiscono dagli altri cibi in alcun modo significativo o uniforme...*".

Così, benchè esperti dell'agenzia abbiano consigliato che i cibi geneticamente ingegnerizzati dovevano essere sottoposti a test speciali, i burocrati responsabili della politica hanno proclamato che questi cibi non richiedono alcun test.

L´avvocato Druker ha affermato che, se fosse stata detta la verità, cioè ciò che è emerso dalle analisi degli scienziati, nessun cibo manipolato geneticamente sarebbe potuto entrare negli anni `92/´95 nel mercato americano che poi li ha esportati in Europa e in tutto il mondo e la popolazione mondiale non sarebbe stata esposta a questo grave rischio.

Cap. 3.18.: Agro-ecologia e Sviluppo Rurale: Agricoltura Biologica e “locale” o (dis)Integrata nella chimica transgenico-globalizzata?

(di Giuseppe Altieri, Agro-ecologo)

Presidiamo i piani di sviluppo rurale regionali (le finanziarie agricole per i prossimi 10 anni), in approvazione in questi mesi.
Facciamo rispettare le norme europee che prevedono un grande sostegno all'Agricoltura Biologica e alla riconversione della zootecnia intensiva per il benessere animale (ed umano).
Oltre ad aiuti per il Bioregionalismo (filiera corta) e le aziende di semi-sussistenza.

Per difendere la salute, l'ambiente, la diversità della vita, bisogna innanzitutto non comprare più la carne prodotta nei lager zootecnici. Animali tenuti in carcere e spesso alimentati con “porcherie” d’ogni genere: OGM, con relative mico-tossine causa i lunghi trasporti e stoccaggi nelle navi e nei silos, residui di pesticidi e diossine, antibiotici, tranquillanti, ormoni, medicinali, eccetera, che si bio-accumulano nelle carni.
Sono 15 Miliardi gli animali allevati nel mondo !
Si stanno mangiando il Pianeta, come Dinasauri... e se ne parla troppo poco .
Animali responsabili della produzione di CO_2 almeno quanto tutti i trasporti mondiali, mentre si distruggono le foreste per produrre i mangimi e 2 miliardi di persone soffrono e muoiono di fame !
Quello che mangiano tali animali (che oggi le Multinazionali iniziano a modificare geneticamente e clonare, per brevettarli) secondo il *Worldwatch Institute* potrebbe sfamare 80 miliardi di persone!
Mais, Orzo, Soia, Fave, Grano duro addrittura… pensateci quando ordinate una bistecca al ristorante o fate la spesa.
Servono 8.000 litri d’acqua per ogni kg di carne bovina, appena 200 per un kg di grano.

L'effetto serra è per lo più nell'Agricoltura e negli Allevamenti Industriali, che devono essere chiusi e riconvertiti al Biologico (allevamenti al pascolo e che utilizzano sottoprodotti aziendali e fieno), producendo letame fertilizzante e non liquami inquinanti.
Gli allevamenti producono 130 volte più escrementi dell’intera popolazione umana.
Bisogna ridurre immediatamente almeno dell’80% il numero di animali allevati, riportando alla foresta le aree devastate dallo sfruttamento intensivo degli ultimi 50 anni.
Una boccata d’ossigeno per gli esseri umani e la biodiversità planetaria, ormai moribondi… in “apnea”.
Inoltre, con la carne avvelenata nella dieta si vive molto meno e ci si ammala un pò di tutto. Alcune popolazioni vegetariane vivono fino a 140 anni e si riproducono anche a 90 e tutti gli animali vegetariani (Elefanti, Cavalli, Bisonti, Gorilla) sono semplicemente più forti.

E, soprattutto, lasciamo in pace i piccoli agricoltori e pensionati che tengono una cucciolata di 10 maialini che mangiano gli scarti aziendali biologici, per il prosciutto da vendere agli amici.

Anzi, perché non gli diamo **il contributo per le aziende di semi-sussistenza di 1.500 € all'anno previsti dalle norme comunitarie?**
Perché nessun Piano di Sviluppo Rurale delle Regioni Italiane li prevede?

Invece di mandargli la Polizia delle Multinazionali (le USSL) così che anche al parco Nazionale

d'Abruzzo sei costretto mangiare il prosciutto di Parma, conservato con le punture, con il Beneplacido del WWF…

Lo stesso fenomeno sta avvenendo nei paesi dell'Est Europeo appena entrati nell'Unione, che ancora hanno grande tradizione di "Bioregionalismo" ed autoconsumo alimentare locale.

Bisogna altresì obbligare tutte le aziende inserite nelle aree protette (zone natura 2000, che godono di finanziamenti europei ad hoc) a fare quello che lì si è sempre fatto: l'Agricoltura Biologica.

E' necessario presidiare i Piani di Sviluppo Rurale che si stanno approvando in questi mesi alle Regioni. Le norme europee prevedono almeno 10 anni di contributi notevoli per :
- l'agricoltura biologica (600 € per ha di seminativi e 900 €/ha alle coltivazioni arboree).
- Aiuti per lo sviluppo delle filiere corte locali degli alimenti (dove bisognerà inserire l'obbligo ad utilizzare materiali di confezionamento alimentare biodegradabili, anche al fine di stimolare lo sviluppo del compostaggio domestico dei rifiuti organici),
- riconversione degli allevamenti zootecnici al Biologico per il benessere animale (fino a 500 € per capo bovino)
- e le priorità agro-ambientali per ogni forma di aiuto all'investimento.
Ma le regioni, a partire dall'Emilia (il primo PSR approvato), offrono appena 150-200 €/ha per l'Agricoltura Biologica, sbagliando i calcoli per la giusta commisurazione dei premi, che devono "coprire le riduzioni di produzione e i maggiori costi, oltre a un 20% di costi di transazione".

Probabilmente mancano le competenze Agroecologiche tra i funzionari e consulenti regionali.
Oppure si intende mantenere le cose come stanno, inventandosi l'Agricoltura Integrata, una pubblicità ingannevole verso i consumatori, con presunta riduzione dei pesticidi, fino ad oggi sovvenzionata con le stesse misure agro-ambientali europee, nonostante il pronunciamento della Corte dei Conti Europea (del 2005), che le ha dichiarate non verificabili e pertanto non sovvenzionabili.

Ma questa volta ci siamo attivati.
Ho inviato personalmente una diffida con Proposte tecnico-scientifiche e giuridiche al Ministero, Regioni, Commissione UE, e Corte dei Conti.
Un documento di Studio prodotto in 8 mesi (in cui ho sospeso l'attività professionale personale e mi sono messo in aspettativa non retribuita dall'attività didattica per dedicarmi alla "missione biolgica"), sulle "linee guida agro-ecologiche per rispettare le norme europee Agroambientali", attraverso la "Sostituzione dei pesticidi con tecniche alternative e l'adeguato sostegno all'Agricoltura Biologica".
Ovvero, per non distruggere quel che rimane dell'agricoltura italiana, chiamandola "Integrata" (nella chimica), o meglio "dis-integrata"…in attesa degli ogm per la mazzata definitiva all'agricoltura Mediterranea?

Per ora la vertenza è in corso in diverse regioni, ma è stata sostenuta economicamente solo presso la Regione Toscana da un gruppo di aziende del *Coordinamento Produttori Biologici* che hanno raccolto ad oggi 4.500 € (utilizzati per coprire le spese telefoniche, ndr) ed in Umbria con deleghe degli agricoltori che si impegnano a coprire i costi legali, con il 5-10% dell'incremento dei premi che si riuscirà ad ottenere per il biologico.

Abbiamo scritto ad altre Regioni, Emilia Romagna, Basilicata, ecc. e all'INEA, mettendo a disposizione lo Studio prodotto del sottoscritto, Agro-ecologo, frutto di 20 anni di esperienza applicata e sperimentazioni.

Uno Studio supportato dai documenti della stessa Commissione Europea e da pubblicazioni scientifiche, come quella del Prof. David Pimentel sui costi diretti ed indiretti a confronto tra l'agricoltura industriale e quella biologica.

I documenti ufficiali della Commissione prevedono che si attui la concertazione con le rappresentanze delle aziende agricole degli ambientalisti e dei consumatori nella stesura dei PSR e che ogni contributo supportato da elementi scientifici debba essere preso in considerazione, se importante al fine del raggiungimento degli obiettivi della politica agro-ambientale europea.

La Commissione Europea ha pubblicato di recente un documento aggiornato sulle "*linee guida per il calcolo dei premi agro-ambientali, le pertinenze e controllabilità*", alla fine di ottobre 2007 (vedasi il sito del Ministeo Agricoltura), ovvero dopo che alcuni Piani di Sviluppo Rurale era già stati approvati.
Nel contempo sono state predisposte le linee guida per i disciplinari di "*Agricoltura Integrata*" che dovranno rifarsi ad una decisione Comunitaria del 1996, sulle cosiddette Norme OILB, che prevedono l'impiego prioritario dei mezzi "sostitutivi dei pesticidi di sintesi", al fine di garantire l'effettiva riduzione della chimica nei campi e la verificabilità del rispetto dei disciplinari attraverso il controllo dei documenti contabili attestanti l'acquisto dei mezzi di difesa di tipo "Biologico".

In pratica l'Agricoltura Integrata deve intendersi come una deroga all'Agricoltura Biologica, sottoposta a controllo e con autorizzazione tecnica all'uso di un mezzo chimico di difesa, e solo in casi eccezionali, dopo verifica dell'insufficienza degli altri mezzi alternativi "obbligatori".

Si è appena insediata la *Rete Rurale Nazionale*, un coordinamento tra tutte le Regioni il Ministero e le parti rappresentative degli agricoltori, finanziata con fondi ad hoc, che deve mettere ordine nei Piani Rurali Regionali.

Le norme europee consentono in ogni caso di aprire intanto i cosiddetti "pre-bandi", affinché gli agricoltori non perdano le annualità di aiuti comunitari agroambientali, in attesa di definirne appropriatamente l'entità degli aiuti e le procedure di verificabilità degli impegni agroambientali.

In ogni caso, se le istituzioni non rispondono, è necessario che gli agricoltori bio e le associazioni ambientaliste si attivino per le eventuali vertenze sulle regioni e sulla commissione UE, dal momento che le normative sono oggi molto precise.

Se qualcuno ci aiuta e ci uniamo, possiamo farcela a riconvertire l'agricoltura italiana al biologico.

Ora o mai più.

Le leggi sono dalla nostra parte, facciamole rispettare, aiutando con l'Agro-ecologia i funzionari e i consulenti delle regioni per i quali si stanno spendendo miliardi al fine di validare dei Piani di Sviluppo Rurale, per lo più da parte di economisti, senza le necessarie competenze agro-ambientali.

Nel 2000, con una seria vertenza di concertazione, firmata dagli agricoltori e inviata alla Commissione e Corte dei Conti UE insieme al WWF locale, in Umbria siamo riusciti ad ottenere da 400 fino a 520 €/ha di contributi per i seminativi biologici e 800-900 €/ha per le colture arboree.

Se arrivano questi aiuti definiti nelle norme "prioritari" agli agricoltori, tutta l'Italia tornerà ad essere un Giardino Biologico e potremo mangiare alimenti sani evitando di ingozzarci con cibi transgenici "integrati" nella Chimica delle Multinazionali.

E provate a immaginare quanti turisti sarebbero attratti dal Giardino Biologico d'Europa…

Ma per prima cosa bisogna mandare i rappresentanti giusti nei tavoli dove si sta decidendo il destino dell'Italia e dell'Europa Agroalimentare.

Ho chiesto alla Federbio di coordinare la materia Agroambientale attraverso un comitato tecnico scientifico ed una segreteria organizzata; e chiedo a tutti gli agricoltori biologici di sostenere una rete nazionale, con supporto legale, attiva regione per regione.

Le carte tecnico-scientifiche e giuridiche sono pronte.

Rimango a disposizione.

Chi è interessato a sostenere la vertenza ci contatti.

Saluti a tutti

Prof. Giuseppe Altieri
Agernova - Agroecologia e Ricerca
www.mangiacomeparli.net/news
(consultate articolo "la metà dell'Infinito")
tel 075-8947433

CAP. 3.19.: OGM nel biologico (fino allo 0,9%) dal 1 gennaio 2009

Lo prevede un nuovo regolamento europeo, che potrebbe essere addirittura anticipato da un decreto ministeriale che prevederebbe, da subito, OGM nel biologico fino allo 0,1%, (oggi, la tolleranza è zero).

Superata abbondantemente la soglia di intolleranza!

Si fa appello ai produttori e consumatori italiani ed europei.

- Subito il Referendum consultivo previsto da una Direttiva Comunitaria, prima di ogni decisione in materia di OGM.

- Tolleranza *zerogm* negli alimenti biologici e nelle sementi, con etichettatura obbligatoria per qualsiasi livello di presenza di ogm in tutti gli altri alimenti e prodotti di derivazione agricola.

- E attenzione al trucco del falso limite di rilevabilità... per nascondere vere e proprie soglie di tolleranza... senza etichettatura.

di Giuseppe Altieri:

BIO-GM?
Qualcuno vuole manipolare la politica... e la matematica, con i soliti **"Cavilli di Troia".**

Ecco cosa fare per evitare la capitolazione definitiva dell'Agricultra Italiana ed Europea.

1. Mantenere la ***tolleranza zerogm*** **nei prodotti certificati biologici.**

Dopo l'approvazione del nuovo Regolamento sull'Agricoltura Biologica che entrerà in vigore solo dal 1 gennaio 2009, i governi possono (anzi **devono,** a partire da **quelli che hanno votato contro, come Grecia, Italia, Belgio e Ungheria**) applicare le **clausole di salvaguardia nazionali, previste dalle normative in materia di ogm, con leggi specifiche per mantenere il Biologico Nazionale 100% ogm free.**

Soprattutto in virtù del mancato rispetto del principio di precauzione del trattato di Maastricht e dell'illegittimità costituzionale del nuovo regolamento in questione.

E' previsto dallo stesso regolamento la possibilità di norme nazionali più restrittive.

E non poteva essere altrimenti, visto che in Europa manca il quadro legislativo per consentire la contaminazione generalizzata di tutte le filiere alimentari e il conseguente obbligo a mangiare ogm per tutti i cittadini europei.

Ma bisogna fare molta **attenzione alla politica che potrebbe addirittura anticipare la contaminazione legalizzata dei prodotti biologici (allo 0,1% di OGM) attraverso decreti ministeriali**, con la scusa di ridurre lo 0,9% previsto da un regolamento incostituzionale che non è ancora in vigore e che deve essere sottoposto a Referendum popolare.

Zero, naturalmente, significa assenza e **qualsiasi valore rilevato deve essere considerato**

positivo, altrimenti viene meno il sistema di controllo; laddove ad esempio si consentisse **una soglia di 0,1%, considerata erroneamente di "rilevazione", mentre in realtà sarebbe di "tolleranza".**

Al fine di garantire l'assenza di OGM, i **risultati delle analisi devono sempre essere valutati in senso qualitativo** (presenza/assenza), ai migliori livelli consentiti dai sistemi di rilevamento.

Evitando di definire per legge il cosiddetto limite di rilevamento tecnico, che dipenderà dalla massima sensibilità possibile dei metodi di analisi qualitativi o quanti-qualitativi, che siano scientificamente e tecnicamente disponibili.

Al di sotto della quale non c'è nessuna presenza di ogm nel campione d'analisi... in quanto "*non rilevata*".

Lo 0,1%, pertanto, (un grammo per chilogrammo... un'enormità!!), proposto dalla "politica", non può assolutamente rappresentare un limite di rilevabilità, ma soltanto, nel caso, una maniera di prendere in giro produttori e consumatori (**se i metodi di analisi fossero così rozzi staremmo proprio a posto...)** eludendo e vanificando i controlli.

Lo stesso decreto MIPAF del 27 novembre 2003, che intende anche in questo caso garantire **l'assenza di OGM nelle sementi**, nell'allegata **"PROCEDURA PER L'ESECUZIONE DELLE ANALISI"** definita dall'ENSE, indica il metodo di analisi *PCR Real time*, che ha un limite di **definizione quantitativa corrispondente a 0,049%**.

Trattandosi di un limite di "precisione" quantitativa, la soglia di rilevabilità qualitativa (ovvero di presenza o assenza) è ovviamente molto inferiore.

Una non corretta interpretazione dei dati dell'analisi potrebbe di fatto comportare problemi di inquinamento non segnalati nei prodotti biologici e nelle sementi, come esposto nel seguente punto 2 (per le sementi).

La *PCR Real Time* è oggi il metodo migliore per stabilire eventuali contaminazioni da OGM, essendo un'evoluzione della PCR qualitativa convenzionale, in cui è stata migliorata la sensibilità ed affidabilità.

Infatti la quantità di un OGM è possibile rilevarla solo se questo è presente.

Di conseguenza il saggio con la *Real Time* ci dà sia un'informazione qualitativa che quantitativa.

Ora, se l'analisi PCR qualitativa classica, secondo Jankiewicz et al. (1999) ha un **limite teorico di rilevazione pari a 0,005%** (200 volte inferiore a quello proposto dello 0,1% !!, ndr), (corrispondente a 30 copie di genoma aploide di Soia oppure a 9 copie di genoma aploide di Mais, **la *PCR Real Time* dovrebbe essere ancora più sensibile per la rilevazione di presenza/assenza. (**Jankiewicz, A, Broll, H, and Zagon, J, 1999. *The official method for the detection of genetically modified soybeans (Roundup Ready) and insect-resistant Bt Maize (Maximizer*). Eur. Food Res. Technol. 209,77-82**).**

Secondo il **Centro di Ricerca di ISPRA, (relazione presentata da Marco Mazzara e Guii Van den Eede**: "*Problematiche analitico metodologiche delle analisi degli OGM*", **Atti del Convegno sugli OGM, tenutosi al centro congressi di Milano, il 10 ottobre del 2002)** il metodo di rilevazione (*LOD, Limit of Detection*) può arrivare alla determinazione della **presenza di OGM allo 0,0026%**.

Tenendo conto invece degli aspetti legati all'estrazione e purificazione del DNA da analizzare, i risultati di tipo quantitativo (LOQ) sono molto meno precisi e, di fatto, **l'introduzione di un qualsiasi limite di tolleranza renderebbe impossibili i controlli, con possibilità di contestazione dei risultati delle analisi (come accade comunemente negli alimenti convenzionali).**

2. **Tolleranza *Zerogm* nelle sementi di qualsiasi natura in Italia e in Europa, con lettura del risultato delle analisi in senso qualitativo. Rilancio della produzione sementiera europea, oggi libera dagli OGM.**

Attualmente non sussiste alcun problema tecnico per garantire sementi prodotte in Europa al 100% libere da OGM, e le Multinazionali possono facilmente evitare le contaminazioni "accidentali" semplicemente producendo sementi in Europa o in altre aree mondiali *OGM free*, vista l'esigua superficie necessaria a tali produzioni e le limitate aree mondiali di coltivazione di OGM.
Ciononostante, è stato proposto un altro regolamento europeo che consentirebbe di "contaminare legalmente" anche le sementi (fino allo 0,1% di OGM, con una soglia di tolleranza confusa anche in questo caso col limite di rilevabilità), sul quale è stata avviata una (quanto meno non opportuna se non vergognosa) "*consultazione on line*" da parte della Commis(t)ione Europea (poi interrotta d'autorità).

Un regolamento del genere comporterebbe la **contaminazione generalizzata e irreversibile di tutte le forme di agricoltura europea, per aprire poi alla commistione di coltivazioni con OGM (definita impropriamente Coesistenza).**

Le soglie di tolleranza di OGM in tutte le filiere agro-alimentari rappresentano pertanto il presupposto necessario che renderebbe possibile questo scenario di "*monopolio brevettato e dittatoriale da parte dei proprietari degli ogm su tutto il sistema agroalimentare europeo*".

Un vero e proprio **"Cavillo i Troia", cui è rimasto da superare solo le mura dell'agricoltura biologica, oggi ancora 100% *OGM free*.**

Bisogna assolutamente fermare questo tentativo, **dichiarando il territorio nazionale ed europeo 100% *OGM free*.**

Mantenendo l'assenza di contaminazione negli alimenti biologici e nelle sementi, come è ad oggi.

Anche se... **per garantire l'assenza di OGM nelle sementi è necessario correggere il criterio di lettura dei risultati delle analisi,** altrimenti se ne potrebbe "nascondere la presenza".

Infatti, il **Decreto MIPAF del 27 novembre 2003**: *"Campagna di semina - Modalità di controllo delle sementi di mais e soia per la presenza di organismi geneticamente modificati"*, ad oggi sempre **in vigore**, riporta in allegato la **"PROCEDURA PER L'ESECUZIONE DELLE ANALISI"**, definita dall'ENSE (vd. GU n. 281 - Serie generale - pagg.38-40); questa procedura parte da un campione di 3000 semi ed è una *PCR Real Time* (un'analisi quantitativa, sensibilissima anche in senso qualitativo).

Nell'ultimo capoverso si legge: **"Il risultato dell'analisi viene espresso**, **per approssimazione**, alla **prima cifra decimale"**.

Ma come si può approssimare un dato... se si sta valutando la presenza o assenza?
Chi è bravo in matematica, fa un semplice conto: se approssimiamo alla prima cifra decimale il valore **0,049% (che rappresenta il limite di "precisione quantitativa" dell'analisi *Real Time*) tale dato diventa... = 0 (?!)**.

Pertanto, **tale valore non è adatto al rilievo di presenza ma solo alla determinazione della quantità, maggiore o minore di 0,049%.**

Quindi, **in pratica, nelle sementi si rischia di applicare una soglia di tolleranza pari allo 0,05%, ovvero ogni 2.000 semi potrebbe essere presente 1 seme OGM.**
Anche se per legge... non ci sta più (**se rilevo 0,049%... diventa zero... mentre 0,5%=0,1%).**

In un campo di mais, per ogni ettaro potremmo avere ben 35 semi OGM... moltiplichiamoli per 5.000.000 di granelli di polline per pianta... con le api e le farfalle che volano nel vento... **il rischio di contaminazione generalizzata è evidentissimo.**

E se una Multinazionale proprietaria dei brevetti sugli OGM mettesse dentro alle confezioni 1 seme OGM ogni 2.000 o 3.000... chi ferma le contaminazioni?

Guarda caso**, una pubblicità Monsanto garantisce le loro sementi al di sotto del limite di rilevabilità (quantitativo, ndr) dello 0,049%... ma non garantisce l'assenza di OGM.**

Si ricorda che le contaminazioni procedono con ritmo esponenziale ed una volta avviate **su larga scala diventano irreversibili.**

Ma dal momento che la legge prevede l'assenza di semi OGM, bisogna precisare (se necessario cambiando il testo del decreto) che, per garantire il rilievo di presenza o assenza, i dati delle analisi devono essere letti in senso qualitativo e non quantitativo, alla massima sensibilità possibile dei metodi di analisi che potranno essere scientificamente e tecnicamente disponibili. A**ttuando di conseguenza il sequestro del lotto con qualsiasi valore di presenza rilevato, anche se non definito precisamente in senso quantitativo.**

Evitando stupidi **trucchi e cavilli** che consentono contaminazioni delle sementi, creando contenziosi e difficoltà nei controlli.

3. Le soglie di tolleranza nel biologico e nelle sementi e le "commistioni di coltivazioni" con ogm sono contrarie al principio di Coesistenza.

Se **tutte le filiere fossero legalmente contaminabili, la coesistenza con le filiere 100% *OGM free* sarebbe di fatto abolita.**

Il Regolamento comunitario approvato è pertanto palesemente illegittimo.

Le soglie di tolleranza, inoltre, **rendono inutili i controlli, in quanto difficilmente si riesce a dimostrare il superamento dei livelli consentiti e** di **etichette OGM sul mercato non se ne vedrebbe nessuna** (come è accaduto in questi anni di politica di (in)"tolleranza" sugli alimenti convenzionali). Figuriamoci poi per le tracce nel biologico.

L'unica coesistenza possibile è quella sul Mercato, come previsto dalle stesse norme comunitarie, tra prodotti extraeuropei contenenti ogm e prodotti 100% *OGM free*.

Gli eventuali prodotti OGM importati dovrebbero essere opportunamente etichettati per garantire chi eventualmente volesse sceglierli e chi invece intende rifiutarli (anche se presentano tracce di ogm al di sotto del limite attuale di etichettatura dello 0,9%).

Solo in tal modo sarebbe rispettato il principio di precauzione e di libertà di scelta dei consumatori.

E' necessario pertanto **etichettare qualsiasi presenza di OGM anche negli alimenti convenzionali, con la dicitura "contiene" o "può contenere tracce di OGM", in caso di presenze accidentali e non dichiarate.**

Anche se **in base allo stesso enunciato del Principio di Precauzione, in presenza di rischi per la salute, in Europa dovrebbe essere vietata la vendita di alimenti OGM.**

La coesistenza di coltivazione con gli OGM rappresenta una contraddizione in termini e non esistono aree di sicurezza che possano evitare le contaminazioni.

Essa è meglio identificata dai Giuristi come una **"commistione" tra coltivazioni transgeniche e naturali con conseguenti contaminazioni genetiche e danni irreversibili derivanti dalla "violazione della coesistenza" (Dianora Poletti, atti del Convegno dei Giuristi di Pisa 7-8 Luglio 2005 "Regole dell'Agricoltura Regole del Cibo").**

L'accidentalità di contaminazione è in realtà una "naturalità" di diffusione e propagazione (attraverso il polline o i semi) **che comporterebbe l'accettazione obbligata di "tolleranze di OGM", in contrasto con la libertà di iniziativa economica degli agricoltori biologici e/o tradizionali, con il diritto di libera scelta del consumatore e con la tutela della biodiversità e della tipicità delle produzioni agroalimentari tradizionali europee, oggi "libere" da OGM, che rappresentano un "Diritto precedente" che non può essere sottomesso.**

Bisogna mantenere pertanto il divieto di coltivazioni OGM in Europa e la tolleranza zero nelle sementi e negli alimenti biologici, in quanto ciò è richiesto dal Popolo dei consumatori sovrani e votanti. E dal Diritto Costituzionale.

Lo ha sancito **la Corte Costituzionale legittimando le Regioni *OGM free* contro il ricorso del governo Berlusconi**.

La commistione di coltivazione presuppone il conseguente reato di mancato rispetto della coesistenza e **le Regioni sono legittimate a dichiararsi *OGM free* al fine di garantire la presenza sul mercato dei prodotti 100% ogm free e pertanto, la coesistenza**.

Per lo stesso motivo la corte Costituzionale ha abolito le norme della Legge 5 detta di "Coesistenza", rimandando alle Regioni la definizione di norme adeguate, che ovviamente non prevedano coltivazioni di OGM al fine di garantire la Coesistenza di mercato.

Ciò nel quadro europeo dettato dal principio di precauzione del trattato di Maastricht e dalle norme sul libero mercato e corretta informazione del consumatore.

Senza parlare della libertà e sicurezza alimentare che gli OGM sottopongono ai brevetti delle multinazionali.

4. Responsabilità dell'inquinamento e contaminazione genetica

Una qualsiasi soglia di tolleranza o "limite di rilevazione arbitrario" o "matematicamente arrotondato", nei prodotti agroalimentari come nelle sementi, farebbe **venir meno l'importante principio sulla responsabilità dell'inquinamento e contaminazione genetica,** necessario al fine di garantire il pagamento dei danni da parte dei responsabili della contaminazione stessa.

5. Europa *OGM free*: divieto di qualsiasi coltivazione, sperimentazione o rilascio ambientale di ogm. Contaminazioni e inquinamenti "naturalmente evitati".

Non ha senso parlare di presenze 'tecnicamente inevitabili' di OGM nei prodotti biologici così come nelle sementi, dal momento che in Europa e soprattutto in Italia gli OGM non si coltivano (a parte una sola varietà di Mais su pochi ettari in Spagna, laddove sono state dimostrati gli elevati rischi di contaminazione).

A dimostrazione che la contaminazione è invece 'del tutto evitabile' non mancano gli organismi accreditati che hanno sviluppato schemi di certificazione per la garanzia 100% '*OGM-free'*.

La lunga esperienza delle aziende biologiche italiane dimostra che anche nei settori potenzialmente più a rischio (soia e mais), nessun inquinamento è 'tecnicamente inevitabile', adottando ogni opportuna procedura per rispettare il patto con il consumatore.

Soprattutto se in Europa anche in futuro non si coltiveranno OGM... altrimenti, ben inteso, sarebbe di conseguenza impossibile evitare le contaminazioni.

E se qualche ente di certificazione biologica intende fare affari certificando prodotti biologici da paesi che coltivano OGM... ciò non deve essere consentito, altrimenti **per un interesse particolare si mette a rischio l'intero comparto dell'Agricoltura Biologica Europea ed italiana e l'agricoltura nel suo insieme,** in quanto **il Biologico 100% *OGM free* rappresenta oggi l'unica barriera alle possibili commistioni con coltivazioni OGM, proteggendo di fatto tutto il comparto agricolo tradizionale europeo, oggi 100% *OGM free*.**

A tal proposito occorre fare attenzione al settore delle **cosiddette bio-energie**, le quali devono essere strettamente limitate alle forme tradizionali (legno) e all'impiego di sottoprodotti delle coltivazioni rigorosamente *OGM free*.

E derivare da metodi di produzione biologica che non impieghino Pesticidi o concimi di sintesi, derivati da energia fossile non rinnovabile.

Gli usi dovrebbero essere prevalentemente locali e aziendali (bioregionalismo).

Nessun uso industriale di specie utilizzate a fini energetici o altri fini (tessili, farmaceutici, ecc.) può giustificare il rilascio ambientale di OGM che contaminerebbero irreversibilmente l'ambiente e l'alimentazione europea.

6. Il Consiglio dei Ministri europei ha approvato un regolamento Illegittimo, contrario ai principi Costituzionali.

La tolleranza di OGM negli alimenti biologici (fino allo 0,9% e senza etichettatura... alla faccia del consumatore biologico che sino ad oggi poteva sfuggire agli OGM), **comporterebbe la conseguente impossibilità da parte del consumatore di evitare di mangiare OGM,** già presenti

in maniera "nascosta dalle tolleranze" negli alimenti convenzionali.

Inoltre, l'accettazione di soglie di tolleranza in tutte le filiere agroalimentari contrasta con il "*Principio di Precauzione*" del diritto Europeo, disposizione di innegabile modernità che intende regolare i danni (alla salute e all'ambiente) espressione di un "pericolo legato all'ignoto scientifico-tecnologico".

L'omissione dell'etichettatura delle presenze di OGM in qualsiasi tipo di alimento è in tal senso un'aggravante.

Ciò va contro i principi di "*Diritto alla Salute*" e di "*Libertà Costituzionale*" dei paesi membri, dal momento che **le Costituzioni Nazionali rimangono sempre in vigore e sono prioritarie rispetto a qualsiasi trattato europeo.**

La libertà di scegliere di non magiare ogm rappresenta un diritto prioritario irrinunciabile!

Pertanto, bisogna **denunciare il Consiglio dei Ministri (Minestroni) alla Corte di Giustiza UE e sospendere immediatamente il regolamento, riaprendo il dossier OGM al Parlamento Europeo e alla Commissione.**

Denunciamo inoltre la Commissione per attentato alla salute pubblica europea, per i notevoli rischi accertati dell'alimentazione con OGM.

Si rammenta che attualmente gli OGM sono presenti negli alimenti convenzionali, fino allo 0,9% senza etichettatura) e soprattutto in quelli di derivazione zootecnica, (laddove non c'è obbligo di indicare l'alimentazione del bestiame con ogm... i cui residui si possono ritrovare, ad es. nel latte)**.**

I regolamenti suddetti non rispettano inoltre il "*principio di libero mercato*" e le norme sulla "*corretta informazione dei consumatori* ", non essendo previste etichettature obbligatorie.
La vertenza costa 500.000 €...

7. **Referendum Popolare Consultivo a livello europeo prima di ogni decisione in materia di OGM.**

In osservanza della Dir. 2001/18/CE, "gli Stati membri possono adottare tutte le misure opportune per evitare la presenza involontaria di OGM in altri prodotti" ed è prevista la **consultazione popolare nazionale, prima di legiferare sugli OGM.**

Un Referendum sulle coltivazioni e le presenze di qualsiasi tipo di OGM sul mercato e, intanto, etichettatura di ogni traccia di OGM in qualsiasi tipo di alimento e/o prodotto, agricolo o zootecnico e divieto di importazione di alimenti transgenici sotto forma di semi vivi (Mais, Soia, Colza, ecc. che potrebbero essere seminati inconsapevolmente dagli agricoltori con conseguente inquinamento genetico).

Un Referendum nel rispetto degli art.1 e 32 della Costituzione Italiana, cui non si è rinunciato con l'adesione al trattato di Roma, laddove si deve garantire la sovranità e la sicurezza nazionale.

Pertanto, in primis, bisogna immediatamente **recepire la direttiva europea che prevede** la consultazione **popolare preliminare a qualsiasi decisione in materia di OGM.**

Proprio per questo motivo, il nuovo regolamento sull'agricoltura biologica entra in vigore solo dal 1 gennaio 2009 e abbiamo un anno e mezzo di tempo per un Referendum che dovrebbe essere realizzato in tutti i paesi Europei.

In Italia è necessaria una legge ad hoc, presentata da un parlamentare o di iniziativa popolare con 50.000 firme. (1)

Molto probabilmente è sufficiente anche lo strumento del decreto legge, dal momento che si tratta di un recepimento di una direttiva comunitaria ed essendo ovviamente manifesti i motivi di urgenza, nell'interesse della salute pubblica e della sicurezza alimentare del paese.

(1) Nota legale.
Tanto premesso, appare, questo il momento per togliere al Governo l'iniziativa nella materia e sollevarlo da simili ambascie e problemi, per chiamare a decidere direttamente l'intero popolo italiano, al quale appartiene la sovranità di cui all'art. 1 della Costituzione e il diritto-dovere di scegliere, in prima persona, cosa coltivare e cosa mangiare per gli anni futuri, tanto più che è la stessa Direttiva Comunitaria 2001/18/CE, del Parlamento Europeo e del Consiglio, a prevedere la consultazione del pubblico, in merito, prima di introdurre gli OGM in agricoltura e nell'ambiente (art. 9 e 10° "considerando" Direttiva 2001/18/CE).
Anche il protocollo di Cartagena, entrato nel nostro ordinamento con la legge 15 gennaio 2004, n. 27, impone una gestione dei rischi connessi all'utilizzazione, alla manipolazione ed ai movimenti transfrontalieri degli OGM che, tra l'altro, non permette la coltivazione immediata degli OGM in parola (ved. artt. 15 e 16 l. n. 27/04. cit.). L'art. 23, comma 2, di tale legge più specificatamente prevede che:"*Le Parti, conformemente alle loro rispettive leggi e regolamenti, consultano il pubblico nel momento dell'adozione di decisioni relative agli organismi viventi modificati…*".Tale protocollo, inoltre, risulta comunitarizzato dall'art. 32 della stessa Direttiva n. 18/2001. Pertanto é "comunitariamente" obbligatorio il previo interpello dei cittadini. Né varrebbe eccepire la tassatività dell'elenco delle ipotesi referendarie giacché nel caso di specie l'obbligo comunitario prevale sul limite costituzionale interno ove questo, com'é nel caso di specie, non assurge al livello di principio fondamentale della Costituzione intangibile in quanto tale ad opera di prescrizioni comunitarie. In ragione di tutto ciò, prima di stabilire con disposizioni vincolanti l'introduzione e la coltivazione degli OGM sul territorio nazionale o su parte di esso, con il rischio fondato di inquinare con gli OGM irreversibilmente tutte le aree agricole, si ritiene opportuno sollecitare il parere dell'intero corpo elettorale, tramite **referendum consultivo**, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 9 della Direttiva 2001/18/CE e dall'art. 12 del d.lvo 224 del 2003, che ha attuato la Direttiva 2001/18/CE in questione

8. Intanto le Regioni attuino i Piani di Coesistenza, dichiarandosi *OGM free*.
Attuando in tal modo l'unica possiblie coesistenza, quella sul Mercato, dichiarando i territori e le coltivazioni *OGM free* al 100% (senza tolleranze ne trucchi sui limiti di rilevabilità).

Ovviamente indicando le presenze di OGM negli alimenti convenzionali, anche se in tracce al di sotto dello 0,9% (il limite, oggi, al di sotto del quale non è necessario etichettare).

E magari **i sindaci comincino a vietare anche il commercio di alimenti OGM, in base alla legge di precauzione sanitaria ed ai suddetti principi costituzionali.**

9. Garantire la rintracciabilità di tutte le sementi, con origine e purezza da OGM certificate.

Attraverso controlli su tutti i lotti di sementi sia extra che intra-comunitari.
Evitando ulteriori deroghe sulle sementi per l'agricoltura biologica che devono essere esclusivamente certificate da terreni biologici o in conversione, sottoposti a controllo degli enti di certificazione biologica.
Al fine di **evitare rischi di contaminazione da OGM è necessario sospendere immediatamente le deroghe per l'utilizzo di alimenti convenzionali per il bestiame nella zootecnia biologica, dal momento che è vietato l'utilizzo di OGM nelle produzioni biologiche, ma è consentita una tolleranza di OGM senza etichettatura negli alimenti convenzionali, che di fatto rende difficili i controlli.**

10. Azione tecnico-legale nazionale di Concertazione sui **Piani di Sviluppo Rurale Regionali 2007-2013,** le **finanziarie agricole** in approvazione alla Commissione UE.

Per sviluppare l'agricoltura biologica anche nelle aree intensive, come prevedono le misure Agroambientali Europee, **al fine di garantire a tutti il diritto ad una sana alimentazione**, eliminando l'inquinamento da Pesticidi e altri mezzi chimici di sintesi, riducendo il consumo energetico e le emissioni di gas serra, proteggendo i terreni dall'erosione, salvaguardando fertilità e ritenzione idrica e proteggendo le falde acquifere.

E non disperdendo, come avvenuto sino ad ora, **decine di migliaia di miliardi per l'Agricoltura "Integrata" (...nella chimica), che sarebbe meglio definire "dis-integrata**", visto l'indebitamento generale degli agricoltori (e il fallimento di 100.000 aziende italiane nel solo 2006, il 10% !!).

Nel contempo ricorrere alle **Procure e alla Corte dei Conti,** per sospendere aiuti agro-ambientali **non conformi, per fittizie riduzioni di pesticidi e concimi (i**mpegni quinquennali tra agricoltori e Regioni **dei precedenti PSR 2000-2006)**, che altrimenti trascineranno fino al 2010 sperperi di immense risorse, sottratte al settore biologico.

E' per questo che da un anno non arrivano aiuti (regolarmente assegnati e rendicontati) per i Bio-agricoltori.

Invece di sviluppare l'agricoltura biologica, qualcuno lavora per distruggere anche quel 10% di Agricoltura Italiana pulita: 1.100.000 Ha, primi in Europa, terzi nel Mondo... dove tutti vogliono mangiare il *BIO Made in Italy*.

11. **Futuro biologico o transgenico? A noi la scelta... con un Referendum Europeo.**

Forse in America non lo hanno capito in tempo... ma grazie alla loro esperienza, noi in Europa sappiamo che le coltivazioni biologiche e transgeniche sono incompatibili, **una nega l'altra** e la "coesistenza sul campo" non può che generare mostri che obbligano alla contaminazione forzata di tutte le coltivazioni e conseguenti soglie di (in) Tolleranza di OGM... ...che sancirebbero la morte del Biologico e delle altre forme di agricoltura tradizionali.

Non è meglio condannare e farla finita una volta per tutte con gli OGM, visto che neanche esistono in natura?

Ma **è possibile che qui in Europa qualcuno sia talmente folle** da introdurre "soglie di tolleranza", quando non ci sono coltivazioni OGM?

Invece di **approfittare dell'occasione per conquistare mercati che chiedono il biologico 100% ogm free**, italiano ed europeo...

E' molto più probabile che qualcun altro, col naso lungo e le orecchie d'asino, molto ignorante in matematica, stia pensando a prossime "commistioni di coltivazione" con gli ogm, cercando in tutti i modi di contaminare la "*Vergine Europa*". Con conseguente abolizione della "**esistenza sul mercato**" delle produzioni libere (al **100% "matematico"**) dagli OGM.

La partita sugli OGM non ha prezzo... la contropartita è il controllo totale dell'alimentazione del pianeta e della salute dei consumatori.

E' ora di dichiarare l'Europa Libera da OGM (iniziando dall'Italia).

Nell'unica forma possibile, realizzando l'obbligatorio Referendum Popolare Consultivo.

Prevedendo anche **la corretta applicazione** del **principio di precauzione del Diritto Europeo, cioè il divieto di ogni alimento e/o coltivazione di OGM** (per **gli accertati rischi di tossicità e le contaminazioni irreversibili) e l'abolizione delle norme di brevettabilità della vita, patrimonio comune di tutti gli esseri umani**.

Altrimenti qualcuno (gli agricoltori, i sementieri europei, i consumatori ammalati, le madri e i bambini...) farà causa all'Europa per **mancato rispetto del principio di diritto alla propria "esistenza"**, oltre a quello di "Precauzione".

E, per ora**, se per qualcuno Zero corrispondesse a 0,1,** non è detto che**, per qualche Giudice 0,1 non corrisponda invece alla "negazione dell'assenza di OGM" e alla corrispondente "negazione della certificazione del prodotto come biologico".**

Ma dal momento che tutti stiamo parlando di soglie di rilevabilità tecnica, che **sia assodato, pertanto, che la Tolleranza di OGM nel Biologico, rimane e non può essere altro che Zero, fermo restando che qualsiasi traccia si rileva, indipendentemente dal metodo d'analisi in un prodotto qualsiasi (alimentare, cosmetico, tessile, per produzioni energetiche, ecc.) o nei semi, quel prodotto non può essere considerato Biologico.**

E nel caso di semente dev'essere sequestrato e rispedito al mittente.

I Consumatori Europei all'80% sono contrari agli OGM !!
E' molto probabile allora che il popolo si attivi in tal senso.
Forza vecchia Europa, dai un calcio agli OGM... hai anche un robusto stivale (italiano) !
Intanto, un consiglio per tutti: non andate più al supermercato... scommettiamo che se calano dell'1% le vendite... gli OGM spariscono dagli scaffali?
Diamoci da fare colla spesa in campagna e, intanto, con marchi privati per tutelare i consumatori biologici.
MANGIACOMEPARLI... TRADIZIONALE, BIOLOGICO, OGM FREE al 100%.

Ci organizziamo...
Agernova:- www.mangiacomeparli.net- www.agernova.it

Cap. 3.20: Ecologia del Gene e Riduzionismo Scientifico
Biotecnologie, Agroecologia, Alimentazione: le alternative ai rischi degli Organismi Transgenici.

Giuseppe Altieri (Accademia Internazionale di Agro-ecologia - Perugia),

Una Tecnologia di manipolazione non scientifica.

E‘ necessario innanzitutto chiarire i termini scientifici, per evitare confusioni tra “Biotecnologie Naturali“ e “Manipolazioni Genetiche“, queste ultime atte a produrre Organismi Geneticamente Modificati (OGM).

Le prime si basano su organismi viventi "naturali" (es. Insetti utili per la *Lotta Biologica* allevati in Biofabbriche, Lieviti e Batteri per produrre vini, formaggi, pane, ecc.), mentre le manipolazioni genetiche alterano il patrimonio ereditario delle specie (DNA) inserendo frammenti di DNA estranei.

Ciò non avviene in natura, laddove scambi di geni, per "definizione scientifica", si hanno solo entro i confini della specie o tra specie molto vicine nell‘evoluzione (che però, nel secondo caso, daranno origine a individui sterili) e, di generazione in generazione, nel breve periodo si ha solo un "rimescolamento del pool genetico".

Modificazioni genetiche in una specie si hanno per mezzo di mutazioni naturali ben precise e successivi adattamenti all‘ambiente, fatti che si realizzano in periodi lunghissimi di selezione darwiniana, mentre le mutazioni peggiorative o patologiche (gli "errori della natura"), in genere, si estinguono.

Nell'ultimo secolo gli scienziati hanno imitato la natura ricombinando i geni all'interno delle specie e scegliendo gli individui migliori, portando a un aumento delle potenzialità produttive in agricoltura, anche se troppo spesso si è trascurata la resistenza delle piante e degli animali, il che ha provocato impieghi massicci di pesticidi e medicinali, che oggi manifestano drammatiche conseguenze.

Negli OGM invece, si combina il DNA di specie spesso diverse e talvolta molto lontane nell‘evoluzione e nell‘ambiante di vita (batteri e mais), con impossibilità di prevedere esattamente i risultati della manipolazione.

La modificazione di un tratto del DNA (in maniera tra l‘altro non precisa, dal momento che i geni vengono inseriti attraverso vettori batterici o virali o "sparati" a caso nel nucleo delle cellule) influenza infatti tutto l’organismo in cui è inserito il “transgene“ (esempio la sequenza genica di un batterio che produce tossine, inserita in un mais), comportando quelli che la genetica ha individuato da almeno 30 anni come ***"effetti pleiotropici".***

Basti pensare che solo il 10% del DNA umano serve a produrre proteine, il resto ha funzioni tuttora in gran parte sconosciute di ***“regolazione e interdipendenza“*** estremamente complicate.

L’essere vivente va visto pertanto ***come un ecosistema complesso*** di cellule, tessuti ed organi, guidato dal suo DNA e inserito nel più ampio ecosistema di relazioni tra individui e specie, nell’adattamento reciproco tra ambiente e modificazioni dell'individuo, in una visione coevolutiva della selezione naturale.

E‘pertanto necessario, in primis, ***combattere il “Riduzionismo scientifico“*** che sta alla base delle manipolazioni genetiche e che assimila “geni a microchips (con l'equivalenza un gene = una proteina), reintroducendo il "***Principio di NON equivalenza tra OGM e specie originarie non modificate".***

Si pone inoltre un problema etico sulla ***“sofferenza” dell’OGM***, il quale tende a reagire con meccanismi di "autoriparazione del Dna".

Più l’organismo è complesso, più l’interferenza di un transgene si ripercuoterà sulle diverse funzioni vitali dello stesso.

Ciò comporta che all’interno degli OGM si produrranno sequenze geniche non prevedibili che, unitamente agli effetti pleiotropici descritti, comporteranno produzione di ***“Sostanze anomale“ incognite*** e ***impossibili da prevedere,*** che potrebbero avere effetti drammatici nel futuro di chi se ne alimenta e per l’ambiente, per non parlare di animali transgenici usati per xenotrapianti.

Anche in caso di lunghi studi e prove di nutrizione con cibi transgenici su animali (che non sono stati effettuati preventivamente all'immissione sul mercato degli OGM, ndr...), tali da scongiurare rischi di effetti tossici, nel passaggio all’uomo cambia il sistema digerente ed essendo dimostrato che frammenti di dna possono non venire completamente digeriti (cosa più probabile per i frammenti transgenici che hanno maggiori possibilità di non essere riconosciuti dal sistema enzimatico di una digestione abituata ad altri alimenti “naturali“ con i quali l’uomo si è “co-evoluto“…), si aprono incognite difficili da superare.

Inoltre, dal momento che il transgene inserito nel dna ospite può spostarsi, per i meccanismi naturali della riproduzione cellulare, finalizzati all’aumento della variabilità, si ha di fatto ***l‘impossibilità scientifica di prevedere gli effetti nel tempo a causa della “non stabilità” degli OGM,*** con ricerche sui rischi (ad es. da sostanze proteiche anomale) che verrebbero invalidate dalle modifiche del Dna transgenico nel tempo.

Ad appena 4 anni dalla diffusione su vasta scala delle coltivazioni transgeniche, ricerche scientifiche confermano la produzione di proteine "anomale" nel mais transgenico destinato all'alimentazione animale (con i rischi connessi, ...in fondo anche i "prioni" sono proteine) e la scoperta di sequenze geniche impreviste nella soia geneticamente modificata, come pubblicato da autorevoli riviste.

Una domanda, allora, sorge d’obbligo: ***Come è stato possibile brevettare prodotti (OGM) che non sono stabili?***

L'invenzione deve essere stabile e riproducibile: è come se un motore brevettato cambi la cilindrata da solo, mentre sei in viaggio.

Quando la tecnologia supera la scienza

Ancora una volta la tecnologia ha superato la scienza, come avvenuto con l'energia atomica, con la chimica dei pesticidi, dei cloroderivati, ecc., laddove è possibile almeno prevedere gli effetti ambientali e tossicologici con modelli matematici previsionali, anche se purtroppo non è possibile ripararne i danni...

E per gli OGM, a causa della loro capacità di riproduzione, è addirittura *impossibile prevedere esattamente il destino ambientale e tossicologico* (i prioni delle "Carni Pazze", suonano come un serio avvertimento in tal senso).

Il Polline non ha confini, come quello che ha portato la resistenza a un virus dall'avena geneticamente modificata coltivata a quella selvatica, che rende necessari altri diserbanti chimici per combatterla, cosi come le *tossine rilasciate nel suolo* dal mais transgenico bt, con effetti imprevedibili sulla vita dello stesso, *e dannosi sulle Coccinelle*, insetti utili che si nutrono degli afidi del mais, i quali succhiano la linfa in cui è presente la tossina del Bt a cui sono insensibili a differenza delle belle Coccinelle.

Sul Mais Bt sono prevedibili così nuovi attacchi di insetti dannosi e necessità di più pesticidi, esattamente il contrario di quanto affermato da emeriti cattedratici, cui mancano probabilmente le basi di Ecologia.

Gli Organismi Transgenici, in realtà, hanno trovato spiazzata la scienza e la politica, e seguono esclusivamente le logiche del liberismo di mercato e della globalizzazione monopolistica.

E' necessario mettere dei freni attraverso una Moratoria a qualsiasi rilascio ambientale di OGM, in base al *Principio di Precauzione Europeo*, adeguando così la velocità della politica e della scienza a quella della tecnologia di mercato.

Prerogativa di una tecnica deve essere la sua scientificità, ovvero la "*determinazione precisa degli effetti*" (l'ingegneria addirittura, termine espropriato dai genetisti dell'ultima generazione, oltre alla precisione dei calcoli richiede un margine matematico di sicurezza aggiuntivo).

Se a questo punto dell'esperienza scientifica (in particolare dal dopoguerra) si e appurato che "*l'innaturale" comporta "indeterminismo", ne consegue che la scienza non può non fare i conti con la natura e ogni tecnologia non ecologica risulta in definitiva antiscientifica e pertanto antieconomica.*

La presunta neutralità della scienza, non si applica pertanto alle tecnologie, e un ricercatore, al momento in cui sceglie un percorso, di fatto si schiera.

E in questo qualcuno è dalla parte dell'Agro-ecologia, che si basa sull'inutilità di OGM e prodotti chimici di sintesi, ovvero sulle alternative agli stessi e sulla ricchezza basilare del pianeta: la Biodiversità.

E' oggi necessario, per ogni tecnologia proposta sul mercato, inserire il criterio del "*Comparative Assessment*", valutando nel contempo le alternative ecologiche, ad es. gli Insetti utili contro la Piralide del Mais invece del Mais-BT OGM, che neanche funziona a causa dell'adattamento degli insetti dannosi e della "Resistenza" che potrebbe privarci di un prezioso Bioinsetticida, il *Bacillus Thuringiensis*, facilmente producibile con tecnologie semplici ed avanzate, in tutto il mondo e attualmente impiegato su molte coltivazioni, innocuo e rapidamente biodegradato.

Alternative Agro-ecologiche: Biotecnologie pulite per l'alimentazione del pianeta

Diecimila anni di lavoro e cultura contadina hanno selezionato in tutto il mondo sistemi produttivi, varietà vegetali e razze animali adattate ai più svariati ambienti.
L'Agro-ecologia, coniugando il recupero della tradizione agricola con moderne biotecnologie pulite (impiego di insetti utili, bioinsetticidi, biofertilizzanti), macchine ecologiche avanzate per la gestione di terreni, ecc., consente di sfamare il pianeta, evitando l'avvelenamento con pesticidi e concimi chimici, preservando la fertilità dei terreni dall'erosione e dalla desertificazione.

Oggi, con la manipolazione genetica, intere aree geografiche rischiano di perdere la propria biodiversità a favore di un'industria che, modificando un segmento di DNA, ottiene tutti i diritti.

In base alla Convenzione di Rio, le nazioni possono rifiutarsi di fornire germoplasma se non è rispettato il principio della equa ripartizione dei diritti e tutela dell'ambiente.

Molti paesi discutono su come salvaguardare la biodiversità e i diritti secolari delle popolazioni rurali, anche attraverso Biotecnologie avanzate di "Mappatura Genetica" per identificare e proteggere le varietà locali dalla biopirateria (una sorta di brevetto a beneficio delle popolazioni indigene).

E mentre si continuano a sperperare immense risorse per produrre organismi transgenici, aumentando la dipendenza dagli input chimici e i rischi per l'ambiente, ben poco si fa per la ricerca innovativa Agro-ecologica e la diffusione delle tecniche di Produzione Biologica disponibili.

Dalle colonne di Repubblica emeriti cattedratici affermano addirittura che *"l'Agricoltura biologica non ha bisogno della scienza perchè basta tornare indietro di 50 anni"***.**

Certo, della loro scienza l'agricoltura biologica sicuramente non ha bisogno (e chissà che qualcuno di loro non usi il chiavistello della Montalcini e si apra alle Scienze Ecologiche).

Ma ci sono altri ricercatori: Entomologi che studiano come allevare e introdurre insetti utili Naturali per la Lotta biologica o semplicemente applicare la biodiversità (ad es. introducendo qualche "*Albero di Giuda*" nelle siepi intorno ai Pereti, si eliminano 10 trattamenti chimici contro la "*Psilla*", un Insetto dannoso pericolosissimo, grazie all'attrazione di insetti utili naturali)....e ancora i Microbiologi, gli Entomopatologi (in Italia non c'è neanche una cattedra, ndr) che studiano microrganismi antagonisti delle malattie delle piante e degli insetti (come quel virus**,** "naturale e specifico" che da quest'anno è finalmente possibile acquistare anche in Italia e che ci consente di mangiare le mele Biologiche e "senza vermi")**.**

Questi Ricercatori in Italia come altrove non hanno fondi sufficienti, e in particolare per il "Trasferimento di Ricerca"(in cui lavora lo scrivente, ndr) non c'è praticamente una lira, mentre una rete fittissima di venditori di pesticidi e concimi avvelena ogni giorno tutte le coltivazioni e persino gli orti e gli ambienti domestici, quando la stessa industria dichiara che il 42% dei raccolti viene perso inevitabilmente, per fenomeni di resistenza da parte delle avversità e l'uso massiccio della chimica riesce a preservare solo il 27% delle produzioni.

Nello stesso tempo il 10 % dei terreni europei è sottoposto a "*Set aside*", ovvero non coltivazione obbligatoria, al fine di ridurre le eccedenze.

Qualcuno dev'essere impazzito! Manca inoltre un piano di assistenza tecnica per diffondere l'Agricoltura biologica e si stanno sperperando i Contributi Agro-ambientali UE (Reg. 2078/92,

Piani di Sviluppo Rurale 2000-2006) per la cosiddetta "Lotta Integrata"(nel sistema, viene spontaneo da aggiungere...) con "disciplinari" permissivi che non tengono conto delle alternative ai pesticidi, e in mancanza di adeguata normativa sulle vendite di fitofarmaci, che preveda la "ricetta" da parte di un tecnico e la fatturazione obbligatoria per l’acquisto.

Tale normativa è attesa da decenni: a quando l'approvazione? ...
Mentre In Nord Europa, alcuni Stati hanno già ridotto di oltre il 50% l'uso di pesticidi, in Italia c'è appena l'1% di consumo di prodotti biologici, e il mercato dei pesticidi di sintesi è tutt'altro che in crisi, con fatturati e quantità in aumento.

Stiamo perdendo tempo prezioso per le potenzialità di mercato dei Prodotti Biologici, gli unici al 100% senza OGM, pesticidi, e certificati nella filiera dal seme al piatto.... se il Ministro non cambierà le norme sul biologico, ad es. nell'alimentazione degli animali, laddove un recente regolamento UE consente l'impiego di % di alimenti non biologici,...siamo alle solite.

La domanda di "*Bio-alimenti*"è in crescita esponenziale, mentre i nostri bambini subiscono dosi di pesticidi, per unità corporea, fino a 10 volte il limite di tolleranza, stabilito sul corpo di un adulto del peso di 60 Kg (altra vergogna nazionale su cui si era fatto addirittura un Referendum).

Le "Carni Pazze" sono solo la punta dell'iceberg di un sistema di massimizzazione delle produzioni, a danno della qualità e sanità alimentare, che ogni anno perde 10 milioni di ettari di terreno agricolo per erosione, e che per portare la lattuga sulle nostre tavole impiega 10 parti di energia petrolifera per ogni parte di energia dell'alimento.

L'agricoltura invece di produrre consuma!!

Incredibile ma vero: per alimentare i ruminanti da carne si perde l'80 % dell'energia prodotta dai terreni agricoli, diffondendo CO_2 e Metano che aumentano l'effetto serra, aggravato dal petrolio bruciato per lavorazioni dissennate dei campi, produzione di concimi e pesticidi, nonchè dalla CO_2 derivante dalla distruzione dell'humus dei terreni, che si spappolano in seguito alle piogge con alluvioni disastrose.

Nel contempo, ogni anno vengono distrutti 10 milioni di Ha di foreste per nuove coltivazioni intensive e pascoli che lasciano, dopo qualche tempo, il deserto.

La fame non si cura con i pesticidi e la demagogia dei brevetti sui geni, bensì con ***seri progetti scientifici agro-ecologici***, a partire dalla tradizione agricola e biodiversità autoctona, molto più produttive delle monocolture industriali.

Siamo oggi di fronte a un bivio: da una parte la via dei monopoli agro-alimentari della globalizzazione tecno-liberista, gestiti da Multinazionali agrochimico-farmaceutiche (negli OGM si concentra il massimo del riduzionismo scientifico, coniugato alla massima concentrazione di capitali, il tutto protetto dai brevetti sulla vita); dall'altra la via della rivoluzione agro-bioecologica e del progresso scientifico al servizio dell'uomo e della libertà dei popoli e dei mercati, molti dei quali hanno puntato al Bioregionalismo.

E non c'è più tempo da perdere. Migliaia di contadini in India si sono suicidati a causa del fallimento di coltivazioni chimiche e transgeniche, come migliaia di italiani ogni anno devono vendere la terra alle banche per pagare i debiti di coltivazione.

E quando non avranno più la terra? Via INTERNET ormai moltissima gente ha capito queste cose… e non si lascerà "manipolare" facilmente**.**

Anche gli Stati Uniti stanno puntando all'Agricoltura biologica e le coltivazioni transgeniche sono rifiutate dai consumatori.

Il mercato della qualità biologica è ***l'occasione di rinascita*** che l'agricoltura europea e mediterranea non devono perdere.

Il consumatore vuole in tavola tradizioni ed agro-ecologia: portiamogliele!

Un'ultima riflessione sui "prioni" della Mucca Pazza: l'Uomo, essere più evoluto (?) del pianeta, si distrugge con le sue mani a causa di una proteina simile agli accenni più primordiali della vita sulla terra... la natura non scherza, essa è semplicemente perfetta.

Cerchiamo di capirne le leggi.

Tutto il DNA delle innumerevoli specie viventi è composto in fondo di soli quattro mattoni diversi (le basi azotate), quattro note di un'immenso pentagramma.

Qualcuno giustifica per questo la libertà di manipolare. In realtà ogni specie ha nel suo patrimonio genetico una melodia che racconta la sua storia, composizione armonica a cui la natura ha lavorato milioni di anni, fino all'autoconsapevolezza umana.
Imitare la natura deve essere il nuovo paradigma della scienza per il 3° millennio.
Non permettiamo che dei folli Stranamore ci portino alla Babele genetica, da cui risulterà solo disordine e rumore.

*copyright by "*the* **NEW AGER** *international"*
email: agernova@libero.it

Conclusione

L'importanza estrema da un consumo alimentare quasi esclusivamente fondato su Frutta fresca, Cereali integrali e Verdure fresche riposa sull'opinione personale dell'autore del presente lavoro che la guarigione dal Cancro debba basarsi in prima battuta (vedi cap. 4), sull'attivazione di una risposta immunitaria completa (Teoria Immunitaria), in antitesi assoluta alla Chemio-Terapia, e che pertanto la risposta immunitaria deve avvalersi di una perfetta efficienza enzimatica anti-ossidativa soprattutto a carico dei globuli bianchi, dato il difficile ambiente neoplastico di attività anti-tumorale, nonché di meccanismi ancora sconosciuti a carico delle stesse cellule malate e che ne permettono l'eliminazione selettiva mediante molecole selettive (vedi Bio-Chemio-Terapia, cap.5).
Nella complessiva Cascata Immunitaria susseguente, eventi quali la febbre, l'infiammazione locale, e altri fenomeni di attivazione biologica da parte dell'organismo malato contro il tumore, devono essere attentamente modulati e seguiti, intervenendo con una modificazione o una integrazione ulteriore di quanto già indicato, in particolare con detossificazione epatica dalle tossine tumorali mediante enteroclismi di *Coffea arabica* secondo metodo Gerson ([749,750,1360-1364]) www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3698.

Piante italiane anti-cancro da coltivare presso Aziende di Agriturismo Biologico o di Agricoltura Biologica

Allium ascalonicum (Scalogno)
Allium cepa (Cipolla)
Allium porrum (Porro)
Allium sativum (Aglio)
Allium ampeloprasum (Porro selvatico)
Allium schoenosprasum (Erba cipollina)
Allium ursinum (Aglio orsino)
Allium vineale (Aglio delle Vigne)
Allium subhirsutum (Aglio cigliato)
Agave americana (Agave)
Alkanna tinctoria (Alcanna)
Atriplex halimus (Alimo)
Acantus mollis (Acanto)
Rhamnus alaternus (Alaterno)
Juniperus phoenicea (Cedrolicio)
Arbutus unedo (Corbezzolo)
Crepis rubra (Crepide rosea)
Crithmum maritimum (Critmo, Finocchio di Mare)
Daucus gingidium (Dauco marino)
Inula verbascifolia aut viscosa (Enula candida o vischiosa)
Erica arborea (Erica arborea)
Opuntia ficus indica (Fico d'India)
Pancratium maritimum (Pancrazio, Giglio marino)
Juniperus oxycedrus (Ginepro coccolone)
Echinophora spinosa (Pastinaca spinosa)
Plantago serraria (Piantaggine seghettata)
Polygonum maritimum (Poligono delle Sabbie)
Primula palinuri (Primula di Palinuro)

Rubia peregrina (Robbia selvatica)
Malcomia maritima (Malcomia)
Malva cretica (Malva di Creta)
Lavatera arborea (Malva reale)
Medicago marina (Medicagine marina)
Ononis variegata (Ononide variegata)
Chamerops humilis (Palma nana)
Urtica pilulifera (Ortica romana)
Hyoseris radiata (Ioseride stellata)
Pistacia lentiscus (Lentisco)
Linum maritimum (Lino marittimo)
Hypericum perfoliatum (Iperico cigliato)
Ajuga iva (Ivartetica)
Fedia cornucopiae (Fedia)
Viburnum tinus (Lentaggine,Tino)
Thymus capitatus (Timo a capolino, Timbra)
Capparis spinosa (Capperi)
Capsella bursa pastoris (Borsa del Pastore)
Brassica oleracea (Cavolo)
Brassica oleracea capitata (Cavolo Cappuccio)
Brassica oleracea bullata (Cavoletti di Bruxelles)
Brassica oleracea botrytis (Cavolfiore)
Brassica oleracea botrytis aut italica (Broccoli)
Brassica rapa (Rapa)
Brassica oleracea (Cavolo di Mare)
Raphanus sativus parvus (Ravanello)
Melilotus officinalis (Meliloto)
Anthyllis vulneraria (Vulneraria comune)
Carlina acaulis (Carlina)
Stellaria media (Centocchio)
Malva sylvestris (Malva)
Stachys arvensis aut ***Betonica officinalis*** (Betonica)
Campanula rapunculus (Raperonzolo)
Muscari comosum (Cipollaccio, Giacinto dal Pennacchio)
Prunus cuscus aculeatus (Pungitopo)
Galium aparine (Attaccavesti)
Rubus idaeus (Lampone)
Sysymbrium officinalis (Erisimo)
Lapsana communis (Lassana, Erba delle Mammelle)
Lysimachia nummularia (Lisimachia)
Lysimachia vulgaris (Mazza d'oro)
Galium album (Caglio bianco)
Myrtus communis (Mirto)
Laurus nobilis (Alloro)
Cnicus benedictus (Cardo benedetto)
Calamintha officinalis (Calaminta, Nepitella)
Capanula piramidais (Campanula piramidale)
Asparagus acutifolius aut ***racemosus*** (Asparago selvatico)
Lithospermum officinalis aut ***ruderale*** (Migliarino)
Umbelicus rupestris (Ombelico di Venere)
Tropaeolum majus (Nasturzio, Cappuccina)

Antirrhinum majius (Bocca di Leone)
Eupatorium cannabinum (Canapa d'Acqua)
Matthiola situata (Violacciocca gialla)
Calendula officinalis aut ***arvensis*** (Calendola)
Satureja montana (Santoreggia)
Hypericum perforatum (Iperico)
Cichorium intybus (Cicoria selvatica)
Borrago officinalis (Borragine)
Oenothera biennis (Enotera, Rapunzia)
Rhamnus frangula (Frangola)
Rheum officinale (Rabarbaro)
Capsicum frutescens aut ***annum*** (Peperoncino)
Coriandrum sativum (Coriandolo)
Scutellaria bardana (Menta della Sila)
Arctium lappa (Bardana)
Artemisia dracunculus (Dragoncello)
Salvia officinalis (Salvia)
Thymus vulgaris (Timo)
Tussilago farfara (Farfara); gli alcaloidi potrebbero essere epatotossici e cancerogreni
Drosera rotundifolia (Drosera)
Rumex acetosa (Acetosa)
Crocus sativus (Zafferano)
Trifolium rubeus (Trifoglio rosso)
Trifolium pratense (Trifoglio dei Prati)
Taraxacum officinalis (Dente di Leone)
Thymus serpillum (Serpillo)
Viola tricolor (Viola del Pensiero)
Rosmarinus officinalis (Rosmarino)
Nepeta cataria (Erba gattaria)
Althaea officinalis (Altea, Malvarosa)
Rumex crispus (Romice comune, Lapazio)
Melissa officinalis (Melissa)
Pulmonaria officinalis (Polmonaria)
Hieracium pilosella (Pilosella)
Glechoma hederacea (Edera terrestre)
Levisticum officinale aut ***Meum mutellina*** (Levistico, Sedano di Monte)
Mentha species (Menta)
Alchimilla alpina aut ***vulgaris*** (Alchemilla, Erba Stella)
Ajuga reptans (Bugula)
Origanum vulgare (Origano)
Achillea millefolium (Achillea)
Alliaria officinalis aut ***petiolata*** (Alliaria)
Agrimonia eupatoria (Agrimonia)
Foeniculum vulgare (Finocchio selvatico)
Diplotaxis tenuifolia (Rucola selvatica)
Plantago major *(Piantaggine maggiore)*
Eryngium amethystinum aut ***campestre*** aut ***maritimum*** (Eringio)
Tanacetum balsamita aut ***Chrysanthemum balsamita*** (Balsamite odorosa, Erba di San Pietro)
Lippia citiodora aut ***Aloysia triphylla*** (Erba Luisa, Cedrina)
Erica cinerea aut *Calluna vulgaris* (Brugo)
Artemisia abrotanum (Abrotano)

Cuminum cyminum (Cumino, Cumino romano)
Linum usitatissimum (Lino)
Silybum marianum (Cardo mariano)
Ribes nigrum (Ribes nero)
Fragaria vesca (Fragolina)
Matricaria camomilla (Camomilla vera)
Tanacetum parthenium (Partenio)
Inula helenium (Enula campana, Elenio)
Agropyrum repens (Gramigna)
Berberis vulgaris (Crespino)
Petroselinum crispum aut ***sativum*** (Prezzemolo)
Hyssopus officinalis (Issopo)
Humulus lupulus (Luppolo)
Isatis tinctoria (Guado)
Vebascum thapsus (Verbasco, Tasso barbasso)
Filipendula ulmaria aut *Spiraea ulmaria* (Regina dei Prati)
Buphthalmum salicifolium (Asteroide salicina , Occhio di Bue)
Juniperus communis (Ginepro)
Verbena officinalis (Verbena)
Rosa canina (Rosa canina, Rosa di Macchia)
Aesculus hippocastanum (Ippocastano)
Rubus fruticosus (Mora)
Tilia tormentosa aut argentea (Tiglio)
Solidago virga aurea (Verga d'Oro)
Echinacea purpurea, angustifolia, pallida (Pianta Pettine).
Grindelia camporum o *squarrosa*
Xanthoxilum fraxineuem (Frassino spinoso).
Aloe arborescens (Aloe)
Aloe ferox (Aloe)
Aloe vera (Aloe)
Campanula latifolia (Arcangelica)
Equisetum arvense (Coda di Cavallo).
Primula veris o *officinalis* (Primula, Primavera)
Sticta pulmonaria o ***Lobaria pulmonaria*** (Lichene polmonaria)
Adiantum capillus veneris (Adianto, Capovenere, Capelvenere)
Tephorosia purpurea (Teforosia)
Glycyrrhiza glabra (Liquirizia)
Althaea officinalis (Altea, Bismalva, Malvaccione)
Verbascum thapsus (Candela regia, Guaraguasco, Tasso barbasso)
Smilax aspera, sarsaparilla **o** ***utilitis*** (Salsapariglia, Smilace)
Lycopodium clavatum (Licopodio)
Eupatorium perfoliatum (Canapa acquatica)
Eupatorium purpureum (Canapa acquatica rossa)
Ocimum sanctum **o** ***tenuiflorum*** (Basilico)
Ocimum basilicum (Basilico dolce, Erba reale, Arancio dei Ciabattini)
Chimaphila umbellata (Pirola ombrellifera)
Trigonella foenum graecum (Fieno greco).
Pulmonaria angustifolia (Polmonaria a foglie strette)
Lamium album (Ortica bianca).
Pimpinella major (Tragoselino)
Beta vulgaris cruenta (Barbabietola rossa)

Daucus carota (Carota)
Apium graveolens (Sedano selvatico)
Cochlearia armoracia (Rafano)
Acorus calamus (Calamo aromatico)
Ajuga piramidalis (Ajuga)
Marrubium vulgare (Marrubio bianco)
Prunus armeniaca (Albicocca)
Prunus spinosa (Prugna)
Prunus avium (Ciliegia)
Prunus persica (Pesca)
Primula hirsuta (Primula viscosa)
Peucedanum ostruthium (Erba rena, Imperatoria)
Sempervivum montanum (Semprevivo montano)
Saxifraga oppositifolia (Sassifraga a Foglie opposte)
Saxifraga aizoides (Sassifraga dei Ruscelli)
Asparagus cochinensis (Asparago cinese)
Scutellaria baicalensis aut *latiflora* (Scutellaria)
Houttuynia cordata (Ottinia)
Nelumbo lucifera
Alpinia oxyphylla
Pedicularis rostrato-capitata (Pedicolare)
Leucanthemopsis alpina (Crisantemo delle Alpi)
Gentiana germanica (Genziana autunnale)
Symphytum officinalis (Simfito)
Hieracium pilosella (Pilosella)
Gnafalium supinum (Zampa di Gatto)
Cicerbita alpina (Lattuga alpina)
Draba aizoides (Draba)
Cerastium alpinum (Spinon)
Antennaria dioica (Antennaria)
Epilobium angustifolium (Epilobio)
Viscum album (Vischio)
Hesperis matronalis (Viola matronale)

Su decisione medica specifica per il singolo caso clinico, iniziare fin dall'inizio con almeno 5-7 prodotti fitoterapici al giorno ricavati dalle circa 1.500 formulazioni varie di tisane per Fito-Terapia (dati riservati), basate sull'utilizzo di circa 800 piante medicinali di tutto il mondo, piante necessariamente acquistate da centri di Agricoltura Biologica oppure, in seconda istanza, dall'utilizzo di estratti fluidi commerciali (con o senza associazione di gemmo-derivati e/o di olii essenziali) o, in terza istanza, da perle in gelatina o, in quarta istanza, da capsule): tutti ottenuti secondo tecniche moderne da Aziende fito-farmaceutiche e i cui prodotti siano ritenuti, a giudizio del medico, di sufficiente garanzia per gli scopi descritti nel presente lavoro.

E' tassativamente sconsigliato l'uso di prodotti erboristici venduti sotto forma di tavolette, compresse, pastiglie, o comunque presentando i principi attivi vitaminici fito-terapici secchi mischiati a materiale inerte o potenzialmente tossico (zuccheri), o comunque inadatto per gli scopi descritti dal presente lavoro. E' assolutamente sconsigliato acquistare qualsiasi prodotto erboristico contenuto in contenitori di plastica anziché in confezioni di vetro scuro.

Altri particolari integratori alimentari possono essere, secondo l'autore del presente lavoro, i seguenti:

1) Semi di *Citrus paradisi* (Pompelmo), macinati a freddo.
2) Semi di *Cucumis melo* (Melone), macinati a freddo; (nota:Meloni transgenici sono privi di semi)
3) Frutti di *Citrus aurantium bergamia* (Bergamotto), coltivati in Calabria.
4) Concentrato di Aglio (ricco di Germanio organico) crudo e inodore, tenuto a macerare per lungo tempo in salse alimentari. Induce fenomeni di apoptosi su tumori ([694, 696])
5) Concentrato di Carote crude.
6) Concentrato di *Beta vulgaris cruenta* (Barbabietole rosse) crude.
7) Melanzane piccanti calabresi; contengono però elevate quantità di acido folico, come tutte le melanzane.
8) Rosa marina calabrese; nota: contiene vitamina B12 e tutti e 9 gli aminoacidi essenziali: quindi somministrare solo a partire dalla fine del primo anno di terapia.
9) Olio di Pesce: estremamente ricco di acidi grassi insaturi Omega-3.
10) Acido butirrico: possibile azione anti-tumorale su neoplasie solide addominali, soprattutto del *colon*; ciò sarebbe dovuto al fatto che tale acido riduce la replicazione cellulare; il *Plantago psyllium* (Psillio) aumenta la produzione di acido butirrico da parte di germi che metabolizzano i particolari polisaccaridi contenuti nei Semi di tale pianta; tali polisaccaridi possono determinare però crisi allergiche in pazienti predisposti; in valutazione il suo Miele.
11) *Cichorium intybus* (Cicoria, Radicchio, o Cicorella): ipoglicemizzante, contiene Levulosio; la sua radice è dotata anche di una chiara e spiccata attività anti-tiroidea.
12) *Cucumis sativus* (Cetrioli): il suo succo è diuretico, anti-ossidativo e depurativo per il fegato.
13) Olio di *Borrago officinalis*, *Enothera biennis*, oppure le foglie di *Nelumbium speciosum*, poiché ricchi di acidi grassi polinsaturi essenziali della serie Omega 6, come ad esempio l'acido gamma-linolenico, l'acido linoleico: sono in valutazione i loro rispettivi Mieli.
14) Olio di *Carthamus tinctorium* (Cartamo): poco conosciuto in Italia, è particolarmente pregiato per la sua alta percentuale di acidi grassi polinsaturi, come l'acido linoleico: ne contiene oltre il 78% contro solo l'8% dell'olio d'Oliva; in valutazione il suo Miele.
15) *Hypericum perforatum* (Iperico, Erba di San Giovanni, Mille Buchi): induce Apoptosi sull'Eritro-leucemia, su Glioma, su Mieloma Multiplo e forse anche su altri tumori; tradizionalmente usato come anti-depressivo, senza effetti collaterali noti; in valutazione il suo Miele. Viceversa è pericoloso il suo impiego associato a Fenobarbitale (*Luminale*®, *Gardenale*®)
16) In Calabria è coltivato il *Citrus aurantium bergamia* (Bergamotto), il cui frutto potrebbe essere oggetto di studio per sospettata attività anti-ossidativa e, soprattutto, capacità apoptosica su varie linee tumorali umane.
17) *Dracontium loretense* (Sacha) è ritenuta come una delle migliori piante per potere anti-ossidante specifico, ritenuto di alcuni ordini di grandezza superiore a quello della vitamina E *sintetica* ([566]); in valutazione il suo Miele.
18) *Rhamnus frangula* o *Frangula alnus* (Frangula): probabilmente da assumere nella Dieta (cruda) contendo anch'essa composti simili a quelli dell'*Aloe arborescens*; in valutazione il suo Miele.
19) *Picramnia antidesma*: probabilmente da assumere nella Dieta (cruda) contendo anch'essa composti simili a quelli dell'*Aloe arborescens*; in valutazione il suo Miele.
20) *Cassia angustifolia*: probabilmente da assumere nella Dieta (cruda) contendo anch'essa composti simili a quelli dell'*Aloe arborescens*; in valutazione il suo Miele.
21) *Rheum officinale* (Rabarbaro): probabilmente da assumere nella Dieta (crudo), contendo anch'esso composti simili a quelli dell'*Aloe arborescens*; n valutazione il suo Miele.
22) *Rhamnus sagrada* o *purshiana*: probabilmente da assumere nella Dieta (cruda), contendo anch'essa composti simili a quelli dell'*Aloe arborescens*.

23) *Terminalia chebula*: probabilmente da assumere nella Dieta (cruda), contendo anch'essa un composto simile (Antrachinone) a quelli contenuti nell'*Aloe arborescens*.
24) *Capsicum frutescens* o *annuum* (Peperoncino rosso, Pepe di Caienna, Paprika): apoptosi su leucemia ([719]) e cancro della prostata ([1351]); azione anti-ossidante, antibiotica e antidolorifica; in valutazione il suo Miele.
25) *Allium sativum* (naturale o estratto inodoro): contiene *Germanio organico.*
26) Olio di *Eugenia caryophyllata* (o *Caryophyllus aromaticus*, Garofano, o Chiodo di Garofano): sospettata azione anti-neoplastica, ancora poco indagata in letteratura medica; in valutazione il suo Miele.
27) *Citrus species* (Mandarino, Arancia, Pompelmo, Limone, Cedro, Bergamotto…) inducono apoptosi in vari tipi di cancro, mediante beta Criptoxantina ed Esperidina ([1063]); si vogliono però proibire le utilizzazioni commerciali di questi estratti, proibendo per Legge dosi elevate di Esperidina.
28) Olio essenziale di *Citrus limonum*; estremamente nutriente sia in base alle kilocalorie, sia per i fito-chimici contenuti; nota: la spemitura dell'olio deve avvvenire a freddo e senza solventi.
29) *Citrus limonum* (Limone): bisogna arrivare ad almeno 6-7 frutti al giorno, possibilmente freschi, poiché il Limone favorisce l'eliminazione delle scorie acide dall'organismo, aumentando la riserva di sostanze alcaline presenti nel sangue, e aiutando inoltre l'apparato urinario ad espellere gli acidi urici. L'assuzione del frutto dev'essere attuata iniziando con 1 Limone al giorno nella prima settimana, stabilizzandosi poi con 7 frutti al giorno nella settima settimana di cura, e così per tutta la durata della malattia neoplastica fino alla sperata guarigione. Induce fenomeni di apoptosi su tumori ([693]).

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/FLAVONOIDI%20contenuti%20nel%20Limone20%provocano%20APOPTOSI.pdf

30) In valutazione il Miele di *Citrus limonum*: gli alberi di Limone fioriscono durante tutto l'arco dell'anno: in genere si hanno comunque due fioriture principali e più abbondanti: in aprile-maggio e in settembre; una pianta di Limone vive circa 80 anni, inizia a produrre frutti dopo 5 anni dalla messa a dimora, e raggiunge la piena maturità a 15 anni, periodo in cui può arrivare a produrre da 200 a 600 frutti all'anno.
31) *Serenoa repens* (Palma nana), efficace in caso di ipertrofia prostatica e/o tumore prostatico; in valutazione il suo Miele.
32) *Gentiana lutea* (Genziana maggiore, Genziana gialla): è la pianta amara per eccellenza, che determina un aumento della secrezione cloridrico-peptica, favorendo in tal modo il processo della digestione. I principi attivi sono rappresentati da 3 glucosidi di sapore amaro: la Genziopicrina, o Genziopicroside, la Gentisina o Gentioside, la Genziomarina o Genziomaroside. Sono inoltre presenti mucillagini, Tannini, olii. L'azione farmaco-dinamica del fitocomplesso di *Genziana lutea* è elettivamente quella eupeptica, determinata essenzialmente dai principi amari. Questi, attraverso l'eccitazione dei recettori gustativi, producono per via riflessa, mediante le vie nervose del vago, un incremento della secrezione di succhi gastrici. Sempre con meccanismo riflesso, inducono anche l'escrezione di bile nel duodeno (effetto colagogo). Le indicazioni principali sono quelle dei disturbi digestivi caratterizzati da insufficiente produzione di succhi gastrici, e dall'inappetenza legata a disfunzioni gastriche o a stati di debilitazione come nel caso del Cancro. Nella dispepsia funzionale ipostenica, in cui l'attività motoria e la secrezione di succhi gastrici sono al disotto della norma, la *Gentiana lutea* risulta utile per migliorare la digestione, per combattere l'inappetenza, la pesantezza di stomaco, la sonnolenza post-prandiale, la sensazione di gonfiore addominale, e favorendo invece la nutrizione e il tono dell'organismo, aumentando anche le sue reazioni di difesa.
33) *Fritillaria cirrhosa*: utile come sedativo espettorante per la tosse se concomitante allo stato neoplastico; spesso impiegata con altre piante (*Fritillaria cirrhosa, Polygala senega, Schizandra sinensis, Citrus reticulata, Glycyrrhiza glabra*); in valutazione il suo Miele.

34) Fiori di *Sambucus nigra*: è uno fra i migliori antiflogistici esistenti in natura; viene prescritto nelle infiammazioni respiratorie e delle vie urinarie; anti-ossidativo, diuretico, diaforetico, blandamente ipotensivo, lassativo, anti-nevralgico; in valutazione il suo Miele.
35) Clorofilla: anti-ossidativo (da assumere prima dei pasti); nota: la *Chlorella ellipsoides* ne contiene molta di più rispetto alla più nota *Spirulina maxima*, ma entrambe contengono troppe proteine.
36) Rizoma di *Curcuma longa*: La Curcuma (Zafferano delle Indie, o dei Poveri), anti-elmintico, possiede anche spiccate attività anti-infiammatorie, epato-protettive da tetra-cloruro di Carbonio, etc.); i suoi polisaccaridi rivestono attività immuno-stimolante, ricordando l'*Astragalus membranaceus*. La Curcumina ha azione apoptosica sui cancri polmonari ([1133]) e su cancro della prostata ([1352]).
37) *Cynara scolymus* (Carciofo): ricco di Triterpeni, Steroli, Guaianolidi e Flavonoidi: coleretico, anfocoleretico, epato-protettore, anti-ossidante; privo di effetti tossici; contiene Cinaropicrina ad attività anti-neoplastica. Si sospetta che contenga altre molecole ad attività anti-neoplastica o comunque dotate di proprietà curative verso patologie carenziali di vario tipo, compresi i tumori. Purtroppo sono già in atto manipolazioni e modificazioni genetiche irreversibili (OGM) della preziosa pianta ([808]); in valutazione il suo Miele.
38) *Taraxacum officinalis* (Dente di Leone, Cicoria matta, Soffione, Pisciacane): pianta amara ben conosciuta dai gastronomi per l'ottima insalata che si ottiene dalle sue foglie; azione colagoga, epato-protettore (riduce le Transaminasi), anti-ossidante, diuretica; in valutazione il suo Miele.
39) *Betula pendula*: oltre a favorire la diuresi, ha un'azione efficace a livello reticolo-endoteliale (meccanismo sconosciuto, forse riferibile a livello immuno-stimolante / modulante); in valutazione il suo Miele.
40) *Malpighia punicifolia* (Acerola), *Rosa canina*, *Emblica officinalis* e *Myrciaria paraensis* (*Camu-Camu*): estremamente ricche di vitamina C naturale.
41) *Angelica sinensis*: analgesica, vasodilatatore e immuno-stimolante; in valutazione il suo Miele.
42) Olio di semi d'Uva (Olio di Vinacciolo): estremamente nutriente sia in base alle kilocalorie (900 Kcal / 100 grammi), sia per i fito-chimici contenuti (circa 500); nota: la spremitura deve avvenire a freddo e senza solventi.
43) Chicchi di *Vitis vinifera* (Vite rossa, Uva nera): se di stagione, almeno 250 grammi al giorno, da assumere in 7-10 porzioni al giorno.
44) Mosto d'Uva: nella stagione autunnale almeno mezzo litro alla settimana, lontano dai pasti.
45) In valutazione il Miele di *Vitis vinifera*.
46) Semi di *Linum usitatissimum*: azione anti-ossidativa e anti-tumorale (sospetta Apoptosi) indotta dai Lignani ivi contenuti; nota: essendo lassativo, vi è il rischio di sinergismo con l'azione lassativa dell'*Aloe arborescens*. Contiene vitamina B17.
47) *Coriandrum sativum* (Coriandolo, Erba Cimice): mangiare solo i semi, poiché il resto della pianta è tossica; riduce ed elimina le forme colitiche, contribuendo a ridurre le forme diarroiche non infettive, come ad esempio quellle potenzialmente indotte dall'*Aloe arborescens*. Azione anti-neoplastica su base apoptosica.
48) *Eleuterococcus senticosus* (*Acanthopanax senticosus*) o Ginseng siberiano: esso differisce da altri tipi di Ginseng per la tipica radice carnosa; rispetto al *Panax ginseng* ha meno effetti collaterali (per quest'ultimo possibili rischi di crisi ipertensive, e contro-indicazione assoluta in caso di ipertofia prostatica).
49) Radice di *Zingiber officinalis*: azione di apoptosi su tumori tramite la caspasi 3 ([1143]), azione proteolitica (vedi cap.7); riequilibrio della flora intestinale (vedi cap.8); attività anti-ossidante ([590]); attività anti-infiammatoria; in particolare, potente azione anti-emetica, superiore a quella di 100 mg di Difenidramina ([580]) o del Dimenidrinato; nota dell'autore del presente lavoro: l'azione anti-infiammatoria dello Zenzero è dovuta sia alla inibizione della ciclo-ossigenasi che della lipo-ossigenasi, con inibizione quindi sia della formazione dei leucotrieni, sia dei trombossani e delle Prostaglandine; pertanto, lo Zenzero è da impiegare soltanto in funzione di

riduzione dei processi infiammatori conseguenti alla Cascata Immunitaria (una volta innescata dalle vitamine fito-terapiche elencate al cap.4).

50) Il *Poterium spinosum* (Spinaporci) ha una importante funzione di terapia contro il diabete.
51) *L'Apium petroselinum* (Prezzemolo) esercita un buon effetto anti-carminativo eliminando la sgradevole alitosi indotta dall'*Allium sativum*. E' sospettato d'indurre fenomeni di apoptosi in cellule tumorali.
52) *Citrullus vulgaris* (Anguria) : occorre verificare che il frutto sia sodo e controllare che la buccia sia tirata, di colore brillante, uniforme e lucida ad eccezione della zona che poggia sul terreno. L'occhio, collocato nella parte opposta al peduncolo, dev'essere piccolo e le striature ben allargate, il che significa che la maturazione è stata completata. Battendo l'anguria con le nocche si deve sentire un suono vivo e mai sordo.
53) olio di Riso giapponese: estremamente ricco di grassi polinsaturi e di Orizanolo.
54) *Ghee* (Burro chiarificato): Burro deproteinato e disidratato, contenente principi attivi di notevole interesse come l'acido butirrico e linoleico, vitamine liposolubili e altri principi attivi, in particolare: acido palmitico (32%), acido oleico (23%), acido niristico (11%), acido stearico (10%), acido laurico (3,5%), acido caprinico (3%) acido linoleico (2%). In valutazione.
55) *Propolis* d'api: riattiva il Timo, ritarda l'ossidazione della vitamina C, dispone di proprietà anestetiche locali, fungicide, antivirali, antiparassitarie, anti-infiammatorie, cicatrizzanti e immunologiche. Induce apoptosi su cancro della bocca (Congresso di Fitoterapia Medica, Università degli Studi di Trieste, Settembre 2004); contiene però vitamina B12.
56) In valutazione il Miele di *Acer campestris* (Acero canadese), poichè sembrerebbe particolarmente povero di Glucosio.
57) Acido pangamico, o vitamina B15: sospettata azione anti-neoplastica, ancora poco indagata in letteratura; anti-ossidante (estratto dal nocciolo di *Prunus armeniaca*, dai Cereali integrali, dal Riso integrale giapponese, dal *Saccharomyces cerevisiae*).
58) Minerali essenziali presenti in Vegetali (in special modo *Aloe arborescens*, *Equisetum arvense*) Bromo, Magnesio; Silicio, Boro, Manganese, Ferro, Molibdeno: il Bromo aiuta l'azione dell'insulina; il Magnesio previene i calcoli urinari e ricalcifica le ossa; il Boro è necessario per la conversione della vitamina D nella sua forma attiva; il Manganese è utile per l'attività dell'enzima anti-ossidante SOD.
59) Fermenti lattici, tipo *L. acidophilus*, coltivati in succhi di Verdure, Frutta, Ortaggi, ma senza Lattosio e/o derivati del Latte; da assumere sempre lontano dai pasti.
60) *Licopene*: carotenoide presente soprattutto nei semi di *Solanum lycopersicum* (Pomodoro); è un anti-ossidativo; tende a concentrarsi nella prostata, prevenendo l'insorgenza dell'ipertrofia prostatica e inducendo apoptosi di eventuale tumore.
61) *Acido alfa-lipoico*: carotenoide presente nei semi di *Solanum lycopersicum* (Pomodoro); è un anti-ossidativo coadiuvante delle vitamine C, E, e del Glutatione; un suo metabolita, l'acido deidrolipoico, ne prolunga l'azione anti-ossidativa; mantiene normale il livello del coenzima Q10; si ritiene che la dose ottimale per i pazienti neoplastici possa essere di almeno 100 mg x 6 volte al giorno ([648]).
62) *Acido caprilico* (noto anche come *acido ottanoico*): acido grasso che si estrae dalle noci di Cocco e dall'olio di Palma; dissolve la membrana cellulare della *Candida albicans* e di altri funghi; viene ben assorbito dall'intestino, distribuendosi poi in maniera uniforme anche nel *colon*, dove è più comune la colonizzazione da *Candida albicans*.
63) *Betaina* (*Trimetilglicina*): estratta dalle Barbabietole da Zucchero, è un agente metilante che svolge un ruolo importante nel processo di detossificazione dell'Omocisteina (potente ossidante e generatore di radicali liberi), in Metionina (aminoacido essenziale); ([595]). (Abbandonata dal *Protocollo di cura anti-cancro* presentato in fondo al presente lavoro, prima degli ALLEGATI).
64) *Octacosanolo*: contenuto in olio di *Triticum sativum*, nella *Spinacia oleracea*: azione sinergica con la vit. E; si sospetta che favorisca la produzione di energia a livello organico in maniera simile al Germanio organico (dati bibliografici non disponibili).

65) Co-fattori della vitamina C estratti da agrumi e altra Frutta fresca: *Bioflavonoidi* e/o *Flavoni* (*Citrina*, *Esperidina*, *Camferolo, Isoamnetina*, *Rutina*, *Iperoside*, *Quercetina, Quercitrina*, *Picnogenolo*), Biflavoni (*Biapigenina*, *Amentoflavone*).
66) *Rutina*: bioflavonoide ad azione anti-ossidante; si estrae soprattutto dalle foglie di *Hemidesmus indicus*, *Tephrosia purpurea*, *Fagopyrum esculentum*, *Eucalyptus globulus*, *Myrtus communis*.
67) *Pectine*: sono polimeri omosaccaridici degli acidi della frutta, sostanze gelatinose che si ritrovano nei succhi di frutti o nelle radici di piante verdi; si possono ricavare facilmente dai Limoni; le più pure sono quelle contenute nella porzione interna della buccia di Limone e di Arance amare o dalla Mela, in particolare dalla Mela Cotogna; inibiscono la proliferazione cellulare anomala.
68) *Picnogenoli* (Pro-antocianidine oligomeriche o Leuco-antocianidine): estratti soprattutto dalla corteccia del Pino marino, o dai semi di *Vitis vinifera*; azione anti-ossidante (circa 15-30 volte superiore alla vit. E), anti-enzimatica e vaso-protettiva.
69) *Quercetina*: è uno dei più attivi Bioflavonoidi; esplica la sua azione in sinergia con la vit. C, picnogenoli, diversi altri Bioflavonoidi e metaboliti della vitamina C (acido tronico, acido lixonico, acido xilonico….); questo bio-flavonoide è largamente presente nei semi e nella buccia di Frutta e Verdure, nella corteccia di alberi. Induce apoptosi nei cancri e nelle leucemie (www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php)
70) succhi di Frutta senza Zucchero (ad esclusione di Fruttosio), senza conservanti, senza coloranti: *Prunus armeniaca*, *Ananas sativum* o *comosus*, *Prunus avium*, *Phyrus communis Fragaria vesca*, *Citrus limonum*, *Vaccinium myrtillus*, *Rubus fruticosus*, *Carica papaya*, *Prunus persica*, *Prunus nigra*, Mosto di *Vitis vinifera*, *Malus communis*.
71) Integratori a base di Coenzima Q 10 (Ubichinone); anti-ossidante simile alla vit. E; immuno-stimolante; consente alla cellula di utilizzare l'energia a livello mitocondriale permettendo un corretto metabolismo cellulare; nota: l'acido alfa-lipoico è un fattore coadiuvante.
72) Nero di Seppia (*Sepia officinalis*): è il contenuto essiccato del sacchetto d'inchiostro. Regola l'integrazione fra gli ormoni surrenalici, gli organi sessuali e l'ipofisi. Svolge la sua azione prevalentemente nella sfera psichica (depressione, umore labile, irritabilità) ma anche in quella somatica (disturbi circolatori, mal di testa, insonnia, e vampate di calore). Il sacchetto d'inchiostro contiene principalmente Sali (Calcio carbonato, Magnesio carbonato, Sodio solfato e Sodio cloruro), Melanina e Ferro. E'probabile che siano i prodotti di degenerazione della Melanina ad essere i responsabili dell'azione farmacologica. Infatti la Melatonina è un prodotto della polimerizzazione dell'aminoacido Tiroxina, da cui derivano anche la deidrossi-Fenilalanina (DOPA) che, a sua volta, fa parte della catena biosintetica delle catecolamine (Dopamina, Noradrenalina, Adrenalina), coinvolte in molte funzioni cerebrali, metaboliche e nella termoregolazione.
73) Ancora in valutazione il possibile abbandono d'integratori ricchi di aminoacidi non essenziali o addirittura essenziali come la Metionina, essendo quest'ultimo un derivato dei processi anti-ossidativi a carico dell'Omocisteina che, in alcuni tipi di cellule neoplastiche, non sembrerebbero avvenire a causa dei deficit enzimatici propri delle cellule neoplastiche. Tale fatto potrebbe essere esteso anche ad altri aminoacidi.
74) Ancora in valutazione il possibile impiego in pazienti oncologici di concentrati di *Urtica dioica*: questa pianta contiene proteine fino al 24 % del suo peso secco, e anche acido folico; inoltre contiene anche tutti gli aminoacidi essenziali (fatto questo che è negativo per i nostri scopi), Ha però molte vitamine (A, B2, C, K), e una grande varietà di minerali (Calcio, Ferro, Silicio, Zolfo, Potassio, Manganese). Era impiegata in passato come alimento soprattutto nei casi di anemia e di depauperamento organico importante. La somministrazione dei suoi estratti determinavano inoltre un netto miglioramento della funzione renale, con aumento della produzione di urina ed incremento dell'eliminazione di sostanze tossiche come l'Urea. L'abbassamento di Colesterolo che consegue ad una cura di *Urtica dioica* suggerisce che anche il metabolismo epatico sia influenzato positivamente da questa erba.

75) Ancora in valutazione il possibile impiego in pazienti oncologici dei Frutto-oligosaccaridi (FOS) per terapia adiuvante alla flora batterica intestinale. Essi infatti determinano un aumento dei bifido-batteri e dei latto-bacilli con contemporanea diminuzione delle colonie di batteri patogeni (vedi anche cap.8). I FOS sembrerebbero non essere assimilabili dall'organismo umano, senza determinare quindi pericolosi *uptake* di Glucosio in sede tumorale. Quest'ultimo fatto, estremamente importante per la salute del paziente neoplastico, dev'essere però ancora dimostrato in letteratura scientifica, ad esempio con Fluoro 18-Desossi-Glucosio in prove animali.
76) Ancora in valutazione il possibile impiego in pazienti oncologici del Baccello di *Phaseolus vulgaris* (Fagiolo), poichè ricco di Pectine, Tannini e Flavonoidi; in particolare, rallenta l'assorbimento intestinale degli Zuccheri, bloccando così gli eventuali picchi glucidici ematici; limita però l'apporto calorico.
77) Ritenuto valido l'impiego in pazienti oncologici del Pompelmo (*Citrus decumana*), poiché ricco di Flavonoidi, vitamine e pectine. E' purtroppo ricco anche di Fenil-alanina, quest'ultima strutturalmente molto simile ai farmaci simpatico-mimetici impiegati attualmente come anoressizzanti, esercitando quindi un effetto ben preciso sui centri nervosi della sazietà; questo fatto potrebbe essere controproducente nella cura del tumore, poiché il paziente deve assumere elevate quantità di verdure e frutta.

Introiti alimentari a scopo energetico
Il problema del paziente oncologico è anche quello di raggiungere un introito calorico sufficiente.
In tal senso, è utile pesare il paziente ogni settimana, correggendo eventuali perdite di peso con incremento di cibo, sulla base di quanto già indicato in questo paragrafo e di quanto riportato in tabella 3. Quest'ultima fornisce indicazioni utili su come poter raggiungere, in linea di massima, le 1.700-2.500 kilocalorie giornaliere.

Introiti alimentari a scopo terapeutico
A questo introito energetico, bisogna poi aggiungere i fattori immuno-stimolanti (vedi cap.4), anti-ossidativi (cap.9), fattori anti-parassitari con eventuale copertura antibiotica (cap.11), fattori bio-chemioterapici (cap.5), fattori di anti-angiogenesi (cap.15), fattori di lisi dello stroma connettivale (cap.7), fattori anti-infiammatori (cap.10).
In particolare, i fattori anti-ossidativi (cap.9) dovrebbero essere somministrati al ritmo di una dose ottimale sufficiente ogni mezz'ora, dato il loro rapido consumo; Molto spesso sono comunque necessari gli enteroclismi secondo metodo Gerson o similia.

In tabella 1.a (VEDI CAPITOLO 1) sono riportati anche i cibi, con inclusione anche di Pesce.
I cibi a base di Pesce possono essere presi successivamente all'induzione della Cascata Immunitaria, se il tumore presenta riduzione di volume, e se i *markers* tumorali risultano ancora in calo. E' comunque necessaria l'assunzione di proteine animali (Pesce) in caso di grave depauperamento organico indicato da valori di Albuminemia inferiori al range di normalità: valori che richiedono, in tal caso, la possibile obbligatorietà di introiti proteici a base anche di Pesce, anche se la massa tumorale non dovesse ancora essere regredita in maniera apprezzabile.
Non ancora inclusa in tale lista di alimenti la *Pappa Reale*, per la quale la decisione d'impiego dev'essere di esclusiva pertinenza medica, poiché ricca di proteine, acidi nucleici , acido folico e vitamina B12, efficace quindi per sostenere la Cascata Immunitaria, ma anche capace di sostenere la ripresa neoplastica incaso di eccessivo dosaggio.
Nota: non sono stati inclusi nell'elenco i frutti esotici, (alcuni con notevole attività anti-tumorale), quali: *Acca sellowiana* (Feijoa), *Ananas sativum* (Ananas), *Annona muricata* (Guanàba o Graviola), *Bactris gasiaes* (Chontaduro), *Cyclanthera pedata* (Caigua), *Cyphomandra betacea* (Tamarillo),

Musa sapientum, acuminata o *paradisiaca* (Banana), *Passiflora mollissima* (Curuba), *Solanum quitoense* (Lulo).
Il motivo, è che molto spesso risultano essere pesantemente inquinate da pesticidi.

In base alla terapia proposta in questo lavoro, particolare attenzione dovrà essere rivolta al consumo di frutta fresca, ricordando ciò che Valnet aveva già enunciato:
1 litro di frutta fresca ben frullata (uva, frutta di bosco) apporta circa 800-900 kilocalorie, pari quindi a 750 cc di latte, oppure a 70 grammi di formaggio, oppure pari a 650 grammi di carne, oppure a 10 uova….
Anche l'altra frutta fresca, comune sulle nostre tavole, è ricca di energia:
1 litro di succo di mele biologiche corrisponde a 500 kilocalorie
1 litro di succo di ciligie biologiche corrisponde a 450 kilocalorie
1 litro di succo di pere biologiche corrisponde a 420 kilocalorie
1 litro di succo di arance biologiche corrisponde a 400 kilocalorie

Cap. 4 : Immuno-terapia

…The legal climate for alternative medicine remains repressive, the power and authority of conventional medicine, despite its well documented and rather glaring limitations, is formidable. However, I am gratified by the success of patients, and the others like them in our practice, who were able to avoid all aggressive surgery as well as toxic drug and radiation treatments. They still have their breasts, their lives, and their health…

Dr. Nicholas Gonzales

(vedi CAP. 17, e ALLEGATI 25 e 51)

L'Immuno-Terapia è la risposta immunitaria contro il tumore, condotta per mezzo di Linfociti T *gamma-delta*, dei Linfociti T citotossici, dei linfociti Killer e dei Natural Killer: veri sistemi-guida di una risposta immunitaria *completa* del paziente contro il tumore stesso (avvio della Cascata Immunitaria).
In merito ad essa, esistono diversi lavori scientifici, di cui si riportano alcuni:
JAMA, 278: pp.1972-1981, 1997;
Crit. Rev. Oncol.-Hematol, 22, pp.: 213-228, 1996;
Semin. immunol., 8, pp. 295-302, 1996;
Sem. Oncol., 23, pp.: 101-107, 1996;
Springer Semin. Immunopath. 18, pp.: 185-198, 1996;
Cancer Met Rev., 15, pp:329-349, 1996;
Ann. Rev. Immunol., 12, pp.: 337-365, 1994;
Adv Immunol. 35, pp.: 89-122, 1984.

In particolare, per tumori al cervello:
J. Neurosurgery 77, pp 757-762, 1992;
Cellular Immunology, 178, pp: 101-107, 1997;
J. Neuro-Oncology, 32, pp.: 29-38, 1997.

Per tumori della mammella:
Cancer Gene Therapy, 4, pp.: 157-166, 1997;
Surgery, 122, pp.: 228-234, 1997.

Per tumori del Colon:
Blood 89, pp: 2529-2536, 1997;

Per leucemia:
Progress Cancer Research and Therapeutics, 22, pp: 127-133, 1982;

Per tumori del fegato:
J. Immunology, 161, pp.: 5133-5137, 1998:

Per tumori del polmone:
Blood 89, pp.: 2529-2536, 1997;
J. Immunology 147, pp: 729-737, 1991;
J. Immunology 143, pp.: 740-748, 1989.

Per il Melanoma maligno:
Cancer Immunology, Immunotherapy, 42, pp.: 237-245, 1996;
J. Immunotherapy, 13, pp.: 153-165, 1993.

E’ stato dimostrato che stress negativi tendono aridurre la risposta immunitaria ([1696-1700]).

In questo lavoro, però viene descritta solo la Cascata Immunitaria, indotta contro il tumore, avviata attraverso l'utilizzo di vitamine fito-terapiche, poiché di più riconosciuta sicurezza, rispetto alle complesse metodologie di estrazione dei Linfociti dal tumore, loro coltivazione in ambiente sterile, e quindi loro successiva reinoculazione endovenosa nel paziente come Rosemberg, e altri autori.
A scopo di esempio si riportano comunque gli ottimi risultati ottenuti dall’italiano F. Pizza nel caso del carcinoma renale metastatico (Pizza Giancarlo: *Immunotherapy of metastatic kidney cancer*, Int. J. Cancer, 94, pp.109-120, 2001), un grave tipo di carcinoma la cui sopravvivenza a due anni dalla diagnosi è

invece notoriamente ritenuta “caso anedottico” (*anedoctal cases*), o comunque con percentuali di sopravvivenza molto basse, già a due anni dalla diagnosi (10-20%) secondo i più recenti lavori di terapia convenzionale mediante Chemio-Terapia ([1174,1175]).

Tralasciando queste complesse metodologie di risposta immunitaria secondo scuola di Rosemberg, Pizza e di altri autori, numerosi risultano essere comunque i lavori eseguiti alla ricerca di sostanze naturali ad azione immuno-modulante anti-neoplastica di derivazione vitaminica naturale ottenuta da piante ([9, 11, 32, 44, 50, 53, 61, 67, 82, 105, 126, 132, 144, 145, 146, 180, 196, 198, 225, 236, 278, 279, 306, 310, 319, 331, 346, 351, 359, 368, 372-381, 387, 388, 394, 395, 406, 412, 418, 419, 430, 444, 456, 462, 472, 474, 500, 516, 517, 520, 577]).
Ed è su questi dati che verrà discusso il presente lavoro.

Il riconoscimento delle cellule tumorali da parte dei globuli bianchi è un fenomeno complesso.
La maggioranza degli antigeni tumorali marcatori, reputati negli anni Ottanta come antigeni tumorali specifici, sono in realtà antigeni di differenziazione, cioè antigeni che compaiono lungo la linea maturativa della cellula come antigeni embrionali.
Non tutte le cellule fenoticamente tumorali esprimono gli stessi antigeni contemporaneamente e, indipendentemente dal ciclo cellulare, si ritiene che questi antigeni possano suscitare una debole reazione citotossica mediata dai linfociti, forse a causa di strutture carboidratiche schermanti le strutture proteiche, quest’ultime i veri determinanti antigenici; ([507]).
L’attivazione dei linfociti T soppressori viene provocata dalla debole risposta immunitaria al tumore: nel caso cioè di un tumore insorto spontaneamente, la presenza all’inizio di un basso numero di cellule favorisce anziché inibire la sua crescita attraverso un meccanismo mediato dai T soppressori.

E’ ancora controverso se i linfonodi regionali forniscano una barriera immunitaria o anche solo meccanica alla diffusione metastatica.
Spesso i linfonodi adiacenti al tumore non contengono cellule tumorali ma mostrano una reazione iperplastica, suggerendo l’esistenza di una reazione dell’ospite contro il tumore o i suoi derivati.
E’ stata anche avanzata l’ipotesi che i linfonodi abbiano una capacità limitata di eliminazione delle cellule neoplastiche.
Si ritiene cioè che il limite di questa azione sia data esattamente dal numero di cellule maligne che raggiungano il linfonodo, valore che deve necessariamente essere inferiore alle 500-1.000 cellule per non far attecchire la metastasi.
La distruzione delle cellule metastatizzanti verrebbe attuata soprattutto dai macrofagi istiocitari dei seni con reazione iperplastica dei medesimi, a cui seguirebbe una infiltrazione attiva della micro-metastasi tumorale ad opera di linfociti T citotossici e *Natural-Killer* (NK) ([507]).
Questi avrebbero reattività spontanea contro le cellule tumorali, primarie o metastatiche, senza estrinsecazioni di istocompatibilità o di specie-specifiche per la funzionalità dell’interazione cellulo-mediata.
Topi con bassi livelli di NK se trattati con *Beta-estradiolo* aumentano in modo significativo il numero dei propri NK, con riduzione significativa del numero delle metastasi ([507]).
Anche i *Neutrofili* del sangue periferico umano si sono dimostrati in grado di inibire la crescita in vitro di cellule tumorali di origine umana o murina, ma con rapporto di forza di **40** a **1** tra cellule effettrici e cellula neoplastica; e sempre se quest’ultima rivestita da anticorpi ([507]).
I *Monociti-Macrofagi* mostrano citotossicità di tipo fagocitario su cellule neoplastiche anche in assenza di precisa stimolazione: la loro citotossicità si svolgerebbe attraverso il legame, favorito dal recettore per la porzione FC dell’anticorpo e del *complemento*, al bersaglio antigenico ricoperto da anticorpi con un rapporto di forze di **1** ad **1**, cui seguirebbe la distruzione della cellula ([507]).
Di recente, notevole interesse hanno anche sollevato i Linfociti T, che risulterebbero essere attivati da particolari sostanze, quali le lecitine, contenute ad esempio anche nell'*Aloe* ([499]).

Risulterebbero anche utili, poiché precursori delle Prostaglandine e quindi coadiuvanti nella Cascata Immunitaria, sia l'olio di *Borrago officinalis* (Borragine, Lingua rada [nota: eliminare la fitta peluria che la ricopre]), sia l'olio di *Oenothera biennis* (Enotera), sia le foglie di *Nelumbium speciosum* (Kamala), contenenti due acidi grassi insaturi essenziali (vitamine F): l'acido gamma-linolenico e l'acido linoleico: gli acidi cis-linoleico e gamma-linolenico introducono nella complessa biochimica umana discrete quantità di acidi grassi essenziali; poi, attraverso l'acido gamma-linolenico (GLA) viene così superato il blocco *delta 6-desaturasi* promuovendo la produzione delle Prostaglandine, avviando così le prime fasi della Cascata Immunitaria.

La risposta immunitaria al tumore è pienamente dimostrata dall'uso di altre sostanze fito-terapiche([621,773,793,794]), caratterizzate da varie combinazioni di erbe europee, asiatiche, americane, australiane e africane, o impiegate singolarmente: l'*Echinacea purpurea*, l'*Astragalus membranaceus*, il *Panax ginseng*, la *Rhodiola rosea*, la *Morinda citrifolia*, la *Campanula latifolia*, il *Tribulus terrestris*, l'*Uncaria tomentosa*, la *Sida cordifolia*, l'*Arctium lappa*, la *Rumex acetosa*, la *Rumex crispus*, la *Bacopa monnieri*, il *Rheum palmatum o officinale*, il *Trifolium pratensae*, la *Calendula officinalis*, l'*Achillea filipendulina*, l'*Urtica dioica*, l'*Acalypha indica*, il *Taraxacum officinalis*, la *Malva silvestris* o *vulgaris*, l'*Epilobium angustifolium aut parviflorum*, l'*Artemisia dracunculus*, la *Salvia officinalis* o *lavandulifolia*, l'*Equisetum arvense*,la *Rubia tinctorium* aut *peregrina*, il *Crocus sativus*, l'*Arum triphyllum*, la *Polygala senega*, l'*Hydrastis canadensis*, il *Thymus vulgaris*, il *Citrullus colocynthis*, l'*Amaranthus hypocondriacus*, la *Tussilago farfara*, la *Primula veris* o *officinalis*, l'*Ailanthus glandulosa*, il *Thymus serpillum*, il *Sysymbrium officinale*, il *Lithospermum officinale*, l'*Aquilaria agallocha*, l'*Eclipta alba*, la *Larrea mexicana*, la *Viola tricolor*, la *Drosera rotundifolia*, o *anglica*, o *intermedia*, l'*Argemone mexicana*, la *Sambucus nigra*, la *Smilax sarsaparilla* o *utilitis*, la *Myrica cerifera*, il *Rosmarinus officinalis*, il *Cinnamomum zeylanicum*, l'*Adiantum capillus veneris*, il *Teucrinum marum*, la *Luffa operculata*, la *Tephorosia purpurea*, la *Nepeta cataria*, la *Momordica charantia*, la *Trigonella foenum graecum*, il *Verbascum thapsus* o *densiflorum*, la *Serenoa repens*, il *Sempervivum montanum*, l'*Ajuga reptans* aut *piramidalis*, il *Gnafalium supinum*, il *Citrus aurantium bergamia*, la *Draba aizoides*, la *Hieracium pilosella*, la *Cicerbita alpina*, l'*Hypericum richeri*, l'*Angelica archangelica*, il *Leucanthemopsis alpina*, la *Primula hirsuta*, la *Saxifraga oppositifolia*, il *Cerastium alpinum*, il *Cirsium spinosissimum*, la *Pedicularis rostrato-capitata*, la *Potentilla grandiflora*, l'*Annona muricata e/o squamosa*, la *Gentiana germanica*, la *Saxifraga aizoides*, l'*Antennaria dioica*, l'*Argyreia speciosa* (o *Lettsomia nervosa*), la *Moringa pterygosperma*, l'*Antyllis alpestris*, l'*Hypoxis hemerocallidea*, l'*Eupatorium perfoliatum* aut *purpureum*, l'*Euspongia officinalis*, la *Glycyrrhiza glabra*, il *Lycopodium clavatum*, la *Galphimia glauca*, l'*Albizzia lebbek*, l'*Asparagus cochinensis*, la *Scutellaria baicalensis* aut *latiflora*,la *Sticta pulmonaria* o *Lobaria pulmonaria*, la *Holarrhena antidysenterica*, la *Sutherlandia frutescens*, la *Chimaphila umbellata*, la *Myristica fragrans* e *sebifera*, la *Nelumbo nucifera, la Grindelia camporum o squarrosa*, l'*Althaea officinalis*, la *Guajacum officinalis*, la *Boswellia serrata*, la *Houttuynia cordata***,** il *Myroxylon balsamum*, l'*Erithrea antaurium*, la *Pulmonaria officinalis* aut *angustifolia*, la *Peucedanum ostruthium*, la *Bambusa arundinacea*, l'*Ocimum basilicum*, *sanctum* aut *tenuiflorum*, il *Ceanothus americanus*, la *Cassia angustifolia*, la *Centaurea erythreum*, la *Rhamnus sagrada* e *purshiana*, l'*Aralia racemosa*, la *Rhamnus frangula* (o *Frangula alnus*), la *Curcuma longa*, la *Terminalia chebula*, il *Lepidium meyenii*, la *Mahonia aquifolium*, lo *Stachys arvensis*, l'*Abuta grandifolia*, il *Polygonum aviculare*, l'*Ailantus glandulosa*, il *Geranium robertianum*, la *Marasdenia cundurango*, la *Melissa monarda* e *officinalis*, l'*Alchimilla alpina* e *vulgaris*, l'*Asparagus racemosus*, la *Isatis tintoria*, l'*Apium graveolens*, il *Lamium album*, la *Pimpinella major*, la *Lysimachia nummularia*, il *Marrubium vulgare*, l'*Acorus calamus*,la *Galium aparine*, la *Lapsana communis*, il *Glechoma hederaceum*, il *Myrtus communis*, la *Cinchona calisaya* o *succirubra*, la *Meum mutellina*, la *Picramnia antidesma*, l'*Azadirachta indica*, l'*Achyrocline satureoides*, il *Polypodium lepidopteris*, l'*Anacardium occidentale*, la *Bidens pilosa*, la *Bixa orellana*, la *Carapa guianensis*, la *Boerhaavia diffusa*, la

Calendula silvestris, la *Cassia occidentalis*, la *Cayaponia tayuya*, il *Cissampelos pareira*, la *Copaifera officinalis*, la *Cynara scolymus*, l'*Erythrina mulungu*, l'*Erythroxylum catuaba*, l'*Ilex paraguariensis*, l'*Inesinae calea*, il *Lepidium meyenii*, il *Maytenus krukovit*, il *Maytenus illicifolia*, il *Myroxylon balsamum* aut *pereirae*, la *Pfaffia paniculata*, il *Phyllantus niruri*, la *Physalis angulata* aut *Muehenbeckia volcanica*, la *Psidium guajava*, lo *Schinus molle*, il *Solanum paniculatum*, e altre ancora.

Viceversa, gli OGM hanno un impatto negativo sulle difese immunitarie (vedi Ottava Dichiarazione d'Intesa) come del resto ben dimostrato da un recente Progetto di Ricerca Italiano, coordinato dall'INRAN e finanziato dal Ministero per le Politiche Agricole, il quale ha evidenziato modifiche sostanziali nel sistema immunitario delle cavie, mettendo così in dubbio i tranquillanti pareri dell'EFSA (www.greenplanet.net/content/view/14155).

Effetti degli OGM sul sistema immunitario umano

Più di recente, uno Studio realizzato dal Prof. Werner Mueller e dalla dottoressa Anna Jaschok ha dimostrato che il DNA sintetico degli Ogm, una volta immesso nel corpo umano, non viene interamente degradato nel tratto intestinale ma penetra nel sistema linfatico e nel sangue e si deposita negli organi.

Lì svolge una funzione immuno-modulatoria dagli effetti ancora sconosciuti.

Le valutazioni del rischio dell'EFSA, sulla cui base sono approvati gli Ogm dalla Commissione europea, non tengono conto degli effetti immunomodulatori del DNA estraneo. Testo integrale dello studio:

http://www.eco-risk.at/de/stage1/download.php?offname=FOOD-DNA-risk&extension=pdf&id=69

Osservazioni personali sulla Risposta Immunitaria dei pazienti trattati con *Aloe, ESSIAC, Graviola, vitamina C* e dieta simil-gersoniana

In base a quanto osservato su oltre 100 pazienti, di cui circa la metà seguiti regolarmente con Cartella Clinica [vedi anche Lettere di Pazienti : www.mednat.org/cancro/Casi%20clinici.pdf], il processo evolutivo della Cascata Immunitaria indotta da *Aloe arborescens* e altre piante, in associazione a Terapia-Gerson modificata (Dieta anti-Cancro, dell'autore del presente lavoro) sembrerebbe essere il seguente

INFLAMMATIO LYMPHONODIS:

E' l'infiammazione dei *soli* linfonodi *prossimali* al tumore, per attivazione dei Linfociti *Natural Killer*. Questi linfonodi appariranno "reattivi" ad eventuali esami ecografici.
La Cascata Immunitaria contro il Cancro (Risposta Immunitaria) è sempre iniziata a livello linfonodale ove sono presenti linfociti *Natural Killer*, e sono linfonodi posti in sede prossima al tumore, causa il continuo drenaggio linfatico (circolazione linfatica), che trascina a questi linfonodi, veri e propri sistemi di filtraggio in rete, eventuali cellule tumorali provenienti da organi o tessuti vicini al linfonodo. Come già riportato in letteratura medica (es.: V. H. Engelhard: "*Come le cellule elaborano gli antigeni*", Le Scienze, n.314, pp. 42-50, ottobre 1994; J.Ding: "*Come agiscono le cellule killer*". Le Scienze, 1994, pp.: 28-34) la cellula tumorale viene così "esaminata" all'interno del linfonodo da questi speciali linfociti e da altri, che ne analizzano la targa genetica, costituita da sottili filamenti proteici presenti sulla superficie di tutte le cellule, sia sane che malate. Se la targa genetica è alterata nella sua sequenza, cosa molto comune nel caso di cellule del cancro, questi linfociti uccidono la cellula malata mediante impiego di un particolare ago proteico (Perforina), con il quale perforano la parete della cellula "estranea", facendole così perdere il Potassio e altre sostanze contenute al suo interno. Una volta uccisa, la cellula tumorale viene analizzata ed elaborata in questo particolare e preziosissimo micro-laboratorio biologico. Secondo l'autore del presente lavoro, il linfonodo maturerebbe così, nel corso dei giorni e delle settimane successive, la propria risposta immunitaria al Cancro. Questa reazione immunitaria consisterebbe quindi, sostanzialmente, in un ingrandimento del linfonodo, che può così raggiungere anche le dimensioni di qualche centimetro. Questi linfonodi sono sempre "reattivi" all'esame ecografico (cioè non distrutti nella loro morfologia interna dall'invasione neoplastica, ma risultano soltanto ingranditi come dimensione) e NON dovrebbero essere quindi mai tolti. Quando i chirurghi levano invece questi linfonodi, essi sono quasi tutti negativi per presenza di cellule tumorali, oppure presentano piccole infiltrazioni di cellule tumorali. (Nota: alcuni di essi risultano invece totalmente sovvertiti nella loro struttura morfologica, poiché totalmente invasi dalle cellule dal cancro). La maggior parte dei linfonodi, però, risultano essere sani e e"reattivi" al tumore ma, essendo stati tolti dal chirurgo, viene a cadere la risposta immunitaria *locale*, e il tumore, può a questo punto propagarsi a distanza, ricomparendo a distanza di tempo in zone molto lontane dall'origine primaria (metastasi), proprio perché è venuta a cadere l'azione di filtro di questi importantissimi "sistemi di rete". Analogamente, anche la Radio-Terapia riveste, paradossalmente, un'azione negativa nei confronti della Cascata Immunitaria, poiché molto spesso le pesanti sedute di Radio-Terapia colpiscono anche i preziosi linfonodi posti in vicinanza del tumore primario.

La Cascata Immunitaria (Risposta Immunitaria) rimane *locale* per molti mesi.
Ciò rende estremamente delicato l'approccio terapeutico iniziale poiché quest'ultimo deve salvaguardare innanzitutto il "linfonodo reattivo", ove pochi linfociti *Natural Killer* hanno finalmente "riconosciuto" la malattia.
Soltanto a seguito dei complessi fenomeni della "Cascata Immunitaria", cioè dell'attivazione in sequenza dei Linfociti gamma-delta, dei Linfociti T citotossici, dei Linfociti B, dei Linfociti *Killer*,

dei Monociti, vi sarà alla fine una Risposta Immunitaria *non* più locale, ma finalmente generalizzata e diffusa all'intera rete immunitaria del soggetto (produzione di Interleukina 6 (vedi Proteina C Reattiva), attivazione dei Linfociti B, presenza degli anticorpi policlonali).

Nota: Presenza di cellule benigne in linfonodi-sentinella, asportati dai chirurghi, portano a falsi positivi;

Il piazzamento di *cellule epiteliali benigne* nei linfonodi ascellari asportati dai chirurghi può determinare una diagnosi *falsamente positiva* di tumore maligno mammario. La presenza di cellule epiteliali nei linfonodi-sentinella asportati dai chirurghi non significa necessariamente metastasi: la colorazione "per citocheratine" è infatti comune nella valutazione dei linfonodi-sentinella appena asportati. La loro presenza va valutata con attenzione caso per caso, mediante tecniche istologiche ed immuno-istochimiche comparative, fino allo sviluppo di un marcatore specifico per le metastasi che sia affidabile (….). Tale valutazione è ancora più importante nelle pazienti con assenza di carcinoma invasivo accertato, soprattutto se vi è qualcosa descritto come "papillare", o nelle pazienti con tumori invasivi molto piccoli (diametro inferiore ad un centimetro) che non risultano scarsamente differenziati. La mera presenza di un gruppo di cellule provenienti dalla lesione primaria nel linfonodo di drenaggio non va interpretata come una vera e propria metastasi (J. Clin. Oncol., 2006, 24, pp. 1978-79, pp.: 2013-2018).

INFLAMMATIO TUMORIS:

E' caratterizzato da *Dolor*, *Calor*, *Rubor*, *Tumor*, *Functio lesa* della regione anatomica interessata dal Cancro. Può esserci anche febbre (sempre e comunque pomeridiana e/o serale). Il *Dolor* da *Inflammatio Tumoris* sembrerebbe diverso da quello dovuto al Cancro. Il *Dolor* da *Inflammatio tumoris* insorge in genere con la Risposta immunitaria (Cascata Immunitaria), cioè di pomeriggio, dopo le 15.00-16.00, ed è facilmente dominabile con enteroclismi di *Coffea arabica* (caffè), secondo metodica Gerson, di gran lunga preferibili ai farmaci anti-infiammatori (FANS, e/o Cortisonici). Viceversa, il dolore da crescita del Cancro (*Dolor Mali Moris*) *non* è dominabile in alcun modo, se non parzialmente, e comunque per breve tempo, con Chemio-Terapia, Radio-Terapia, Chirurgia, Cortisone, Oppioidi (droghe). Il *Calor* da *Inflammatio tumoris* insorge anch'esso con la Risposta immunitaria (Cascata Immunitaria), cioè di pomeriggio, dopo le 15.00-16.00, ed è anch'esso facilmente dominabile con enteroclismi di *Coffea arabica*, secondo metodica Gerson, di gran lunga preferibili ai farmaci anti-infiammatori (FANS e/o Cortisonici).
Se masse tumorali di una certa entità, il *Calor* prende l'aspetto della febbre.
Se il tumore è superficiale, la sua infiammazione lo rende caldo e molle alla palpazione, anziché freddo e duro, e di dimensioni più grandi (circa 1/3 della massa originaria), e con la cute arrossata. Olii essenziali di piante di cui è dimostrata la proprietà di indurre apoptosi (vedi cap.5) su quel determinato tipo di tumore sono particolarmente indicati.

Anche metastasi presenti su regioni osse come le vertebre cervicali, dorsali e lombari si prestano particolarmente bene a tale approccio clinico-terapeutico. In particolare si è sperimentato l'uso dell'olio puro di *Hypericum perforatum* (prodotto artigianalmente da piante fresche) su una metastasi dorsale da epato-carcinoma, e l'olio puro di *Juniperus officinalis* (prodotto artigianalmente da piante fresche) su metastasi ossee diffuse da carcinoma della mammella. In quest'ultimo caso si è anche avuto modo di dimostrare l'andamento cranio-caudale della risposta immunitaria, essendo la paziente affetta da metastasi in sede craniale, rachidea dorso-lombare, sternale e alle ali iliache: mettendo su grafico le date delle puntate ematiche di CA-15.3 (sempre coincidenti a fasi di particolare recrudescenza dei dolori ossei), si è osservato che nell'arco di otto mesi la Risposta Immunitaria, appoggiata dall'uso di applicazioni locali di olio puro di *Juniperus officinalis* sull'intero rachide, sulle ossa iliache e sullo sterno, ha sempre mantenuto un andamento lento e progressivo di "pulizia" condotta dall'alto in basso, a ondate cicliche…
Molti altri pazienti, con quadro clinico di disseminazione metastatica a più organi e apparati hanno anch'essi dimostrato l'andamento cranio-caudale della Risposta Immunitaria (dati riservati).

Come ben descritto in testi inerenti alla ben nota "Terapia Gerson", si assiste al seguente fenomeno:
"…*With all its defenses restored, the body is again capable of destroying tumor tissue, breaking it down and excreting it. The most aggressive kinds of malignancies (as melanomas, ovarian cancers, small-cell lung cancers, aggressive lymphomas) retreat the most rapidly. One can almost watch them melt away*…(tratto da: "*The Gerson therapy. The amazing juicing programme for cancer and other illnesses…*", by Charlotte Gerson and Morton Walker, Thorsons ed.; pp.30
(Traduzione: "*...avendo riattivato tutti i sistemi immunitari, l'organismo è nuovamente in grado di distruggere il tessuto tumorale, decomporlo e infine espellerlo. Le neoplasie più aggressive (come melanomi, tumori dell'ovaio, tumori del polmone a piccole cellule, linfomi aggressivi*) *reagiscono più rapidamente delle altre. E' quasi perfino possibile osservarle mentre si sgretolano e scompaiono*…".([749,750,1360-1364]) Macroedizioni www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3698)

Functio lesa: l'infiammazione dell'organo colpito da cancro può determinare in molti casi la parziale o totale "messa fuori uso" dell'organo. Ad esempio, in una paziente con cancro al polmone sinistro, mai sottoposta ad intervento chirurgico, Radio-Terapia o Chemio-Terapia, il polmone di sinistra risulta da molti mesi totalmente atelectasico, senza per questo dare però *dolor* o altri fenomeni ingravescenti alla paziente, che mantiene comunque una buona VES (50-60). Dopo 24 mesi, nel febbraio 2006 scomparsa dell'atelectasia su gran parte del polmone sinistro precedentemente atelectasico del tutto.

DETOSSIFICATIO TUMORIS

La massa tumorale è costituita da materiale necrotico, cellule immunitarie in stato infiammatorio, tessuto connettivale e, ovviamente, da cellule neoplastiche più o meno attive.
Dalle ore 15.00-16.00 del pomeriggio fino alle ore 03-04 di mattina si assiste alla Risposta Immunitaria (Cascata Immunitaria), con infiammazione del tumore e rilascio nel sangue di sostanze tossiche, di decine di molecole pro-infiammatorie, di molte altre sostanze (pericolose o meno) ma sempre provenienti dal tumore.
Dalle ore 04 di mattina alle ore 11 di mattina il paziente si detossifica da tutto il materiale tossico rilasciato dal tumore durante la risposta infiammatoria pomeridiano-notturna. In particolare, è soprattutto il fegato l'organo-chiave per una corretta detossificazione da tutte queste sostanze, seguito dal sistema emuntorio renale e dalla stessa cute e mucose annesse (lingua, apparato gastro-esofageo).
L'elenco delle sostanze da considerare è molto vasto, ed esula da questo lavoro.
Innanzitutto, si può affermare che il tessuto necrotico può essere suddiviso in due classi:

1) "tessuto necrotico da coagulazione": caratterizzato biochimicamente da denaturazione proteica e morfologicamente dalla progressiva cancellazione della struttura del tessuto destinato a trasformarsi in una massa bianco-grigiastra con resti nucleari isolati.
2) "tessuto necrotico da colliquazione": è prodotto sia per autolisi, sia per eterolisi.

Due importanti fattori limitano la crescita dei tumori solidi, a prescindere dalla risposta immunitaria: la disordinata vascolarizzazione della massa tumorale e la conseguente ridotta nutrizione dei tessuti interni neoplastici per "diffusione". La distanza minima tra cellula cancerosa e il capillare ematico dev'essere inferiore a 150-200 micrometri, distanza che si riduce ulteriormente a 100 micrometri se si considera la capacità di diffusione dell'ossigeno, necessario per la respirazione cellulare. Il pH interno della massa tumorale sarà inoltre acido, con scarsità di materiale nutritivo, vaste aree necrotizzate, e con gran parte delle cellule neoplastiche in fase "dormiente".

Via via che sale la VES, nei mesi successivi all'innesco della Cascata Immunitaria, si assisterà all'incremento relativo nel sangue circolante dei markers tumorali, della *Lattico-de-idrogenasi*, e di molte altre sostanze rilasciate dal tumore o dagli stessi globuli bianchi (granulociti) in fase di penetrazione nella massa necrotica del tumore.
Molte di queste sostanze sono fortemente tossiche, e debilitano il paziente, intossicando il fegato e gli altri organi, potendo così determinare il fallimento stesso della terapia descritta in questo lavoro.
Anche altre sostanze, prodotte direttamente dal tumore, meritano la nostra attenzione per i pericoli che comportano per il paziente stesso, come ad esempio il *Proteolisis Inducing Factor* (PIF), che induce la distruzione delle proteine muscolari del paziente allo scopo di nutrire le cellule tumorali stesse con gli aminoacidi essenziali, la vitamina B12 e l'acido folico. Il PIF induce anche la sindrome dello "spreco"(*Wasting Syndrome*).
Molte sono le sostanze liberate nel sangue dal tumore in fase di *Inflammatio* : Filamenti Intermedi come le Citocheratine, la Vimentina, la Desmina, il CEA, l'alfa Fetoproteina, il PSA, il CA15.3, il CA19.9, il CA125 e altri *markers* tumorali, la Bombesina, la pericolosa Chimochina, alcuni peptidi oppioidi endogeni morfino-mimetici (es. Metencefalina, Adrenorfina), gli Attivatori del Plasminogeno (con funzione di proteolisi per processi di auto-mantenimento ed espansione del tumore stesso), le protrombine para-neoplastiche (prive dei residui terminali di acido gamma-carbossiglutammico), i Fattori di Crescita Trasformanti (TGF, *Transforming Growth Factor* o TDGF, *Tumor-Derived-Growth Factor*), i Fattori Angiogenetici Derivati dal Tumore (TAF, *Tumor-Derived-Angiogenic-Factors*), il Fattore di Crescita Simile all'Insulina (IGF-I "*Insulin Like Growth Factor –I*"), i Fattori di Crescita per i Fibroblasti (FGF, *Fibroblast Growth Factor*), etc….
Le cellule neoplastiche producono queste sostanze per diverse ragioni; la più semplice, di tipo evolutivo-competitivo con l'organismo ospite, la spiega sulla base di un tentativo di crescita *autocrina* da parte del tumore che produce specifici fattori di crescita a cui poi le cellule maligne risponderanno tramite proliferazione: gli oncogeni sarebbero quindi i responsabili dell'acquisizione della capacità di crescita autonoma attraverso 3 effetti:

1) di codifica del fattore che auto-stimola la crescita,
2) di codifica del suo recettore
3) amplificando i segnali fitogeni provenienti dal fattore di crescita legato al recettore stesso.

Il fegato riveste quindi il compito fondamentale di disattivare tutte queste sostanze prodotte dal tumore. Ma per fare questo ha bisogno di sostanze epato-protettive di tipo vitaminico, come ad esempio quelle contenute in prodotti vitaminici fito-terapici che la Medicina Classica Occidentale conosce ormai da migliaia di anni, estremamente efficaci su molti processi degenerativi o tossici a danno del fegato: *Silybum marianum*, *Taraxacum officinale*, *Smilax aspera*, *Cynara scolymus*, *Salvia officinalis*, *Agropyrum repens*, *Hyssopus officinalis*, *Matricaria camomilla*, *Aloe species*, etc…

Ma anche i mediatori pro-infiammatori derivanti dalla Cascata Immunitaria risultano essere pericolosi per il paziente stesso se la Risposta Immunitaria, indicata dalla VES, tende a "sfuggire" al controllo stesso del medico curante, con il rischio di provocare risposte immunitarie pesantissime a danno dello stesso paziente (indicato da VES, *markers* tumorali e *lattico-de-idrogenasi* altissime).
In particolare, i mediatori dell'infiammazione possono determinare dolori acutissimi e prolungati sulle radici nervose limitrofe all'area interessata dalla Risposta Immunitaria.
Essendo la Cascata Immunitaria una caratteristica di difesa dell'organismo presente soprattutto durante la notte, il medico dovrebbe proporre il metodo, secondo Gerson, di enteroclismi di *Coffea arabica* applicati soprattutto nel primo pomeriggio, prima della notte, e preceduti un'ora prima dall'assunzione di almeno un cucchiaio di olio di semi di *Ricinus communis* (quest'ultimo però è proibito in pazienti già sottoposti a Chemio-Terapia).
La *Coffea arabica*, infatti, apre i dotti biliari del fegato, intasati dalle tossine di origine tumorale accumulate nei giorni precedenti, scaricandole rapidamente nell'intestino e consentendo così al

fegato di essere pronto per assorbire le nuove tossine di origine tumorale che il processo infiammatorio dovuto al nuovo attacco notturno dei granulociti riverserà nel sangue nella notte ormai vicina, processo infiammatorio di Risposta Immunitaria che sarà preannunciato dal primo attacco febbrile, avvertibile dal/la paziente già a metà pomeriggio. Un secondo o un terzo enteroclisma di *Coffea arabica* sarà comunque consigliabile durante la notte stessa, prima comunque delle 4 di notte (periodo in cui termina la Cascata Immunitaria) idealmente 3-4 ore prima di mezzanotte, e poco prima della mezzanotte, quando è maggiore la quantità di nuove tossine e di sostanze pro-infiammatorie riversate nel sangue dal tumore infiammato dalla Cascata Immunitaria in atto. Se però il paziente ha problemi di insonnia a causa della Caffeina, si provvederà altrimenti.

DEPROTEINATIO TUMORIS:

La Dieta anti-neoplastica dev'essere priva, il più possibile, di proteine: ciò per la fondamentale ragione che la crescita del tumore avviene soprattutto attraverso questi particolari fattori di apporto nutritivo (vedi ad esempio: *"Aspettativa di vita a cinque anni in pazienti affetti da Melanoma curati con la terapia dietetica secondo il metodo del dott Gerson: un'indagine retrospettiva*" (Hildebrand, G.L.: *Five year survival rates of melanoma patients treated by diet therapy after the manner of Gerson: a retrospective review*, in Alternative Therapies, vol.1[4], september1995, pp.29-37).
http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm MELANOMA)
www.gerson-research.org/docs/HildenbrandGLG-1996-1/index.html

Poiché l'organismo non può sopravvivere in assenza di queste sostanze, vi sarà il tentativo, da parte dell'organismo, di avviare un depauperamento di tali sostanze a carico dei tessuti muscolari e di riserva, soprattutto allo scopo di nutrire il Cancro: il *Proteolisis Inducing Factor* (PIF) è prodotto direttamente dalle cellule tumorali, e si ritrova nel sangue circolante. Il PIF induce la distruzione delle proteine muscolari allo scopo di nutrire le cellule tumorali stesse con gli aminoacidi essenziali, la vitamina B12 e l'acido folico. Il PIF induce la sindrome dello "spreco"(*Wasting Sindrome*). Ma si può ritenere che tale depauperamento verrà anche compiuto a carico dello stesso tessuto neoplastico, se le masse muscolari non potranno essere disponibili a essere demolite se mantenute toniche da quotidiana attività fisica, e dall'utilizzo di elevate quantità di Omega 3 (inibenti l'azione del PIF), obbligando così l'organismo a ricercare riserve proteiche ritenute non essenziali, come il tessuto adiposo e, soprattutto, i tessuti neoplastici stessi: il paziente inizierà cioè a "nutrirsi" del proprio stesso Cancro. Il periodo di dieta stretta, priva di pesce azzurro, può variare da 3-4 mesi a oltre 10-12 mesi, a seconda del tipo di tumore, sue metastasi, età del paziente, condizioni fisiche generali, valori ematici di riferimento, etc….
E' quindi compito del medico decidere il momento più opportuno per il "giro di boa", cioè per l'introduzione nella dieta delle prime quantità di questo cibo (pesce) ricco di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali, della vitamina B 12, dell'acido folico, del DNA….Ad esempio, in un paziente con carcinoma metastatico del rene (rachide e coste), mai sottoposto né a Chemio-Terapia né a Radio-Terapia, si sono attesi 8 mesi prima dell'introduzione del pesce nella dieta (con *non modifica* delle buone condizioni di salute a 18 mesi [dicembre 2004]); nel novembre 2005 ha ripreso l'assunzione della B17 (50 semini al giorno), per fallimento di terapia chirurgica condotta sulla metastasi alle vertebre dorsali. Viceversa, in una paziente con importanti metastasi al fegato da carcinoma, a circa 18 mesi dall'inizio della terapia con Aloe e dieta a base di sola frutta, verdura e pasta di farro, non si passò ad una dieta proteica (pesce azzurro), poiché la paziente, in buone condizioni fisiche, manteneva costante il livello di Proteine Totali nel sangue (7-7,5 grammi/dl), con VES prima ora alta, Albumina nei limiti di norma. La stessa vitamina B 12 si manteneva su valori bassi (150-200 picogrammi/ml) a circa 1 anno dall'inizio della terapia.
Poiché la paziente presentava 2 masse tumorali epatiche importanti, che all'inizio della terapia erano stimate di 5 centimetri e di 7 centimetri di diametro l'una, fu possibile stimare che la riserva proteica tumorale, teoricamente *tesaurizzabile* dalla paziente per la propria alimentazione, fosse

ancora sufficiente per diversi mesi, essendo la densità proteica dei tumori circa 10 volte più alta di quella dei tessuti sani. A circa 18 mesi dall'inizio della terapia, le masse epatiche risultavano lievemente ridotte di diametro, con incremento del CA15.3 superiori a 400 U.I./ml. Si sospettò che fossero soprattutto la loro densità proteica, in via di riduzione, piuttosto che il loro diametro, la vera spia della supposta depauperazione proteica in atto a spese del tumore. Nota: i linfonodi dell'ilo epatico erano ovviamente "reattivi".

Nota importante: in un paziente già in risposta immunitaria contro il tumore, da 8 mesi in buone condizioni generali (con buon decremento dei markers tumorali), si è viceversa osservato, nelle settimane successive all'inezione endovenosa di Iodio 127 (usato come mezzo di contrasto per esami TAC di controllo), incremento improvviso dei markers tumorali, seguito da Anemia Emolitica e Piastrinopenia da Consumo (con Porpora Trombotica Trombocitopenica), compatibilmente con sospetta perdita di risposta immunitaria contro il tumore per risposta auto-immune.

RELIQUATIO TUMORIS:

A seguito di una dieta totalmente de-proteinata e priva di vitamina B12 (VEDI: "DIETA ANTI-CANCRO, cap. 3), il tumore verrebbe progressivamente riassorbito delle sue componenti proteiche, fino a ridursi ad un *Reliquatio tumoris*, cioè ad un tessuto fibro-necrotico non più caratterizzato da elevata densità proteica. All'indagine diagnostico-strumentale (Tomografia a raggi X oppure Tomografia a Risonanza Magnetica), la perdita di questa densità proteica si tradurrebbe in una perdita della precedente "alta pressione di fluido interstiziale", caratteristica quest'ultima di tutti i tumori maligni, e quindi in una perdita del precedente accumulo dei mezzi di contrasto sul solo margine periferico della massa tumorale (accumulo periferico "ad orletto" o "effetto *enhancement*"). I mezzi di contrasto tradizionalmente impiegati per queste indagini diagnostico-strumentali sono: Iodio 127 in caso di Tomografia a raggi X (TAC) o Gadolinio 157 in caso di Tomografia a Risonanza Magnetica (NMR). Tale perdita di "effetto *enhancement*" dovrebbe essere collegabile alla perdita della precedente "alta pressione di fluido interstiziale" del tumore, cioè a perdita della precedente "alta densità proteica del tumore", con segno diagnostico-strumentale, questa volta, di buona perfusione interna del mezzo di contrasto (Iodio 127 in caso di Tomografia a raggi X o Gadolinio 157 in caso di Tomografia a Risonanza Magnetica) all'interno di tutto il tumore, senza più quindi il loro accumulo periferico attorno alla massa tumorale ad "effetto orletto" o "effetto *enhancement*". Questo evento di "*perdita di accumulo solo periferico*" del mezzo di contrasto (perdita dell'effetto "*enhancement*") sembrerebbe precedere di poco la risoluzione finale del residuo tumorale, risoluzione che può avere diverse soluzioni: dall'*Expurgatio tumoris*" (cioè l'espulsione del residuo fibro-necrotico del tumore), che può essere totale o parziale, alla "*Resolutio totalis tumoris"* (cioè riassorbimento e digestione completa del residuo tumorale), alla "*Resolutio partialis tumoris*" (cioè mantenimento in tessuti, soprattutto ossei, di residuo tumorale), quest'ultima sembra essere una "sequestrazione" di materiale fibro-necrotico che l'organismo dovrà, con il tempo, eliminare del tutto (Caso Clinico noto). La guarigione finale si otterrebbe con la *Restituito ad integrum* degli organi e degli apparati precedentemente invasi dal Cancro.

Ad esempio, in un paziente con "*recidiva da liposarcoma mesenterico retroperitoneale* (3 cm X 2 cm) *in contiguità con la testa del pancreas*", dopo soli 3-4 mesi di dieta stretta (12 bicchieroni di centrifugati di frutta e verdura fresca biologica, 2 fiale giornaliere di Germanio organico e 6-9 cucchiai al giorno di *Aloe arborescens* preparato in casa), la Risonanza Magnetica di ottobre 2005 descriveva: "*...la formazione iperintensa segnalata precedentemente al davanti della testa della porzione cefalica del pancreas non è più chiaramente riconoscibile e non si osservano in tale sede impreganzioni patologiche*…"

Nota: il buon successo della dieta a-proteica deriva sostanzialmente nella NON esposizione del paziente a precedenti sedute di veleni chemio tossici (Chemio-Terapia); i precedenti interventi terapeutici furono soltanto di tipo chirurgico. Esami istologici confermarono la natura di malignità

(liposarcoma indifferenziato). Si sospetta che la recidiva debba imputarsi alla asportazione dei linfonodi che erano risultati poi, all'esame istologico, indenni da metastatizzazione.

EXPURGATIO TUMORIS :

E' l'espulsione del residuo fibro-necrotico del tumore, (totale o parziale) osservato in più occasioni. Ecco alcuni esempi:
Primo caso: paziente straniero giunto a Trieste per ciclo previsto di 6 mesi di cura. Il paziente presentava una massa tumorale di 6 cm x 3 cm alla base della lingua, interessando maggiormente la parte sinistra, ed era impossibilitato a mangiare cibo solido, riuscendo soltanto a deglutire un po' di liquido. Cinque mesi più tardi, dovendo ritornare in patria per lavoro, la massa tumorale si era già ridotta a circa due centimetri e mezzo di diametro (eseguiti esame TAC e clinico-specialistico di conferma prima della partenza). Nota: 2-3 mesi dopo l'inizio della cura, cioè 3-4 mesi prima della partenza per il paese di appartenenza, il paziente "fistolizzò" dal timpano dell'orecchio sinistro una massa di colore rosso-scuro, della dimensione pari a un dito mignolo. La sostanza non fu analizzata, e quindi non può essere dimostrato che si trattasse di una parte del tumore. Il processo di sospetta "*Expurgatio tumoris*" durò comunque 3 giorni, e fin dai giorni successi il paziente fu poi in grado di mangiare meglio e con meno dolori.
Secondo caso: bambino di 13 anni affetto da Leucemia. Nell'ottobre 2005, ad oltre 2 anni dalla terapia impostata con *Aloe arborescens* e altre piante, il bambino sta bene, non ha più avuto recidive. La Leucemia fu risolta dall'*Aloe arborescens* in pochi mesi, completandosi con l'eliminazione di materiale proteico e fluidi di sospetta *Reliquatio* dai linfonodi ascellari (aprile 2003), con notevole spavento del bambino.

RESOLUTIO PARTIALIS TUMORIS:

Mantenimento in tessuti, soprattutto ossei, di sospetto residuo tumorale. Sembra essere una "sequestrazione" di materiale fibro-necrotico che l'organismo dovrà, con il tempo, eliminare del tutto. Esempio clinico: paziente giunto alla nostra osservazione nel marzo 2004, con cancro polmonare avanzato, metastasi al cranio, al rachide cervicale, dorsale, alle costole (con notevole "bozzo" in particolare alla IX costa di destra), allo sterno, a tutto il bacino e ai femori. Mai eseguite né chirurgia, né radioterapia, né chemioterapia. Nel luglio 2004, in ultima TAC effettuata, residuavano 2 sole aree di tumore: il "bozzo" alla IX costa di destra (notevolmente ridotta), e al surrene sinistro (regredito in parte). Il paziente non aveva più dolore e ha ripreso la sua attività normale. Dicembre 2004: residuava il "bozzo" alla IX costa di destra. Da luglio 2004, continuò a presentare i seguenti valori ematici di laboratorio: albuminemia pari a 2 (ben al di sotto del range di normalità di 3,5-6), creatinemia sempre ferma a 2 (pur in presenza di azotemia e uricemia normale), ferritina sempre alta.

RESOLUTIO TOTALIS TUMORIS:

Precede, sostanzialmente la completa "*RESOLUTIO AD INTEGRUM*" dei tessuti, degli organi e/o degli apparati precedentemente colpiti dal tumore

Cap. 4 a.: Stimolazione immunitaria : l'esperienza di S.A. Rosenberg

Nel 1986, Rosenberg dimostrò che una risposta immunitaria, cellulo-mediata, diretta verso cloni neoplastici, era possibile ([375]), anche se non si conosceva ancora il preciso meccanismo attraverso cui i *Linfociti Infiltranti il Tumore* (TIL) esercitavano il loro effetto clinico anti-tumorale.
In precedenti lavori si era visto che linfociti CD8+ riuscivano a lisare tumori autologhi e allogenici caratterizzati da HLA ristretti al Complesso Maggiore di Istocompatibilità di Classe Prima ([376]).
In un successivo lavoro ([377]) si era però dimostrato, attraverso l'impiego di tumori murini, che era invece la secrezione specifica di *Gamma-Interferon* (IFN Gamma) da parte dei TIL, la principale artefice della risposta immunitaria al tumore autologo. Da altri lavori si era poi osservato che i TIL derivanti dal contatto con melanomi umani e da carcinomi della mammella secernevano discrete quantità di GM-CSF (fattori di stimolazione delle colonie di granulociti e di macrofagi), IFN Gamma e Fattore di Necrosi Tumorale Alfa (TNF Alfa), in risposta a tumori allogenici caratterizzati specificatamente da HLA ([378-380]). Ciò dimostrava una precisa interazione, ristretta al Complesso Maggiore di Istocompatibilità, tra linfocita T e cellula tumorale. Studiando quindi una serie di TIL derivanti da lesioni carcinomatose umane del colon ([106, 412]), si vide che essi non avevano effetto litico sulle cellule neoplastiche, pur potendo però riconoscere, attraverso il Complesso Maggiore di Istocompatibilità, i carcinomi del colon (autologhi o allogenici) segnati con l'HLA. Un successivo lavoro ([279]) evidenziò che l'espressione degli antigeni MHC, sia di Classe Prima che di Classe Seconda, poteva essere ridotta nei carcinomi del colon. In un ulteriore lavoro ([381]), Rosenberg avanzò quindi l'ipotesi che la capacità dei TIL di secernere citochine, non appena stimolati da tumori autologhi o allogenici, caratterizzati da HLA, era dovuta ad un riconoscimento specifico da parte di un antigene tumore-associato, rintracciabile anche su pazienti diversi: fu l'inizio ufficiale dell'Immuno-Terapia adottiva.

Cap. 4.b.: Aloe arborescens

L'*Aloe arborescens*
Fra tutti i farmaci, vitamine fito-terapiche e principi attivi menzionati in questo capitolo, è di rilievo sottolineare l'impiego recente in Medicina di una particolare pianta, nota fin dall'antichità per le sue virtù terapeutiche: l'*Aloe* ([146, 149, 164, 179, 189, 211, 225, 267, 273, 314, 333, 372, 387, 388, 392, 393, 465, 487, 499,1117,1253]).

Delle circa 250 varietà note, particolare interesse scientifico ha di recente rivestito l'*Aloe arborescens*, ritenuta migliore rispetto alle altre varietà di pianta, fra cui *l'Aloe vera*.
Rispetto a quest'ultima, infatti, l'Aloe *arborescens* presenta una concentrazione di principi attivi più elevata, pari ad almeno tre volte, e risulta inoltre più resistente ai nostri climi.

I principi attivi contenuti sono circa un centinaio. Delle sostanze note, accanto a quasi tutti gli aminoacidi essenziali, a molte vitamine, all'acido acetilsalicilico, alla Colina, e a diverse forme di lipidi, l' *Aloe* contiene anche dei rari sali minerali: lo Zinco, il Manganese, il Ferro, il Germanio, il Cromo, il Magnesio, il Boro, il Selenio, con implicazioni importanti, quindi, per diverse patologie umane: tra queste, gran parte delle patologie degenerative, del ricambio, o da cause carenziali. L'*Aloe arborescens* tende così a rinormalizzazione i parametri biochimici e funzionali dell'organismo in un tempo-finestra variabile da 2 a 6 mesi:
1) Regolarizzazione della pressione parziale di anidride carbonica nel sangue.
2) Regolarizzazione dei valori del Glucosio ematico, soprattutto in pazienti diabetici
3) Diminuzione dei Trigliceridi.
4) Regolarizzazione del Colesterolo totale con aumento del rapporto HDL/LDL.
5) Normalizzazione della Bilirubina.
6) Normalizzazione dell'acido urico.
7) Regolarizzazione Na / K, Ca / Mg.
8) Aumento dell'Emoglobina.
9) Protezione gastro-enterica, epatica, pancreatica e renale.
10) Attivazione delle difese immunitarie per infezioni acute.
11) Riequilibrio linfocitario in malattie infettive croniche (epatite C, HIV / AIDS).
12) Protezione anti-ossidativa del DNA dagli effetti delle radiazioni ionizzanti.

In particolare, acquistano particolarmente valore alcune sostanze efficaci nella cura dei tumori ([146, 161-163, 179, 211, 314, 333, 372, 387-389, 442, 487, 499]), come gli Antrachinoni Aloina A, Aloina B, ed Emodina; i Polisaccaridi, fra cui l'Aloe-mannano; le lecitine *ATF1011* e *Alexin B.*

Queste sostanze possono essere sostanzialmente suddivise in 2 gruppi di azione anti-tumorale:
1) Stimolazione immunitaria (argomento specifico di questo paragrafo (cap.4.b)
2) Induzione di Apoptosi (Emodina-Aloe: vedi cap.5.e).

Stimolazione immunitaria

1). gli Antrachinoni Aloina A (*Aloctin A*, Alo-A) e Aloina B (altrimenti chiamata Barbaloina), sono contenuti nella parte esterna della foglia, e sono caratterizzati dalle note proprietà lassative, battericide e anti-infiammatorie, in ogni caso con dose massima tollerabile di tutta sicurezza, poiché pari a di circa 10 mg / kg, senza quindi rischio di danno reale per il paziente. La loro importanza riposa sul fatto che essi inducono elevata attività replicativa nei linfociti T citotossici e sui *Natural Killer*, in maniera paragonabile ad altri fattori attivi già noti. In particolare, l' *Aloctin A*, (Alo-A) induce attivazione di IL-2, IL-3 e IFN-gamma alle concentrazioni minime di 10 microgrammi / mL ([211]). Avrebbe inoltre la caratteristica di attivare il Complemento lungo la Via Alternativa ([389,162]);

2). I Polisaccaridi, di particolare struttura biochimica, sono caratterizzati da un'estrema facilità di assorbimento da parte dei villi intestinali del paziente (se non chemio-trattato).
Non sono mucopolisaccaridi, poiché non contengono gruppi azoto;fra essi, particolare valore riveste l'Aloe-mannano, che agisce in funzione antigenica, ricordando almeno in parte l'azione del beta-Glucano (cap.4.d): strutturalmente, è una lunga catena acetilata e idrosolubile formata da Mannosio e Glucosio in un rapporto stechiometrico di circa 6 a 1. Come molecola estranea antigenicamente all'organismo, e poiché dotata, a causa della sua particolare conformazione polisaccaridica, di elevata capacità di assimilazione da parte dei villi intestinali, essa spiega, pur in considerazione della sua relativamente scarsa concentrazione, la sua buona capacità d'induzione di risposta immunitaria da parte dei linfociti T *gamma-delta* ben presenti nelle circa 150 stazioni linfonodali dell'intestino, con successiva induzione di Cascata Immunitaria (linfociti T sensibilizzati ad azione citotossica diretta [Tc], linfociti *Killer* [azione citotossica cellulo-mediata anticorpo-dipendente], linfociti *Natural Killer* [azione citotossica cellulo-mediata *non* anticorpo-dipendente], o da monociti-macrofagi…): una Cascata Immunitaria che sembrerebbe caratterizzata, a distanza di 1-2 mesi dall'inizio delle somministrazioni orali del composto di *Aloe arborescens* (rapporto 1 a 2 fra tritturato fresco di *Aloe* e Miele) da un quadro di Peritonismo diffuso a partenza gastrica, ileo-cecale o epatica, della durata di quasi una settimana, seguito da successivo picco ematico di linfociti in assenza di incremento di altri sotto-gruppi di globuli bianchi (osservazioni personali dell'autore del presente lavoro).

3) *ATF1011*
E' una lectina che si lega alla superficie di cellule tumorali, inducendo poi l'attivazione di Linfociti citotossici contro di esse ([499]).

4) *Alexin B*
La lecitina *Alexin B* è stata testata con esito positivo sulla leucemia linfocitica ([442]).

Nella terapia anti-neoplastica, è di vitale importanza scegliere preparati vitaminici fito-terapici a base di *Aloe* che corrispondano ai seguenti 10 requisiti (stimati dall'autore del presente lavoro), pena il fallimento della terapia, almeno come viene intesa per gli scopi di questo lavoro.

1). Il preparato dev'essere fatto con Miele biologico di elevatissima qualità, evitando quindi nella maniera più assoluta il Miele "millefiori": prodotto di scarto degli altri Mieli. Il Miele riveste importanza primaria poiché veicolante sui delicatissimi linfociti T *gamma-delta* le diverse sostanze immuno-modulanti dell'*Aloe* (Aloina, Aloe-mannano, Zinco), in considerazione quindi dell'estrema vulnerabilità di queste delicatissime cellule immunitarie, e da cui dipende, in sostanza, l'intera Cascata Immunitaria di risposta al tumore (linfociti T citotossici, *Killer*, *Natural Killer*, macrofagi, granulociti, etcc..). Lo stesso Miele, se di scarsa qualità, può veicolare ai delicatissimi linfociti T pericolose sostanze chemio-tossiche di scarto (es.. pesticidi).
Inoltre, il Miele veicola l'Emodina, le vitamine e i sali minerali, facilmente inattivabili anche da poche tracce di sostanze tossiche come soprattutto Cloro, Fluoro, Ferro, Rame e Allume (contenuto spesso in prodotti farmaceutici), ma anche: Cadmio, pesticidi, fertilizzanti, conservanti, additivi chimici).

2). Il preparato dev'essere costituito da foglie intere di *Aloe*, e non dal solo gel, poiché la morfologia della foglia consta di tre ben diversi tessuti, tutti farmacologicamente utili: la cuticola esterna, di colore verde appuntita sui bordi laterali, formata da fibre di cellulosa, lo strato intermedio periciclico, sede della linfa giallastra e amara (da cui derivano gli Antrachinoni Aloina A e B e la

stessa Emodina, anch'essa un Antrachinone), e infine il tessuto spugnoso interno costituito dal vero e proprio gel (da cui derivano i polisaccaridi, fra cui l'Aloe-mannano).

3). Le foglie devono essere tolte da piante di almeno 3-4 anni di vita, escludendo accuratamente le foglie centrali, cioè quelle formate con maculature chiare, e anche le foglie più vecchie se troppo ingiallite, rinsecchite o guaste.
Non devono essere utilizzate quindi piante giovani con foglie con maculature chiare.

4). Le foglie devono essere tagliate alla base, eliminando la punta, la stessa base e le spine laterali, compreso il bordo longitudinale di 4-5 millimetri.
Ogni foglia così preparata dev'essere tagliata trasversalmente in fette di 2 centimetri.

5). I pezzi di foglia devono essere frullati con Miele biologico e liquore (secco, distillato, non fermentato, di buona qualità, senza additivi, come ad esempio: Grappa, Acquavite, Cognac, Whishy) in apparecchio costituito di materiale adatto, privo di Alluminio o Ferro (poiché inattivano la vitamina E e altre sostanze contenute): il frullatore potrebbe essere costituito forse da Acciaio inox (studi attualmente in corso); dev'essere sterilizzato al calore, senza impiego di disinfettanti chimici o altro, fra cui ad esempio il Cloro (quest'ultimo disattiva, anche se presente in tracce, diversi composti attivi dell'*Aloe*).

6). Il rapporto in peso fra foglia e Miele dev'essere di 1:2 nel caso di *Aloe arborescens*; invece, il rapporto fra foglia e Miele dev'essere di 3:2 nel caso di *Aloe vera*, poiché quest'ultima è 3 volte meno ricca di principi attivi rispetto all'*Aloe arborescens*. Così, ad esempio, con 50-60 grammi di foglia di *Aloe arborescens* si aggiunge Miele puro (da 100-120 grammi circa, fino ad un massimo di 150-200 grammi circa).

Viceversa, con l'*Aloe vera* (di cui comunque se ne sconsiglia l'uso), bisognerà raccogliere almeno 150-180 grammi di foglie di *Aloe* prima di aggiungere Miele puro (da 100-120 grammi circa a 150-200 grammi circa).
In entrambi i casi, si aggiungerà quindi il liquore, pari a 5-12 cc, fino ad ottenere una crema omogenea.

7). Si ritiene corretto aggiungere alla mistura, già preparata in crema, *Bis-carbossietile Germanio sesquiossido* (Germanio organico) oppure aggiungere Germanio inorganico direttamente nel terreno sabbioso, essendo comunque noto che l'arricchimento con Germanio aumenta le capacità terapeutiche della pianta, dati i vantaggi riconosciuti di questo elemento (vedi cap.8).
Nota: il Germanio inorganico è tossico. Se assimilato dalla piante diventa organico (non più tossico).

8). Versare il prodotto in contenitore di vetro, tapparlo accuratamente, scrivere la data di preparazione e riporlo a circa 4 gradi centigradi (temperatura standard di un frigorifero), coperto dalla luce (i fattori attivi vengono disattivati rapidamente alla luce e alla temperatura normale).

9). Anche se tenuto al buio e al freddo, decade in poche settimane dei suoi principi attivi.
Pertanto se ne consiglia il consumo entro 1-2 mesi al massimo dalla preparazione.

10). L'*Aloe arborescens* contiene i principi attivi in percentuale più elevata rispetto all'*Aloe vera*. Pertanto si consiglia la coltivazione dell'*Aloe arborescens* (fiore arancione), rispetto all'*Aloe vera*. Possibilmente su terreno mischiato con sabbia.

Secondo l'autore del presente lavoro, i diversi cucchiai di *Aloe arborescens* con Miele biologico dovranno essere presi nei tre soliti orari consigliati (mezz'ora prima di colazione, mezz'ora prima di pranzo, mezz'ora prima di cena).
L'*Aloe arborescens* è stata anche sperimentata al dosaggio di 2 cucchiai grandi ogni 2-3 ore, per un totale di 18-20 dosi giornaliere, per i casi più gravi (però con bassi quantitativi di Miele allo scopo di dare, giornalmente, troppo Glucosio).
Nel "Protocollo NACCI", l'*Aloe arborescens* dovrà comunque essere integrata con 10-15 bicchieroni di Frutta fresca e di Verdure fresche crude, dalla vecchia "zuppa di Ippocrate"(contenente Germanio organico), dall'olio di Ippocrate (olio di semi di lino spremuto a freddo con aggiunta di diverse spezie ad attività apoptosica), *Ananas sativus* (Bromelina), oppure *Actinidia sinensis* (Actinidina) oppure *Carica papaia* (Papaina), possibilmente seguito da semini amari (vitamina B 17) di *Prunus armeniaca* (o *spinosa*, o *avium*, o *domestica*), il cui dosaggio è sotto esclusiva responsabilità medica [attenta valutazione di un suo possibile rischio proteico sommatorio (i semini contengono purtroppo anche aminoacidi essenziali) con alimenti contenenti anch'essi aminoacidi essenziali come ad esempio le patate o la pasta, o il riso….].

Nota: per tutte le forme di Aloe coltivate, foglie e derivati, bisogna prestare attenzione ai diversi tipi di pianta, ricordando che l '*Aloe vera* contiene principi attivi ridotti di circa 1/3 rispetto all'*Aloe arborescens*. In particolare, bisogna prestare attenzione a partite di foglie derivate da piante non idonee, come la ben nota "*Aloe del Natal*", una sofisticazione grave del prodotto, poiché contenente Omonataloina: C_{10}-glucosidi del 1,7-diidrossi-8-metossi-3-metilantrone ([580]).

In merito ad ulteriori informazioni sull'Aloe, vedi : http://www.aloearborescens.tripod.it

Cap. 4.c.: Altre piante ad attività immuno-stimolante

Altri immuno-modulanti vitaminici fito-terapici, ad azione parzialmente simile all'*Aloe arborescens*, sono una sessantina di piante nord-americane ed europee, sette delle quali rientrano in un composto detto *Essaic* (formula di *Renè Caisse*) particolarmente efficace ([517, 520,1047-1060, 1414]).
Vi sono infine alcune interessanti combinazioni di circa 200 piante ed erbe indiane di antica tradizione vedica ([608-609]), cinese, africana e sud-americana, oggi rivisitate dalla moderna Fito-Terapia occidentale che ne ha rivalutato l'importanza ([621,773,793,794]).

Fra le diverse piante meritano da segnalare:

1) L'*Arctium lappa* (Bardana, Erba tignosa, Lappa, Lappola, Lappolaccio) di cui si utilizzano le radici del primo anno vegetativo, in autunno, e del secondo anno, in primavera, prima dell'emissione dello scapo fiorale (azione immuno-stimolante e antibiotica);
2) La *Rumex acetosa* (Acetosa) di cui si utilizza tutta la pianta prima che fiorisca al secondo anno di vita, particolarmente ricca di vit. C; può essere causa però di calcolosi renale (utile quindi assumere anche, da parte del paziente, del comune Magnesio, possibilmente con Vegetali);
3) Il *Rheum palmatum* (Rabarbaro cinese), di cui si usano le radici di vecchie piante private del periderma, l'acido crisofanico potrebbe avere una certa azione anti-tumorale; ha componenti simili a quelle dell'*Aloe*.
4) Il *Trifolium rubeus* (Trifoglio rosso), di cui si usano i fiori per 4 sostanze antitumorali: Genisteina (sospettato come inibitore di crescita), Daidzeina, Formononetina, Biocanina.
5) Il *Viscum album*, in genere da iniettare sotto cute (nota: effetti collaterali avversi in cardiopatici)
6) La *Bambusa arundinacea*.
7) l'*Uncaria tomentosa* (Unghia di Gatto): inibisce la telomerasi e induce anche Apoptosi.
8) L'*Echinacea purpurea, angustifolia, pallida*. (Pianta Pettine).
9) Gli estratti polisaccaridi dell'*Astragalus membranaceus.*
10) La *Grindelia camporum* o *squarrosa*
11) Il *Tribulus terrestris* (Xinnao Shu Tong, Arbor sancta)
12) La *Plantago major* (Piantaggine maggiore, Pentacciola pelosa).
13) La *Ulmus rubra* o *fulva* (Olmo rosso).
14) La *Rhodiola rosea (*Radice d'Oro, o Radice artica).
15) Lo *Xanthoxilum fraxineuem* (Frassino spinoso).
16) L'*Artemisia abrotanum* (Abrotano).
17) L' *Artemisia dracunculus* (Dragoncello,Estragone).
18) La *Campanula latifolia* (Arcangelica)
19) L'*Acalypha indica* (Ortica indiana, Ortica cinese, Ortica dell'Abissinia).
20) L' *Equisetum arvense* (Coda di Cavallo).
21) L'*Asparagus cochinensis* (Asparago cinese)
22) Il *Lithospermum officinale* (Migliarino)
23) L'*Hypoxis hemerocallidea* (Patata africana)
24) La *Salvia officinalis* (Erba gobba, Erba sacra).
25) Il *Citrus aurantium bergamia* (Bergamotto)
26) La *Cassia angustifolia* (Senna): ha componenti simili a quelle dell'Aloe.
27) La *Rhamnus sagrada* o *purshiana* (Cascara): ha componenti simili a quelle dell'Aloe.
28) La *Rhamnus frangula* o *Frangula alnus* (Frangola): ha componenti simili a quelle dell'Aloe.
29) La *Rubia tinctorium* aut *peregrina* (Robbia): ha componenti simili a quelle dell'Aloe.
30) La *Picramnia antidesma*: ha componenti simili a quelle dell'Aloe.
31) La *Terminalia chebula*: contiene un derivato antrachinonico.
32) La radice d'*Angelica archangelica*.(Erba degli Angeli, Erba dello Spirito Santo, Erba di Boemia)

33) L'*Isatis tinctoria* (Guado)
34) L'*Abuta grandifolia*. (Abuta)
35) L'*Urtica dioica* (Grande Ortica)
36) Il *Thymus vulgaris* (Pepolina, Timo dei Giardini)
37) La *Larrea mexicana* (Chaparral)
38) La *Primula veris* o *officinalis* (Primula, Primavera)
39) L'*Ailanthus glandulosa* (Ailanto, Albero del Paradiso)
40) Il *Citrullus colocynthis* (Mela amara)
41) Il *Thymus serpillum* (Timo serpillo, Erba soltorella, Timo cedrato)
42) Il *Crocus sativus* (Zafferano, Castagnole, Croco).
43) La *Viola tricolor* (Violetta, Viola del Pensiero)
44) Il *Taraxacum officinalis* (Dente di Leone, Cicoria matta, Soffione, Pisciacane)
45) Il *Rosmarinus officinalis* (Erba da Corone, Erba dei Trovatori, Ramerino, Tresomarino)
46) L'*Hydrastis canadensis* (Idraste, Sigillo d'Oro).
47) Il *Sysymbrium officinale* (Erisimo, Cima amarella, Erba cornacchia, Rapa selvatica, Rapino)
48) La *Sticta pulmonaria* o *Lobaria pulmonaria* (Lichene polmonaria)
49) Il *Cinnamomum zeylanicum* (Cannella, Cannella bella, Cannella di Cylon, o del Madagascar)
50) La *Polygala senega* (Poligala)
51) La *Nepeta cataria* (Erba gatta, Cataria, Erba gattaia, Menta dei Gatti, Menta selvatica)
52) L'*Adiantum capillus veneris* (Adianto, Capovenere, Capelvenere)
53) La *Tephorosia purpurea* (Teforosia)
54) L'*Eclipta alba* (Eclipta)
55) L'*Argyreia speciosa* (o *Lettsomia nervosa*) : Argireia
56) L'*Aquilaria agallocha* (Aquilaria)
57) L'*Argemone mexicana* (Argemone messicana)
58) La *Glycyrrhiza glabra* (Liquirizia)
59) L'*Althaea officinalis* (Altea, Bismalva, Malvaccione)
60) La *Momordica charantia* (Cocomero d'Africa)
61) L'*Albizzia lebbek*
62) Heracleum sphondylium : (Panace, Ginseng italiano).
63) L'*Apium graveolens* (Sedano selvatico)
64) La *Moringa pterygosperma* (Morinda)
65) La *Holarrhena antidysenterica*
66) Il *Verbascum densiflorum*
67) Il *Verbascum thapsus* (Candela regia, Guaraguasco, Tasso barbasso)
68) La *Sambucus nigra* (Sambucaro, Sango).
69) La *Smilax aspera, sarsaparilla* o *utilitis* (Salsapariglia, Barba di Magnano, Erba serretta, Rogo cervino, Smilace)
70) *Serenoa repens* (Palma nana)
71) La *Myrica cerifera*
72) La *Luffa operculata* (Luffa)
73) La *Rumex crispus* (Romice comune, Lapazio)
74) La *Myristica fragrans* (Noce moscata) e *sebifera*
75) La *Galphimia glauca*
76) Il *Teucrinum marum* (Maro, Erba dei Gatti)
77) Il *Lycopodium clavatum* (Licopodio)
78) L'*Eupatorium perfoliatum* (Canapa acquatica)
79) L'*Eupatorium purpureum* (Canapa acquatica rossa)
80) L'*Ocimum sanctum* o *tenuiflorum* (Basilico)
81) L'*Ocimum basilicum* (Basilico dolce, Erba reale, Arancio dei Ciabattini)
82) La *Mahonia aquifolium*

83) La *Calendula offcinalis* (Calta, Fioraccio, Garofano di Spagna)
84) La *Chimaphila umbellata* (Pirola ombrellifera)
85) Il *Ceanothus americanus.*
86) La *Drosera rotundifolia*, o *anglica*, o *intermedia* (Drosera, Rosolida, Rugiada del Sole)
87) Gli estratti polisaccaridi della *Curcuma longa*. (Zafferano delle Indie o dei Poveri)
88) La *Trigonella foenum graecum* (Fieno greco).
89) La *Morinda citrifolia* (Nonu).
90) L'*Aralia racemosa* (Nardo americano).
91) L'*Asparagus racemosus* (Shatavari)
92) l'*Ailantus glandulosa* (Ailanto, Albero del Paradiso)
93) La *Sutherlandia frutescens* (Cespuglio del Cancro)
94) Il *Lepidium meyenii* (Maca-Maca).
95) La *Tabebuia species* (Pau d'Arco).
96) Lo *Stachys arvensis* (Erba del Cancro).
97) Il *Polygonum aviculare* (Correggiola).
98) La *Melissa monarda* e *officinalis*. (Melissa)
99) La *Crataegus oxyacantha* o *monogyna* (Biancospino, Bossolino, Spino bianco)
100) La *Pulmonaria officinalis*.(Polmonaria)
101) La *Pulmonaria angustifolia* (Polmonaria a foglie strette)
102) L'*Azadirachta indica*.(Arishita, Nimba, Neem)
103) La *Bacopa monnieri* (Bacopa)
104) L'*Alchimilla alpina* e *vulgaris*. (Alchimilla)
105) La *Boswellia serrata* (Shallaki).
106) Il *Lamium album* (Ortica bianca).
107) La *Pimpinella major* (Tragoselino).
108) La *Galium aparine* (Attaccavesti)
109) L'*Ajuga reptans* (Bugula)
110) L'*Ajuga piramidalis* (Ajuga)
111) Il *Marrubium vulgare* (Marrubio bianco)
112) La *Lysimachia nummularia* (Lisimachia)
113) La *Lapsana communis* (Lassana)
114) La *Primula hirsuta* (Primula viscosa)
115) La *Peucedanum ostruthium* (Erba rena, Imperatoria)
116) Il *Sempervivum montanum* (Semprevivo montano)
117) La *Saxifraga oppositifolia* (Sassifraga a Foglie opposte)
118) La *Saxifraga aizoides* (Sassifraga dei Ruscelli)
119) La *Pedicularis rostrato-capitata* (Pedicolare)
120) La *Potentilla grandiflora* (Tormentilla)
121) La *Leucanthemopsis alpina* (Crisantemo delle Alpi)
122) L'*Hypericum richeri* (Iperico montano)
123) La *Gentiana germanica* (Genziana autunnale)
124) La *Hieracium pilosella* (Pilosella)
125) Il *Gnafalium supinum* (Zampa di Gatto)
126) La *Cicerbita alpina* (Lattuga alpina)
127) La *Draba aizoides* (Draba)
128) Il *Cerastium alpinum* (Cerasio)
129) L'*Antennaria dioica* (Antennaria)
130) L'*Antyllis alpestris* (Vulneraria)
131) Il *Marasdenia cundurango* (Condurango).
132) Il *Myrtus communis* (Mirto, Mortella, Pepe della Corsica).
133) La *Melaleuca alternifoglia* (Albero del The).

134) La *Cinchona calisaya* o *succirubra* (China).
135) La *Cetraria islandica* o *Lichen islandicus* (Lichene islandese).
136) Il *Glechoma hederaceum* (Edera terrestre).
137) La *Centaurea erythreum* (Centaurea)
138) La *Meum mutellina* (Levistico, o Sedano di Monte).
139) L'*Epilobium angustifolium* (Epilobio)
140) L'*Erithrea antaurium* (Centaurea minore).
141) Il *Myroxylon balsamum* (Tolù).
142) La *Larrea divaricata*
143) La *Capsella bursa pastoris* (Borsa del Pastore)
144) L'*Achyrocline satureoides* (Macela)
145) Il *Polypodium lepidopteris* (Samambaia)
146) L'*Anacardium occidentalis* (Anacardio)
147) La *Bidens pilosa* (Picao Preto)
148) La *Bixa orellana* (Annatto)
149) La *Carapa guianensis* (Andiroba)
150) La *Boerhaavia diffusa* (Erva tostagno)
151) La *Calendula silvestis*: (Calendula)
152) La *Cassia occidentalis* (Cassia occidentale, Caffè nero)
153) La *Cayaponia tayuya* (Tayuya)
154) La *Cissampelos pareira*: (Abuta, Pareira)
155) La *Copaifera officinalis* (Copaiba)
156) La *Scutellaria baicalensis* aut *latiflora*: (Scutellaria)
157) La *Nelumbo nucifera* (Loto sacro)
158) La *Houttuynia cordata* (Ottinia)
159) La *Cynara scolymus* (Carciofo)
160) La *Erythrina mulungu* (Mulungu)
161) La *Erythroxylum catuaba* (Catuaba)
162) L'*Ilex paraguariensis* (Matè)
163) *La Inesinae calea* (Aranto)
164) *Il Lepidium meyenii* (Maca-Maca)
165) *Il Maytenus krukovit* (Chuchuhuasi)
166) *La Maytenus illicifolia* (Espineira santa)
167) Il Myroxylon balsamum aut *pereirae* (Balsamo del Perù)
168) *La Pfaffia paniculata* (Suma)
169) *La Phyllantus niruri* (Spaccapietra, Chanca Piedra)
170) *La Physalis angulata* aut *Muehenbeckia volcanica* (Mullaca)
171) *Il Psidium guajava* (Guava)
172) *Lo Schinus molle*: (albero del Pepe del Brasile)
173) *Il Solanum paniculatum* (Jurubeba)

Di queste piante, vi sono almeno otto con componenti fito-terapiche, come l'Emodina, simili a quelle dell'Aloe: *Rubia tinctorium* aut *peregrina*, *Rhamnus frangula* o *Frangula alnus* ([239]), *Picramnia antidesma* ([612]), *Rhamnus sagrada* e *purshiana*, *Rheum palmatum* o *officinale*([247]), *Terminalia chebula*, *Cassia angustifolia* ([613]) e *Tabebuia cassinoides.* Queste piante, secondo l'autore del presente lavoro, dovrebbero essere integrate nella Dieta del paziente (appena raccolte dall'orto, da mangiare crude dopo averle ben lavate).

Viscum album

In merito al *Viscum album*, di cui cominciano ad essere riportati lavori bibliografici di un certo interesse ([48, 49, 116, 152, 153, 252, 271,498]), si segnala anche, come semplice osservazione personale dell'autore, il caso di una paziente anziana con tumore polmonare bilaterale in versamento pleurico, andata in remissione completa in 4 mesi in base ad iniezioni sottocutanee di tale composto, in assenza assoluta di Chemio-Terapia e /o Radio-Terapia e/o Chirurgia (dati riservati).

Da altri dati di letteratura, si riporta che dopo 24 ore dalla somministrazione, in genere, c'è un aumento di numero e di attività dei *Natural Killer* ([152]), ed aumentano anche le Interleukine, il Fattore di Necrosi tumorale e l'attività dei macrofagi ([271]).

Nota: il *Viscum album* può provocare ipotensione ortostatica e spiccata bradicardia; non può essere usato in pazienti portatori di gravi bradicardie o di blocchi seno-atriali o atrio-ventricolari di branca.

Morinda citrifolia

E' un arbusto dell'Africa equatoriale, del Sud-Est asiatico, della Polinesia e dei Caraibi, conosciuto con più nomi (*Bumbo africano*, *Gelso indiano*, *Gran Morinda*, *Lada*, *Mengkudo*, *Nhau*, *Nonu*, *Noni*, *Nono*). Nel suo frutto è stata scoperta una sostanza immuno-modulante ([577]), accanto ad altre molecole particolarmente interessanti per altre attività anti-neoplastiche, ancora allo studio.

Una forma di pseudo-apoptosi è stata dimostrata da un lavoro giapponese nel caso dei neuroblastomi, che tendono a regredire quando all'interno delle cellule si accumula una certa quantità di proteina H-Ras([1042-43]). E'ipotizzabile che tale fatto possa verificarsi anche nel caso di glioblastomi (astrocitomi maligni di grado terzo o quarto), essendo stata documentata, nell'uomo, regressione di questi tumori dopo somministrazione di estratti vitaminici fito-terapici caratterizzati da induzione di produzione endogena della medesima proteina (H-Ras) in glioblastomi umani.

In particolare, rivestono particolare importanza i fito-estratti di *Morinda Citrifolia* ([1045])

Documentazione disponibile: 3 articoli in lingua inglese in PDF

Kitanaka C.: *increased RAS expression and caspase- independent Neuroblastoma cell death: possible mechanism of spontaneous Neuroblastoma regression*, Journal of the National Cancer Institute,Vol.94,No.5,pp.358-368,2002 [pdf]

C.A.Hornick: *Inhibition of angiogenic initiation and disruption of newly established human vascular networks by juice from Morinda citrifolia (noni)*, Angiogenesis, 6, 2003, pp.: 143-149. [pdf]

Oncogenic Ras triggers cell suicide through the activation of a caspase-independent cell death program in human cancer cells, Oncogene, 1999, Vol. 18, No. 13, pp. 2281-2290

Nota: diffidare di prodotti commerciali, data l'estrema difficoltà di conservazione di tale alimento.

Panax ginseng

Anche il *Panax ginseng* è oggetto di molti studi ([502-506, 576, 668]). Esso è caratterizzato da una certa azione immuno-stimolante, in particolare sui linfociti T. Cresce naturalmente nelle zone ombreggiate delle montagne. E' diffuso soprattutto in Corea, ma anche in Giappone e Cina. Di recente è stato studiato in Canada e Stati Uniti. Contiene Germanio organico (vedi cap. 8).

Di esso esistono molti prodotti in commercio. Il suo valore dipende dal fatto di essere coltivato in assenza di fertilizzanti o concimi chimici. Si consiglia il gel estratto di *ginseng* con percentuale di Ginsenoidi idonea (da un minimo del 8% ad un massimo del 12%). Presenta controindicazione in caso di ipertensione e di ipertrofia prostatica. Induce apoptosi ([1170,1171]).

Uncaria tomentosa

Nel maggio del 1994, l'OMS ha indetto la prima Conferenza Internazionale su questa pianta, riconoscendola come pianta medicinale([714,753-773]). Dalla sua corteccia e dalle sue radici sono stati estratti degli alcaloidi ossindolici (Pteropodina, Specrofillina, Isopteropodina, Uncaria F., Isomitrofillina), a carattere immuno-stimolante, poiché testati con esito positivo su cellule leucemiche (sospettata anche azione apoptosica o pseudo -apoptosica). Presenti anche Glucosidi

dell'acido chinovico (Chinoline). Altre sostanze ivi contenute hanno effetti anti-infiammatori, ipotensivi e vasodilatatori.
Nota importante: presenta anche inibizione sull'attività telomerasica (caratteristica di circa il 90% dei tumori umani conosciuti, vedi cap. 13).

Tabebuia species
Non ancora chiarita in letteratura medica la sospetta attività anti-neoplastica della corteccia interna, polverizzata, della *Tabebuia species (impetiginosa, heptaphylla, avellanedae, rosea, serratifolia, cassinoides)*, conosciuta in Centro-America come "Pau d'Arco", Ipe Roxo", "Taheebo", "Lapacho": accanto ad una quasi certa azione immuno-stimolante si affiancherebbe anche l'attività dell'acido lapacoico estratto dal suo legno, che sembrerebbe avere proprietà espressamente bio-chemioterapiche su cellule tumorali coltivate in vitro (vedi anche cap.5); un altro dei suoi principi attivi, lo *Xiliodone*, sembrerebbe invece efficace contro la *Candida albicans* (vedi cap.11).

Abuta grandifolia
L'Abuta contiene la Palmatina (ipotensivo e sedativo), alcaloidi bis-benzil-isoquinolinici (anti-infiammatori agenti sull'ossido nitrico), e tre particolari molecole: la Tetrandrina, la Parirubrina A e la Parirubrina B. La Tetrandrina è ad azione analgesica, anti-infiammatoria, anti-piretica, e anti-tumorale (sia verso carcinomi che verso forme leucemiche). Ma non è stato ancora chiarito se la sua azione sia su base soltanto immuno-stimolante o anche su base apoptosica o pseudo-apoptosica (e in tal caso se ad azione selettiva per le sole cellule tumorali umane). Particolari alcaloidi tropolo-isoquinolinici sono la Parirubrina A e la Parirubrina B: sono entrambe efficaci sulle leucemie umane, ma non è stato ancora chiarito se la loro azione sia su base soltanto immuno-stimolante o anche su base apoptosica o pseudo- apoptosica; infine ma non è ancora noto se ad azione selettiva per le sole cellule tumorali umane.

Sutherlandia frutescens
E' un arbusto alto circa 1 metro, presente nei deserti del Kalahari. Conosciuto dai Boscimani, venne in seguito utilizzato anche dai coloni bianchi, che lo chiamarono "Cancer Bush", "Cespuglio del Cancro". Da questa pianta sono stati isolati numerosi principi attivi, come la L-Canavanina, il Pinitolo, il GABA, e un glucoside triterpenoide. Agisce come immuno-stimolante e anti-ossidante, modulazione dell'umore in senso ansiolitico (GABA: 14 mg /Kg di pianta); ([678-683]). Induce apoptosi su carcinomi ([1147]).

Marasdenia cundurango
E' stata raccomandata in passato per la cura del carcinoma gastrico. Un gruppo di ricercatori giapponesi ha riscontrato una certa attività citostatica dei suoi glicosidi puri (Condurangine) sul carcinoma di Ehrlich e sul sarcoma 180 ([616, 617]). Ma altri lavori non hanno dato conferma di attività anti-neoplastica ([618]). E' comunque efficace in caso di ulcera gastrica, gastroduodeniti.

Tribulus terrestris
E' conosciuto come "Arbor sancta" per la sua capacità di trattare la febbre, l'epatite, le ulcere: è immuno-stimolante, anti-batterico, anti-virale, anti-elmintico, insetticida, insetto-repellente, anti-settico, anti-infiammatorio, diuretico, antipiretico. Da esso sono stati isolati Diosgenina, Gitogenina, Ruscogenina, Kempferolo, Tribuloside, Terrestroside F, Campesterolo, beta-Sitosterolo, Stigmasterolo, Neotigogenina; la Diosgenina è efficace sull'osteosarcoma ([1134]).

La *Momordica charantia* (Cocomero d'Africa)
Una glicoproteina isolata dai suoi semi, l'alfa-Momorcharina, inibisce la crescita di linee tumorali. Tale molecola aumenta inoltre l'effetto tumoricida dei macrofagi di topo su cellule murine mastocimali (P815). Efficace anche su cellule leucemiche ([639]). Il succo dei suoi frutti ha dimostrato di essere particolarmente efficace come anti-ossidativo e ipoglicemizzante.

La *Sida cordifolia* (Bala)
La Bala rafforza le difese immunitarie, risultando utile in vivo su casi di leucemia e di sarcoma. In vitro è stata sperimentata con successo anche sul carcinoma del rinofaringe([620]); verificata anche azione anti-micotica, anti-batterica, anti-virale e anti-elmintica. Contiene però Efedrina, sostanza tossica, particolarmente pericolosa per cardiopatici e ipertesi. Tale pianta può essere quindi somministrata solo a dosaggi che il medico ritiene sicuri per il paziente.

Asparagus racemosus
L'estratto alcolico di *Asparagus racemosus* ha dimostrato di possedere effetto anti-tumorale in vitro nei confronti del carcinoma epidermale umano e del carcinoma del rinofaringe ([752]).
Non è ancora chiaro se su base immuno-stimolante o se su induzione apoptosica ([700]) o pseudi-apoptosica. Inibisce anche la crescita dell'E*ntamoeba histolytica.*
Da notare comunque che può causare effetto ipotensivo. L'estratto di radice (anti-diarroico) determina invece un incremento nella gittata e nella frequenza cardiaca anche a basse dosi.
Anche l'Asparago cinese (*Asparagus cochinensis*, Tian Men Dong) rivestirebbe un'azione anti-neoplastica, specificatamente su tumori del polmone e della mammella.

Decotto da scorza di radice di *Berberis vulgaris* (Crespino): contiene la Berberina, che riveste attività immuno-stimolante([1002]); dosi elevate hanno gravi effetti sul cuore; è stato impiegato nella cachessia da cancro; nota: la stessa Berberina risulterebbe particolarmente efficace contro la dissenteria amebica e della Giardiasi. Preparazione con circa 30 grammi messi in 1 litro d'acqua, facendo poi bollire per 10 minuti. Assumere almeno 3 tazze al giorno, salvo parere medico contrario.

Semi di *Linum usitatissimum* (Lino o Linosa): contengono Lignani, che sembrerebbero efficaci su diversi tumori, e soprattutto per cancro della mammella. Modalità di assunzione, salvo parere medico contrario: 1 cucchiaino si Semi al giorno, e olio di Semi di Lino aggiunto a Insalate o a fine cottura a minestre e altri piatti. Nota: utilizzare semi freschi.

Corteccia giovane di *Cinnamomum zeylanicum* (Cannella, Cannella bella, cannella di Cylon, o del Madagascar): salvo parere medico contrario, da assumere ogni giorno.

Foglie e radici di *Taraxacum officinalis* (Dente di Leone, Cicoria matta, Soffione, Pisciacane): salvo parere medico contrario, da mangiare ogni giorno crudo in insalata, per non perdere gran parte dei suoi principi attivi.

Fusti con fiori e foglie di *Thymus vulgaris* (Pepolina, Timo dei Giardini): salvo parere medico contrario, da assumere ogni giorno.

Sommità fiorite di *Thymus serpillum* (Timo serpillo, Erba soltorella, Timo cedrato): dosi elevate possono provocare nausea, vomito, bradicardia, astenia, bradipnea e ipotermia (reversibili alla sospensione del fito-farmaco).

Rametti con foglie e sommità fiorite di *Rosmarinus officinalis*: da assumere ogni giorno, salvo parere medico contrario.

Stimmi del fiore di *Crocus sativus* (Zafferano): sembrerebbero dimostrare azione anti-tumorale.

Semi di *Coriandrum sativum* (Coriandolo, Erba Cimice): non nota la quantità terapeutica (sospettata Apoptosi); ciò è particolarmente grave poiché la pianta è tossica (tranne i semi). In ogni caso può presentare controindicazioni per patologie renali.

Curcuma longa (Zafferano delle Indie): da assumere ogni giorno, salvo parere medico contrario.
La Curcumina induce apoptosi sul cancro polmonare ([1133]) e sul cancro della prostata ([1352]).

Salse di *Mentha arvensis, rotundifolia, piperita, spicata*: da assumere ogni giorno, salvo parere medico contrario; sospettata azione apoptosica su alcuni tumori. E' ben nota invece, l'azione immuno-stimolante dovuta all'olio di *Mentha piperita*, come documentato in Russia contro la TBC ([807]).

Foglie e sommità fiorite di *Origanum vulgare*: come decotto o infuso, da assumere ogni giorno, salvo parere medico contrario. Attività immuno-stimolante. Attività apoptosica su melanoma.

Bacche di *Capsicum annuum* e *frutescens* (Peperoncino, Pepe rosso, Pepe di Caienna, Paprika).
Induce apoptosi su leucemia ([719]) e su cancro della prostata ([1351]). Nota: dosi elevate possono causare infiammazioni gastro-intestinali e renali. Possono essere controindicate per coloro che soffrono di gastrite o ulcera.

L'*Ananas sativum* o *comosus*, accanto all'azione enzimatica della Bromelina (vedi cap.7), presenterebbe anche la capacità d'inibire la crescita di cellule tumorali in vitro grazie ad un altro enzima ([641]): di qui il suggerimento d'incrementare al massimo l'assunzione dei gambi di Ananas, purchè di coltivazione e produzione secondo Agricoltura Biologica.

Le Crocifere, crude e centrifugate, quali: *Brassica oleracea* (Cavolo), *Brassica oleracea capitata* (Cavolo Cappuccio), *Brassica oleracea bullata* (Cavoletti di Bruxelles), *Brassica oleracea botrytis* (Cavolfiore), *Brassica oleracea botrytis aut italica* (Broccoli), *Brassica rapa* (Rapa), *Raphanus sativus parvus* (Ravanello), possiedono particolari sostanze anti-neoplastiche, in particolare gli Isotiocianati-vit. B17 (inibizione di crescita e sviluppo di tumori), Indoli, Glucosinolati ([1137]) vedi anche cap.5), Ditioltioni ([809]). E' una famiglia di piante curative verso molte patologie, non solo nei confronti dei tumori umani. Valnet enumerava, per questa famiglia di piante, fino ad 80 patologie diverse, e in particolare consigliava di assumere centrifugati di cavolo crudo biologico. Interessante anche l'impiego delle foglie di Cavolo in modalità di cura che richiamano in particolare l'impiego delle foglie di *Aloe arborescens*. Le stesse terapie di Gerson e di Breuss facevano ampio ricorso a queste piante. Sempre in merito alle Brassicacee, Plinio il Vecchio giunse ad affermare che "… grazie a queste piante, i Romani poterono fare a meno dell'opera dei medici per almeno 6 secoli di guerre...
Oggi purtroppo queste fonti preziosissime di composti molecolari fitofarmacologici, che non hanno nulla da invidiare a recenti piante "anticancro" come l'*Aloe*, sono gravemente minacciate da contaminazione transgenica OGM. Vedi ad esempio ([1252]) in PDF: Antony A. Miller: *Accumulation of very-long-chain Fatty acids in membrane glycerolipids is associated with dramatic alterations in plant morphology*, The plant Cell, Vol. 11, pp. 1882-1902, 1998, www.plantcell.org
In particolare si segnala :
Manipolazione e modificazione genetica di cavolfiori a maturazione lenta ([986]);
Manipolazione e modificazione genetica di broccoli, a maturazione lenta;
Manipolazione e modificazione genetica di lattuga resistente ai virus;
Manipolazione e modificazione genetica irreversibile degli importantissimi olii di semi delle Brassicacee ([806]).

Il decotto d'erbe di Rene Caisse
Famosa è la formulazione base del decotto d'erbe di Rene Caisse ([520, 1414]): radice di *Arctium lappa*, *Rumex acetosa*, corteccia di *Ulmus rubra*, radice di *Rheum palmatum*.
Le proporzioni di questi 4 ingredienti sono in multipli di 4 ([520, 1414]): 1 parte di radice di *Rheum palmatum*, 4 parti di *Ulmus rubra*, 16 parti di *Rumex acetosa*, 24 parti di radice di *Arctium lappa*.
Secondo l'autore del presente lavoro, si potrebbe sostituire l'*Ulmus rubra* con la *Betula alba*.
La preparazione è la seguente ([520, 1414]):
1). Si prendono 100 grammi TOTALI di queste erbe e si immergono in 5 litri di acqua in una pentola d'acciaio inox di almeno 10 litri di capienza.
2). Si porta ad ebollizione facendo bollire il tutto per 12 minuti, con la pentola chiusa.
3) Si spegne il fuoco e si immergono le erbe che fossero rimaste attaccate alle pareti della pentola.
4) Si rimette il coperchio e si lascia riposare per almeno 6 ore o per tutta la notte.
5) Si rimuove il coperchio e si dà una rimescolata.
6) Si riporta sul fuoco fin quasi alla bollitura ma senza far bollire di nuovo la tisana.
7) Si aspetta che le erbe si depositino sul fondo e si versa il contenuto ancora caldo in 4-5 bottiglie da un litro ciascuna, possibilmente sterilizzate in precedenza.
8) Analogamente all'*Aloe arborescens*, conservare i preparati al buio e in frigorifero.

Le dosi consigliate sono le seguenti: 8 cucchiai grandi da minestra 3 volte al giorno, a digiuno, da aggiungere in bicchiere con acqua calda per rendere tiepida la bevanda. Se viene indotta la risposta immunitaria, iniziare la fase di mantenimento con 4 cucchiai grandi da minestra al giorno, a digiuno.
Nota: per digiuno si intende: 1 ora prima dei pasti, oppure due ore dopo i pasti.

La formula di Renè Caisse è stata in seguito migliorata da De Sylva (definita "*Caisse Formula*"), aggiungendo in questo preparato ([520]) altre tre piante: corteccia di *Xantoxilum fraxineum,* foglie di *Plantago major* e fiori di *Trifolium rubeus*: essa sembrerebbe più efficace di quella basata sulle sole 4 erbe.
Si prepara in piccole boccette, da versare poi con un cucchiaino da The in tazza, aggiungendo acqua bollente, attendendo 15 minuti (contro i tre minuti del The verde), trascorsi i quali si filtra (o si lascia il deposito sul fondo) e si assume come un normalissimo The.
Una boccettina dura dai 15 giorni ai due mesi, a seconda delle dosi assunte; le dosi consigliate sono di un cucchiaino raso da The quattro volte al giorno per forme gravi di tumore. Per il mantenimento dell'eventuale stato di remissione dalla malattia, le dosi da dare sono di due volte al giorno.

Una formulazione simile al decotto di Renè Caisse è la *formula di Hoxsey*: *Arctium lappa*, *Glycyrrhiza glabra*, *Berberis vulgaris*, *Xanthoxilum fraxineuem*, *Trifolium rubeus*, *Alchimilla vulgaris*, *Larrea mexicana*, *Rhamnus sagrada* o *purshiana*, Ioduro di Potassio.
Nota 1: Le più recenti ricerche sulla *Arctium lappa* hanno permesso d'isolare importanti principi attivi aventi azione inibitrice nei confronti delle cellule tumorali, e con azione antimutagena ([984]).Grazie alla presenza di Inulina (fino al 45%) e di mucillagini, la radice di *Arctium lappa* agisce a livello intestinale, favorendo nel colon la crescita del *Bifidobacterium*, saprofita ad azione antimicotica ([985]). La pianta ha inoltre un potente effetto detossificante e depurativo sia a livello ematico che epatico; ciò avviene per la quantità dei principi amari contenuti nelle radici, che stimolano i processi di demolizione e di assimilazione degli alimenti, promuovendo l'eliminazione delle scorie metaboliche([986]). I principi attivi inoltre agiscono sul fegato attraverso una migliorata secrezione e un maggior deflusso di bile, svolgendo quindi un'importante azione coleretica e colagoga ([987]).
Nota 2: la *Glycyrrhiza glabra* abbassa notevolmente la produzione di perossido d'Idrogeno, di Superossido e di radicali idrossili da parte dei neutrofili (effetto anti-infiammatorio, anti-ulcerogenico, anti-microbico e anti-ossidante); essa è anche in grado d'inibire l'insorgenza di

tumori cutanei in animali da esperimento; tra i suoi composti è stato individuato un potente stimolatore della secrezione d'Interferone, denominato SNMC; Infine, l'acido glicirrizico e gli acidi 18a- e 18b-glicirretinico hanno dimostrato proprietà anti-mutagena.
Nota 3: il *Trifolium species* (*Trifolium rubeus, repens, pratensae*) è oggi inquinato da *Trifolium species* OGM, arricchite con tutti e 9 gli aminoacidi essenziali([1066]): ciò rende addirittura controindicato il suo impiego in terapia anti-cancro.

Formula di Rudolf Breuss:
Famosa, soprattutto nei paesi di lingua tedesca, è la *formula di Rudolf Breuss*: 3 etti di *Beta vulgaris cruenta* (Barbabietola rossa), 1 etto di Carote crude biologiche (*Daucus carota*), 1 etto di tubero di *Meum mutellina* (Sedano di Monte, Levistico) o di Sedano selvatico (*Apium graveolens*), 30 grammi di Rafano (*Cochlearia armoracia*), 1 etto di decotto di bucce di Patate (*Solanum tuberosum* bevute fredde; secondo l'autore tedesco è necessario durante tutto il periodo di cura evitare di mangiare altro cibo (in contrapposizione quindi con le altre preparazioni erboristiche oggetto del presente capitolo), e le stesse componenti del suo preparato devono essere bevute, cioè devono essere prive di residui solidi: pertanto le Verdure devono essere centrifugate, filtrate attraverso un filtro fine o un telo di lino. E' preferibile, secondo l'autore tedesco, usare una manciata di scorze crude di Patata, fatte bollire per 4 minuti in 2 tazze d'acqua, piuttosto che usare un etto di Patata intera. Egli, infine, raccomanda l'uso d'insalivare bene prima d'inghiottire: fatto quest'ultimo di riconosciuto valore medico data l'importanza degli enzimi salivari nella digestione.
Nota: non consumare l'*Apium graveolens* (Sedano selvatico, Appio dolce, Appio palustre) se *fresco.*

Salvia officinalis , *Hypericum perforatum*, *Mentha piperita* e *Melissa officinalis*
Molto conosciuta è anche la preparazione di *Salvia officinalis*: viene lasciata in infusione in acqua bollente per non oltre 3 minuti (come il The verde), mettendo 1-2 cucchiaini in mezzo litro di acqua bollente; trascorsi i 3 minuti, si aggiunge *Hypericum perforatum*, *Mentha piperita*, *Melissa officinalis* e si lascia in infusione per altri 10 minuti. Mischiare ancora e poi bere, con dosaggi decisi in base a criterio medico.
Dalle foglie di *Salvia officinalis* sono stati isolati Flavonoidi, Fenoli, acidi ossitriterpenici, Diterpeni, Tannini catechici, alfa e beta-Pinene, Canfene, beta-Mircene, alfa-Terpiene, Limonene, Eucaliptolo, gamma-Terpinene, Linalolo, etc..Induce apoptosi (caspasi 3) in epatocarcinoma e altri tumori ([708,1015,1116]).
Dalla *Melissa officinalis* sono state isolate essenze, alcoli, acidi fenolici, Triperpeni, Flavonoidi, Tannini catechinici, vitamine B1 e B2, sali minerali; svolge anche un'interessante azione anti-ormonale (inibizione del TSH); sospettata anche induzione di apoptosi selettiva in cellule di glioma.
L'*Hypericum perforatum*, secondo recenti lavori, sembrerebbe indurre apoptosi selettiva in cellule di Linfoma umano a cellule T.

Tisana di Maria Treban:
Equisetum arvense, *Calendula officinalis*, *Achillea millefolium* aut *filipendulina*, *Urtica dioica*, *Rumex acetosa*.

Tisana di Melisse (*Melissa monarda* e *Melissa officinalis*):
salvo parere medico contrario, lasciare in infusione in acqua bollente per 10 minuti una dose da mezzo cucchiaio grande. Sembrerebbe efficace su gliomi.

Infuso misto di *Calendula officinalis* e di *Achillea millefolium* aut *filipendulina* con Amaro svedese.

Infuso di *Alchimilla alpina* e *Alchimilla vulgaris* con *Urtica dioica* e *Lamium album* (Ortica bianca): salvo parere medico contrario, lasciare in infusione in acqua bollente per 10 minuti una dose complessiva da 1 cucchiaio grande.

Preparato di *Pimpinella major* (Tragosellino, Pimpinella): per gargarismi (sospettata di agire su tumori del cavo orale): salvo parere medico contrario, lasciare in infusione in acqua bollente per 3 minuti una dose complessiva da 1 cucchiaio grande. Ingoiare comunque dopo il gargarismo.

Macerato di *Acorus calamus* (Calamo aromatico, Acoro): sembrerebbe agire su carcinomi gastrici; è una tisana a freddo (macerazione in acqua fredda).

Tisana di *Salvia officinalis* (circa 1 litro), mista a fiori di *Equisetum arvense* (bolliti per 10 minuti) e/o fiori di *Trigonella foenum graecum* (dati per sola infusione): sembrerebbe agire su linfomi, leucemie e tumore del pancreas. E' comunque certo che l'*Equisetum arvense* stimola l'ematopoiesi, e che agisce efficacemente quasi quanto la cartilagine di Squalo sui processi degenerativi della cartilagine e delle ossa (artrite, artorsi, etcc); potrebbe forse indurre un controllo angiogenico sui vasi neoformati, analogamente a quanto già dimostrato dalla cartilagine di squalo (vedi cap.15).

Tisana di fiori di *Epilobium parviflorum*: sembrerebbe agire su tumori della vescica, prostata e, forse, testicoli.

Sono pure conosciuti impacchi caldi di foglie di *Plantago major* per i melanomi (preferibile comunque, secondo l'autore del presente lavoro, l'impiego alternativo dell'*Aloe arborescens*, sia per impacco che, soprattutto, per assimilazione orale, data l'azione di Apoptosi indotta dall'Emodina).

Del tutto particolare, l'*Euspongia officinalis* (Spugna di Mare): viene raccolta nel Mediterraneo, nel Mar Rosso, nell'Atlantico; sembrerebbe efficace nei confronti di Linfomi e di tumori tiroidei; contiene comunque Iodio, pertanto non può essere somministrata in pazienti a rischio di tireotossicosi, o comunque in soggetti in attesa di essere sottoposti a radioterapia metabolica con Iodio 131.

Infuso di un cucchiaino (5 grammi) di sommità fiorite di *Cnicus benedictus* in una tazza bollente per 10 minuti. Dosaggio deciso in base a valutazione medica.

Decotto di radice (20 grammi) di *Carlina acaulis* per 1 litro d'acqua.

Stellaria media: Viene cucinata in maniera analoga agli spinaci

Decotto di radici (30 grammi) di *Polygonum bistorta* in 1 litro d'acqua. Portare a bollitura e lasciare bollire per 5 minuti. Dosaggio deciso in base a criterio medico.

5-15 grammi di foglie di *Stachys officinalis* per mezzo litro d'acqua bollente (infuso);

Infuso di 20 grammi di *Alliaria officinalis* (tutta la pianta) per 1 litro d'acqua bollente

Infuso di foglie di *Hesperis matronalis* per 1 litro d'acqua.10 minuti d'infusione.

Infuso di 10-12 grammi di *Agrimonia eupatoria.*

Decotto di radice di *Enula campana*; da 10 a 20 grammi per 1 litro di acqua

Decotto di *Ononis repens* con infuso di semi di *Foeniculum vulgare*, salvo parere medico contrario: 20 grammi di radice di *Ononis repens*; 5 grammi di semi di *Foeniculum vulgare*; 1 litro d'acqua.

Far bollire la radice di *Ononis repens* finchè l'acqua si riduca ad ¼ del volume originario (250 millilitri); quindi mettere in infusione i semi di *Foeniculum vulgare* nell'acqua bollente per 5 minuti. Scolare tutto e dare da bere 1 tazza ogni 2-3 ore

Infuso di 1 cucchiaio di fiori freschi di *Calendula officinalis* lasciati per 10 minuti in una tazza d'acqua bollente, salvo parere medico contrario.

Far macerare 15 grammi di radice tagliata fine di *Marasdenia condurango* in 300 millilitri d'acqua. Bollire fino a ridurre l'acqua a 200 millilitri. Passare a caldo spremendo. 2-3 cucchiai grandi prima dei pasti, salvo parere medico contrario.

Infuso di radice di *Polygonum aviculare* : un cucchiaio da dessert per tazza d'acqua. Bollire 2 minuti, tenere in infusione 20 minuti. Dosaggio deciso in base a criterio medico.

Decotto in 2 tempi di *Triticum repens* con aggiunta anche di radice di *Rubia tinctorium* (salvo parere medico contrario) e radice di *Glycirrhiza glabra.*Far bollire 30 grammi di *Triticum repens* per 1 minuto. Buttare via l'acqua. Schiacciare il *Triticum repens* e farlo nuovamente bollire in 1.200 millilitri di acqua, fino a farla ridurre ad 1 litro. Aggiungere 60 grammi di radice di *Glycirrhiza glabra* e 15 grammi di radice di *Rubia tinctorium*. Lasciare così in infusione per 20 minuti. Dosaggio deciso in base a criterio medico.

Drosera rotundifolia : si prende tutta la pianta. 15 grammi per 1 litro d'acqua (Infuso).

Diplotaxis tenuifolia: la farina dei suoi semi può sostituire la *Senapsis alba*.

Infuso di 60 grammi di *Marchantia polymorpha* (pianta essicata), tritata in un litro di acqua.
2 bicchieri al giorno, salvo parere medico contrario.

Steli o pianta intera di *Equisetum arvense*
Decotto di pianta intera FRESCA: 50-100 grammi / litro di acqua: bollire 30 minuti
Decotto di pianta intera SECCA: 10-20 grammi / litro di acqua: bollire 30 minuti

Infuso di *Tanacetum balsamita* aut *Chrysanthemum balsamita*: 1 cucchiaio da dessert per tazza per 10 minuti, salvo parere medico contrario. Bere dopo i pasti.

Macerazione in 1 litro di aceto di *Malus communis* di : 10 grammi di *Salvia officinalis*, 10 grammi di *Menta piperita*,
Lasciare macerare 24 ore. Filtrare. Un sorso da 4 a 6 volte al giorno, salvo parere medico contrario

Infuso di 15 grammi di *Lippia citriodora* per 1 litro d'acqua (simile alla *Melissa officinalis*)

Decotto di *Erica cinerea* aut *Cullana vulgaris*: una manciata di sommità fiorite per 1 litro d'acqua. Bollire 3 minuti e tenere in infusione 10 minuti. Bere in 2 ore, salvo parere medico contrario.

Estratto fluido : 60 gocce di *Erica cinerea* + 50 gocce di *Solidago virgaurea* + 1 cucchiaio grande da minestra di : Estratto molle di stimmi di *Zea mais* (3 grammi); Estratto fluido di Rasperella (10 grammi); Sciroppo di *Rubus idaeus* (100 grammi), 300 millilitri di acqua

Decotto di radici (una manciata) di *Eryngium campestre* in 1 litro d'acqua. Bollire 5 minuti. Bere in 2 giorni.

Decotto di radici (una manciata) di *Eryngium maritimum* in 1 litro d'acqua. Bollire 5 minuti

Infuso *Sysymbrium officinalis* (*) un cucchiaio da dessert di pianta intera fresca per 10 minuti in tazza. 3-4 tazze al giorno; un cucchiaio da minestra ogni 2 ore di :
1) estratto fluido di *Primula officinalis* (50 gocce)
2) Sciroppo di *Sysymbrium officinalis* composto (vedi sotto)
3) Idrolato di *Tilia cordata, europaea, platyphilla,* o *vulgaris* : 200 mL

(*)Nota: tale pianta è indicata da Castore Durante nella cura del Cancaro, a pagina 174a, del libro "Herbario novo", del 1617.

Sciroppo di *Sysymbrium officinalis* composto (*)
una manciata di foglie e una manciata di fiori di *Sysymbrium officinalis*; 10 grammi di *Glycirrhiza glabra*, 1 litro d'acqua. Bollire e ridurre di 1/3. Passare. Aggiungere 200 grammi di Miele. Bollire a bagnomaria fino a consistenza di sciroppo. Prenderne alcuni cucchiai da minestra durante la giornata.
(*)Nota: tale pianta è indicata da Castore Durante nella cura del Cancaro, a pagina 174a, del libro "Herbario novo", del 1617.

Per Leucemia:
20 grammi di *Veronica officinalis*
25 grammi di *Filipendula ulmaria* aut *Spiraea ulmaria*
25 grammi di *Galium aparine*
30 grammi di *Sambucus nigra* (fiori)
25 grammi of Achillea millefolium
15 grammi di *Hypericum perforatum*
20 grammi di *Artemisia abrotanum*
15 grammi di *Urtica dioica*
30 grammi di *Taraxacum officinalis*
30 grammi di *Calendula officinalis*

Altre piante: *Aloe arborescens*, *Essiac*'s formula, piante brasiliane come: *Simaruba amara, Physalis angulata, Scoparia dulcis, Petiveria alliacea, Schinus molle, Uncaria tomentosa*

Nota: Per altri tumori, una famosa pianta brasiliana è l'*Annona muricata* (vedi cap.14), spesso è associata ad altre erbe mediache (*Mormodica charantia, Maytenus illicifolia, Physalis angulata, Scoparia dulcis, Guazuma ulmifolia, Uncaria tomentosa*). L'*Annona muricata* è ancora sotto studio (vedi cap. 14).

Piante anti-tumorali, a verosimile proprietà immuno-stimolante e/o apoptosica, riportate nell'*Herbario Novo*

Nell' *Herbario Novo* di Durante Castore, pubblicato a Venezia nel 1617, sono riportate 825 piante conosciute in Europa, nelle Indie Orientali e Occidentali, e i rimedi segreti da queste ottenibili con i medicamenti di tali piante. (*le virtù mirabili dell'herbe …..…scoprendosi rari secreti et singolari rimedi da sanar le più difficili infirmità del corpo humano.……*). In particolare, sono descritte 11 piante ritenute fin da allora curative nei confronti del "Cancaro", come allora si chiamava il Cancro, e viene già menzionata l'Aloe per qualità curative verso le "ulcere maligne":
Pagina 34D: Antora o Zedoaria" (probabilmente la *Curcuma zedoaria*)
Pagina 146D: Consolida media bugula (Marandola o Erba laurentina o Consolida menzana): probabilmente la *Ajuga reptans* (ben noto in passato come immuno-stimolante per la TBC) o la *Ajuga piramidalis*
Pagina 162B : Radice di Dragontea maggiore: probabilmente è la *Artemisia dracunculus*
Pagina 170D : *Epithimum* : probabilmente è la *Cuscuta epithimum*
Pagina 174A: *Erysimum officinale* : in passato, noto come immuno-stimolante per la TBC.
Pagina 188B: *Filipendula ulmaria* o *Spiraea ulmaria*
Pagina 224A : *Heliotropium minus* : forse è l'*Heliotropium europaeum*
Pagina 228BD: "Erba di Santa Croce, Nicotiana (italiano antico), o "Tabacco" (spagnolo) : probabilmente è la *Nicotiana alata (*Nicotiana, Fiore del Tabacco) o, forse, la *Nicotiana tabacum* (pianta del Tabacco). Si ritengono attualmente piante tossiche
Pagina 324BD: *Urtica dioica*, (dubbio per *Urtica urens*, *Lamium album* o *Acalypha indica*).
Pagina 325A: *Hordeum volgare* (Orzo)
Pagina 408D: radice in decozione di *Smilax aspersa*, o *Smilax sarsaparilla* o *Smilax utilis* (dubbio anche per *Smilax china* o *Hemidesmus indicus*).

Una nota particolare è dedicata all'Aloe, a pagina 17D dell'*Herbario Novo*, dove è riconosciuta ad essa la capacità di far guarire i pazienti dalle "ulcere maligne".
A pagina 18 è invece riportata un'altra Aloe, chiamata "Aloe americana", alla quale invece non viene attribuita alcuna proprietà contro ulcere maligne et similia. Osservando bene i due disegni delle due piante di Aloe, l'autore del presente lavoro ritiene che la prima Aloe, indicata a pagina 17 sia da riferirsi all'*Aloe ferox* (simile per molti versi come qualità terapeutiche all'Aloe arborescens), e la seconda Aloe (Aloe americana), all'*Aloe vera*, generalmente ritenuta 3 volte inferiore come concentrazione di principi attivi rispetto all'*Aloe ferox* e all'*Aloe arborescens*.

Molte altre piante sono invece menzionate per la cura dei "tumori" (forse non necessariamente sempre tumori maligni) alle seguenti pagine:

2C: *Artemisia abrotanum* : Abrotano
31A: radice di *Angelica arcangelica*, aut *silvestris*
67A: foglie di *Bellis major* (Bellide maggiore, Fiore di Primavera, Primula Vera maggiore): forse è la *Leucanthemum vulgare*.
71A: *Beta alba* (Bietola bianca): probabilmente è proprio la *Beta alba* var. *cicla*
81D: fiori di *Buphthalmum oculus buvus* (Buftalmo, Occhio di Bue). Probabilmente è il ben noto *Buphthalmum salicifolium* (Occhio di Bue, Asteroide).
100B : *Cicer arietinum*: (Ceci) per tumori del fegato: farina di Ceci, cotte in acqua d'Endivia
107A : foglie di Cerefoglio (Cerfolium): probabilmente è l'*Anthriscus cerefolium*, simile come aspetto all'*Apium petroselinum* (Nota dell'autore del presente lavoro: entrambe le piante sono oggi riconosciute curative per diverse patologie, ma sono purtroppo simili come aspetto anche all'*Aethusa cynapium* (Cicuta dei giardini) e alla *Cicuta virosa* (Cicuta velenosa), quest'ultime

comunque differenziabili dall' *Apium petroselinum* (Prezzemolo) e dal *Anthriscus cerefolium* (Cerfoglio) schiacciando 3 o 4 foglie fra le dita: il loro odore nauseabondo è infatti caratteristico).
126D: *Cicorium intybus* (Cicoria, Radicchio).
129A: *Cuminum cyminum*: (Cumino romano, Comino romano); secondo Durante dev'essere assunto con Miele rosato.
131C: Cinogrambe, o Mercorella bastarda. Non è chiaro se riferito alla Mercorella (*Mercurialis annua* , famiglia delle Euphorbiaceae, e quindi tossica, o potenzialmente tossica.
137D: *Cytisus laburnum* (Avorniello) o *Cytisus scoparius* (Ginestra); tossici
147D: Consolida reale o Sperone di Cavaliere. E' la *Delphinium consolida*, nota Solanaceae, potenzialmente tossica, e ancora in valutazione da parte dell'autore del presente lavoro.
169B: fronde bianche di *Chicorium endivia latifolium* (Endivia)
172A: fiori e germogli di *Erica vulgaris* (Erica)
174D: Orobis, Ervum (Orobo): probabilmente è l'*Ervum ervilia*
181B: *Vicia faba* (Fave). Il Durante riferisce che sono utili contro i "tumori" dei testicoli.
207B: bacche di *Juniperus communis* (Ginepro), per tumori del collo e del petto (attualmente ritenute leggermente tossiche).
208C: fiori di *Coronilla emerus*, *Cytisus scoparius*, *Sarothamnus scoparius*, *Spartium scoparium*, *juniceum* (diversi tipi di Ginestra); tossici
209A : *Gingidium* (Gingidio). Il Durante afferma che "…non è il volgare Cerfoglio, anche se gli assomiglia". Probabilmente è il *Daucus gingidium*.
231ABC: foglie verdi di *Hyoscyamus albus* (Quisquiamo bianco). Riferito efficace su "tumori" del polmone, milza e testicoli. Da parte dell'autore del presente lavoro, ancora in valutazione per tossicità relativa.
238B: *Gnaphalium polycephalum*, aut *supinum*, aut *vira vira* (Gnafalio, Verbasco)
239C: *Iris sylvestris major* (Iride silvestre maggiore)
248B: foglie di *Laurus nobilis* (Alloro)
262A: semi di *Linum usitatissimum* (Lino); Il Durante afferma che "..i semi di Lino rimuovono tutte le forme di "tumore"...", fatto questo che è riportato anche su testi cinesi e indiani.
263A *Pseudolinum* (Lino falso): Il Durante lo riferisce curativo per "…i "tumori" dei nervi…"
307D: *Nasturtium officinale* (Nasturzio).
330 D: *Panaces ascletanus* (Panace ascletano): il Durante lo riferisce efficace su "ulcere maligne" e "piccoli tumori". Forse collegabile all'*Heracleum sphondylium* : Panace, Ginseng italiano.
340 C: Radice di Pentaphillo (Ciquefolio, Quinque folium). Probabilmente è la ben nota *Potentilla alba* (Cinquefoglie bianca) o comunque della stessa famiglia. Attualmente in valutazione.
390B: radice di *Rheum officinale*, aut *sinense* aut *palmatum* (Rabarbaro): è impiegato anche nella formulazione di Renè Caissè (famoso decotto di erbe canadesi).
407C: Succo di corteccia o di foglia del Salice greco o Salcio (Salix). Probabilmente è il *Salix babylonica*.
431A: *Sesamoides parvum* (Sesamoide minore)
455A: *Thapsia garganica* (Tapsia)
463A: *Tribulus acquaticus* (Tribolo acquatico)
470 CD: *Verbena officinalis* (Verbena). Il Durante la riferisce efficace su "tumori" della milza, testicoli, testa.
471C: *Veronica officinalis* (Veronica). Il durante la riferisce efficace su "tumori" della testa.
485C: Vulvaria, Garosmus : probabilmente è la Vulvaria
487A: Xiride, Xiris : *Iris foetisissima*
489C: *Cucurbita maxima* (Zucca)

Conclusione al paragrafo 4.c:
Analogamente all'*Aloe arborescens*, anche queste piante sono causa di fenomeni particolari a carico del paziente, riconducibili verosimilmente ad attivazione immunitaria, evidenziata dai seguenti sintomi e segni obiettivi (integrabili anche con analisi ematiche di laboratorio e strumentali):

1) Nausea, vomito, inappetenza con dolori intestinali e gastrici, probabilmente per attivazione dei linfonodi gastro-enterici.
2) Linfonodi ecograficamente "reattivi"
3) Possibile Iper-Calcemia transitoria da incremento di IL-1 e TNF.
4) Aumento transitorio della massa tumorale, per infiltrazione linfocitaria e flogosi susseguente.
5) Febbre pomeridiana (attivazione della Cascata Immunitaria), se in presenza di tumore esteso.
5) Elevati livelli di acido urico nel sangue, a possibile evoluzione in danno renale.

Cap. 4.d. : *Allium sativum* (Aglio)

Sull' *Allium sativum* esiste una buona bibliografia ([969-981, 1074-1114])
Esso aumenta l'attività dei *Natural Killer* ([969]). I composti solforati contenuti nell'Aglio inoltre proteggono l'organismo dai radicali liberi ([970]).Una possibile azione anticancerosa sembrerebbe essere dovuta anche ai composti solforati ([971]). Induce comunque apoptosi su cellule tumorali ([694, 696])
L'Aglio è inoltre un ottimo coadiuvante nella prevenzione delle malattie cardiovascolari ([972]). Il bulbo di *Allium sativum* è anche ricco di Germanio 132 e di solfuro di Allile, e stimola la produzione di Glutatione perossidasi. E' ipoglicemizzante, ipocolesterolemizzante, anti-settico, ipotensivo e vaso-dilatatore sul circolo periferico. L'attività antibatterica è marcata contro *Staphylococcus aureus, E. coli, Shigella sonnei* e *Salmonella tiphy*; aumenta l'attività fibrinolitica ed è un buon anti-aggregante piastrinico. L'Allicina, responsabile del caratteristico odore dell'Aglio, è il più importante agente antibiotico presente nella pianta. Ristabilisce così l'equilibrio della flora batterica intestinale.
E' efficace anche contro le infezioni fungine (*Candida albicans*) e contro i parassiti ([973]).

Cap. 4.e.: le tossine di Coley

In merito alle Tossine di Coley ([66,196, 516]), questi lipopolisaccaridi hanno dimostrato la loro validità, poiché inducono all'inizio del trattamento una stimolazione a-specifica delle difese immunitarie (purchè in assenza di Chemio-Terapia concomitante o precedente).
Probabilmente, la buona riuscita di questa terapia dipende dal fatto che inducono una Iper-Termia endogena dovuta alla febbre (39-40 gradi centigradi), in maniera sostanzialmente analoga a quanto indicato al cap.7 (*), con uccisione delle cellule tumorali ipossiche presenti nella parte più interna delle masse tumorali.
Infine, l'induzione delle proteine da shock termico (vedi cap. 7 (*), determina l'attivazione specifica anti-tumorale delle difese immunitarie, in primo luogo linfociti, per il successivo riconoscimento specifico delle cellule tumorali.
L'impiego comunque di altre sostanze immuno-modulanti, come soprattutto l'*Aloe arborescens*, determina anch'essa l'insorgenza della febbre nei pazienti, sia pure di livello termico inferiore (37,5-38 gradi centigradi), rendendo quindi non necessario, secondo l'autore del presente lavoro, il ricorso alle Tossine di Coley, a meno di non tentare la loro iniezione diretta nelle masse tumorali, come già descritto in letteratura per una maggior attivazione locale, gravata però dal rischio teorico di insufficienza epatica e renale da rapida distruzione di elevata massa tumorale come già riportato in letteratura storica con altre tecniche similari.

(*) VEDI "La terapia dei tumori con Gadolinio 159 in Risonanza Magnetica Nucleare". Giuseppe Nacci, SECONDA EDIZIONE.

Cap. 4.f: Lectine

Sono proteine vegetali, contenute nei semi di Pomodoro, Peperoni, Melanzane, nella polpa dei Fagioli, nell'*Aloe arborescens*, nelle Patate, nella Soia (Lecitina di Soia), e in altri alimenti (Lumache).
Alcune di esse (Lecitina di Soia, Lumaca) hanno già dimostrato di agire selettivamente su alcuni tumori; altre invece causano agglutinazione degli eritrociti di alcuni gruppi sanguigni.
Senza agire come antigeni diretti, hanno quindi la prerogativa di provocare reazioni immunologiche come la trasformazione blastica dei Linfociti, o l'agglutinazione dei globuli rossi.
Formano inoltre immuno-complessi con i polisaccaridi di membrana.
Questi ultimi due effetti possono essere potenzialmente pericolosi poiché alla base di risposte auto-immuni come ad esempio nelle malattie auto-immunitarie.
Interessante è anche l'osservazione che le Lectine mostrano una particolare somiglianza strutturale con le Integrine, proteine fisiologiche della superficie cellulare, specificatamente coinvolte nell'adesione cellulare.
In base a criteri strutturali e funzionali, vengono classificate in gruppi diversi: Integrine, Caderine, Selectine, e immunoglobuline.
La loro funzione è quella di legare fra loro i glicocalici intercellulari che potranno essere omotipici, come per esempio le piastrine a livello del coagulo, o eterotipici come ad esempio nell'ambito dell'adesione di cellule e la matrice extracellulare; sono inoltre dotate della proprietà di trasferire i segnali extracellulari direttamente all'interno della cellula, essendo proteine transmembrana in grado di legarsi sia al lato esterno della cellula che alla matrice interna delle stesse.
Le Lectine hanno la prerogativa di legarsi con le glicoproteine di membrana, per esempio come la Concanavalina A, prodotta dal *Canavalina ensiformis* (Fagiolo nero, o Fagiolo rosso, o Fagiolo messicano), si lega a tutte le glicoproteine di membrana che contengono gruppi a-glicosidici o mannosidici, formando aggregati; può anche agire da mitogeno, principalmente per i Linfociti T e agglutina molti tipi cellulari.
Alcune Lectine (semi di Pomodoro e di Peperone, Patata, Melanzana, Frumento) contengono Zuccheri analoghi al Glucosio, come la D-Glucosammina e il suo derivato fosforilato; questi interferiscono nel ciclo glicolitico impedendo, con la loro presenza, l'utilizzazione del Glucosio.
Altri componenti sono l'acetil-Glucosammina, e il desossi-Glucosio, che interagiscono con l'ATP, la prima inibendo le fosforilazioni, il secondo formando un composto stabile con l'ATP stesso; tali sostanze possono interferire anche nei processi di trasporto degli zuccheri attraverso le membrane le cui glicoproteine attaccate alla loro porzione esterna, rappresentano pertanto il bersaglio preferito dalle Lectine.
Le Lectine vengono veicolate da metalli, e da questo legame traggono la proprietà di entrare in circolo e di legarsi alle membrane cellulari; i metalli che svolgono tale funzione sono quelli di peso atomico vicino al ferro (Cobalto, Nickel, Rame, Zinco, Manganese, Cromo…)
La particolare predilizione per il Ferro da parte delle Lectine potrebbe essere una delle cause dell'Anemia, data la sottrazione di tale elemento chimico dall'intestino.

Fattori inibenti l'assimilazione di Lectine sono il malto d'Orzo e i gusci di crostacei (Chitosano)
1) malto d'Orzo: oltre a contenere il Maltosio (zucchero disaccaride), contiene anche Destrine (miscela di oligosaccaridi) e l'enzima Diastasi (scinde le catene di molti oligosaccaridi) tra questi si formano i tetraosi che possono attirare competitivamente le Lectine, trattenendole nel lume intestinale e impedendo così che possano superare la barriera digestiva
2) Crostacei: il loro guscio è ricco di Chitosano che lega competitivamente le Lectine, trattenendole nel lume intestinale e impedendo così che possano superare la barriera digestiva

Cap. 4.g.: la terapia Gavollo

In letteratura medica sono stati riportati alcuni casi clinici di terapia oncologica ottenuta mediante l'impiego di estratti di villi corionici, come sperimentato da Gavollo ([141, 147]), fatto questo che lascerebbe forse presupporre un'azione di stimolazione immunitaria diretta contro lo stoma connettivale del tumore e inquadrabile quindi come tecnica curativa immuno-stimolante.

Cap. 4.h.: la terapia Gambetti

Forma di attività anti-neoplastica, basata sull'attivazione di fenomeni di lisi della matrice extra-cellulare del connettivo tumorale su base probabilmente immunitaria.
Tecnica anti-tumorale scoperta in passato dal medico italiano Armando Gambetti, purtroppo scomparso negli anni '70 senza aver potuto portare avanti il Suo importante lavoro.

Cap. 5

Vitamine fito-terapiche ad azione di APOPTOSI: le piante che fanno ”suicidare” il Cancro

“…La pianta costituisce una SINGOLA unità terapeutica, nella quale i principi attivi formano dei “FITO-COMPLESSI” caratteristici, legandosi o interagendo con altre molecole che vengono eliminate nel corso dei processi di purificazione.
E’il FITO-COMPLESSO, dunque, la “quintessenza” della pianta medicinale, e non il suo “principio attivo” purificato.
Volendo dare una definizione di FITO-COMPLESSO, si può dire che esso è una Entità Biochimica Complessa che rappresenta l’unità farmacologia integrale delle piante medicinali.”

Migliaia di vitamine, contenute in piante fresche, sono in grado di indurre fenomeni di attivazione delle difese immunitarie contro germi, virus o cellule tumorali, o addirittura di provocare fenomeni di apoptosi (suicidio cellulare o morte programmata) nelle stesse cellule tumorali.

La pianta, avente virtù anti-cancro (apoptosi e/o di immuno-stimolazione) dev'essere sempre priva di azioni dannose ad organi o tessuti umani, e dev'essere quindi assunta fresca, quale vero e proprio COMPLESSO FITO-TERAPICO.

In molti casi, può anche essere assunta sotto forma di TISANA, (THE, o Decotto), con o senza aggiunta di altre sostanze, ad esempio alcoliche, in base a particolari formulazioni decise dagli SPECIALISTI del settore.

Da parte dell'autore del presente lavoro, si preferisce in genere l'utilizzazione a crudo, con MIELE, della pianta fresca, purchè priva di effetti collaterali tossici, come ad esempio la *Salvia species*, nel qual caso si rende obbligatorio l'utilizzo della pianta sotto forma di THE, allo scopo di eliminare il pericolosissimo Tuione….

Le quantità di vitamine necessarie per provocare, in laboratorio, l'apoptosi di un certa quantità di cellule tumorali, senza provocare alcun danno in cellule umane sane, è veramente minima.

Si riportano qui di seguito diversi lavori scientifici, dove viene dimostrata l'effettiva capacità di indurre suicidio che queste vitamine hanno su vari tipi di tumori umani. Le quantità necessarie sono dell'ordine di poche decine di micro-moli/Litro, pari cioè a pico-moli/microLitri.

In merito alle vitamine capaci d'indurre l'APOPTOSI, si segnala innanzitutto l'articolo scientifico fondamentale a cui fare riferimento, che è quello di Tatman, che enumera circa 180 tipi diversi di Isoprenoidi ([1141]), fra cui *Limonene*, *Mentolo*, *Elemene*, *Eugenolo*, *Ocimene*, etc…
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/TATMAN%20(%20ARTICOLO%SUGLI%20%20ISOPRENOIDI).pdf

Da parte dell'autore del presente lavoro "MILLE PIANTE PER GUARIRE DAL CANCRO SENZA CHEMIO", edizione 2008, si specifica che sono preferibili le preparazioni fresche di queste piante con aggiunta di miele, in maniera simile a quanto già riportato ad esempio da Padre Romano Zago per la preparazione dell'*Aloe arborescens*: fin dall'antichità si preferiva aggiungere il MIELE in quantità pari al doppio della quantità di pianta adoperata (frullata, pestata, schiacciata, etcc..).

L'importanza del MIELE è infatti quella di proteggere le preziose vitamine dalla ossidazione dell'aria e dai succhi gastrici, e di permettere poi l'assorbimento delle vitamine da parte delle pareti intestinali del paziente. Il miele inoltre è di per se stesso un potente anti-settico che evita così la distruzione delle stesse vitamine da parte dei germi. Molti tipi di miele hanno inoltre proprietà curative vere e proprie, derivando proprio da fiori di piante medicinali.

NOTA: analogamente a quanto già noto da migliaia di anni dall'Ayurvedica indiana, si segnala l'estrema importanza di non fare mai uso **in pazienti affetti da tumori maligni** di GERMOGLI di piante, essendo molto spesso costituite, come scoperto oggi dalla Medicina Occidentale, da TUTTI e 9 gli AMINOACIDI ESSENZIALI, ACIDO FOLICO e Vitamina B12

Ciò che segue è quindi una raccolta di materiale scientifico di primaria importanza per la scelta, da parte del medico curante, delle piante più idonee per la cura del singolo tumore maligno.

In questi lavori, quasi tutti in PDF, tratti da letteratura medico-scientifica ufficiale, sono indicate le quantità di vitamine capaci d'indurre il fenomeno di APOPTOSI sulla specifica linea cellulare neoplastica considerata, quantità che viene espressa in micro-Moli (cioè micro-moli /Litro, cioè nano-moli/ milliLitro, cioè pico-moli/micro-Litro). Negli articoli viene in genere dimostrato che queste piante non hanno quasi mai effetti collaterali avversi sulle cellule sane.

NOTA: dagli articoli scientifici sottoriportati si potrà anche notare come le stesse quantità di vitamine necessarie ad indurre l'APOPTOSI possano inoltre variare in riferimento al pH tissutale, alla quantità di ossigeno presente, e soprattutto al periodo di tempo che permangono a contatto con le cellule tumorali stesse…

NOTA: Calcolo dei dosaggi vitaminici per l'induzione in vivo, nei pazienti, dell'APOPTOSI

In base a quanto riportato in "Teoria dei Traccianti" (http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/ è possibile stimare se le quantità di vitamine presenti nel sangue, e misurate in base ad analisi di laboratorio (Vedi QUINTA DICHIARAZIONE d'INTESA) siano sufficienti per raggiungere un'azione terapeutica sui vari tumori maligni in vivo, nel paziente: questo confrontando i dati ematici con i valori noti in letteratura medica (vedi allegati PDF qui riportati) inerenti alle concentrazioni delle varie vitamine, espresse in microMoli /litro che siano risultate efficaci sui vari tipi di tumore, in tempi diversi di esposizione. Un esempio di calcolo approssimato per stimare se le concentrazioni di vitamina XY risultino essere sufficienti per gli scopi descritti in questo lavoro, è illustrato al capitolo 5.a (Emodina-Aloe dell'*Aloe arborescens*, forse la più famosa fra tutte queste piante attualmente allo studio).

In questo lavoro si riportano:

Le Crucifere ([809])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/INDOLI%20e%20ISOTIOCIANATI%20delle%20crucifere%20o%20%20brassicacee.pdf

I Glucosinolati ([1137]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Glucosinolati.pdf

La *Isatis tinctoria* (Guado) contiene grandi quantità di glucosinolati, in particolare la Glucobrassicina (presente anche nei broccoli). Questa sostanza è il precursore naturale dell'indole-3-carbinolo ([1695]). http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php

Gli Isoprenoidi per leucemia e melanoma ([1141])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/TATMAN%20(%20ARTICOLO%SUGLI%20%20ISOPRENOIDI).pdf

La Quercitina per la leucemia ([1146])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Quercitina%20apoptosi%20su%20LEUCEMIA.pdf)

I Bioflavonoidi per la leucemia ([1130]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/azione%20di%20anti-leucemia%20dei%20bioflavonoidi_2.pdf

Flavonoidi e Isoflavonoidi ([1129]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/azione%20di%20anti-leucemia%20dei%20bioflavonoidi_1.pdf ,

La Baicalina e Baicaleina ([718]) www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php ([1563,1564, 1601]).

Quercetina è efficace sulla Leucemia ([1146, 1561])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Quercitina%20apoptosi%20su%20LEUCEMIA.pdf)

Quercetina è efficace sul cancro orale ([1370]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/quercetina.pdf

Quercetina è efficace sull'adenocarcinoma dell'esofago ([1560]) e sul cancro del colon-retto ([1562])

due bioflavonoidi (Apigenina e Quercetina) inibiscono il potenziale metastatico del melanoma ([1609]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

Il Limonene induce apoptosi del cancro gastrico in dose tempo dipendente ([1565]) e induce anche significativa riduzione del carcinoma epato-cellulare ([1566]).

L'olio essenziale di *Melissa officinalis* è efficace nei confronti di diversi tipi di cancri umani ([1567]).

Artemisia annua induce apoptosi di epatocarcinoma ([1569])

L'Eucaliptolo (*Eucalyptus globules*, *Elettaria cardamomum*) induce apoptosi della leucemia umana ([1570])

L'olio essenziale di *Melaleuca alternifolia* e un suo maggior monoterpene (terpinen 4-ol) inducono apoptosi (caspasi–dipendente) nel melanoma umano ([1571])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/terpenoide%20di%20olio%20di%20Melaleuca%20alternifolia%20induce%20apoptosi%20su%20MELANOMA.pdf

L'olio essenziale di *Tetraclinis articulate* (conifera) ha dimostrato di provocare apoptosi in numerosi cancri umani, inclusi il melanoma, cancro della mammella e dell'ovaio ([1572])

La *Cudrania tricuspidata* induce apoptosi nella leucemia umana ([1573])

L'Ellipticina della *Ochrosia elliptica* per il cancro mammario ([1135])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Ocrosia%20elliptica%20induce%20apoptosi%20su%20cancro%20della%20mammella.pdf

L'acido betulinico è efficace su melanoma, leucemia, neuroblastoma, gliomi ([1036-1041, 1127,1128,1166, 1603]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/betulla_1.pdf
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/betulla_2.pdf http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/betulla_3.pdf
)http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Acido%20betulinico%20induce%20apoptosi%20su%20tumori%20neuroectodermali.pdf

La *Mimosa species* ([1142]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/MIMOSA%20fa%20suicidare%20cellule%20tumorali.pdf

Le bacche di *Pittosporum tobira* e di *Chamerops excelsa* ([84]).

L'Emodina-Aloe è efficace su molti tumori ([333, 487, 715]) http://cancerres.aacrjournals.org/egi/content/full/60/11/2800

Due articoli (487 e 715) su : http://www.aloearborescens.tripod.com/studi.htm

Flavonoidi ([1122]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Flavonoidi%20promettenti%20agenti%20anticancro.pdf

La Tangeritina, contenuta nei mandarini, provoca apoptosi nelle cellule di melanoma, cancro del colon, della prostata, e dei polmoni (Dati bibliografici NON ancora DISPONIBILI).

Le Catechine ([1123,1186]) www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php),

Il *Citrus limonum* ([693]) è efficace su molti tumori
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/FLAVONOIDI%20contenuti%20nel%20Limone20%provocano%20APOPTOSI.pdf

L'olio di semi di *Punica granatum* contiene un acido grasso trienoico, che è il maggior ingradiente, che induce apoptosi in molti cancri ([1576]).

L'*Allium sativum* ([694, 696, 1369]) è anch'esso eficace
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/aglio_provoca_apoptosi_del_cancro_del_polmone.pdf
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/AGLIO%20provoca%20apoptosi%20in%20cancro%20della%20PROSTATA_2.pdf ;
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/aglio%20induce%20apoptosi%20sulla%20leucemia%20mieloide%20cronica.htm

Nota: l'*Allicina*, contenuta nell'Aglio fresco è di gran lunga superiore all'*Allicina* contenuta negli estratti commerciali di Aglio
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/DIFFERENZA%20fra%20ALLINASI%20di%20AGLIO%20FRESCO%20ed%estratto.pdf

Il *Rosmarinus officinalis* ([1062])www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php),

La *Sutherlandia frutescens* ([1147]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/sutherlandia%20frutescens.pdf

Le *Uncaria tomentosa* e *Uncaria guianensis* ([714, 1606]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Uncaria_species.pdf
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Uncaria_species%20azione%20antiproliferativa%20degli%20acidi%20uncarinici%20di%20Uncaria.pdf

L'Acacetina è efficace sul cancro del fegato ([1165])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/ACACETINA%20induce%20APOPTOSI%20su%20cancro%20del%20fegato.pdf

La *Bacopa monnieri* ([640]) www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php),

Vari flavonoidi (Wogonina, Fisetina) per l'epato-carcinoma umano ([713]),
www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php

La stessa Wogonina, contenuta nella *Scutellaria baicalensis*, determina apoptosi in tumori gliali ([1694]). In Calabria è stata trovata una sua variante: la *Scutellaria bardana* (Menta della Sila) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php

L'acido carnosico ([712]) www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php), contenuto nel *Rosmarinus officinalis*

La Diosgenina, è efficace sull'osteosarcoma ([1134])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/DIOSGENINA%20fa%20suicidare%20cellule%20dell'OSTEOSARCOMA.pdf

Il *Capsicum frutescens* aut *annuum* è efficace sulla leucemia ([719])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/peperoncino%20efficace%20su%20leucemia.pdf) e sul cancro della prostata ([1351], [1598]) www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php),
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Capsaicina%20(peperoncino)%20induce%20APOPTOSI%20in%20cellule%20del%20cancro%20della%20prostata%20sia%20androgeno-positive%20che%20androgeno-negative.pdf

La Curcumina induce apoptosi sul cancro polmonare ([1133])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/curcuma%20provoca%20APOPTOSI%20(SUICIDIO)%20di%20cellule%20del%20cancro%20del%20polmone.pdf

La Curcumina induce apoptosi anche sul cancro della prostata ([1352]) e sulla leucemia ([690])
www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php).
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/curcuma%20longa%20e%20isotiocianati%20(Crucifere).pdf

La Curcumina induce apoptosi anche su metastasi ([1161])

La Curcuma e la Quercitina si sono comunque dimostrati efficaci nell'indurre la apoptosi delle cellule di polipi intestinali adenomatosi ([1410]) http://fiocco59.altervista.org/ALLEGATI/Curcumin-FAP-papers.pdf ;
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/cipolla%20e%20curcuma%20efficaci%20contro%20i%20polipi%20precancerosi%20dell'intestino.pdf

Anche l'Elemene, contenuto in molte piante, fra cui la *Curcuma zedoaria*, provoca apoptosi nella leucemia ([1409]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/elemene_zedoaria_provoca_apoptosi_nella_leucemia.pdf

L'Elemene, in particolare, si è dimostrato molto efficace su 40 casi di tumore al cervello, come dimostrato da Tan, nel 2000 ([1574]) (Tan P.: *Clinical study on treatment of 40 cases of malignant brain tumor by Elemene emulsion injection*, Chin. J. Integ. Trad. Western Med, 20, pp.: 645-648, 2000)
testo in inglese e cinese: http://www.mednat.org/cancro/cancro_cervello.pdf

Anche gli alcaloidi del *Gelsemium sempervirens* inducono fenomeni di apoptosi sul cancro del fegato ([699])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/alcaloidi%20del%20Gelsemio%20inducono%20apoptosi%20su%20cellule%20tumorali.htm

Thalictrum acutifolium induce apoptosi sul cancro al polmone ([711]
www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php),

La *Sophora flavescens* per la leucemia ([716])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Sophora%20flavescens%20induce%20apoptosi%20su%20leucemia.htm

L'*Hibiscus sabdaiffa*, è stata sperimentata in vitro sulla sola leucemia umana ([692])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/ibisco_induce_apoptosi_su_leucemia_e_retinoblastoma.pdf

L'acido ursolico dell'*Asparagus species* ([700])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Acido%20ursolico%20(Asparago)%20induce%20apoptosi.htm

Il *Polygonum cuspidatum*, è caratterizzato oltre che da attività apoptosica su cellule di leucemia linfatica cronica, anche da proprietà di anti-angiogenesi ([695])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/resveratrolo_1.pdf

Il *Senecio latifolius*, provato su cellule tumorali del fegato ([697])
www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php),

La *Pereskia bleo* per carcinoma mammario ([1144])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/PERESKIA%20induce%20apoptosi%20su%20cancro%20della%20mammella.pdf

Il *Nerium oleander* ([1145] www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php),

Il *Panax ginseng* induce anch'esso apoptosi ([1170, 1171])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/GINSENG/%20pianta%20che%20induce%20apoptosi%20su%20molti%20tumori%20maligni_1.pdf
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/GINSENG/%20pianta%20che%20induce%20apoptosi%20su%20molti%20tumori%20maligni_2.pdf

L'Altholactone induce apoptosi su cellule della leucemia ([1125])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/altolactone%20induce%20apoptosi%20su%20leucemia.pdf

I Carotenoidi hanno dimostrato di indurre apoptosi sul cancro della prostata ([1366])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/carotenoidi%20sono%20fattori%20attivi%20contro%20il%20cancro%20della%20prostata.pdf

Il Resveratrolo ([1162] http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/resveratrolo_2.pdf), contenuto nella *Polygonum cuspidatum, Vitis vinifera* e anche nella *Yucca schidigera* ([1118]) è caratterizzato da attività apoptosica su melanoma e su Leucemia ([1121,1148]), e da proprietà di anti-angiogenesi ([695])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/resveratrolo%20induce%20apoptosi%20su%20melanoma.pdf
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Resveratrolo%20induce%20apoptosi%20sulla%20Leucemia.pdf
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/resveratrolo_1.pdf http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/resveratrolo_2.pdf

Tutti i polifenoli, comunque, contenuti nel vino rosso, e quindi compreso anche il Resveratrolo, si sono dimostrati efficaci nell'indurre l'apoptosi nel cancro della mammella umana ([1608])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

La *Gordonia axillaris*, ricca di Camellin B, è stata provata in tumori umani ([698])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/camellina%20B_(english).pdf),

Il rizoma di *Atractylodes ovata* è stata provata sulla leucemia ([704]
www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php),

Il *Solanum lyratum* per cancro del fegato ([705] www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php),

Anche l'estratto di radice di *Solanum dulcamara* ha dimostrato di provocare apoptosi nelle cellule del cancro della prostata e delle sue metastasi ([1655]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php

Fra i tanti Indoli, è da ricordare la Glucobrassicina, contenuta nelle Brassicacee, che determina apoptosi nel cancro della mammella. In particolare, essa è contenuta nella *Isatis tintoria* ([1656])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php

La *Boswellia carterii*, è stata verificata sulla leucemia ([706])
www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php)

La *Drinaria fortunei* si è dimostrata efficace su osteoclasti umani ([717] www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php), e da provare quindi, secondo l'autore del presente lavoro, anche su metastasi ossee osteolitiche o Mieloma Multiplo;

La *Phyllanthus urinaria* è efficace sul cancro del polmone ([720])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/PHYLLATHUS%20provoca%20APOPTOSI%20su%20tumori.pdf

La *Salvia miltiorrhiza* induce apoptosi sull'epatocarcinoma e sulla leucemia ([708, 1575])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/salvia%20%20induce%20apoptosi%20su%20tumori.pdf

La *Camellia sinensis* ([173,1123,1124, 1159, 1160,1164,1186]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/the%20verde_2.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/the%20verde_3.pdf

L'acido boswellico induce apoptosi nel melanoma metastatico e nel fibrosarcoma ([1131])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/acido%20boswellico%20induce%20apoptosi%20su%20cellule%20del%20melanoma%20e%20del%20fibrosarcoma.pdf

Flavonoidi del *Fagopirum esclulentum* attivano la Caspasi 3 e inducono apoptosi in cancro ([1064] www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php).

Zingiber officinale (6-Paradolo e 6-Gingerolo) attiva anch'esso la Caspasi 3 ([1143])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Zenzero%20induce%20APOPTOSI%20su%20LEUCEMIA%20con%206-paradolo%20e%206-gingerolo.pdf

Il Partenolide lattone sesquiterpene, presente in molte piante (es.: *Tanacetum parthenium*), induce apoptosi in molti tumori, con deplezione di Glutatione, attivazione delle Caspasi 7,8,9, over-espressione di GADD153, un gene anticancro, e susseguente apoptosi ([701])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/PARTENOLIDE%20induce%20APOPTOSI%20su%20diversi%20tipi%20di%20tumori%20maligno.pdf

Interessante la Goniotalamina del *Goniothalamus species* ([1138,1139])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/GONIOTALAMINA%20induce%20APOPTOSI%20su%20cellule%20della%20LEUCEMIA_1.pdf
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/GONIOTALAMINA%20induce%20APOPTOSI%20su%20cellule%20della%20LEUCEMIA_2.pdf

Citrus species (Mandarino, Arancia, Pompelmo, Limone, Cedro, Bergamotto…) inducono apoptosi in vari tipi di cancro, mediante beta Criptoxantina ed Esperidina ([1063]
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Ciproxantina%20e%20Esperidina.pdf).

Si vogliono però proibire le utilizzazioni commerciali di questi estratti, proibendo per Legge dosi elevate di Esperidina e di altre sostanze; ad esempio, si riporta il Decreto Ministeriale del 25 luglio 2002 in merito alle "Disposizioni specifiche per ingredienti erboristici":"*Citrus aurantium*: *l'apporto giornaliero di Sinefrina con le quantità d'uso indicate non deve essere superiore a 30 mg corrispondenti a circa 800 mg di Citrus aurantium con un titolo del 4% di tale sostanza*"…..
In Calabria è attivamente coltivato il *Citrus aurantium bergamia* (Bergamotto).

Molte piante alimentari, presenti nelle diete di tanti popoli, presentano interessanti caratteristiche mediche ([1149-1153]).

Anche il Mirtillo ha dimostrato di provocare l'apoptosi in molti tipi di tumore ([1691])

Anche gli Spinaci hanno una certa azione sui papillomi ([1154])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/spinaci%20sono%20efficaci%20su%20papillomi_(english).php

Anche il Selenio organico ha una certa importanza ([1155])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Selenio%20induce%20APOPTOSI%20su%20cellule%20del%20carcinoma.pdf).

Buono l'effetto dell'*Alpinia oxyphylla* (Zingiberaceae) nella leucemia promielocitica umana ([1156])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/alpinia%20species%20induce%20apoptosi%20su%20leucemia%20promielocitica.pdf).

Altro processo di apoptosi è indotto dalla *woodfordin I* , (*Chamaenerion angustifolium*), nella leucemia umana ([1157])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/EPILOBIO%20Chamaenerion%20angustifolium%20(woodfordin%201)%20induce%20apoptosi%20su%20leucemia.pdf

Clorofillina e Clorofilla modulano anch'esse l'apoptosi ([1158])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/clorofilla%20e%20clorofillina%20inducono%20APOPTOSI.pdf

I triterpeni pentaciclici delle *Crisobalanaceae* sono pure interessanti (Ref. 1167 www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php).

La Genisteina inibisce il cancro umano della mammella (Ref. 1168)
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/GENISTEINA%20fa%20suicidare%20cellule%20del%20cancro%20della%20mammella.pdf

Parecchi ingredienti di erbe medicinali cinesi sono attualmente sotto studio per l'epato-carcinoma umano (Ref. 705, 1169)
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/apoptosi%20di%20cancro%del%20fegato%20con%20varie%20piante%20cinesi_1.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/apoptosi%20di%20cancro%del%20fegato%20con%20varie%20piante%20cinesi_2.pdf

Interessante l'impiego del Manganese superossido dismutasi sul mesotelioma umano (Ref. 1365)
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Manganese-Superossido%20Desmutasi-%20apoptosi%20del%20mesotelioma%20pleurico.pdf

La Cianidina 3-Glucoside e la Peonidina 3-Glucoside, contenute nel riso biologico indiano che inducono apoptosi su linne tumorali umane (Ref. 1368
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Riso%20indiano%20(CIANIDINE)%20inducono%20APOPTOSI%20su%20cellule%20del%20cancro.pdf

La Quercitina induce apoptosi cancro della bocca (Ref. 1370)
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/quercetina.pdf

La Quercitina provoca anche apoptosi su cellule della leucemia Ref. 1046
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Quercitina%20apoptosi%20su%20LEUCEMIA.pdf)

Anche l'alcool perillico induce apoptosi dei i tumori, sia cancri che leucemie ([1556-1559])
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Perillyl%20alcohol%20(Monoterpene)%20against%20cancer.pdf)
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Perillyl%20alcohol%20(Monoterpene)%20induces%20APOPTOSIS%20on%20CARCINOMA.pdf)
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Perillyl%20alcohol%20inhibits%20human%20breast%20cancer.pdf)
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Anti-leukaemia%20effects%20of%20Perillyl%20alcohol.pdf)

Effetti terapeutici di apoptosi su molti tumori sono stati osservati anche con gli olii essenziali di varie piante (Ref. 1371) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/gli%20olii%20essenziali%20.pdf

Un'altra forma di apoptosi è stata dimostrata da un lavoro giapponese nel caso dei neuroblastomi, che tendono a regredire quando all'interno delle cellule si accumula una certa quantità di proteina H-Ras (Ref. 1042-43).
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/articolo%20sul%20NONU%20(morinda%20citrifolia)%20attiva%20contro%20tumore%20al%20cervello_2.pdf

E' ipotizzabile che tale fatto possa verificarsi anche nel caso di glioblastomi (astrocitomi maligni di grado terzo o quarto), essendo stata documentata, nell'uomo, regressione di questi tumori dopo

somministrazione di estratti vitaminici fito-terapici caratterizzati da induzione di produzione endogena della medesima proteina (H-Ras) in glioblastomi umani ([1173]).
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Suicidio%20di%20cellule%20tumorali%20del%20cervello%20(glioblastomi)%20e%20del%20cancro%20gastrico%20via%20APOPTOSI-INDIPENDENTE.pdf

In particolare, per i tumori al cervello, rivestono particolare importanza i fito-estratti di *Morinda citrifolia* (Ref. 1043); ma sono anche sotto studio *l'Hypericum perforatum*, la *Melissa officinalis*, la *Momordica carantia*, la *Betula alba*, la *Yucca schidigera* (Ref. 1118) e la *Gardenia species*.

Su quest'ultima pianta, Vedi Ref. 1061
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Geniposide,%20contenuto%20nel%20frutto%20di%20Gardenia,%20fa%20suicidare%20cellule%20del%20tumore%20del%20cervello.pdf

Nota: la *Morinda citrifolia* è causa sia di apoptosi che di inibizione dell'angiogenesi (Ref. 1172
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/articolo%20sul%20NONU%20(morinda%20citrifolia)%20attiva%20contro%20tumore%20al%20cervello_1.pdf

L'alfa-Bisabololo, un sesquiterpene della *Matricaria chamomilla*, induce apoptosi nel glioma maligno ([1568])

L'*Alisma plantago acquatica* induce apoptosi nella leucemia acuta linfoblastica e nel fibrosarcoma tramite la Alisol B, un triterpene ([1559-1600]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/ALISMA%20PLANTAGO-AQUATICA.pdf

Dal Vietnam, la moderna ricerca scientifica ha comprovato la tradizione popolare locale per la *Caesalpinia sappan*, il *Coscinium fenestratum*, l'*Eurycoma longifolia*, l'*Hydnophytum formicarum*, lo *Streptocaulon juventas* (provati sull'adenocarcinoma della cervice umana, sull'adenocarcinoma polmonare, e sul melanoma ([710]).

Esistono molte altre piante, tutte raccolte in particolari estratti ad uso terapeutico, non solo come piante a potenziale uso apoptosico o psudo-apoptosico, ma anche come piante immuno-stimolanti, e/o ad azione anti-ossidativa.

Si riportano, a titolo d'esempio, un breve lavoro scientifico sul Germanio organico e i cui effetti sono riferiti su un caso guarito di cancro polmonare, caso riportato dalla rivista scientifica "*Chest*"([269]) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Germanium%20132%20un%20caso%20clinico%20di%20cancro%20polmonare.pdf

Il Germanio organico ha dimostrato anche in altri lavori scientifici la sua efficacia contro i tumori ([1264]), analogamente al Selenio organico ([1263]), alla vitamina A ([1257]), alla vitamina C ([1261]), alla vitamina D ([1262]), alla vitamina E ([1258]). In merito a queste *vitamine naturali* vi è una ricca casistica di documentazione scientifica sulle varie e diversificate azioni di tali vitamine contro i tumori, che non riguardano soltanto l'*apoptosi*, come ad esempio nei lavori raccolti dalla Fondazione Gerson :
http://fiocco59.altervista.org/ALLEGATI/gerson.pdf ; http://gerson-research.org/docs/GersonM-1949-1/index.html
http://gerson-research.org/docs/GersonM-1945-1/index.html
http://gerson-research.org/docs/GersonM-1878-1/index.html
http://gerson-research.org/docs/CapeFW-1978-1/index.html
http://gerson-research.org/docs/HaughtJ-1962-1/index.html

Sulla base delle recenti scoperte d'induzione apoptosica dei semi di *Momordica charantia* (Cocomero d'Africa) ([639]), particolare interesse è attualmente rivolto anche ai semi di altre piante come l' *Helianthus annuus* (Girasole), ai semi di *Citrus paradisi* (Pompelmo), ai semi di *Cucumis melo* (Melone), ai semi di *Cucumis sativus* (Cetrioli), ai semi di *Citrullus vulgaris* (Cocomero, Anguria, Melone rosso), ai semi di *Solanum lycopersicum* (Pomodoro), ai semi di *Solanum*

melongena (Melanzana), ai semi di *Rubus idaeus* (Lampone) ai semi di *Actinidia chinensis* (Kiwi), ai semi di *Citrus aurantium* (Arancio), ai semi di *Vitis vinifera*.

L'importanza dei semi come fattori anti-cancro risiede sostanzialmente nel fatto che essi contengono la famosa vitamina B17 (http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm).

Ma è estremamente grave il fatto che le grandi aziende sementiere OGM stiano immettendo sul mercato agricolo mondiale gli stessi frutti privi però di semi e/o deprivati di vitamine naturali, in particolare: *Cucumis melo, Citrus limonum, Citrullus vulgaris, Solanum lycopersicum, Vitis vinifera*.

L'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci, ritiene che la modificazione genetica delle piante (piante O.G.M.) sia un inaccettabile danno al patrimonio della salute umana, non solo in merito alla sottrazione dalla alimentazione umana della vitamina B17, ma di molte altre vitamine ad attività apoptosica.

Ad esempio, la *Pueraria species* induce apoptosi ma, il contenuto di Antocianine (che inducono apoptosi su tumori) della *Pueraria*-GMO (modificata geneticamente) è gravemente ridotto del 40% ([1119]).
Altre gravi modificazioni sono state compiute a carico della *Brassica rapa* ([968]), e della *Brassica oleracea botrytis* ([968]),della *Lotus corniculatus* ([1012]), che era curativa contro i tumori, della *Prunus domestica* ([1013]) e del *Citrus paradisi* ([1014]). In particolare è estremamente grave il tentativo di modifica OGM (Organismi Geneticamente Modificati) a carico dell'*Allium sativum* e dell'*Allium cepa*, che rivestono particolare valore anti-neoplastico.

Di recente, anche il *Solanum lycopersicum* (pomodoro) è oggetto di danni da introduzione di modifiche OGM: in particolare si è introdotto il gene del *Solanum pennellii*, determinando l'incremento glicemico dell'alimento, con rischio ulteriore per i pazienti neoplastici e/o diabetici.

In Israele, invece, un gruppo di ricercatori ha messo a punto dei pomodori geneticamente modificati alla Rosa o al Limone. Tra le persone scelte per comparare questi pomodori transgenici con altri normali, quasi tutte sono state in grado di distinguere la differenza, e hanno descritto il nuovo gusto come di "Profumo", "Rosa", "Geranio" o "Citronella". I pomodori geneticamente modificati, realizzati da una equipe del Centro di Ricerca *Newe Yaar*, sono più rosa che rossi perchè contengono due volte meno Licopene, un antiossidante che dona all'ortaggio, quello tradizionale, il suo bel colore rosso e che perdippiù fa molto bene alla salute.
Di contro, le nuove "creature" hanno più terpenoidi, composti organici che ne allungano la conservazione.

La letteratura scientifica è piena di nuovi esperimenti e di nuove piante OGM prodotte in laboratorio, nel corso di lunghi e costosi progetti, quasi sempre finanziati dalle stesse Multinazionali…
L'aspetto però più pericoloso è dato dalla introduzione nella catena alimentare umana degli stessi *para-retro-virus* impiegati per modificare il DNA delle piante.
E' infatti ben noto che il CaMV (*Cauliflower Mosaic Virus*) è usato oggi per guidare la replicazione di *retrovirus* introdotti delle piante dalle Multinazionali OGM per modificare il DNA delle piante (piante OGM).
Questo virus è particolare, poichè attivo sia nelle piante definite "*Angiosperme"* che nelle piante definite "*Gimnosperme"*, cioè in pratica in tutte le piante.
L'utilizzo di questo particolare virus dalle Multinazionali OGM per modificare geneticamente le piante è dovuto ai suoi particolari *promoters* ("motori" di attivazione genetica) contenuti in esso.
Il CaMV ha due di questi *promoters*: il **19S** e il **35S**.
Di questi due, il **35S** è il *promoter* più usato dalle Multinazionali .
Il ***promoter* 35S** è una sequenza di DNA di circa 400 basi (unità di sequenza genica, caratterizzata da 4 diverse molecole : Adenina, Citosina, Guanina o Timina)

Il *promoter* CaMV è il preferito fra tutti i *promoters* impiegati dalle Multinazionali OGM per modificare le piante, perché non è influenzato dalle diverse condizioni dei tipi di tessuto cellulare vegetale, e dove ha così modo di agire.
Purtroppo, esso è in grado di penetrare e di replicarsi anche nelle cellule degli animali, comprese quelle dei mammiferi e anche quelle *umane*, come ben dimostrato dal lavoro di Vlasak, del 2003 ([1596])
La domanda che ci si è posti è stata pertanto la seguente: è possibile che vi sia da parte delle Multinazionali Chemio-Farmaceutiche, cioè quelle che producono i farmaci per la CHEMIO, la volontà di distruggere il patrimonio naturale delle centinaia di vitamine anti-tumorali contenute nella frutta e nelle verdure allo scopo, entro i prossimi decenni, di "*annullare la concorrenza delle terapie alternative"* e di rendere quindi la CHEMIO l'unica terapia possibile contro il cancro ?
Per quanto complessa possa sembrare la questione, si pongono all'attenzione del lettore i seguenti dati riportati alla DECIMA DICHIARAZIONE D'INTESA: il Connubio perverso delle Multinazioni OGM con le Multinazionali Chemio-farmaceutiche

L’Apoptosi: il comando di suicidio della cellula malata

(parzialmente tratto e modificato da http://imoax1.unimo.it/_cossarizza/appunti/apoptosi.htm)

Per ***Apoptosi*** s'intende l'attivazione di endonucleasi specifiche che frammentano il DNA, agendo a livello di siti nucleosomiali costituenti l'unità strutturale primaria della cromatina nucleare della cellula. Le molecole d'induzione, in genere di derivazione fito-chimica (piante), inducono l’apoptosi nella cellula neoplastica, mediante l’attivazione di enzimi proteolitici intracellulari, che provocano degradazione per proteolisi di sequenze vitali del DNA, e provocando così la morte della cellula.

La sequenza degli eventi biochimici dell’Apoptosi è stata ben documentata in letteratura scientifica ([1382-1385]). Essa è caratterizzata da un alto consumo di ATP (energia biochimica) che ben la differenzia dalla necrosi. Non vi è versamento all’esterno della cellula in fase di apoptosi del sui contenuto cellulare, e pertanto NON vi è alcun fenomeno di infiammazione. Ciò è molto importante per differenziare l’*Apoptosi* dalla *Necrosi.* I granuli compatti del DNA frammentato (tratti di DNA internucleosomale), ridotto cioè in piccoli frammenti, vengono spostati alla periferia della cellula morente, formando una caratteristica figura a mezzaluna. Questi frammenti vengono poi circondati dalla membrana della stessa cellula ed evaginati all’esterno, conferendo alla stessa cellula un aspetto a bolle (*Blebbing*). Queste bolle si staccano dalla cellula ormai morente dando così origine ai corpi apoptosici, ricchi di proteine transglutaminate, e vengono finalmente fagocitati dai macrofagi e dalle altre cellule vicine. La stessa cellula, morente, espone alla sua superficie dei residui di fosfatidilserina, che la segnala come bersaglio ai macrofagi per la sua successiva fagocitosi.

Durante tutto il processo di apoptosi, a differenza del processi di necrosi, vi è anche da notare il permanere, nella loro integrità, degli organuli citoplasmatici, in primo luogo dei Mitocondri, che nel fenomeno di apoptosi non vanno incontro a rigonfiamento e a rottura, come invece nella necrosi.

Nella *necrosi*, infatti, sono predominanti i fenomeni di rigonfiamento della cellula, con dilatazione del Reticolo Endoplasmatico Liscio (REL) e con la perdita dei Ribosomi del Reticolo Endoplasmatico Rugoso (RER). Subentra quindi una violenta dilatazione con la comparsa dei corpi densi di matrice. Le membrane plasmatiche interne e superficiali iniziano a rompersi con la conseguente fuoriuscita degli organuli, con esito finale in risposta infiammatoria locale (quest’ultima assente invece nel fenomeno di apoptosi).

Numerosi sono i geni del DNA coinvolti a diverso titolo in questo processo (*c-jun*, *c-fos*, *c-myc*, *c-myb*).

Attualmente si ritiene che le molecole d’innesco del processo di *apoptosi* siano molte, sia di origine esogena, che di origine endogena, e che pertanto vadano ad innescare percorsi biochimici diversi (*private pathways*) per giungere ad attivare la Fase Centrale di esecuzione del programma di suicidio. Questa via centrale (*common pathway*), su cui sembrano convergere tutte queste diverse *private pathways,* è IRREVERSIBILE e, una volta innescata, è identica per tutte le cellule umane.

Fra le *private pathways*, alcune sono ubiquitarie come quella innescata dalla **proteina p53**, altre invece sono presenti solo in alcuni specifici tipi cellulari e si attivano esclusivamente in base a determinate molecole come ad esempio **Fas**, meglio conosciuta in passato come **APO-1**. Di recente, quest’ultima è stata riclassificata come **CD95**, essendo una proteina di superficie: quando si lega al suo specifico ligando, il **Fas-L**, viene avviata l’apoptosi ([1387]).

La p53 è una proteina dal peso molecolare di 53 kDalton. E' stato dimostrato che la sua attività è effettivamente in grado di arrestare la crescita delle cellule tumorali ([1393]). Essa viene attivata ogni qualvolta si realizzano danni sostanziali al DNA della cellula. Essa blocca la progressione del ciclo cellulare nella fase G1, favorendo la riparazione del DNA. Se la riparazione è in grado di restituire al normalità funzionale alla cellula, quest'ultima sopravvive. In caso contrario è la stessa p53 a promuovere il suicidio della cellula stessa ([1394]).

Un'altra proteina, analoga alla p53, è la pRb.

Altre vie d'innesco sono, ad esempio, la de-regolazione di importanti messaggeri intra-cellulari, come ad esempio il Calcio ([1395]) o di particolari enzimi, come la protein-chinasi C ([1396]).

Lo ione Calcio, in particolare, attiva un gruppo di enzimi: quelli della transglutaminasi. Quest'ultima è una proteina monometrica di 75 kDalton che partecipa alla formazione dei corpi apoptosici nei passaggi finali di morte programmata ([1397,1398]). Sembrerebbe però che possa rivestire anche un ruolo a livello di stadio iniziale lungo le vie di innesco iniziali. In particolare sembrerebbe agire sulla proteina pRb ([1399]).

La fase di esecuzione del suicidio programmato

La fase di esecuzione sembra essere comune a quasi tutte le vie d'innesco conosciute, ed è costituita da una serie di reazioni enzimatiche a cascata paragonabili a quelle del complemento o della coagulazione del sangue.

Una volta innescata, la reazione non è più arrestabile.

Gli enzimi coinvolti sono chiamati CASPASI (*Cysteinyl Aspartate-Specific Proteinases*): proteasi caratterizzate da un'assoluta specificità per i residui di Aspartato. Nell'uomo sono state identificate almeno dieci di queste proteine, suddivisibili in 3 principali sotto-famiglie ([1400]):

1) ICE e le CASPASI 4 e 5,
2) le CASPASI 3 (o CPP32),
3) le CASPASI 6, 7, 8, 9, 10 e la *Ich1/Nedd-2*

Le CASPASI sono presenti in forma inattiva nel citoplasma cellulare; ognuna di esse è attivata dalla precedente e, a sua volta, attiva la seguente fino ad arrivare al taglio dei substrati finali. Questi includono proteine coinvolte nella riparazione e duplicazione del DNA, nello *splicing* del RNA, nel mantenimento della struttura citoscheletrica, nella divisione cellulare, nella frammentazione del DNA, etc…

Altre molecole co-effetrici sono l'APAF-1 (*Apoptotic Protease Activating Factor* 1 ([1401]): attiva la cascata dell'apoptosi solo in presenza di ATP. APAF-1 è legato alla molecola proteica prodotta dal famoso gene ***bcl-2***, quello che rappresenta il capostipite di una lunga famiglia di geni che include membri sia ad attività anti-apoptosica (*bcl-2*, *bcl-x*), sia pro-apoptosica (*bax*, *bad*, *bak*), come ben evidenziato in letteratura medica ([1402, 1403]). Le proteine di questa famiglia si trovano localizzate sulla membrana nucleare, su quella mitocondriale esterna e su quelle del reticolo endoplasmatico. *Bcl-2* può interagire con diverse proteine, compreso *R-Ras*, una variante non trasformante di *Ras* ([1404]), e la serin-treonin-chinasi *Raf-1* ([1405]), suggerendo un suo possibile ruolo modulatorio su una via di trasduzione del segnale che controlla la morte cellulare. Principalmente però *Bcl-2* si lega ad

altri membri della sua famiglia per formare omo-dimeri o etero-dimeri, il cui significato funzionale varia da pro-apoptosico (*Bax*, *Bcl-x*$_S$) ad anti-apoptosico (*Bcl-2*, *Bcl-x*$_L$ [1406]). I membri pro-apoptosici della famiglia, essendo in grado di sequestrare quelli anti-apoptosici, fungono come una sorta di ago della bilancia nel determinare la sensibilità di una cellula in risposta ad un dato stimolo nocivo ([1407]).

Si ritiene inoltre che la funzione principale di queste proteine sia quella di regolare la corretta omeostasi elettrochimica degli organelli su cui sono localizzati, tramite la partecipazione, con ruolo di controllo, a strutture che formano canali ionici nelle membrane. E' possibile che l'effetto diversificato di questi dimeri sia dovuto ad un diverso tipo di azione su questi canali.

E' possibile anche che l'attività anti-apoptosica di *Bcl-2* possa essere basata sul legame e sul sequestro di *APAF-1* dal citoplasma.

Da quando è stata scoperta la localizzazione di *Bcl-2* nei mitocondri ([1408]), e la necessità di Citocromo C per l'innesco delle CASPASI, è stato definito per questi organelli un ruolo cardine nella fase di esecuzione dell'ordine di suicidio della cellula stessa. In effetti, in questi organelli, Bcl-2 pare essere legato a complessi sopramolecolari, formati da un dimero di porine mitocondriali VDAC (*Voltage Dependent Anion Channel*) e da due molecole del trasportatore di nucleotidi adeninici (AdNT). Questi complessi, localizzati nei punti di contatto tra la membrana mitocondriale interna e quella esterna, danno origine a strutture chiamate pori mitocondriali, la cui apertura è regolata da Calcio, Magnesio, Idrogeno, ADP, ma anche dalle proteine della famiglia di Bcl-2. L'apertura di questi pori provoca fenomeni di transizione di permeabilità (PT) della membrana mitocondriale, con conseguente abbassamento della differenza di potenziale elettrico.

Tab. 4.1.: Nuova e vecchia nomenclatura delle CASPASI

Nuova nomenclatura	Vecchia nomenclatura
CASPASI 1	ICE
CASPASI 2	ICH-1
CASPASI 3	CPP32, Yama, Apopaina
CASPASI 4	4 TX, ICH-2, ICE_{rel}-II
CASPASI 5	TY, ICE_{rel}-III
CASPASI 6	Mch2
CASPASI 7	Mch3, ICE-LAP3, CMH-1
CASPASI 8	MACH, FLICE, Mch5
CASPASI 9	ICE-LAP6, Mch6
CASPASI 10	Mch4

Tab. 4.2 : Substrati delle CASPASI umane (Tratto da : Porter N.: *Death substrates come alive*, Bioessays, 19, pp.: 501-507, 1997) modificata.

Substrato	CASPASI	Localizzazione cellulare	Conseguenza del taglio nell'apoptosi <u>Attivazione</u> di funzione
Pro-IL-1beta	CASPASI 1	Citoplasma	IL-1Beta regola l'apoptosi indotta da altri fattori
IFgamma inducing factor	CASPASI 1	Citoplasma	Non noto
DFF	CASPASI 3	Citoplasma	Frammentazione del DNA
PKC delta	CASPASI 3	Citoplasma	Induzione attività catalitica. (Possibile contributo alla morte cellulare ?)
SREBPs 1,2	CASPASI 3, 7	ER/nucleo	Induzione della trascrizione; (possibile soppressione della lisi cellulare ?)

DFF: *DNA Fragmentation Factor*

PKC delta: *Protein Chinasi C delta*

SREBPs 1, 2 : *Sterol Response Element Binding Proteins*

Tab. 4.3 : Substrati delle CASPASI umane (Tratto da : Porter N.: *Death substrates come alive*, Bioessays, 19, pp.: 501-507, 1997) modificata.

Substrato	**CASPASI**	**Localizzazione cellulare**	**Conseguenza del taglio nell'apoptosi <u>Inattivazione</u> di funzione**
D4-GDI	CASPASI 3	citoplasma	non noto
Gas2	non noto	microfilamenti	Cambiamenti morfologici
Huntingtina	CASPASI 3 (?)	citoplasma	Morte di un *subset* di neuroni
Alfa-fodrina	CASPASI 3 - like	citoscheletro	Cambiamenti morfologici(?)
Actina ?	non noto	varie	non noto
PARP	CASPASI 1, 3, 4, 6, 7	nucleo	Accelera la frammentazione del DNA e ne impedisce la riparazione
DNA-PK	CASPASI 3	nucleo	Inibisce la riparazione del DNA
U1-70 kD	CASPASI 3	nucleo	Inibisce lo *splicing* del RNA
Rb	CASPASI 3 - like	nucleo	Perdita dell'effetto anti-apoptosico (?)
PITLSRE	CASPASI 3 - like	nucleo	non noto
NuMA	non noto	nucleo	non noto
Laminine A, B, C	CASPASI 6	Impalcatura nucleare	Perdita di integrità della matrice cellulare
DNA topo I , II	non noto	Impalcatura nucleare	non noto
HnRNP C1, C2	CASPASI 3 - like	nucleo	non noto

D4-GDI : *GDP dissociation inhibitor type 4* (un inibitore delle GTPasi della famiglia Rho)

Gas2 : proteina codificata da un gene appartenente alla famiglia dei *Growth Arrest Specific Genes*

PARP *: poli(ADP)riboso polimerasi*

DNA- PK: *DNA-dependent protein kinase*

U1-70 Kd : componente di 70 KDalton della *U1 Small Nuclear Ribonucleoprotein*

PITSLRE : superfamiglia di chinasi *cdc2-like*

NuMA : *Nuclear Matrix and mitotic apparatus protein*

DNA topo I, II *: DNA topoisomerasi I e II*

HnRNP C1 e C2 : *heteronuclear ribonucleoprotein C1 e C2*

Alterazione dell'Apoptosi naturale da parte delle Multinazionali OGM

Gravissimo è però, anche qui, il deliberato tentativo da parte delle aziende produttrici di OGM di disattivare (con Fortilin, Bcl-2, Bcl-xl) questo prezioso meccanismo naturale contenute nelle piante: tale fenomeno di blocco dell'apoptosi (azione di anti-apoptosi), già introdotto sperimentalmente nella pianta del tabacco tramite virus ([748,751]) è, secondo l'autore del presente lavoro, un gravissimo atto di danno deliberato inflitto all'Ecosistema tramite gli O.G.M.: un danno che, se propagato a piante alimentari di uso comune, potrebbe rendere del tutto impossibile la cura dei tumori e di molte altre malattie tramite quanto considerato in questo lavoro.

Pseudo-Apoptosi

Esistono anche sostanze vegetali (e forse anche di derivazione farmacologica per sintesi chimica) che hanno la capacità di essere assorbite da molecole di membrana presenti esclusivamente su determinate cellule tumorali umane, di essere quindi introdotte all'interno della cellula malata.
Poiché tutte le membrane cellulari hanno identica struttura, tali molecole vengono anche assorbite a livello della membrana lisosomiale, danneggiandola. De Duve ([84]) aveva definito i lisosomi come "vescicole suicide", poiché, se la loro membrana viene danneggiata da agenti tossici, diventa permeabile agli enzimi in essi contenuti, che così digeriscono la cellula stessa. Tale fenomeno ricorda parzialmente quello dell'Apoptosi: in pratica, un suicidio cellulare indotto da enzimi presenti nel DNA stesso della cellula, cioè l'attivazione di endonucleasi specifiche che frammentano il DNA, agendo a livello di siti nucleosomiali costituenti l'unità strutturale primaria della cromatina nucleare della cellula (vedi anche: *Emodina-Aloe*). Ma, in questo caso, sono invece delle molecole estranee che interferiscono con l'integrità di membrana dei *lisosomi*, anziché con la struttura del DNA, come ad esempio nel caso delle bacche di *Pittosporum tobira* e di *Chamerops excelsa* ([84]).
L'autore del presente lavoro preferisce quindi adottare il termine di *Pseudo-Apoptosi*, allo scopo di meglio differenziare tale meccanismo dall'Apoptosi vera e propria indicata sopra.

Non è ancora noto in maniera più precisa, se esiste un meccanismo d'induzione di Apoptosi su tumori umani anche con le seguenti piante: la *Ochrosia elliptica* per il cancro mammario, la *Ferula communis*, *Pereskia bleo* per carcinoma mammario, *Urtica dioica* e *Lamium album* per il tumore dello stomaco, i tumori della sfera genitale femminile, i linfomi e le leucemie; l'*Acalypha indica* per i tumori polmonari, la *Malva silvestris* o *vulgaris* per il tumore della laringe; la *Cetraria islandica* per il melanoma, il sarcoma osseo, e diversi tipi di carcinoma, Resveratrolo per il melanoma, l'*Epilobium parviflorum* per il tumore della prostata e della vescica; l'*Epilobium angustifolium* per il tumore dell'utero, la corteccia di *Betula alba* (Betulla o Albero della Saggezza) per il melanoma (acido betulinico), la *Salvia officinalis* per i linfomi, le leucemie e il carcinoma del pancreas, l'epatocarcinoma (controindicata invece nel tumore della mammella), la *Gardenia jasminoides*, la *Quercus robur*, la *Betula alba*, la *Morinda citrifolia*, la *Lepidozamia peroffskyana*, la *Melissa monarda* e la *Melissa officinalis* per il Glioma, l'*Asparagus racemosus* per il carcinoma epidermoide umano e il carcinoma del rinofaringe, la *Sticta pulmonaria* o *Lobaria pulmonaria*, la *Glechoma hederaceum* per il melanoma, il sarcoma osseo, e diversi tipi di carcinoma, l'*Euspongia officinalis* per i linfomi, l'*Acorus calamus* per il carcinoma gastro-intestinale, la *Rumex acetosa* per il carcinoma gastrico, l'*Equisetum arvense* per linfomi, leucemie e carcinoma pancreatico, per tumori polmonari dei reni e della vescica, la *Chimaphila umbellata* per tumori della sfera genitale maschile e femminile, la *Galium aparine* per il carcinoma della lingua, l'*Isatis tinctoria* per il cancro mammario,la *Lysimachia nummularia*, l'*Artemisia annua*, *Artemisia absinthium* per il

carcinoma gastro-intestinale, l'*Artemisia abrotanum* per la carcinosi peritoneale da tumori gastro-intestinali, il *Marrubium vulgare* per il tumore della mammella, la *Plantago major* per il melanoma, il sarcoma osseo, e diversi tipi di carcinoma, l'*Alchimilla alpina* e *vulgaris* per i carcinomi della sfera genitale femminile, la *Scutellaria baicalensis* aut *latiflora* per i carcinomi del polmone o dell'esofago, la *Scutellaria baicalensis* per i glomi, il *Meum mutellina* per il melanoma, il sarcoma osseo, e diversi tipi di carcinoma, la *Bacopa monnieri* per i sarcomi, il *Lithospermum officinale*, la *Nelumbo nucifera* per il cancro dell'esofago e dello stomaco, il *Cerastium alpinum* per il carcinoma della mammella e del polmone, la *Primula veris* o *officinalis*, per i tumori polmonari, la *Gentiana germanica* per il carcinoma della mammella, l'*Ailanthus glandulosa* per i tumori della testa e del collo, la *Houttuynia cordata* per i carcinomi polmonari, la *Pimpinella major* e *saxifraga* per carcinomi della cavità orale, del collo, e della laringe, la *Momordica charantia* contro la leucemia, l'*Antennaria dioica* per il carcinoma del polmone, il *Gnafalium supinum* per il carcinoma dello stomaco, il *Verbascum thapsus* o *densiflorum* per il melanoma, il sarcoma osseo, e diversi tipi di carcinoma, la *Lapsana communis* per il tumore della mammella (ipotizzato), fiori officinali di *Trigonella foenum graecum* (solo in infuso) per linfomi, leucemie e carcinoma pancreatico, l'*Antyllis alpestris* per il carcinoma polmonare, il *Cerastium alpinum* per il carcinoma dello stomaco, la *Sida cordifolia* per leucemia, sarcoma e carcinoma del rinofaringe, *Boerhaavia diffusa* per il cancro dell'addome, *Cayaponia tayuya* per i sarcomi, *Cissampelos pareira* per carcinomi e leucemia, *Copaifera officinalis* per il cancro della prostata, *Erythrina mulungu* per il cancro dello stomaco, *Erythroxylum catuaba* per i tumori cutanei, *Inesinae calea* per carcinomi e leucemia, *Maytenus krukovit* per melanoma, *Maytenus illicifolia* per cancro e leucemia, *Pfaffia paniculata* per cancro e leucemia, *Phyllantus niruri* soprattutto per tumori dell'addome, *Physalis angulata* aut *Muehenbeckia volcanica* per leucemia e tumori dei testicoli, *Solanum paniculatum* per tumore uterino, l'*Erithrea antaurium* per il carcinoma gastro-intestinale, la *Draba aizoides* (Draba), il *Sempervivum montanum* per leucemie e linfomi, la *Serenoa repens* per il carcinoma prostatico, l'*Uncaria tomentosa* per alcuni tipi di leucemie, la *Pedicularis rostrato-capitata* per il carcinoma della mammella, il *Marasdenia cundurango* per il carcinoma gastrico, la *Primula hirsuta* per il carcinoma della mammella, la *Saxifraga oppositifolia* per carcinoma della mammella, dell'utero e per le leucemie, *Asparagus cochinensis*, per tumori del polmone e della mammella, l'*Alpinia oxyphylla* per le leucemie, l'*Argyreia speciosa* (o *Lettsomia nervosa*), l'*Aquilaria agallocha*, l'*Hypericum richeri*, la *Grindelia camporum* o *squarrosa*, l'*Althaea officinalis*, l'*Argemone mexicana*, il *Cinnamomum zeylanicum*, il *Myroxylon balsamum*, la *Saxifraga aizoides*, la *Mahonia aquifolium*, la *Pulmonaria angustifolia* aut *officinalis*, la *Bambusa arundinacea*, la *Peucedanum ostruthium*, la *Rubia cordifolia*, *tinctorium* aut *peregrina* ,la *Campanula latifolia*, *Polygala senega*, la *Tussilago farfara*, la *Smilax sarsaparilla* o *utilis*, il *Citrullus colocynthis*, l'*Albizzia lebbek*, il *Celastrus scadens*, la *Myrica cerifera*, la *Nepeta cataria*, il *Taraxacum officinalis*, la *Galphimia glauca*, l'*Adiantum capillus veneris*, la *Drosera rotundifolia*, o *anglica*, o *intermedia*, il *Thymus serpillum*, il *Sysymbrium officinale*, la *Larrea mexicana*, l'*Aralia racemosa*, l'*Actinidia chinensis*, il *Crocus sativus*, il *Buxus sempervirens*, la *Viola tricolor*, la *Sambucus nigra*, il *Laurus nobilis*, la *Tephorosia purpurea*, la *Myristica fragrans* e *sebifera*, la *Tabebuia species ((impetiginosa, heptaphylla, avellanedae, rosea, serratifolia, cassinoides), la Larrea divaricata*, l'*Eclipta alba*, l'*Ailantus glandulosa*, il *Rosmarinus officinalis*, il *Thymus vulgaris*, l'*Hyssopus officinalis*, la *Luffa operculata*, l'*Apium graveolens*, l'*Artemisia dracunculus*, il *Crataegus oxyacantha* o *monogyna*, il *Chondrus crispus*, il *Panax ginseng*, l'*Hydrastis canadensis*, l'*Ajuga reptans*, l'*Ajuga piramidalis*, la *Tinospora cordifolia*, la *Leucanthemopsis alpina*, l'*Emblica officinalis*, la *Moringa pterygosperma*, l'*Eupatorium perfoliatum*, o *purpureum*, la *Glycyrrhiza glabra*, la *Hieracium pilosella*, la *Morinda citrifolia*,lo *Xantoxilum fraxineum*, il *Trifolium pratensae*, la *Sutherlandia frutescens*, l'*Arctium lappa*, l'*Ulmus rubra*, la *Rhodiola rosea*, la *Rumex crispus*, la *Boswellia serrata*, il *Rheum palmatum* o *officinale*, l'*Echinacea purpurea, angustifolia* e/o *pallida*, l'*Astragalus membranaceus*, l'*Hypoxis hemerocallidea*, il *Lycopodium clavatum*, il *Tribulus terrestris*, la *Picramnia antidesma*, la *Cassia angustifolia*, la *Rhamnus sagrada* o *purshiana*, il

Rhamnus frangula, la *Terminalia chebula*, la *Scutellaria bardana*, l'*Ocimum basilicum, sanctum* o *tenuiflorum*, la *Capparis spinosa*, la *Lonicera coprifolia*, il *Cardamine pratensis*, il *Carpinus betulus*, la *Carlina acaulis*, la *Curcuma longa*, la *Holarrhena antidysenterica*, il *Lepidium meyenii*, lo *Stachys arvensis*, il *Polygonum aviculare*, il *Geranium robertianum*, il *Myrtus communis*, la *Melaleuca alternifoglia*, la *Cinchona calisaya* o *succirubra*, la *Azadirachta indica*, l'*Achyrocline satureoides*, *il Polypodium lepidopteris*, l'*Anacardium occidentale*, la *Bidens pilosa*, *Isatis tintoria, Solanum dulcamara,* la *Bixa orellana*, la *Carapa guianensis, Lepidium meyenii*, *Calendula silvestis, Schinus molle, Ilex paraguariensis, Cassia occidentalis, Cynara scolymus, Goniothalamus species, Myroxylon balsamum* aut *pereirae, Zingiber officinale, Nerium oleander, Phyllanthus orbicularis* e altre piante, tutte costituenti una discreta quantità di circa 200 specie, proposte dall'autore del presente lavoro (dati riservati).

Per maggiori informazioni vedi anche :
www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php

Cap. 5.a: l'Emodina-Aloe

L'Aloe arborescens contiene quindi circa un centinaio di principi attivi, comprendendo fra essi aminoacidi essenziali, vitamine, sali minerali e altri oligo-alimenti. Ma contiene, soprattutto, sostanze particolarmente efficaci nella cura dei tumori, in particolare l'*Emodina-Aloe* un antrachinone fluorescente induttore di Apoptosi selettiva verso le sole cellule tumorali [Bio-Chemio-Terapia]).
Vedi PDF allegato: Palù G.: *Aloe-Emodin is a new type of anticancer agent with selective activity against neuroectodermal tumors,* Cancer Research, 60, pp.2800-2804, 2000. [PDF].

Questo suo impiego elettivo contro i tumori è stato brevettato ([2153])

Tabella 5: concentrazione di *Emodina-Aloe* (nanogrammi equivalenti / grammo di peso netto) in vari organi e tessuti di ratti maschi e femmine, a diversi tempi dalla somministrazione orale di 4,5 mg / kg (5,6 MBq / kg) di Aloe-Emodina marcata con Carbonio 14, in una media di 3 ratti per ogni valore.

Organi	**Nano grammi equivalenti / grammo**					
	3 ore	**6 ore**	**12 ore**	**24 ore**	**48 ore**	**96 ore**
Sangue	164,7	131,1	41,2	15,4	15,5	10
Plasma	312	300,4	78	32,1	28,6	13,7
Carcassa	83	448,6	91,6	23,5	24,3	9,5
Fegato	671	550	134	86	146	77
Reni	1.736	1.396	1.432,8	1.469	701	608
Polmoni	111	104,3	29,1	12,1	13,1	7,7
Cuore	64,5	67,8	20,8	11	17,1	8,5
Milza	30,4	30	Non valutato	Non valutato	10,6	Non valutato
Cervello	10,1	7,8	Non valutato	Non valutato	Non valutato	Non valutato
Pelle	62,5	50,6	23,1	9	10,5	20,2
Muscolo	22,4	20,5	6,2	Non valutato	4,2	Non valutato
Linfonodi	94,5	109,4	28,5	18,6	27,4	Non valutato
Pancreas	40	46	10,8	Non valutato	Non valutato	Non valutato
Timo	38,6	41,6	11,7	Non valutato	14,7	Non valutato
Surreni	67,4	62	33,7	Non valutato	Non valutato	Non valutato
Testicoli	30	37,2	16,2	5	6,5	4
Stomaco	42.424,3	58.612	573,2	Non valutato	30	Non valutato
Intest. tenue	12.247,6	12.094,5	1.001,3	107,5	19,6	3,6
Ceco	140.707,7	98.816	10.380,1	1.582	835,3	14
Colon	94.908,4	19.781	8.680	Non valutato	1.035,6	63
Retto	110.785,1	178.717,7	18.317,1	5,405,7	932	41,3
Occhi	18,5	14,6	4,6	Non valutato	Non valutato	Non valutato
Osso	26,3	37,3	12	Non valutato	Non valutato	Non valutato

Tratto da: Pharmacology, 47, suppl. 1, pp. 110-119, 1993

L'*Emodina* induce l'Apoptosi nella cellula neoplastica, mediante l'attivazione di enzimi proteolitici intracellulari, denominati caspasi 3, 8 e 9, che provocano degradazione per proteolisi di un fattore della trascrizione, denominato Sp1 ([247]). Alterando questa trascrizione basale cellulare, si provoca la morte della cellula tumorale per Apoptosi.
Tale azione ([333]), avviene per diversi tipi di tumore, già a concentrazioni minime pari a 1-13 micromoli/litro (1-13 nanomoli/mL); (vedi tabella 5). Più precisamente, la dose letale nel 50% è di 1 nanomole / mL nel caso del Neuroblastoma, e di 13 nanomoli/ mL nel caso del sarcoma di Ewing.

Sembrerebbero invece refrattati all'induzione di Apoptosi da Emodina-Aloe: i tumori epiteliali, il carcinoma della cervice, il colon carcinoma, la leucemia a cellule T.
Da fonti bliografiche non disponibili sembrerebbero invece rispondere bene il melanoma, il mieloma multiplo, il glioma, e alcuni tipi di carcinomi e di sarcomi. Efficace su epato-carcinoma ([715])

Calcolo teorico della farmaco-cinetica dell'*Emodina-Aloe* nell'uomo per terapia di Mieloma Multiplo.

Stimando teoricamente (cioè non dimostrato) che la dose sufficiente per induzione di apoptosi in cellule di Mieloma Multiplo debba essere anch'essa pari a 1-13 micro Moli / litro (1-13 nano moli / mL), come già riportato in Letteratura medica per i Neuroblastomi ([333]), si valuta se determinate dosi giornalmente di *Aloe arborescens* assunte per bocca, possano essere ritenute sufficienti per raggiungere, nel midollo osseo, tale concentrazione (1-13 nano moli / mL), ritenendola concentrazione terapeutica anche per il Mieloma Multiplo, cioè ammettendo che l'*Emodina-Aloe* sia efficace anche contro il Mieloma Multiplo.

Dati di partenza:
1 grammo di *Aloe arborescens* fresca contiene circa 2,6 microgrammi di *Emodina-Aloe* (titolazione eseguita a Trieste su prodotto commerciale pronto per la somministrazione orale).
In base ai lavori di farmaco-cinetica di *Emodina-Aloe*, assunta per bocca in animale, e misurata poi successivamente negli organi degli animali uccisi ([487]), si farà la correlazione per l'uomo.

PRIMO CALCOLO APPROSSIMATIVO
1 grammo di *Aloe arborescens* fresca contiene2,6 microgrammi di *Emodina-Aloe*
Quindi:
In base a studio di struttura chimica di *Emodina-Aloe* ([333]), si ritiene che il peso molecolare dell'*Emodina-Aloe* debba essere di circa **265** Dalton (stima approssimativa).

SECONDO CALCOLO APPROSSIMATIVO
Calcolo di *Emodina-Aloe* presente in un vasetto di 750 mL, contenente 350 grammi di *Aloe arborescens.*
Quindi:
1 grammo di Aloe arborescens equivale a:
circa 2,6 microgrammi di *Emodina-Aloe* (titolazione eseguita a Trieste su prodotto commerciale).
circa 10 nanomoli di *Emodina-Aloe* (vedi Primo calcolo approssimativo).
In un vasetto di 750 mL, contenente 350 grammi di *Aloe arborescens*, ci saranno quindi:
910 microgrammi di *Emodina-Aloe*, pari a 1,2 microgrammi / mL di *Emodina-Aloe*.
3.500 nanomoli di *Emodina-Aloe*, pari a **4,6** nanomoli / mL di *Emodina-Aloe*.

TERZO CALCOLO APPROSSIMATIVO
Calcolo di *Emodina-Aloe* presente in 1 solo cucchiaio grande di *Aloe arborescens*, prelevato dallo stesso vasetto di 750 mL, contenente 350 grammi di *Aloe arborescens.*
*Si postula che **1 cucchiaio grande** equivalga a **8 mL***
Quindi:
1,2 microgrammi / mL di *Emodina-Aloe* x 8 = **10 microgrammi** di *Emodina-Aloe* /cucchiaio.
4,6 nanomoli / mL di *Emodina-Aloe* x 8 = **37,3 nanomoli** di *Emodina-Aloe* /cucchiaio.

QUARTO CALCOLO APPROSSIMATIVO
Calcolo di *Emodina-Aloe* assorbita nel PLASMA da paziente adulto, assumendo 1 solo cucchiaio grande di *Aloe arborescens*, giornalmente, dallo stesso vasetto di 750 mL, contenente 350 grammi di *Aloe arborescens.*
*Si postula che **1 cucchiaio grande** equivalga a **8 mL***
Si postula che la frazione di Emodina-Aloe presente nel PLASMA in soggetti umani adulti, sia la stessa di quella ottenuta sperimentalmente in topi.
Negli esperimenti fatti su topi, riportati in Tab. 5.1 ([487]), la quantità di *Emodina-Aloe* presente nel plasma risultò essere di **0,9 microgrammi** equivalenti per 1 mL, rispetto alla quantità di *Emodina-Aloe* introdotta nello stomaco degli stessi animali.
La quantità di *Emodina-Aloe* introdotta negli animali fu di 4,5 mg / kg di animali.
Poiché ciascun animale pesava meno di 200 mg, da parte nostra si può calcolare che la quantità di *Emodina-Aloe* introdotta in *ciascun animale* debba essere stata pari, verosimilmente, ad *un quinto* di 4,5 mg di *Emodina-Aloe*.
Allora, si fa:
4.500 microgrammi diviso 5 microgrammi = **0,9** milligrammi di *Emodina-Aloe* / animale.
Se su 900 microgrammi di *Emodina-Aloe* introdotti per OS, l'animale concentra 0,3 microgrammi di *Emodina-Aloe* / mL di PLASMA, in base a Tab. 5 ([487]), allora risulterà esserci una quantità di *Emodina-Aloe* nel PLASMA **3.000 volte** inferiore alla quantità di *Emodina-Aloe* introdotta, cioè 300 microgrammi / mL ([487]).

Nota: tale concentrazione risulterà essere stabile per le prime 6 ore, riducendosi poi a:
1 / 4 dopo 12 ore ([487]).
1 / 8 dopo 24 ore ([487]).
1 / 16 dopo 1 settimana. ([487]).

Quindi, assumendo anche per pazienti adulti una diluizione dell'*Emodina-Aloe* di ***3.000 volte*** nel PLASMA, risulterà che : 1 cucchiaio di Aloe arborescens =
= 1,2 microgrammi / mL di *Emodina-Aloe* x 8 = **10 microgrammi** di *Emodina-Aloe* /cucchiaio.
4,6 nanomoli / mL di *Emodina-Aloe* x 8 = **37,3 nanomoli** di *Emodina-Aloe* /cucchiaio.
Quindi, si divide tutto per 3.000 volte, risultando così:
10 microgrammi di *Emodina-Aloe* / 3.000 = 3,3 nanogrammi / mL.
37,3 nanomoli di *Emodina-Aloe* / 3.000 = 12 picomoli / mL.
.

QUINTO CALCOLO APPROSSIMATIVO
Calcolo di *Emodina-Aloe* assorbita nel MIDOLLO OSSEO da paziente adulto, assumendo 1 solo cucchiaio grande di *Aloe arborescens*, giornalmente, dallo stesso vasetto di 750 mL, contenente 350 grammi di *Aloe arborescens.*
Si postula che 1 cucchiaio grande equivalga a 8 mL
Si postula anche per pazienti adulti una diluizione dell'Emodina-Aloe di 3.000 volte nel PLASMA,
pari cioè = 3,3 nanogrammi / mL di PLASMA
= 12 picomoli / mL di PLASMA
La quantità (concentrazione) di sostanza generica contenuta nel Midollo Osseo, è funzione della quantità (concentrazione) della stessa sostanza contenuta nel Plasma o nel Sangue.
Ammettendo una distribuzione uniforme della sostanza nel PLASMA e nello Spazio Extra-Cellulare del Midollo Rosso, si considerano entrambe le concentrazioni come equivalenti ([684]), se la sostanza è di piccole dimensioni (< 1 kiloDalton).
Quindi, i valori riportati in tab. 5.1 ([487]) della concentrazione stimata di *Emodina-Aloe* nel PLASMA, devono essere riferibili anche alla concentrazione della stessa *Emodina-Aloe* nello Spazio Extra-cellulare del Midollo Rosso.

Se realmente l'*Emodina-Aloe* ha una funzione di apoptosi nei confronti del Mieloma Multiplo, ci si potrà quindi aspettare un progressivo accumulo della stessa *Emodina-Aloe* nelle cellule tumorali, a partire da concentrazioni del farmaco nello Spazio Extra-cellulare del Midollo Rosso equivalenti a quelle riportate in Tab. 5 ([487]), per il PLASMA.
Quindi, risulta:
*Si postula che **1 cucchiaio grande** equivalga a **8 mL***
*Si postula anche per pazienti adulti una diluizione dell'Emodina-Aloe di **3.000 volte** nel PLASMA,*
pari cioè = **3,3 nanogrammi** / mL di PLASMA
= **12 picomoli** / mL. di PLASMA
= **3,3 nanogrammi** / mL di Spazio Extra-cellulare del Midollo Rosso
= **12 picomoli** / mL di Spazio Extra-cellulare del Midollo Rosso.

SESTO CALCOLO APPROSSIMATIVO
Calcolo di *Emodina-Aloe* assorbita dalle cellule tumorali di Mieloma Multiplo dallo Spazio Extra-cellulare del MIDOLLO OSSEO da paziente adulto, assumendo 1 solo cucchiaio grande di *Aloe arborescens*, giornalmente, dallo stesso vasetto di 750 mL, contenente 350 grammi di *Aloe arborescens.*
Poiché la concentrazione di *Emodina-Aloe* rimane a plateau per almeno 6 ore, stimiamo che la frazione di *Emodina-Aloe* assorbita sia pari a quella presente nello Spazio Extra-cellulare del Midollo Rosso.
*Si postula che **1 cucchiaio grande** equivalga a **8 mL***
*Si postula anche per pazienti adulti una diluizione dell'Emodina-Aloe di **3.000 volte** nel PLASMA,*
pari cioè = **3,3 nanogrammi** / mL di PLASMA e/o Spazio Extra-cellulare del Midollo Rosso
= **12 picomoli** / mL di PLASMA e/o Spazio Extra-cellulare del Midollo Rosso.
Quantità di *Emodina-Aloe* assorbita dalle cellule tumorali (mL di spazio intracellulare):
3,3 nanogrammi / mL di Spazio Extra-cell. del Midollo Rosso
12 picomoli / mL di Spazio Extra-cell. del Midollo Rosso

SETTIMO CALCOLO APPROSSIMATIVO
Calcolo approssimativo delle quantità di *Emodina-Aloe* accumulatesi nello spazio intracellulare delle cellule tumorali, aumentando gradualmente il numero dei cucchiai grandi di *Aloe arborescens.*
*Si postula che **1 cucchiaio grande** equivalga a **8 mL***
*Si postula anche per pazienti adulti una diluizione dell'Emodina-Aloe di **3.000 volte** nel PLASMA,*
pari cioè = **3,3 nanogrammi** / mL di PLASMA e/o Spazio Extra-cellulare del Midollo Rosso
= **12 picomoli** / mL. di PLASMA e/o Spazio Extra-cellulare del Midollo Rosso.
Si postula che la quantità di *Emodina-Aloe* assorbita dalle cellule tumorali (mL di spazio intracellulare) sia pari a quella presente nello Spazio Extra-cellulare del Midollo Rosso:
3,3 nanogrammi / mL di Spazio Extra-cell. del Midollo Rosso
12 picomoli / mL di Spazio Extra-cell. del Midollo Rosso

Stime di calcolo
Per comodità di calcolo, porremo incremento di dose di 1 cucchiaio alla settimana, iniziando con:
1 cucchiaio grande alle ore 12 per la prima settimana.
1 cucchiaio grande alle ore 12; un secondo cucchiaio alle ore 18 per la seconda settimana.
2 cucchiai grandi alle ore 12; un terzo cucchiaio alle ore 18 per la terza settimana.
2 cucchiai grandi alle ore 12; altri 2 cucchiai alle ore 18 per la quarta settimana.
1 cucchiaio grande alle ore 9; 2 cucchiai grandi alle ore 12; e altri 2 alle ore 18 (quinta settimana).

A questo punto si fanno due varianti:
1) Incremento costante di un cucchiaio alla settimana, a partire dalla quinta settimana
2) Mantenimento a 5 cucchiai al giorno, stabile

Incremento costante di un cucchiaio alla settimana

1 cucchiaio grande alle ore 12 per la prima settimana.
1 cucchiaio grande alle ore 12; un secondo cucchiaio alle ore 18 per la seconda settimana.
2 cucchiai grandi alle ore 12; un terzo cucchiaio alle ore 18 per la terza settimana.
2 cucchiai grandi alle ore 12; altri 2 cucchiai alle ore 18 per la quarta settimana.
1 cucchiaio grande alle ore 9; 2 cucchiai grandi alle ore 12; e altri 2 alle ore 18 (quinta settimana).
2 cucchiai grandi alle ore 9; 2 cucchiai grandi alle ore 12; altri 2 alle ore 18 (sesta settimana).
2 cucchiai grandi alle ore 9; 3 cucchiai grandi alle ore 12; altri 2 alle ore 18 (settima settimana).
2 cucchiai grandi alle ore 9; 3 cucchiai grandi alle ore 12; altri 3 alle ore 18 (ottava settimana).
3 cucchiai grandi alle ore 9; 3 cucchiai grandi alle ore 12; altri 3 alle ore 18 (nona settimana).
3 cucchiai grandi alle ore 9; 4 cucchiai grandi alle ore 12; altri 3 alle ore 18 (decima settimana.)
3 cucchiai grandi alle ore 9; 4 cucchiai grandi alle ore 12; altri 4 alle ore 18 (undices. settim.).
4 cucchiai grandi alle ore 9; 4 cucchiai grandi alle ore 12; altri 4 alle ore 18 (dodices. settim.).
4 cucchiai grandi alle ore 9; 5 cucchiai grandi alle ore 12; altri 4 alle ore 18 (tredices. settim.).
4 cucchiai grandi alle ore 9; 5 cucchiai grandi alle ore 12; altri 5 alle ore 18 (quattord. settim).
5 cucchiai grandi alle ore 9; 5 cucchiai grandi alle ore 12; altri 5 alle ore 18 (quindices. settim)

Nota: tale concentrazione risulterà essere stabile per le prime 6 ore, riducendosi poi a:
1 / 4 dopo 12 ore; 1 / 8 dopo 24 ore; 1 / 16 dopo 1 settimana.

Nota importante: dosaggi con **Miele** superiori a 9-10 cucchiai grandi al giorno comportano incrementi importanti di Miele, e quindi anche di Glucosio. Pertanto è necessario valutare la necessità di ridurre o togliere altre fonti di sostegno energetico come le Patate o la Pasta (vedi anche cap. 14 e 18), oppure restare su dosaggi con Miele non superiori a 10 cucchiai grandi al giorno.

Incremento di 1 cucchiaio grande al giorno, con successivo mantenimento a 5 cucchiai al giorno, stabile

1 cucchiaio grande alle ore 12 per la prima settimana.
1 cucchiaio grande alle ore 12; un secondo cucchiaio alle ore 18 per la seconda settimana.
2 cucchiai grandi alle ore 12; un terzo cucchiaio alle ore 18 per la terza settimana.
2 cucchiai grandi alle ore 12; altri 2 cucchiai alle ore 18 per la quarta settimana.
1 cucchiaio grande alle ore 9; 2 cucchiai grandi alle ore 12; altri 2 alle ore 18 (quinta settimana)
Quindi:
Incremento costante di un cucchiaio alla settimana, a partire dalla quinta settimana.
Nota: tale concentrazione risulterà essere stabile per le prime 6 ore, riducendosi poi a:
1 / 4 dopo 12 ore; 1 / 8 dopo 24 ore; 1 / 16 dopo 1 settimana.

Incremento costante di un cucchiaio alla settimana

Le dosi così accumulate sono le seguenti:

Tab. 5.2: Prima settimana

Lunedì	12 picomoli / mL
Martedì	12 picomoli / mL + 1,5 (*) = 13,5
Mercoledì	12 picomoli / mL + 1,6 (*) = 13,6
Giovedì	12 picomoli / mL + 1,6 (*) = 3,6
Venerdì	12 picomoli / mL + 1,6 (*) = 3,6
Sabato	12 picomoli / mL + 1,6 (*) = 13,6
Domenica	12 picomoli / mL + 1,6 (*) = 13,6

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella prima settimana: circa **94** picomoli / mL.

Tab. 5.3.: Seconda settimana

Lunedì	12 picomoli / mL + 1,6 (*) + 12 picomoli / mL = 25,6 (ore 18)
Martedì	12 picomoli / mL + 4,2 (*) + 12 picomoli / mL = 28 (ore 18)
Mercoledì	12 picomoli / mL + 4,7 (*) + 12 picomoli / mL = 28 (ore 18)
Giovedì	12 picomoli / mL + 4,7 (*) + 12 picomoli / mL = 28 (ore 18)
Venerdì	12 picomoli / mL + 4,7 (*) + 12 picomoli / mL = 28 (ore 18)
Sabato	12 picomoli / mL + 4,7 (*) + 12 picomoli / mL = 28 (ore 18)
Domenica	12 picomoli / mL + 4,7 (*) + 12 picomoli / mL = 28 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** seconda settimana: **194** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime due settimane: 94 + 194 picomoli / mL = circa **288**.

Tab. 5.4: Terza settimana

Lunedì	24 picomoli / mL + 4,7 (*) + 12 picomoli / mL = 40 (ore 18)
Martedì	24 picomoli / mL + 6 (*) + 12 picomoli / mL = 42 (ore 18)
Mercoledì	24 picomoli / mL + 7 (*) + 12 picomoli / mL = 43 (ore 18)
Giovedì	24 picomoli / mL + 7 (*) + 12 picomoli / mL = 43 (ore 18)
Venerdì	24 picomoli / mL + 7 (*) + 12 picomoli / mL = 43 (ore 18)
Sabato	24 picomoli / mL + 7 (*) + 12 picomoli / mL = 43 (ore 18)
Domenica	24 picomoli / mL + 7 (*) + 12 picomoli / mL = 43 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** terza settimana: **circa 300** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime tre settimane: 288 + 300 picomoli / mL = circa **588**.

Tab. 5.5.: Quarta settimana

Lunedì	24 picomoli / mL + 7 (*) + 24 picomoli / mL = 55 (ore 18)
Martedì	24 picomoli / mL + 9 (*) + 24 picomoli / mL = 57 (ore 18)
Mercoledì	24 picomoli / mL + 10 (*) + 24 picomoli / mL = 58 (ore 18)
Giovedì	24 picomoli / mL + 10 (*) + 24 picomoli / mL = 58 (ore 18)
Venerdì	24 picomoli / mL + 10 (*) + 24 picomoli / mL = 58 (ore 18)
Sabato	24 picomoli / mL + 10 (*) + 24 picomoli / mL = 58 (ore 18)
Domenica	24 picomoli / mL + 10 (*) + 24 picomoli / mL = 58 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** quarta settimana: **402** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime quattro settimane: 588 + 402 picomoli / mL = circa **990**.

Tab. 5.6: Quinta settimana

Lunedì	12 picomoli / mL + 10 (*) + 48 (**) picomoli / mL = 70 (ore 18)
Martedì	12 picomoli / mL + 11 (*) + 48 (**) picomoli / mL = 71 (ore 18)
Mercoledì	12 picomoli / mL + 12 (*) + 48(**) picomoli / mL = 72 (ore 18)
Giovedì	12 picomoli / mL + 12 (*) + 48 (**)picomoli / mL = 72 (ore 18)
Venerdì	12 picomoli / mL + 12 (*) + 48 (**) picomoli / mL = 72 (ore 18)
Sabato	12 picomoli / mL + 12 (*) + 48 (**)picomoli / mL = 72 (ore 18)
Domenica	12 picomoli / mL + 12 (*) + 48 (**)picomoli / mL = 72 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita
(**) Sommatoria delle due dosi assunte rispettivamente alle ore 12 e alle ore 18. Essendo a *plateau* la concentrazione di *Emodina-Aloe* nelle prime 6 ore dopo l'assunzione (es.: ore 12), si può considerare, per semplicità di calcolo, come dosi addizionali quelle riferite alle ore 12 e alle ore 18.

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** quinta settimana: circa **504** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime cinque settimane: 990 + 504 picomoli / mL = circa **1.500**.

Tab. 5.7.: Sesta settimana

Lunedì	24 picomoli / mL + 12 (*) + 48 (**) picomoli / mL = 84 (ore 18)
Martedì	24 picomoli / mL + 14 (*) + 48 (**) picomoli / mL = 86 (ore 18)
Mercoledì	24 picomoli / mL + 14 (*) + 48 (**) picomoli / mL = 86 (ore 18)
Giovedì	24 picomoli / mL + 14 (*) + 48 (**) picomoli / mL = 86 (ore 18)
Venerdì	24 picomoli / mL + 14 (*) + 48 (**) picomoli / mL = 86 (ore 18)
Sabato	24 picomoli / mL + 14 (*) + 48 (**) picomoli / mL = 86 (ore 18)
Domenica	24 picomoli / mL + 14 (*) + 48 (**) picomoli / mL = 86 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita.
(**) Sommatoria delle due dosi assunte rispettivamente alle ore 12 e alle ore 18. Essendo a *plateau* la concentrazione di *Emodina-Aloe* nelle prime 6 ore dopo l'assunzione (es.: ore 12), si può considerare, per semplicità di calcolo, come dosi addizionali quelle riferite alle ore 12 e alle ore 18.

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** sesta settimana: circa **600** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime sei settimane: 1.500 + 600 picomoli / mL = circa **2.100**.

Tab.5.8.: Settima settimana

Lunedì	24 picomoli / mL + 14 (*) + 60 (**) picomoli / mL = 98 (ore 18)
Martedì	24 picomoli / mL + 16 (*) + 60 (**) picomoli / mL = 100 (ore 18)
Mercoledì	24 picomoli / mL + 16 (*) + 60 (**) picomoli / mL = 100 (ore 18)
Giovedì	24 picomoli / mL + 16 (*) + 60 (**) picomoli / mL = 100 (ore 18)
Venerdì	24 picomoli / mL + 16 (*) + 60 (**) picomoli / mL = 100 (ore 18)
Sabato	24 picomoli / mL + 16 (*) + 60 (**) picomoli / mL = 100 (ore 18)
Domenica	24 picomoli / mL + 16 (*) + 60 (**) picomoli / mL = 100 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita
(**) Sommatoria delle due dosi assunte rispettivamente alle ore 12 e alle ore 18. Essendo a *plateau* la concentrazione di *Emodina-Aloe* nelle prime 6 ore dopo l'assunzione (es.: ore 12), si può considerare, per semplicità di calcolo, come dosi addizionali quelle riferite alle ore 12 e alle ore 18.

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** settima settimana: circa **700** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime sette settimane: 2.100 + 700 picomoli / mL = circa **2.800**.

Tab.5.9.: Ottava settimana

Lunedì	24 picomoli / mL + 16 (*) + 72 (**) picomoli / mL = 112 (ore 18)
Martedì	24 picomoli / mL + 18 (*) + 72 (**) picomoli / mL = 114 (ore 18)
Mercoledì	24 picomoli / mL + 19 (*) + 72 (**) picomoli / mL = 115 (ore 18)
Giovedì	24 picomoli / mL + 19 (*) + 72 (**) picomoli / mL = 115 (ore 18)
Venerdì	24 picomoli / mL + 19 (*) + 72 (**) picomoli / mL = 115 (ore 18)
Sabato	24 picomoli / mL + 19 (*) + 72 (**) picomoli / mL = 115 (ore 18)
Domenica	24 picomoli / mL + 19 (*) + 72 (**) picomoli / mL = 115 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita
(**) Sommatoria delle due dosi assunte rispettivamente alle ore 12 e alle ore 18. Essendo a *plateau* la concentrazione di *Emodina-Aloe* nelle prime 6 ore dopo l'assunzione (es.: ore 12), si può considerare, per semplicità di calcolo, come dosi addizionali quelle riferite alle ore 12 e alle ore 18.

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** ottava settimana: circa **800** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime otto settimane: 2.800 + 800 picomoli / mL= circa **3.600**.

Tab. 5.10: Nona settimana

Lunedì	36 picomoli / mL + 19 (*) + 72 (**) picomoli / mL = 127 (ore 18)
Martedì	36 picomoli / mL + 21 (*) + 72 (**) picomoli / mL = 129 (ore 18)
Mercoledì	36 picomoli / mL + 21 (*) + 72 (**) picomoli / mL = 129 (ore 18)
Giovedì	36 picomoli / mL + 21 (*) + 72 (**) picomoli / mL = 129 (ore 18)
Venerdì	36 picomoli / mL + 21 (*) + 72 (**) picomoli / mL = 129 (ore 18)
Sabato	36 picomoli / mL + 21 (*) + 72 (**) picomoli / mL = 129 (ore 18)
Domenica	36 picomoli / mL + 21 (*) + 72 (**) picomoli / mL = 129 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita
(**) Sommatoria delle due dosi assunte rispettivamente alle ore 12 e alle ore 18. Essendo a *plateau* la concentrazione di *Emodina-Aloe* nelle prime 6 ore dopo l'assunzione (es.: ore 12), si può considerare, per semplicità di calcolo, come dosi addizionali quelle riferite alle ore 12 e alle ore 18.

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** nona settimana: circa **900** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime nove settimane: 3.600 + 900 picomoli / mL = circa **4.500**.

Tab. 5.11: Decima settimana

Lunedì	36 picomoli / mL + 21 (*) + 84 (**) picomoli / mL = 141 (ore 18)
Martedì	36 picomoli / mL + 23 (*) + 84 (**) picomoli / mL = 143 (ore 18)
Mercoledì	36 picomoli / mL + 23 (*) + 84 (**) picomoli / mL = 143 (ore 18)
Giovedì	36 picomoli / mL + 23 (*) + 84 (**) picomoli / mL = 143 (ore 18)
Venerdì	36 picomoli / mL + 23 (*) + 84 (**) picomoli / mL = 143 (ore 18)
Sabato	36 picomoli / mL + 23 (*) + 84 (**) picomoli / mL = 143 (ore 18)
Domenica	36 picomoli / mL + 23 (*) + 84 (**) picomoli / mL = 143 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita
(**) Sommatoria delle due dosi assunte rispettivamente alle ore 12 e alle ore 18. Essendo a *plateau* la concentrazione di *Emodina-Aloe* nelle prime 6 ore dopo l'assunzione (es.: ore 12), si può considerare, per semplicità di calcolo, come dosi addizionali quelle riferite alle ore 12 e alle ore 18.

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** decima settimana: circa **1.000** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime dieci settimane: 4.500 + 1.000 picomoli / mL = circa **5.500**.

Tab. 5.12.: Undicesima settimana

Lunedì	36 picomoli / mL + 23 (*) + 96 (**) picomoli / mL = 155 (ore 18)
Martedì	36 picomoli / mL + 25 (*) + 96 (**) picomoli / mL = 157 (ore 18)
Mercoledì	36 picomoli / mL + 26 (*) + 96 (**) picomoli / mL = 158 (ore 18)
Giovedì	36 picomoli / mL + 26 (*) + 96 (**) picomoli / mL = 158 (ore 18)
Venerdì	36 picomoli / mL + 26 (*) + 96 (**) picomoli / mL = 158 (ore 18)
Sabato	36 picomoli / mL + 26 (*) + 96 (**) picomoli / mL = 158 (ore 18)
Domenica	36 picomoli / mL + 26 (*) + 96 (**) picomoli / mL = 158 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita
(**) Sommatoria delle due dosi assunte rispettivamente alle ore 12 e alle ore 18. Essendo a *plateau* la concentrazione di *Emodina-Aloe* nelle prime 6 ore dopo l'assunzione (es.: ore 12), si può considerare, per semplicità di calcolo, come dosi addizionali quelle riferite alle ore 12 e alle ore 18.

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** undicesima settimana: circa **1.100** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime undici settimane: 5.500 + 1.100 picomoli / mL = circa **6.600**.

Tab. 5.13.: Dodicesima settimana

Lunedì	48 picomoli / mL + 26 (*) + 96 (**) picomoli / mL = 170 (ore 18)
Martedì	48 picomoli / mL + 28 (*) + 96 (**) picomoli / mL = 172 (ore 18)
Mercoledì	48 picomoli / mL + 28 (*) + 96 (**) picomoli / mL = 172 (ore 18)
Giovedì	48 picomoli / mL + 28 (*) + 96 (**) picomoli / mL = 172 (ore 18)
Venerdì	48 picomoli / mL + 28 (*) + 96 (**) picomoli / mL = 172 (ore 18)
Sabato	48 picomoli / mL + 28 (*) + 96 (**) picomoli / mL = 172 (ore 18)
Domenica	48 picomoli / mL + 28 (*) + 96 (**) picomoli / mL = 172 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita
(**) Sommatoria delle due dosi assunte rispettivamente alle ore 12 e alle ore 18. Essendo a *plateau* la concentrazione di *Emodina-Aloe* nelle prime 6 ore dopo l'assunzione (es.: ore 12), si può considerare, per semplicità di calcolo, come dosi addizionali quelle riferite alle ore 12 e alle ore 18.

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** dodicesima settimana: circa **1.200** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime dodici settimane: 6.600 + 1.200 picomoli / mL = circa **7.800**.

Tab. 5.14: Tredicesima settimana

Lunedì	48 picomoli / mL + 28 (*) + 108 (**) picomoli / mL = 184 (ore 18)
Martedì	48 picomoli / mL + 30 (*) + 108 (**) picomoli / mL = 186 (ore 18)
Mercoledì	48 picomoli / mL + 31 (*) + 108 (**) picomoli / mL = 187 (ore 18)
Giovedì	48 picomoli / mL + 31 (*) + 108 (**) picomoli / mL = 187 (ore 18)
Venerdì	48 picomoli / mL + 31 (*) + 108 (**) picomoli / mL = 187 (ore 18)
Sabato	48 picomoli / mL + 31 (*) + 108 (**) picomoli / mL = 187 (ore 18)
Domenica	48 picomoli / mL + 31 (*) + 108 (**) picomoli / mL = 187 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita
(**) Sommatoria delle due dosi assunte rispettivamente alle ore 12 e alle ore 18. Essendo a *plateau* la concentrazione di *Emodina-Aloe* nelle prime 6 ore dopo l'assunzione (es.: ore 12), si può considerare, per semplicità di calcolo, come dosi addizionali quelle riferite alle ore 12 e alle ore 18.

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** tredicesima settimana: circa **1.300** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime tredici settimane: 7.800 + 1.300 picomoli / mL = circa **9.100**.

Tab. 5.15: Quattordicesima settimana

Lunedì	48 picomoli / mL + 31 (*) + 120 (**) picomoli / mL = 200 (ore 18)
Martedì	48 picomoli / mL + 33 (*) + 120 (**) picomoli / mL = 203 (ore 18)
Mercoledì	48 picomoli / mL + 33 (*) + 120 (**) picomoli / mL = 203 (ore 18)
Giovedì	48 picomoli / mL + 33 (*) + 120 (**) picomoli / mL = 203 (ore 18)
Venerdì	48 picomoli / mL + 33 (*) + 120 (**) picomoli / mL = 203 (ore 18)
Sabato	48 picomoli / mL + 33 (*) + 120 (**) picomoli / mL = 203 (ore 18)
Domenica	48 picomoli / mL + 33 (*) + 120 (**) picomoli / mL = 203 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita
(**) Sommatoria delle due dosi assunte rispettivamente alle ore 12 e alle ore 18. Essendo a *plateau* la concentrazione di *Emodina-Aloe* nelle prime 6 ore dopo l'assunzione (es.: ore 12), si può considerare, per semplicità di calcolo, come dosi addizionali quelle riferite alle ore 12 e alle ore 18.

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** quattordicesima settimana: circa **1.600** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime quattordici settimane: 9.100 + 1.600 picomoli / mL = circa **10.700**.

Tab. 5.16.: Quindicesima settimana

Lunedì	60 picomoli / mL + 33 (*) + 120 (**) picomoli / mL = 213 (ore 18)
Martedì	60 picomoli / mL + 35 (*) + 120 (**) picomoli / mL = 215 (ore 18)
Mercoledì	60 picomoli / mL + 35 (*) + 120 (**) picomoli / mL = 215 (ore 18)
Giovedì	60 picomoli / mL + 35 (*) + 120 (**) picomoli / mL = 215 (ore 18)
Venerdì	60 picomoli / mL + 35 (*) + 120 (**) picomoli / mL = 215 (ore 18)
Sabato	60 picomoli / mL + 35 (*) + 120 (**) picomoli / mL = 215 (ore 18)
Domenica	60 picomoli / mL + 35 (*) + 120 (**) picomoli / mL = 215 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita
(**) Sommatoria delle due dosi assunte rispettivamente alle ore 12 e alle ore 18. Essendo a *plateau* la concentrazione di *Emodina-Aloe* nelle prime 6 ore dopo l'assunzione (es.: ore 12), si può considerare, per semplicità di calcolo, come dosi addizionali quelle riferite alle ore 12 e alle ore 18.

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** quindicesima settimana: circa **1.500** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime quindici settimane: 10.700 + 1.500 nanomoli / mL = circa **12.200**.

Incremento di 1 cucchiaio grande al giorno, con successivo mantenimento a 5 cucchiai al giorno, stabile

Le dosi così accumulate sono le seguenti:

Tab. 5.17.: Prima settimana

Lunedì	12 picomoli / mL
Martedì	12 picomoli / mL + 1,5 (*) = 13,5
Mercoledì	12 picomoli / mL + 1,6 (*) = 13,6
Giovedì	12 picomoli / mL + 1,6 (*) = 3,6
Venerdì	12 picomoli / mL + 1,6 (*) = 3,6
Sabato	12 picomoli / mL + 1,6 (*) = 13,6
Domenica	12 picomoli / mL + 1,6 (*) = 13,6

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella prima settimana: circa **94** picomoli / mL.

Tab. 5.18.: Seconda settimana

Lunedì	12 picomoli / mL + 1,6 (*) + 12 picomoli / mL = 25,6 (ore 18)
Martedì	12 picomoli / mL + 4,2 (*) + 12 picomoli / mL = 28 (ore 18)
Mercoledì	12 picomoli / mL + 4,7 (*) + 12 picomoli / mL = 28 (ore 18)
Giovedì	12 picomoli / mL + 4,7 (*) + 12 picomoli / mL = 28 (ore 18)
Venerdì	12 picomoli / mL + 4,7 (*) + 12 picomoli / mL = 28 (ore 18)
Sabato	12 picomoli / mL + 4,7 (*) + 12 picomoli / mL = 28 (ore 18)
Domenica	12 picomoli / mL + 4,7 (*) + 12 picomoli / mL = 28 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** seconda settimana: **194** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime due settimane: 94 + 194 picomoli / mL = circa **288**.

Tab.5.19.: Terza settimana

Lunedì	24 picomoli / mL + 4,7 (*) + 12 picomoli / mL = 40 (ore 18)
Martedì	24 picomoli / mL + 6 (*) + 12 picomoli / mL = 42 (ore 18)
Mercoledì	24 picomoli / mL + 7 (*) + 12 picomoli / mL = 43 (ore 18)
Giovedì	24 picomoli / mL + 7 (*) + 12 picomoli / mL = 43 (ore 18)
Venerdì	24 picomoli / mL + 7 (*) + 12 picomoli / mL = 43 (ore 18)
Sabato	24 picomoli / mL + 7 (*) + 12 picomoli / mL = 43 (ore 18)
Domenica	24 picomoli / mL + 7 (*) + 12 picomoli / mL = 43 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** terza settimana: **circa 300** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime tre settimane : 288 + 300 picomoli / mL = circa **588**.

Tab.5.20.: Quarta settimana

Lunedì	24 picomoli / mL + 7 (*) + 24 picomoli / mL = 55 (ore 18)
Martedì	24 picomoli / mL + 9 (*) + 24 picomoli / mL = 57 (ore 18)
Mercoledì	24 picomoli / mL + 10 (*) + 24 picomoli / mL = 58 (ore 18)
Giovedì	24 picomoli / mL + 10 (*) + 24 picomoli / mL = 58 (ore 18)
Venerdì	24 picomoli / mL + 10 (*) + 24 picomoli / mL = 58 (ore 18)
Sabato	24 picomoli / mL + 10 (*) + 24 picomoli / mL = 58 (ore 18)
Domenica	24 picomoli / mL + 10 (*) + 24 picomoli / mL = 58 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** quarta settimana: **402** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime quattro settimane: 588 + 402 picomoli / mL = circa **990**.

Tab.5.21.: Quinta settimana

Lunedì	12 picomoli / mL + 10 (*) + 48 (**) picomoli / mL = 70 (ore 18)
Martedì	12 picomoli / mL + 11 (*) + 48 (**) picomoli / mL = 71 (ore 18)
Mercoledì	12 picomoli / mL + 12 (*) + 48(**) picomoli / mL = 72 (ore 18)
Giovedì	12 picomoli / mL + 12 (*) + 48 (**)picomoli / mL = 72 (ore 18)
Venerdì	12 picomoli / mL + 12 (*) + 48 (**) picomoli / mL = 72 (ore 18)
Sabato	12 picomoli / mL + 12 (*) + 48 (**)picomoli / mL = 72 (ore 18)
Domenica	12 picomoli / mL + 12 (*) + 48 (**)picomoli / mL = 72 (ore 18)

(*) *Emodina-Aloe* ancora presente nella Spazio Extra-cellulare dal giorno prima e assorbita
(**) Sommatoria delle due dosi assunte rispettivamente alle ore 12 e alle ore 18. Essendo a *plateau* la concentrazione di *Emodina-Aloe* nelle prime 6 ore dopo l'assunzione (es.: ore 12), si può considerare, per semplicità di calcolo, come dosi addizionali quelle riferite alle ore 12 e alle ore 18.

Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nella **sola** quinta settimana: circa **504** picomoli / mL.
Dose complessivamente assorbita da 1 mL di spazio intracellulare di cellule mielomatose (valutazione teorica) nelle prime cinque settimane: 990 + 504 picomoli / mL.= circa **1500**.

Dalla sesta settimana in poi, stabile, con sommazione di 500 picomoli / mL / settimana.

Cap. 5.b.: Vitamina B 17 (Amigdalina o Leatrile)

La vitamina B17, contenuta soprattutto nel nocciolo (Gheriglio) di *Prunus armeniaca* (Albicocca) fu di nuovo al centro di interessanti studi all'inizio degli anni '70, da parte dei giapponesi.
E' presente anche nei semini amari del *Prunus amygdalus* (Mandorla, var.amara), della *Prunus avium* (Ciliegia), della *Prunus domestica* (Susina), della *Prunus persica* (Pesca), della *Prunus spinosa* (Prugna), della *Malpighia punicifolia* (Acerola), della *Cydonia oblonga* (Mela cotogna).
Sono oltre 1.200 le specie di piante che contengono questa preziosa vitamina (vedi tabelle 5.22-5.25).
Tale vitamina risulta particolarmente utile nella terapia oncologica poiché sfrutta il diverso metabolismo delle cellule tumorali rispetto a quello delle cellule sane dell'organismo umano.
Le cellule neoplastiche, soprattutto se in anaerobiosi, presentano una elevata concentrazione di *beta-Glucosidasi*, con assenza di *Rodanese*: pertanto fagocitano subito la B17, decomponendola poi per idrolisi in 2 veleni: benzaldeide e ioni cianuri; le cellule sane, invece, essendo normo-ossigenate e ricche di *Rodanese*, tendono a convertire rapidamente i due veleni rispettivamente in acido benzoico e tiocianati, entrambi innocui ed anzi utili per le stesse cellule sane. Secondo il giapponese Kanematsu Sugiura, la *beta-Glucosidasi* si ritrova nelle cellule tumorali di mammella, stomaco, utero, mesentere ed esofago, in concentrazioni molte volte superiori a quelle sane; l'enzima *Rodanese* è invece assente nelle cellule tumorali ([514, 515,774-787, 1372-1383]).

La storia "moderna" della vitamina B17 iniziò nel 1830, quando due scienziati francesi, Roubiquet e Bontron-Chariand, purificarono per la prima volta una strana vitamina, a cui fu dato il nome di *Amigdalina* o vitamina B17 ([1187]).
Sette anni dopo, due scienziati tedeschi, Von Liebig e Woehier, scoprirono che questa strana vitamina, normalmente contenuta in tutti i semi della frutta (ad eccezione degli agrumi) poteva essere scomposta da uno specifico enzima, e soltanto da esso, in *ioni-Cianuro*, *Benzaldeide* e *Glucosio*.
Il passaggio all'uomo, per terapie medico-oncologiche, seguì di pari passo, così, quindici anni dopo le prime esperienze scientifiche francesi, nel 1845, la rivista medico-scientifica francese "*Gazette Medicale de Paris*", ([1188]) e, successivamente, anche quella tedesca "*Journal Chirurgie und Augenheilkunde*"([1189]), descrissero il primo caso di terapia metabolica con vitamina B17 per la "cura del cancro", ad opera del medico russo Inosmetzeff, professore presso l'*Università Imperiale di Tutte le Russie* di Mosca: la terapia era stata eseguita su un ventenne tumorale, e la terapia era consistita in 46 grammi di *Amigdalina* somministrata per 3 mesi; il grande medico russo aveva curato anche una donna di 48 anni, con estese metastasi da cancro ovarico, e questa donna, nel 1845, risultava essere ancora viva dopo ben 11 anni dalla terapia metabolica con *Amigdalina*: in entrambi i casi, il dott. Inosmetzeff affermò di non aver notato mai effetti collaterali da parte della vitamina scoperta dai francesi nel 1830 e meglio caratterizzata dai tedeschi nel 1837.
Ma fu soltanto più di un secolo dopo, nel 1950, che uno scrupoloso ricercatore americano, Ernest Krebs, iniziò a curare di nuovo il cancro con questa strana vitamina, che, dopo averla fatta bollire, evaporare in alcool, e quindi decantare in piccoli cristalli bianchi, ribattezzò "*Laetrile*".
La parola "*Laetrile*" è un acronimo della parola "*LAEvomandeloniTRILE-glucoside*. Essa è quasi equivalente all'*Amigdalina* naturalmente contenuta nei semini amari della frutta, con l'unica differenza di una molecola in meno di glucosio. Infatti la sua struttura chimica è: *D-1 mandelonitrile-beta-glucuronide*, mentre l'Amigdalina è *D-mandelonitrile-bi-glucoside*.
Esistono almeno una dozzina di altri glucosidi cianogenetici (nitrosilidi) simili all'*Amigdalina*, contenuti in ortaggi, frutta (compresi i limoni), cassava, legumi e cereali ([1190]).

La vitamina B 17 è una molecola stabile, chimicamente inerte e non nociva <u>*se assunta nelle giuste quantità appropriate*</u> e <u>*sotto controllo medico*</u>. Il dosaggio *iniziale* raccomandato nell'<u>adulto</u> è di 4-5 semini amari al giorno se semini amari di albicocca (quantità maggiori o minori se di altro frutto) per la prima settimana, salendo o meno di dosaggio nella settimane successive, a discrezione del medico, fino a raggiungere valori che devono essere accuratamente calcolati in funzione dell'emi-vita biologica della vitamina B17, delle analisi urinarie (presenza di *Tiocianato di sodio* e di *acido ippurico* in quantità tale da far presumere un superamento della soglia-limite ritenuta compatibile per la terapia in atto), della massa ematica e corporea del paziente, della buona o cattiva funzionalità epatica, renale e di altri organi, della possibile colliquazione massiccia della massa tumorale con possibile exitus per blocco renale irreversibile, etc….
La farmaco-cinetica della vitamina B17 è complessa e di essa bisogna tenerne conto. In letteratura medica e/o fitoterapica sono stati riportati episodi di avvelenamento mortale in bambini dopo ingestione di cibo particolarmente ricco di vitamina B17, come bacche di piante particolari, in genere non abitualmente consumate nelle tradizioni alimentari delle varie culture del mondo (ma estremamente interessanti quindi per la cura del cancro), oppure semi di

mandorle amare, notoriamente molto più ricche di vitamina B17 dei semini amari di albicocca. Il decesso nei bambini è più facile a causa della più elevata concentrazione di vitamina B17 che si ha nei soggetti di piccola corporatura come il bambino rispetto all'adulto, della più piccola massa del fegato, organo elettivo per la detossificazione ematica da vitamina B17, e forse da una minor capacità funzionale degli enzimi epatici.
Sempre dietro valutazione medica, si deve interrompere il trattamento di tanto in tanto; i semini devono essere ben masticati o precedentemente triturati; la terapia dev'essere immediatamente sospesa in caso di nausea; i semini non devono mai essere assunti tutti assieme, ma distribuiti nell'arco dell'intera giornata; è utile assumerli a stomaco pieno, allo scopo di evitare l'idrolisi parziale della vitamina a opera dell'acido cloridrico. In merito ai semini amari di albicocca, è vietato assumerne più di sei semini nello spazio di tempo di un'ora, pur in condizioni di salute ottimale; per i semini di pesca, il dosaggio orario non deve essere superiore al mezzo semino….
L'avvelenamento da vitamina B17 non è l'unico possibile; anche altre vitamine naturali, assunte in quantità eccessiva, possono condurre a morte: ad esempio, in testi di medicina è ancora riportato l'episodio avvenuto ai primi anni del XX secolo, quando esploratori artici morirono di intossicazione da vitamina A dopo aver mangiato grandi quantità di fegato di orso polare, abbattuto mesi prima per ragioni di sostentamento alimentare.
L'unica vitamina che sembrerebbe esente da pericoli di intossicazione sarebbe la vitamina C, la cui quantità può anche superare i cinquanta grammi giornalieri.

Nota importante: Poichè anche questi semini, come tutti i semini, contengono anche tutti gli aminoacidi essenziali, sia pure in bassa quantità, è comunque essenziale NON superare mai una certa quota giornaliera di questi semini, a prescindere dalla B17 che si desidera far assorbire dal paziente.

Ritornando alla vitamina B17, Krebs scoprì che il composto reagisce all'enzima *Beta-glucosidasi*: quest'ultimo è caratteristico di molti tumori, ed è praticamente assente nelle cellule sane; in tale reazione, l'enzima scinde l'innocua vitamina B17 in due potenti veleni: *ioni-Cianuro* e *Benzaldeide*, quest'ultimo un potente analgesico (anti-dolorifico). Queste due sostanze, prodotte in piccole quantità dalle stesse cellule tumorali, si combinano allora fra loro all'interno stesso delle cellule tumorali, producendo una sostanza estremamente tossica che uccide la cellula stessa in una sorta di pseudo-apoptosi.
Piccole quantità di questo veleno possono risultare quindi ancora attive, dopo la morte della cellula tumorale, e passare in circolo, essendo il tumore, generalmente, ben vascolarizzato in periferia.

Viceversa, le cellule sane contengono un altro enzima, la *Rodanese*, il quale è presente nelle cellule in quantità inversamente proporzionale alla *Beta-glucosidasi*; se la B17 entra in contatto con le cellule sane, la *Rodanese* neutralizza gli *ioni-Cianuro* e ossida la *Benzaldeide*. I due prodotti di derivazione così ottenuti, il *Tiocianato* e l'acido benzoico, sono invece addirittura benefici per il nutrimento delle cellule sane; l'eventuale eccesso di tali prodotti secondari viene eliminato per via urinaria.

Diventa pertanto chiaro che l'enzima *Beta-glucosidasi* produce *ioni-Cianuro* dai cibi nitrilosidi; si noti che gli *ioni-Cianuro* devono essere liberati dall'involucro della vitamina B17 o dal suo derivato *Laetrile*. Gli *ioni-Cianuro* non sono presenti liberamente nel cibo; vengono prodotti solo all'interno della cellula tumorale stessa perché solo al suo interno esiste l'enzima specifico (*Beta-glucosidasi*).

Nel 1947, Fishman e Aniyan così scrivevano sull'importante rivista medica *Journal Biol. Chem*. ([1191]): "*…in tessuti prelevati da carcinomi maligni (cancri) di vari organi, compresi seno, utero, stomaco, pareti intestinali ed esofago, è stata rilevata un'attività della beta-glucosidasi da 2 a 36 volte superiore rispetto ai tessuti adiacenti non interessati…. Metastasi dei linfonodi derivanti da cancri originatisi in vari organi contenevano beta-glucosidasi in concentrazioni più elevate rispetto ai linfonodi non interessati*..".
Sulla prestigiosa rivista *Science*, sempre in quell'anno ([1192]), essi aggiungevano: "*…la Beta-glucosidasi elevata è probabilmente una caratteristica propria delle cellule tumorali*…"

Krebs, nel suo libro "*Nitrilosides* (*Laetriles*)", alle pagine 189-204, dichiara:
"*Oltre agli alti livelli di Beta-glucosidasi, le lesioni maligne sono caratterizzate da una generalizzata e profonda carenza di Rodanese, come riferito da Homberger, Mendel, Rodney e Bowman. Rosenthal riferì di una diminuzione pari all'80% della Rodanese in tessuti tumorali epatici, ed una simile diminuzione fu rilevata nelle invasioni leucemiche dei tessuti*…"([1187]).

Il ricercatore James South spiega la biochimica essenziale di ciò che accade quando una persona si alimenta con cibi nitrilosodici o assume la B17 sotto forma farmaceutica, sia come *Laetrile* che come *Amigdalina*: "*…Queste due proprietà delle cellule tumorali (un eccesso di Beta-glucosidasi, che disgrega il Laetrile ed una deficienza di Rodanese, per la disintossicazione dell'acido cianidrico, sono chiamate in causa come spiegazione sia del perché il Laetrile*

uccida le cellule tumorali e del perché esso non risulti preferibilmente disgregato dalle cellule tumorali in ioni-Cianuro, Benzaldeide e zucchero. Le cellule tumorali saranno di conseguenza avvelenate, dato che le cellule tumorali sono carenti dell'enzima Rodanese, dotato di azione disintossicante dall'acido cianidrico. Se dell'acido cianidrico fuoriesce dalle cellule tumorali, le cellule adiacenti normali saranno in grado di disintossicarsi da esso attraverso il loro enzima Rodanese…" ([1187]).

Ma, sempre che le quantità non eccedano le capacità del fegato e di altri organi di depurare il sangue da tale veleno indesiderato: in tal senso è compito del medico curante, dalle analisi del sangue, delle urine, dall'esame clinico del paziente, valutare l'andamento della terapia metabolica.

L'enzima *Rodanese* demolisce l'acido cianidrico per produrre una sostanza non tossica: il *Tiocianato*. Come nota Oke, "*…la Rodanese è largamente distribuita in tutti i tessuti, presentando le concentrazioni più alte nel fegato. Il processo di disintossicazione può dunque aver luogo in tutte le parti del corpo, ma il fegato sarà l'organo cardine. Quando l'acido cianidrico (Cianuro) viene convertito in acido tiocianico (Tiocianato), si ottiene una riduzione della tossicità di almeno 200 volte…"*([1190]).

Quando la *Beta-glucosidasi* disgrega il *Laetrile*, viene rilasciato nell'interno della cellula tumorale *Benzaldeide* e *ioni-Cianuro*.
Numerosi studi sull'uomo hanno utilizzato lo stesso *Benzaldeide* come farmaco anti-cancro ([1193,1194]). Kochi così afferma nel 1980: " *…non sono stati rilevati effetti tossici, inclusi disturbi ematologici o biochimici, anche in caso di ripetute somministrazioni prolungate di Benzaldeide…"*
Tatsumura utilizzò una dose totale media di 393 grammi di un analogo della *Benzaldeide*, che si riconvertiva poi in *Benzaldeide*, ed ottenne un tasso di risposta positiva pari a circa la metà dei 24 pazienti sottoposti al trattamento: "*…Un attento monitoraggio non dimostrò alcun effetto nocivo da parte del farmaco a dosi tanto elevate. Una completa liquefazione necrotica del tumore fu riscontrata in 2 su 3 casi nei quali è stato possibile effettuare un esame istologico…".*([1195]).

Dean Burk dichiarò nel 1971, nel corso del Settimo Congresso Internazionale di Chemioterapia a Praga: "*Test in vitro su carcinoma ascitico di Ehrlich (un tipo di cultura di cellule tumorali) hanno rilevato che, se il solo acido cianidrico ha ucciso l'uno per cento delle cellule e il solo Benzaldeide ne ha ucciso il 20 per cento, la combinazione dei due è stata efficace su tutte le cellule: Amigdalina e Beta-glucosidasi insieme, sono anche state efficaci nell'eliminazione del 100 per cento delle cellule di tumore ascitico, causata dalla liberazione delle due sostanze chimiche stesse…"* ([1187]).

Il Prof Marco Tasca, Primario del Reparto Radiologico dell'Ospedale Civile di Sanremo, in un suo lavoro del 1958, sottopose ventuno pazienti italiani terminali (3 seminomi, 4 mammella, 1 utero, 2 laringe, 7 polmone, 1 esofago, 2 stomaco, 1 Hodgkin) a terapia con Laetrile, mediante iniezioni intramuscolari, riscontrando buona tolleranza al farmaco, miglioramento delle condizioni cliniche dei pazienti per tutto il periodo di cura, e con ripresa della patologia neoplastica soltanto dopo un mese, in media, dalla definitiva sospensione della terapia. Due sole furono le complicanze da lui indicate: l'emorragia e l'ittero. La prima verosimilmente legata al distacco di escare necrotiche, il secondo per azione tossica diretta sulle cellule epatiche, evenienza comunque rara (5% della sua casistica) ([1373]).

Ma già nel 1950, Krebs capì di aver urtato interessi economici molto grandi: le Multinazionali chemio-farmaceutiche, impossibilitate ad ottenere una registrazione o a rivendicare diritti esclusivi sulla vitamina B17, lanciarono una lunga campagna denigratoria contro i semini amari di albicocca, convincendo così l'intera popolazione americana della loro supposta pericolosità.
Attualmente, il trattamento del cancro con *Laetrile* è vietato in America, per legge, anche se praticato da medici. Ciò spiega il motivo per cui decine di migliaia di cittadini americani si fanno curare in costose cliniche private costruite appena oltre il confine messicano, alle Bahamas, e in altri luoghi, ove si recano, ufficialmente, "per villeggiatura".
Ad esempio, il dott. Francisco Contreras, attuale amministratore dell'ospedale *Oasis of Hope* di Tijuana, Messico, in 35 anni di attività ha curato oltre 60.000 pazienti con la terapia nutrizionale vegetariana e vitamina B17 associata.
Il dott. Ernesto Contreras che utilizza il Laetrile dal 1963, ha affermato: "*…Gran parte dei cancri maggiormente frequenti, come il cancro del polmone, del seno, del colon, delle ovaie, dello stomaco, dell'esofago, della prostata e i linfomi, migliorano notevolmente con il Laetrile…*".
In un report del 1966 "*Proceedings of the Ninth International Cancer Congress*", Rossi cita un *trial* di 10 anni in Europa "*involving 150 patients that found 50 percent of all cases in treatment showed objective improvement*" e conclude che il Laetrile era "*an extremely useful chemotherapeutic drug*." ([1382]).

Casistiche
Amygdalin taken orally has been known to be a poison since ancient times, though amygdalin-laden black and brown bitter seeds were described as antitumor agents in the pharmacopeia of ancient China. (126) Egyptian, Greek, Roman and Arabic physicians also used amygdalin to treat tumors. (127)

In un lavoro ([1356]) del 1962 **(http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm Morrone**), in dieci casi clinici in stadio avanzato di cancro, con metastasi, *non trattati* con Chemio, si dimostrò la buona efficacia clinica di questa vitamina, con remissione clinica di tutti i casi clinici considerati.
In un report del 1966 "Proceedings of the *Ninth International Cancer Congress*", Rossi cita un *trial* di 10 anni in Europa involving 150 patienti that found "*50 percent of all cases in treatment showed objective improvement*" e conclude che il Laetrile era "*an extremely useful chemotherapeutic drug*." ([1382]).
Nel 1994, il prof. Binzen pubblicò i risultati da lui ottenuti trattando i pazienti con *Laetrile* negli anni 1974-1991. Su una casistica comprendente 180 pazienti che presentavano cancro primario (non metastatizzato e circoscritto ad un singolo organo o tessuto), 131 erano ancora vivi nel 1991, data in cui veniva pubblicato il rapporto. A quel tempo, 58 pazienti erano stati seguiti per un periodo dai 2 a 4 anni, mentre 80 di essi avevano avuto un *follow-up* medico per un periodo di 5-18 anni. Dei 42 pazienti che erano deceduti nel 1991, 23 erano morti a causa del cancro contratto, 12 per "cause non connesse" e 7 per "cause sconosciute" (Binzel E.P.: "*Alive and Well*"). Tra i pazienti che presentavano metastatizzazione, 32 su 108 erano morti della loro malattia, 6 per "cause non connesse", e 9 per "cause sconosciute". Dei 61 pazienti ancora vivi nel 1991, 30 avevano avuto un *follow-up* medico di 2-4 anni, 31 erano stati seguiti per un periodo di 5-18 anni. **(http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm ALIVE and WELL)**
Da un'altra casistica, quella del dott. John A. Richardson, del 1976, risultano documentati oltre 6.000 casi che dimostrano un effetto positivo della vitamina B17 contro il cancro.
Esistono 4.800 casi documentati e attentamente studiati dal dott. Ernesto Contreras, selezionati fra circa 10.000 cartelle cliniche raccolte in 14 anni di esperienze con il Laetrile, cartelle cliniche che salgono ancora, considerando anche i casi clinici osservati fino all'anno 2000 (in merito a circa un migliaio di questi casi, VEDI http://www.oasisofhope.com/clinical_results.html).

Il dott. Paul Wedel dell'Oregon, anche lui guarito dal cancro con vitamina B17 e dieta simil-gersoniana, ha documentato circa 4.000 casi di trattamento metabolico.
Altri 1.000 casi sono stati documentati dal dott. Manuel Navarro dell'Università Santo Tomas di Manila, Filippine. Addirittura, lo stesso governo messicano, sotto la guida del dott. Mario Soto de Leon, direttore medico della *Cydel Clinic* di Tijuana, sta monitorando circa cento pazienti in terapia metabolica simil-gersoniana con vitamina B17.
In Germania, il dott. Hans Nieper ha documentato circa 1.000 casi ((http://www.mwt.net/~drbrewer)
Altri dati: vedi bibliografia ([1372-1383]).

Aspetti medici dell'intossicazione da Amigdalina:

1)Effetto: rapida anossia tissutale da blocco della respirazione intracellulare e lesione tossica dei centri respiratori.
2)Emivita plasmatica dell'Amigdalina: circa 80 minuti.
3)Sintomi clinici: astenia, torpore, sonnolenza, cefalea, vertigini, coma, dispnea, apnea, polipnea, turbe del ritmo cardiaco (bradicardia, fibrillazione atriale); è possibile anche vomito e diarrea. Dolore in addome alto. *Non associato a colorito cianotico.*

Terapia di base:
1)Respirazione artificiale con ossigeno al 100%
2)Trattare l'ipotensione con amine simpatico-mimetiche (se di origine cardiogena) o con infusione di liquidi (se di origine ipovolemica).
3)Controllare gli elettroliti e l'equilibrio acido-base (rischio di acidosi lattica)

Terapia anti-dotale:
1)inalazione di garze imbevute con una fiala di *nitrito d'amile* per 15-30 secondi, da ripetere ogni 2-3 minuti utilizzando una seconda fiala.
2)Infusione endovenosa lenta (3-5 minuti) di 10 millitri di soluzione al 3% di nitrito di sodio.
3)Infusione endovenosa di 50 millilitri di sodio tiosolfato al 25 %.
Osservazione clinica intensa per almeno 24 ore. Il trattamento medico va corretto in base al monitoraggio della meta-emoglobina che non deve comunque superare il 40%.

Dosaggi terapeutici della vitamina B17

Benché i diversi tipi di semi o di cibo comportino quantità discrete di questa vitamina, non è purtroppo calcolabile la bio-disponibilità da parte di questi cibi a far assorbire la vitamina dalle pareti intestinali, dipendendo da molteplici fattori. Empiricamente, in pazienti adulti di circa 70 kg,

si riporta che possono essere letali assunzioni *giornaliere* di 15 (quindici) semi di mandorle amare, oppure 30 (trenta) semi amari di pesca, oppure 300 (trecento) semini amari di albicocca.
Viceversa, per un bambino sono già mortali 2-3 semini di Mandorle amare.

Nota importante: poichè tutti i semini di frutta contengono anche TUTTI gli aminoacidi essenziali, sia pure in bassa quantità, è comunque essenziale NON superare mai una certa quota giornaliera di questi semini, a prescindere dalla B17 che si desidera far assorbire dal paziente: pertanto si suggerirebbe di non superare mai i 30-40 semini di albicocca giornalieri, se in *assoluta assenza giornaliera di assunzione* di altri aminoacidi essenziali; viceversa si potrebbe dare un tetto-limite di 15-18 semini giornalieri in associazione giornaliera di alimenti ricchi di aminoacidi essenziali (pasta, riso, patate), e comunque assumendo tali semini lontano dai pasti principali a base di questi cibi particolarmente ricchi di aminoacidi essenziali.

Per i semini di pesca o di mandorla i dosaggi dovranno tenere conto, ovviamente, delle loro maggiori dimensioni (e quindi più ricchi di aminoacidi essenziali a parità di numero di semini ingeriti) e delle più elevate concentrazioni di B17

In tabella 5.22 si riportano le quantità di vitamina B17 trovate in 100 grammi di Frutta

Quantità di B 17 in 100 grammi	**Tipo di frutta**
Inferiore a 100 milligrammi	Mora di rovo domestica
circa 500 milligrammi	Mora di rovo selvatica
circa 500 milligrammi	Parte centrale della ciliegia (*Prunus avium*)
circa 500 milligrammi	Mela selvatica (*Malus communis*)
circa 500 milligrammi	Mirtillo svedese
100-300 milligrammi	Uva (*Vitis vinifera*)
100-500 milligrammi	Bacca di Sambuco (*Sambucus nigra*)
100-300 milligrammi	Uva spina (*Ribes grossularia*) Crespino (*Berberis vulgaris*)
100-300 milligrammi	Mirtillo europeo (*Vaccinium myrtillus*) o americano (*Gaylussacia baccata*)
100-300 milligrammi	*Morus nigra* (Mora di Gelso)
100-300 milligrammi	*Rubus ursinus loganobaccus, Arctostaphilos uva ursi* (Uva ursina)
100-300 milligrammi	Lampone (*Rubus idaeus*), *Vaccinium vitis idaea* (Mirtillo rosso).
100-300 milligrammi	Mela cotogna (*Cydonia oblonga*)
????	Fico d'India (*Opuntia ficus indica*)
????	Graviola (*Annona muricata*)

In tabella 5.23 si riportano le quantità di vitamina B17 trovate in 100 grammi di semi

Quantità di B 17 in 100 grammi	**Tipo di semi**
circa 500 milligrammi	Semi di Mela (*Malus communis*)
circa 500 milligrammi	Semi di Albicocca (*Prunus armeniaca*)
100-300 milligrammi	Semi di Grano saraceno (*Fagopyrum esculentum*)
circa 500 milligrammi	Semi di Ciliegia (*Prunus avium*)
100-300 milligrammi	Semi di Lino (*Linum usitatissimum*)
100-300 milligrammi	Semi di Miglio (*Panicum miliaceum*)
circa 500 milligrammi	Semi di *Prunus persica nectarina* (Pesca noce, Nocepesca, nettarina)
circa 500 milligrammi	Semi di Pesca (*Prunus persica*)
circa 500 milligrammi	Semi di Pera (*Pyrus communis*)
circa 500 milligrammi	Semi di Prugna, Susina (*Prunus domestica*)
100-300 milligrammi	Semi di Zucca (*Cucurbita maxima*)
circa 500 milligrammi	Semi di Colza (NON OGM)
??	Semi di Fico d'india (*Opuntia ficus indica*)
??	Semi di Kiwi (*Actinidia sinensis*)
??	Semi di Cedro (*Citrus medica*)
????	Semi di Limone (*Citrus limonum*)
???	Semi di Uva (*Vitis vinifera*)
????	Semi di Melone (*Cucumis melo*)
???	Semi di Anguria (*Citrullus vulgaris*)
???	Semi di Cetriolo (*Cucumis sativus*)
??	Semi di Pompelmo (*Citrus decumana, paradisi*)
???	Semi di Bergamotto (*Citrus aurantium bergamia*)

In tabella 5.24 si riportano le quantità di vitamina B17 trovate in 100 grammi di vari tipi di foglie

Quantità di B 17 in 100 grammi	**Tipo di foglia**
Inferiore a 100 milligrammi	Broccoli (*Brassica oleracea botrytis aut italica*)
Inferiore a 100 milligrammi	Foglie di Spinacio (*Spinacia oleracea*)
circa 500 milligrammi	Foglie (NON germogli) di Erba medica Alfa-alfa (*Medicago sativa*)
circa 500 milligrammi	Foglie di Eucalipto (*Eucalyptus globulus*)
100-300 milligrammi	Foglie di Crescione d'Acqua (*Nasturtium officinale*)
???	Foglie di *Aloe species* (*Arborescens, ferox, vera,* etc…)
???	Foglie (Pala) di Fico d'India (*Opuntia ficus indica*)
???	Foglie di *Melaleuca alternifolia*

In tabella 5.25 si riportano le quantità di vitamina B17 trovate in 100 grammi di vari tipi di tuberi

Quantità di B 17 in 100 grammi	**Tipo di tuberi**
Inferiore a 100 milligrammi	Patate bianche (*Solanum tuberosus*)
circa 500 milligrammi	Manioca, Cassava (*Manihot utilissima*) (nota: NON OGM)
????	Patate rosse (*Solanum tuberosus*)

Sotto studio: *Heracleum sphondylium* (Panace, Ginseng italiano), *Daucus gingidium* (Carota di Mare), *Arbutus unedo* (Corbezzolo), *Hedera helix* (Edera), Melone Nero di Altavilla Silentina, *Crataegus azarolus* (Azzeruola), *Cornus mas* (Corniola), *Pyrus cydonia* (Pera cotogna), *Zizyphus vulgaris* (Giuggiola), *Punica granatum* (Melagrana), *Morus nigra* (Mora di gelso), *Morus alba* (Gelso bianco), *Mespylus germanica* (Nespola comune), *Sanguisorba officinalis* aut *Sorbus domestica* (Sorba).

Da diverse fonti è stata riportata una emi-vita biologica molto bassa, pari a circa 80 minuti, che convalida pertanto la possibilità di somministrare, *ogni ora*, nell'adulto, dosi massime di circa 5-7 semini amari di albicocca.
Secondo le Cliniche messicane, dove operano da più di 30 anni medici privati americani, un dosaggio sicuro, per un paziente adulto di 70 kg, è di circa 5-7 semini amari *ogni ora*, per un totale di circa 100-250 semini al giorno. La dose tossica è superiore a 250-300 semini amari al giorno. *Sempre secondo questi medici, è importante che i semini vengano assunti a stomaco pieno, allo scopo di evitare la parziale idrolisi dell'Amigdalina da parte dei succhi gastrici con conseguente produzione endogena di ioni cianuro direttamente nella cavità gastrica*. Sempre secondo questi medici, può essere utile la somministrazione endovenosa dell'Amigdalina, poiché maggiormente tollerata come dose massima somministrabile senza raggiungere le quantità tossiche sopra menzionate.
E' infine importante iniziare a somministrare l'Amigdalina, se per bocca, a dosi basse, non superiori ai 5 semini amari al giorno, per la prima settimana.
(7-10 semini amari nelle settimane successive, ad intervalli vari).
La bio-disponibilità dei semi di Albicocca è altissima, rispetto ad altre fonti di vitamina B17.

Per uno schema-base per pazienti adulti di almeno 70 kg , si declina però ogni responsabilità per terapie con B17 eseguite in base allo schema così riportato senza controllo medico. In particolare, tale protocollo è sconsigliato in pazienti già sottoposti a Chemio-Terapia a causa dell'impossibilità di prevedere, da parte del fegato, una corretta detossificazione da ioni-cianuro e benzaldeide (vedi anche Terza Dichiarazione d'Intesa). A tale riguardo è indicativo il lavoro del dott. Moertel, pubblicato su N.Engl.J.Med. nel 1982 ([1256]) che ne dimostra il completo fallimento (il 70 % dei pazienti aveva già fatto Chemio-Terapia, sia pure per un periodo inferiore ad 1 mese); un lavoro che fu sponsorizzato dal *National Cancer Institute* in risposta a pressioni legislative per la liberalizzazione del Laetrile nella cura del Cancro.

(*) Tratto da Moertel CG: *A clinical trial of amygdalin (laetrile) in the treatment of human cancer*, N.Engl.J.Med., 306, pp.: 201-206

"…In the ensuing years, Laetrile completely eclipsed any other unorthodox therapy ever used for any disease in our time. It has been legalized by 27 of our 50 states, and it is also legal for use nationwide under a federal court order, which, although it has been reviewed by the *United States Supreme Court*, has not been reversed. That these phenomena were not just responses to vocal minorities was evidenced by a nationwide Harris poll showing that the American public favored legalization by an amazing 30 per cent margin.
In response to these public pressures, the *National Cancer Institute* elected to evaluate amygdalin by soliciting practitioners who use Laetrile to mail in their best results. Sixty-eight case reports were received and reviewed by several cancer experts, who concluded, "The panel judged six Laetrile courses to have produced a response ….."Whereas such evidence can be challenged, of greater concern is the fact that Laetrile has remained a major and unresolved public-health problem for over a quarter of a century, involving many thousands of cancer patients in direct treatment and causing serious doubts and concerns in many more. In addition, a valid scientific question could be raised if this widespread and continued public acceptance possibly reflected true therapeutic activity, animal-model data notwithstanding. These humanitarian and scientific issues were the primary considerations that led to *National Cancer Institute* sponsorship and *Food and Drug Administration* approval of a clinical trial of amygdalin for the treatment of advanced cancer. This report provides a documentation of that trial…"

SCHEMA – BASE
(si declina ogni responsabilità per terapia eseguita senza controllo medico, non solo a causa della stessa vitamina B17 ma anche del possibile rischio di *over-dose proteico* a beneficio del tumore stesso (effetto paradosso), poiché i semini di frutta contengono anche aminoacidi essenziali, con rischio di sommazione proteica con altri cibi ricchi di aminoacidi essenziali come ad esempio le patate, il grano, il riso….)

Prima settimana :
5 semini amari di albicocca al giorno, a stomaco pieno.

Seconda settimana :
5-10 semini amari di albicocca alla mattina, a stomaco pieno,
e 5-10 semini amari alla sera, a stomaco pieno;
oppure:
½-1 semino amaro di pesca alla mattina, a stomaco pieno,
e ½-1 semino amaro di pesca alla sera a stomaco pieno.

Terza settimana:
5-10 semini amari di albicocca alla mattina, a stomaco pieno,
5-10 semini amari nel pomeriggio, a stomaco pieno,
e 5 semini amari alla sera, a stomaco pieno;
oppure:
½-1 semino amaro di pesca alla mattina, a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca al pomeriggio a stomaco pieno,
e ½-1 semino amaro di pesca alla sera a stomaco pieno

oppure:
½-1 semino amaro di mandorla alla mattina, a stomaco pieno

Quarta settimana:
evitare semini amari di albicocca di numero superiore alle 30-40 unità, a causa degli aminoacidi essenziali contenuti in essi (effetto proteico, o effetto-carne).
Preferibile utilizzare semini di pesca e/o prugna, o di mandorla amara
½-1 semino amaro di pesca alla mattina, a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca nel primo pomeriggio a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca nel tardo pomeriggio a stomaco pieno,
e ½-1 semino amaro di pesca alla sera a stomaco pieno

oppure:
½-1 semino amaro di mandorla alla mattina, a stomaco pieno
½-1 semino amaro di mandorla alla sera, a stomaco pieno

Quinta settimana:

½-1 semino amaro di pesca in prima mattinata, a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca in prima mattinata, a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca nel primo pomeriggio a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca nel tardo pomeriggio a stomaco pieno,
e ½-1 semino amaro di pesca alla sera a stomaco pieno

oppure:
½-1 semino amaro di mandorla alla mattina, a stomaco pieno
½-1 semino amaro di mandorla alla sera, a stomaco pieno

Sesta settimana:
½-1 semino amaro di pesca in prima mattinata, a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca a metà mattinata, a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca in prima mattinata, a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca nel primo pomeriggio a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca nel tardo pomeriggio a stomaco pieno,
e ½-1 semino amaro di pesca alla sera a stomaco pieno

oppure:
½-1 semino amaro di mandorla alla mattina, a stomaco pieno
½-1 semino amaro di mandorla nel primo pomeriggio a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di mandorla alla sera a stomaco pieno,

Settima settimana:
½-1 semino amaro di pesca in prima mattinata, a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca a metà mattinata, a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca in prima mattinata, a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca nel primo pomeriggio a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca a metà pomeriggio a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di pesca nel tardo pomeriggio a stomaco pieno,
e ½-1 semino amaro di pesca alla sera a stomaco pieno

oppure
½-1 semino amaro di mandorla alla mattina, a stomaco pieno
½-1 semino amaro di mandorla nel primo pomeriggio a stomaco pieno,
½-1 semino amaro di mandorla nel tardo pomeriggio a stomaco pieno,
e ½-1 semino amaro di mandorla alla sera a stomaco pieno

Sotto valutazione medica, è possibile ulteriormente salire nei dosaggi e nella frequenza di assunzione, tenendo anche conto delle altre fonti alimentari di vitamina B17.

E' consigliabile studiare in maniera approfondita i tesi in lingua inglese presenti sull'argomento ([774-787]).

Aspetti clinici della terapia con Laetrile (vit. B 17) per endovena

Attualmente è vietato per legge tale procedura terapeutica, sia in Usa che in altri paesi, Italia compresa.

Nella figura in fondo al presente capitolo, è riportato lo schema d'infusione endovenoso proposto dall'autore del presente lavoro, Dott. Giuseppe Nacci, per il Laetrile, schema d'infusione modificato sulla base di un precedente lavoro dello stesso autore per il Gadolinio 159 (radioattivo). Tale figura è infatti tratta dalla pagina 182 del libro di Medicina "*La Terapia dei Tumori con Gadolinio 159 in Risonanza Magnetica Nucleare*", Italo Svevo Editore, maggio 2000.
Si ritiene, da parte dell'autore del presente lavoro, che tale schema d'infusione risulterebbe ottimale per evitare un "fuori-vena" della sostanza al Laetrile, che invece dev'essere iniettato accuratamente nel paziente.

In un lavoro ([1356]) del 1962 (**Morrone J.:** ***Chemotherapy of inoperable Cancer. Preliminary report of 10 cases trated with Laetrile*****, Exp. Med. Surg., 20, pp.: 299-308, 1962**, **VEDI ALLEGATO: http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm Morrone**), in dieci casi clinici in stadio avanzato di cancro, con metastasi, *non trattati* con Chemio, si dimostrò la buona efficacia clinica di questa vitamina, con remissione clinica di tutti i casi clinici considerati.

Primo caso: Donna di 62 anni, di 118 libbre di peso, alta 62 pollici (1 pollice = 25 millimetri). PAO (Pressione Arteriosa Omerale) = 144/95 millimetri di Mercurio. Affetta da adenocarcinoma di entrambe le mammelle con metastasi ossee al cranio, al rachide e alle pelvi. Presentava adenopatie ad entrambi gli inguini. Era stata operata di mastectomia bilaterale 18 anni prima. Non aveva fatto Chemio-Terapia, ma solo Radio-Terapia. Durante gli ultimi 6 mesi la paziente presentava dolori alla schiena, sull'intero rachide spinale, alle pelvi, alle coscie e alle gambe. Era incapace di sdraiarsi e doveva dormire su una sedia. La paziente doveva assumere Codeina e altri analgesisici ogni 2-3 ore. Il Laetrile le fu subito iniettato in vena, al dosaggio di 1 grammo: in 5 minuti la PAO scese di 12 millimetri di Mercurio, ma senza altri effetti collaterali. Il giorno successivo stava meglio, e i dolori si erano ridotti; l'appetito le era ritornato. In 1 mese la paziente ricevette 6 iniezioni di Laetrile: 4 da 1 grammo e 2 da 2 grammi. Durante il periodo di trattamento la paziente ritornò a casa, libera dai dolori, smettendo di assumere la Codeina, e prendendo soltanto 10 grani di Aspirina al bisogno o durante la notte per dormire. Nell'ultimo esame risultò completamente libera dai dolori. L'emocromo dimostrò infine incremento sia dei globuli rossi che dell'emoglobina.

Secondo caso: Uomo di 74 anni, 163 libbre di peso, alto 62 pollici (1 pollice = 25 millimetri), PAO = 188/100 millimetri di Mercurio. Diagnosi di carcinoma inoperabile del polmone sinistro con metastasi in sede mediastinica. Non eseguita Chemio-Terapia. Durante gli ultimi mesi, prima del ricovero, il paziente presentava tosse, dolore costante al torace, dispnea, sangue espettorato con la tosse, anoressia, perdita di peso (15 libbre). Gli esami X-Ray dimostravano una massa sul lato sinistro del polmone. Broncoscopia e biopsia stabilivano la diagnosi di carcinoma del polmone. Una toracotomia esplorativa dimostrava un carcinoma estensivo del polmone sinistro con metastasi e lesioni alla pleura, diaframma, aorta, pericardio e mediastino: la condizione fu considerata inoperabile. Il dolore era così costante e severo che il paziente prendeva Meperidina e Codeina ogni 2-3 ore. Quando fu ascoltato per la sua malattia (anamnesi), egli aveva una così grande difficoltà a parlare e a respirare, che la sua storia clinica fu raccontata dalla moglie. L'esame medico rilevò sclere itteriche, congiuntive pallide, ingrandimento e dolenzia delle ghiandole cervicali e sopraclaveari, debolezza, edema dalle caviglie alle ginocchia. Il Laetrile, al dosaggio di 1 grammo, fu iniettato in vena. In 5 minuti la PAO scese di 28 millimetri di Mercurio, ma senza alcun segno di shock o di altri effetti avversi. Diversi giorni dopo, dopo la seconda iniezione intravenosa di 1 grammo di Laetrile, la PAO scese di 15 millimetri di Mercurio, ma senza alcun effetto collaterale, tranne una sensazione di prurito e di tensione alla spalla sinistra. Una settimana dopo, sia il dolore, sia la dispnea, sia l'edema erano sensibilmente diminuiti. Il colore cutaneo e l'aspetto generale erano migliorati. In un periodo di 7 settimane il paziente ricevette 16 iniezioni di Laetrile: 7 da 1 grammo 6 da 1,5 grammi, e 3 da 2 grammi. Il dolore era ridotto e l'appetito si era incrementato, ma senza aumento di peso del paziente. L'assunzione di Meperidina e di Codeina si era fatta discontinua.

Terzo caso: Donna di 40 anni, 113 libbre di peso, alta 61 pollici (1 pollice = 25 millimetri). PAO = 140/90 millimetri di Mercurio. Diagnosi di carcinoma della mammella sinistra infiltrante i linfonodi ascellari, con metastasi al fegato. Mastectomia e Radio-Terapia in passato. Non eseguita Chemio-Terapia. Negli ultimi 6 mesi precedenti il ricovero, la paziente accusava dolore molto severo all'addome e alla schiena. Meperidina, Morfina e Oppio erano richiesti al bisogno. Laetrile, al dosaggio di 1 grammo fu iniettato in vena. In 5 minuti la PAO scese di 10 millimetri di Mercurio, ma senza effetti collaterali apparenti. Il giorno successivo non vi era più dolore. Una seconda iniezione di Laetrile, da 1 grammo, fu ripetuta, determinando una caduta della PAO di 12 millimetri di Mercurio. In un periodo di 4 settimane la paziente ricevette 12 iniezioni di Laetrile, 10 da 1 grammo e 2 da 1,5 grammi. Il dolore si ridusse sensibilmente, e bastava un solo dosaggio di analgesico oppioide al momento di andare a dormire. Il morale e l'appetito migliorarono

sensibilmente, ma non il peso della paziente. L'emocromo dimostrò un incremento nella conta dei globuli rossi e dell'emoglobina.

Quarto caso: Donna di 38 anni, 155 libbre di peso, 62 pollici (1 pollice = 25 millimetri) d'altezza PAO = 160/90 millimetri di Mercurio. Diagnosi di adeno-carcinoma della mammella sinistra con carcinomatosi. Sottoposta in passato a mastectomia, Radio-Terapia e castrazione. Non aveva fatto Chemio-Terapia. La paziente giunge con grave dolore alla spina dorsale, al torace, alle pelvi, alle gambe, alle braccia e alle mani. Esami X-Ray confermano la diagnosi di carcinoma metastatizzato. L'adenopatia era presente. Codeina, Meperidina e Oppio erano richiesti per il controllo del dolore. Il Laetrile, al dosaggio di 1 grammo, fu iniettato in vena. Non furono osservati effetti collaterali avversi. Nei giorni successivi il dolore si ridusse e l'appetito aumentò, assieme alle condizioni generali della paziente. Una seconda iniezione endovenosa di Laetrile, da 1 grammo, fu fatta successivamente in quei giorni: in 5 minuti la PAO scese di 16 millimetri di Mercurio, ma senza altri effetti collaterali avversi. Tre giorni dopo la paziente riferì che il dolore era considerevolmente diminuito e che adesso necessitava di un dosaggio minimo di oppioidi. In un periodo di 18 giorni ella ricevette 8 iniezioni di Laetrile, 5 da 1 grammo, 2 da 1,5 grammi e 1 da 2 grammi. Durante il periodo di terapia, la paziente dimostrò un progressivo miglioramento e il dolore si fece molto lieve. Gli oppioidi non furono più somministrati. Il morale divenne eccellente. Non si osservarono altri effetti collaterali dopo le iniezioni. L'emocromo dimostrò un miglioramento nella conta dei globuli rossi e dell'emoglobina.

Quinto caso: Ragazzo di 20 anni, 200 libbre di peso, alto 69 pollici (1 pollice = 25 millimetri) PAO = 114/70 millimetri di Mercurio. Diagnosi di linfoma di Hodgkin. Diagnosticato in base a biopsia eseguita su ghiandola cervicale ingrandita. Impiegata Radio-Terapia. Non aveva fatto Chemio-Terapia. Il paziente accusava debolezza, capogiri e dolori all'ascella e all'inguine. I linfonodi ascellari e inguinali erano palpatoriamente ingranditi. Le congiuntive e le sclere erano pallide e itteriche. Il Laetrile, al dosaggio di 1 grammo, fu iniettato in endovena. In 10 minuti la PAO scese di 6 millimetri di Mercurio, ma senza altri effetti collaterali. Quattro giorni dopo il paziente riferì di sentirsi più attivo, con miglior appetito, e di non aver sofferto di altri effetti collaterali. Una iniezione di Laetrile, al dosaggio di 1 grammo, fu ripetuta pochi giorni dopo: la PAO scese di 4 millimetri di Mercurio, ma senza altri effetti collaterali. In un periodo di 4-5 mesi, il paziente ricevette 19 iniezioni di Laetrile, 5 da 1 grammo, e 14 da 2 grammi. Durante il periodo di terapia, i dolori al collo e all'inguine cessarono e scomparve l'adenopatia. Il paziente divenne euforico e migliorò il suo stato generale. Non furono osservati altri effetti collaterali avversi dopo le iniezioni. I valori ematici del sangue migliorarono sensibilmente.

Sesto caso: Donna di 37 anni, 190 libbre di peso, alta 66 pollici (1 pollice = 25 millimetri). PAO = 280/110 millimetri di Mercurio. Sia la madre che la sorella erano morte di cancro al seno. Sottoposta in precedenza a mastectomia radicale (sinistra). Non aveva fatto Chemio-Terapia. Diagnosi di adeno-carcinoma infiltrante della mammella sinistra e metastasi all'ascella sinistra con masserelle nodulari multiple secernenti. La principale complicanza era un severo dolore sul lato sinistro, che necessitava dell'uso di Codeina, e da un cattivo odore proveniente dalle masse nodulari secernenti dell'ascella sinistra. Il controllo di queste complicanze era basato sull'utilizzo a giorni alterni di Oppio e di Meperidina. La spalla e il braccio sinistro erano doloranti e tumefatti. La pelle era arrossata e traslucida. La circonferenza del braccio sinistro misurava circa 20 pollici (1 pollice = 25 millimetri), ed era comparata alla circonferenza del braccio destro (13 pollici). Adenopatie erano presenti sull'intera ascella sinistra e in area sopraclaveare, ad entrambi i lati del collo e alla mammella destra. Il fegato era palpabile e dolente alla palpazione. Entrambi i lati del torace erano dolenti alla palpazione e particolarmente doloranti sotto i colpi di tosse. Il Laetrile, al dosaggio di 1 grammo, fu iniettato per endovena. In cinque minuti la PAO scese di 38 millimetri di Mercurio, ma senza altri effetti collaterali. Il giorno successivo la paziente ricevette una seconda iniezione di Laetrile. Il dolore e la tosse iniziarono a diminuire e così pure vi era meno materiale secernente dalle masserelle nodulari dell'ascella sinistra. Comunque, la paziente riferì una sensazione di calore e di prurito nell'area malata. Dopo la terza iniezione, il dolore si era alleggerito e lo sgradevole odore (*fetor*) era scomparso. Dopo la quarta iniezione, lo spurgo di materiale era completamente cessato e l'area era libera da odori cattivi. Croste multiple ricoprivano le masserelle in via di guarigione. L'infiammazione e l'indurimento delle masserelle erano completamente sparite. La struttura della pelle e del braccio sinistro era ritornata normale. In un periodo di 5 mesi, la paziente ricevette 50 iniezioni di Laetrile, 9 da 1 grammo, 39 da 2 grammi, e 2 da 2,5 grammi. L'immediata caduta della PAO era controllata con Fenilefrina da 0,3 milligrammi, usata simultaneamente al Laetrile. Durante il periodo di trattamento la paziente ritornò al lavoro. Il dolore e la tosse erano scomparsi. Il materiale organico escrescente dalle masserelle nodulari cessò, e così pure l'odore (*fetor*). La circonferenza del braccio sinistro si era ridotto da circa 20 pollici (1 pollice = 25 millimetri) a 17 pollici, indicazione di una minore tumefazione. Oppioidi per controllare il dolore e la tosse non furono più richiesti. Non furono osservati altri effetti avversi dopo ciascuna iniezione. In questo caso il trattamento con Laetrile continuò da 7 luglio 1961 fino al maggio del 1962. In questo lungo periodo di dieci mesi, la paziente ricevette 133 iniezioni di Laetrile, due volte alla settimana o più spesso. Confrontando prima e dopo le analisi del sangue, si dimostrò un definitivo incremento del numero dei globuli rossi e dell'emoglobina. Le adenopatie e le tumefazioni regredirono di una considerevole estensione.

Settimo caso. Ragazzo di 21 anni, 149 libbre di peso, alto 170 pollici (1 pollice = 25 millimetri). PAO = 110/70 millimetri di Mercurio. Diagnosi di Linfoma di Hodgkin. Una massa era presente davanti all'orecchio destro, ed era

ritornato dopo 4 anni di apparente remissione; quando era stato rimosso, era stato diagnosticato come Linfoma di Hodgkin. Non aveva fatto Chemio-Terapia; un linfonodo duro, dolorante e ingrandito era adesso presente nella regione sterno-cleidomastoidea, e misurava 3 x 2 centimetri. Laetrile da 1 grammo fu iniettato in endovena. La PAO scese di 4 mm di Mercurio ma senza ulteriori effetti avversi. Tre giorni dopo il linfonodo si era ridotto di volume, si era fatto soffice, ed era meno dolorante. Dopo il sesto giorno tutti i dolori cessarono. In un periodo di 4 mesi, egli ricevette 27 iniezioni di Laetrile, 10 da 1 grammo e 17 da 2 grammi. Non si osservarono effetti avversi. Una iniezione, fatta direttamente nella massa tumorale, fu seguita da prurito e dolore locale. Durante il periodo di trattamento il paziente ritornò al collegio. Il dolore era assente, l'appetito buono, il peso incrementato di 13 libbre, e lo stato generale eccellente. I valori ematici, sotto terapia con Laetrile, erano migliorati.

Ottavo caso. Uomo di 66 anni, 120 libbre di peso, alto 68 pollici (1 pollice = 25 millimetri), PAO = 188/98 millimetri di Mercurio. Diagnosi di cancro inoperabile della prostata con possibile metastasi al fegato. Non aveva fatto Chemio-Terapia. L'Emoglobina era di 10 grammi / 100 cc (millilitri) di sangue. Il paziente lamentava nicturia, ematuria, nausea, vomito, e severo dolore agli inguini e alle cosce. Codeina e Meperidina erano richieste al bisogno. La pelle e le sclere degli occhi erano itterici. Aveva dolore da adenopatie ad entrambi gli inguini. Laetrile da 1 grammo fu iniettato per endovena. In sette minuti la PAO scese di 68 millimetri di Mercurio, e la pelle divenne calda e umida di sudore. Il paziente appariva in procinto di shock, ma rispose prontamente all'iniezione di Fenilefrina. Il giorno dopo fu ripetuta l'iniezione di Laetrile. La PAO scese di 10 millimetri di Mercurio, ma non ci furono reazioni di shock. Dopo la seconda iniezione, i dolori cessarono e l'impiego degli oppiacei non divenne più obbligatorio. Nausea e vomito si alleggerirono, e anche l'itterizia si ridusse. In un periodo di 4 giorni egli ricevette tre iniezioni di Laetrile da 1 grammo. Durante questo periodo egli non ebbe più dolore e gli oppioidi furono assunti in maniera discontinua. Il sanguinamento dalle urine cessò. Nausea e vomito si alleggerirono, e l'itterizia diminuì ancora. L'emocromo e le analisi delle urine non mostrarono variazioni.

Nono caso. Donna di 65 anni, 110 libbre di peso, alto 66 pollici (1 pollice = 25 millimetri), PAO = 160/90 millimetri di Mercurio. Diagnosi di adeno-carcinoma del pancreas e dell'omento. Non aveva fatto Chemio-Terapia. Emoglobina : 11,5 grammi/100 cc (millilitri) di sangue. Il fegato era palpabile e noduli dolenti si estendevano fino a 3 pollici (1 pollice = 25 millimetri) sotto il margine costale. Durante i precedenti sette mesi prima del ricovero, la paziente aveva sofferto estremi dolori e aveva perso 20 libbre di peso. La Meperidina era richiesta al bisogno. Ella era emaciata, spossata, itterica e inabile a stare senza assistenza. Il Laetrile da 1 grammo fu iniettato in endovena. Non ci furono effetti avversi. Una seconda iniezione fu fatta 4 giorni dopo. Il dolore fu parzialmente risolto e il dosaggio della Meperidina fu ridotto. I valori ematici e urinari non mostrarono cambiamenti sotto terapia con Laetrile.

Decimo caso. Ragazzo di 17 anni, 140 libbre di peso, alto 71 pollici, PAO = 110/70. Diagnosi di Linfoma di Hodgkin, con metastasi al torace. Non aveva fatto Chemio-Terapia. Durante gli ultimi tre mesi prima del ricovero, una grande massa era cresciuta nella regione sopraclaveare sinistra e aveva raggiunto le dimensioni di un quarto di una arancia. Il paziente lamentava dolore ad entrambe le ascelle, spossatezza, nausea e anoressia. Aveva perso 25 libbre ed era itterico. La biopsia confermò la diagnosi. I linfonodi ascellari erano ingranditi, specialmente sul lato destro. X-Ray mostravano il progressivo ingrandimento nel torace della massa nodulare. Laetrile da 1 grammo fu iniettato per endovena. In 5 minuti la PAO scese di 6 millimetri di Mercurio ma senza altri apparenti effetti. Esaminando il paziente 2 giorni dopo, si notò che la massa al collo era più soffice e più piccola. In 5 giorni si ridusse di circa la metà rispetto alle dimensioni originali, si fece ancora più soffice e divenne mobile. I linfonodi ascellari erano adesso appena palpabili. Egli era libero da dolori e l'appetito era ritornato. In un periodo di 5 mesi ricevette 36 iniezioni di Laetrile, 19 da 1 grammo e 17 da 2 grammi. Non ci furono reazioni avverse. Durante il periodo di trattamento non ci fu dolore e non ci fu ingrandimento della massa sopraclaveare. L'appetito aumentò e il paziente mise su 24 libbre. Ritornò ai suoi studi. L'emocromo dimostrò un netto incremento dei globuli rossi e dell'emoglobina.

TERAPIA con Laetrile per endovena (se la LEGGE lo consentirà)

In qualsiasi momento un rubinetto a 3 vie può essere manovrato, per chiudere il deflusso del Laetrile e aprire quello del deflussore, allo scopo di iniettare, lentamente, il farmaco necessario a seconda delle varie esigenze (shock ipovolemico, nausea, vomito, etc…..

Cap. 5.c: Bacche di *Pittosporum tobira* e di *Chamaerops excelsa*

Sull'azione anti-tumorale condotta da queste piante, scoperta dopo trent'anni di ricerca da D'Arrigo ([84]) non si sono trovati in letteratura ulteriori lavori.
I dati comunque ottenuti sono significativi e meritevoli di ulteriore indagine.

I vantaggi risultano essere i seguenti:
1) assenza di danno cromosomico collaterale alle cellule sane
2) assenza di effetto teratogeno

Le dosi terapeutiche sono diverse fra le due bacche. Come nel caso dell'Apoptosi indotta dall'*Emodina-Aloe*, queste due sostanze andrebbero testate per tutti i tumori umani, allo scopo di conoscere la loro capacità d'indurre una Pseudo-Apoptosi nel singolo caso clinico.
Inoltre, andrebbe studiata la loro farmaco-cinetica come nel caso dell'*Emodina -Aloe* (vedi tab.4), sia in caso di somministrazione orale, come nel caso dell'*Emodina-Aloe*, sia in caso di somministrazione intra-parenchimale (I.V.).

Cap. 5.d: il Limonene

Il *Limonene* è contenuto in:

Citrus limonum, *Citrus medica*, *Citrus aurantium*, *Salvia officinalis*, *Foeniculum vulgare*, *Menta pulegium*, *Menta spicata*, *Verbena officinalis*, *Hyssopus officinalis*, *Jupiterus communis*

Esso induce fenomeni di apoptosi sulle cellule di leucemia ([693]). http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/FLAVONOIDI%20contenuti%20nel%20Limone20%provocano%20APOPTOSI.pdf

Il *Citrus limonum* dovrebbe essere assunto fino ad almeno 6-7 frutti al giorno, possibilmente freschi, poiché il Limone favorisce l'eliminazione delle scorie acide dall'organismo, aumentando la riserva di sostanze alcaline presenti nel sangue, e aiutando inoltre l'apparato urinario ad espellere gli acidi urici. L'assuzione del frutto dev'essere attuata iniziando con 1 Limone al giorno nella prima settimana, stabilizzandosi poi con 7 frutti al giorno nella settima settimana di cura, e così per tutta la durata della malattia neoplastica fino alla sperata guarigione. Attualmente in valutazione il suo Miele: gli alberi di Limone fioriscono durante tutto l'arco dell'anno; in genere si hanno comunque due fioriture principali e più abbondanti: in aprile-maggio e in settembre; una pianta di Limone vive circa 80 anni, inizia a produrre frutti dopo 5 anni dalla messa a dimora, e raggiunge la piena maturità a 15 anni, periodo in cui può arrivare a produrre da 200 a 600 frutti all'anno.
L'olio essenziale di *Citrus limonum* è estremamente nutriente sia in base alle kilocalorie, sia per i fito-chimici contenuti; nota: la spemitura dell'olio deve avvvenire a freddo e senza solventi.

Nota: si ritiene che anche il *Citrus aurantium bergamia* (Bergamotto) debba anch'esso essere indagato per possibili proprietà apoptosiche su cellule tumorali umane. Cresce esclusivamente nel sud della Calabria.

Cap. 5.e: Tumori maligni del cervello: efficacia della vitamina *Elemene*

In questo lavoro, eseguito in un ospedale cinese dal 1994 al 1998, 40 pazienti con tumore al cervello furono sottoposti a semplice terapia vitaminica con *Elemene* (un Isoprenoide), ottenendo un ragguardevole risultato nel 75% dei casi, contro invece il 40% circa di altri pazienti (gruppo di controllo) sottoposti a Chemio-Terapia.

Tan P.: *Clinical study on treatment of 40 cases of malignant brain tumor by Elemene emulsion injection*, Chin. J. Integ. Trad. Western Med, 20, pp.: 645-648, 2000; http://www.mednat.org/cancro/cancro_cervello.pdf

Di questi 40 pazienti, 29 presentavano glioma maligno (III-IV stadio) e 11 presentavano metastasi al cervello (da cancro).

Essi furono sottoposti a questo trattamento con *Elemene* dal gennaio del 1994 al maggio 1998, cioè per ben quattro anni.
L'*Elemene*, al dosaggio di 0,4-1,2 grammi al giorno fu loro iniettato per via endovenosa (con o senza ausilio di sistema a pompa) e anche per via arteriosa (carotide) con o senza sistema in infusione a pompa.
Il dosaggio totale, per ogni paziente, era di 6-12 grammi di *Elemene* in 2-6 cicli di terapia, con intervalli di pausa di 1-1,5 mesi fra ogni ciclo di terapia.
L'efficacia del trattamento fu valutato secondo la scala Karnofsky.

Il gruppo di controllo consisteva in 29 casi di tumore maligno del cervello (22 primari e 7 metastatici) che erano trattati con 2-3 cicli di Chemio-Terapia con un intervallo di pausa di 1-1,5 mesi di intervallo fra un ciclo e l'altro.

Risultati: nel gruppo dei 40 pazienti trattati con *Elemene*, le dimensioni medie dei tumori regredirono da un volume medio di 6,7 centimetri cubi (prima del trattamento) a un volume di 2,67 centimetri cubi dopo il trattamento, con una riduzione media, quindi, di circa il 60%.

Sempre in questo gruppo si registrarono 4 casi di Remissione Completa (massa tumorale non più rilevabile con le indagini diagnostiche), 26 casi di Remissione Parziale (riduzione della massa tumorale di almeno il 50%).

Nel gruppo di controllo, costituito da 29 pazienti, tutti sottoposti a Chemio-Terapia, si registrarono 2 casi di Remissione Completa (massa tumorale non più rilevabile con le indagini diagnostiche), 10 di Remissione Parziale (riduzione della massa tumorale di almeno il 50%).

Il tempo di sopravvivenza nel primo gruppo, quello sottoposto alla cura con *Elemene*, fu di 25 mesi e mezzo; nel gruppo di controllo fu di 17 mesi e mezzo.

Nota 1: nei pazienti sottoposti a Chemio-Terapia, la recidiva (ripresa di crescita del tumore) è quasi sempre costante: in questo lavoro non è stato però riportato il numero dei pazienti che, in Remissione Completa o Parziale (pari al 40% circa), siano andati poi incontro a ricrescita del tumore e ad eventuale exitus.

Nota 2: Anche per i pazienti sottoposti a terapia vitaminica con Elemene, in cui il 70% ebbe riduzione o scomparsa della massa tumorale, non è riportata la percentuale di recidive post-trattamento.

Cap. 5.f: Altre vitamine fito-terapiche ad attività apoptosica o pseudo-apoptosica

Morinda citrifolia
Anche nel frutto della *Morinda citrifolia*, un arbusto dell'Africa equatoriale, del Sud-Est asiatico, della Polinesia e dei Caraibi, conosciuto con più nomi (*Bumbo africano*, *Gelso indiano*, *Gran Morinda*, *Lada*, *Mengkudo*, *Nhau*, *Nonu*, *Noni*, *Nono*) è stato scoperto un Antrachinone (*Damnacanthal*), inducente Apoptosi in cellule tumorali (ma non è noto se in maniera esclusiva e selettiva solo per esse), sotto stimolazione U.V.A. ([579]). Ciò potrebbe essere particolarmente utile per tumori della cute, oppure per trattamenti di tumori interni con impiego di fibre ottiche, dopo assunzione orale di succo concentrato del frutto, oppure infusione endovenosa dello stesso principio attivo (*Damnacanthal*), se farmacologicamente bio-compatibile per infusioni endovenose.
Nota: esso inibirebbe anche la crescita tumorale ripristinando la struttura citoscheletrica delle cellule pre-cancerose ([578]).
Una forma di pseudo-apoptosi è stata dimostrata da un lavoro giapponese nel caso dei neuroblastomi, che tendono a regredire quando all'interno delle cellule si accumula una certa quantità di proteina H-Ras([1042-43]). E'ipotizzabile che tale fatto possa verificarsi anche nel caso di glioblastomi (astrocitomi maligni di grado terzo o quarto), essendo stata documentata, nell'uomo, regressione di questi tumori dopo somministrazione di estratti vitaminici fito-terapici caratterizzati da induzione di produzione endogena della medesima proteina (H-Ras) in glioblastomi umani.
In particolare, rivestono particolare importanza i fito-estratti di *Morinda Citrifolia* ([1045])
Vedi PDF allegato: Shunji Chi: *Oncogenic Ras triggers cell suicide through the activation of a caspase-independent cell death program in human cancer cells*, Oncogene, 1999, Vol. 18, No. 13, pp. 2281-2290
Kitanaka C.: *increased RAS expression and caspase- independent Neuroblastoma cell death: possible mechanism of spontaneous Neuroblastoma regression*, Journal of the National Cancer Institute,Vol.94,No.5,pp.358-368,2002 [pdf]
C.A.Hornick: *Inhibition of angiogenic initiation and disruption of newly established human vascular networks by juice from Morinda citrifolia (noni)*, Angiogenesis, 6, 2003, pp.: 143-149. [pdf]

Eleutherococcus senticosus (Ginseng siberiano):
Presenta azione immuno-stimolante, favorisce la formazione di macrofagi e granulociti, aumentandone la fagocitosi; sperimentazioni cliniche dimostrano un generale innalzamento dei linfociti T e una loro più efficiente attività ([1006]). I polisaccaridi contenuti nella pianta hanno anche dimostrato un'azione specifica anti-tumorale, di probabile componente apoptosica ([1007]). Alcuni costituenti dell'*Eleuterococcus senticosus* hanno anche dimostrato di possedere azione anti-aggregante piastrinica, di abbassare il tasso di colesterolo e di trigliceridi, di stabilizzare il ritmo cardiaco di normalizzare il tracciato elettrocardiografico (ECG) nel 70-75% dei casi ([1008]).
L'*Eleuterococcus senticosus* previene anche gli scompensi metabolici, fungendo da normalizzatore glicemico. Si è osservato infatti che nei casi di iperglicemia, provocata da scompensi alimentari o da un'eccessiva produzione di Epinefrina, è possibile ottenere dalla sua somministrazione un abbassamento del titolo glicemico; nei casi invece di ipoglicemia indotta da un'eccessiva produzione di insulina, è possibile ottenere un incremento dei livelli glicemici ([1009,1010]).

Le Artemisie
Quasi tutte le *Artemisie* contengono il Tuione, sostanza tossica, ma volatile. In particolare esso è contenuto nell'*Artemisia absinthium, annua* (Assenzio), nell'*Artemisia pontica* ma anche in piante diverse: *Salvia officinalis, Thuja occidentalis* e *Tanacetum vulgare*. Di qui la necessità di dare la *Salvia officinalis* solo come infuso, e, sostanzialmente, di togliere la *Thuja occidentalis* e il *Tanacetum vulgare* dai protocolli curativi.
Ma le Artemisie sono comunque utili soprattutto per l'Artemisina: in Cina un cane, immobilizzato da un tumore, è risultato guarito in cinque giorni con infusi di Artemisina. Da sperimentazione in

laboratorio si è notato che l'Artemisina è riuscita in sedici ore a riconoscere ed eliminare tutte le cellule neoplastiche di un tipo di tumore al seno non trattabile con le radiazioni, risparmiando le cellule mammarie sane. L'Artemisina diventa attiva sulle cellule solo quando queste contengono molto ferro; Le cellule cancerose presentano normalmente livelli di ferro più alti del normale, per permettere le continue replicazioni del Dna, e un numero di recettori per il metallo 15 volte superiore a quello delle cellule sane. Nota: l'Artemisina è stata usata anche contro la malaria e si è visto che non ha effetti collaterali ([723]).

Larrea divaricata [Zigophyllaceae] : contiene acido nor-dididroguairetico. Attività anti-ossidante e batteriostatiche. Determina arresto della glicolisi aerobica ed anaerobica, inibendo l'azione di sostanze cancerogene. Sembrerebbe molto efficace su tumori gastro-intestinali.

Tabebuia cassinoides [Bignoninaceae] : contiene il Lapacholo della famiglia dei Naftochinioni ed altri nafto e antrachinoni, con effetti opposti alla vitamina K. Effetto anti-batterico, anti-micotico, anti-virale. I principi attivi beta-lapachone e deidro-alfa-lapachone hanno un particolare tropismo per le cellule neoplastiche di cui bloccano il metabolismo ossidativo , ove si accumula entro 6 ore dalla somministrazione a concentrazioni molto elevate.

Hypericum perforatum [Hypericaceae] : contiene Ipericina ([724]), che è stata indicata anche per il tumore del cervello, tenuto anche conto della sua capacità immuno-stimolante.

Capsella bursa pastoris [Cruciferae]: composti emostatici e antimetrorragici e ossitocici. Attività anti-neoplastica con meccanismo non chiaro.

Hypoxis hemerocallidea [Hypoxidaceae]
La "patata africana" proviene dalle foreste di Kwa Zulu Natal e Pondoland. I principi attivi di questa pianta includono il Sitosterolo e le Sitosteroline, assieme ad un componente fenolico anti-tumorale: l'Ipossoside. Il Sitosterolo e le Sitosteroline hanno un comprovato effetto benefico sul sistema immunitario dell'uomo. Il Prof. Ben Smith, primario del reparto di oncologia dell'ospedale Tygerberg di Città del Capo, ha trattato pazienti affetti da tumore avanzato scoprendo che esso ne aumenta la speranza di vita. Le vittime del tumore al pancreas solitamente muoiono entro quattro/sei mesi dalla diagnosi, ma dopo una terapia a base di Sterolo ottenuto dalla pianta, sono sopravvissuti per un anno o più, con alleviamento degli sgradevoli effetti collaterali della Chemio-Terapia. Nota: l'Ipossoside contiene 2 molecole di Glucosio; si sospetta un'azione di apoptosi.

Annona muricata
Ancora sotto studio l'*Annona muricata* ([725-735]), che un'azienda privata vende anche in associazione ad altre erbe mediche (*Mormodica charantia, Maytenus illicifolia, Physalis angulata, Scoparia dulcis, Guazuma ulmifolia, Uncaria tomentosa*), (*Simaruba amara, Physalis angulata, Scoparia dulcis, Petiveria alliacea, Schinus molle, Uncaria tomentosa*). Vedi anche cap.14.

Soncus oleracues e *Soncus arvensis* [Compositae] : ritenuto efficace per il carcinoma della mammella.

Cynara scolymus [Compositae cinaraceae] : contiene Cinaropicrina ad attività anti-neoplastica.
Si sospetta che contenga altre molecole ad attività anti-neoplastica o comunque dotate di proprietà curative verso patologie carenziali di vario tipo, compresi i tumori. Purtroppo sono già in atto manipolazioni e modificazioni genetiche irreversibili (OGM) della preziosa pianta ([808]).

Cetraria islandica [Parmeliaceae] : analogamente alla *Cetraria gryophora* e *umbilicaria* riveste attività anti-tumorale, ma su base non nota.

Di recente sono stati fatti degli studi iniziale sull'estratto metanolico di fiori di *Hypericum perforatum*, sulla corteccia di *Betula alba*, sul *Vaccinium vitis idaea* e su molti altri prodotti erboristici, riscontrando numerose evidenze di azione selettiva su certi tipi di tumori umani e animali.
Molti di questi dati sono riservati.
Di recente sono state catalogate e scelte circa 200 erbe, da impiegare come estratti d'erbe, sia in funzione anti-ossidativa (cap.9), sia in funzione immuno-stimolante (cap.4) e, soprattutto, in funzione di potenziale capacità apoptosica o pseudo-apoptosica, ciò sulla base delle nozioni attualmente note dell'erbario mondiale (circa 25.000 piante).
Poiché molti di queste estratti derivano da fiori, secondo l'autore del presente lavoro potrebbe essere giustificata:

1) La produzione di Mieli mono-flora a base di questi estratti, ove possibile
2) La produzione di Semi misti a Miele biologico puro, ad esempio di Acacia
3) La produzione di Semi per farli poi germogliare (recipiente pieno di acqua ricca di sali minerali, scolati e quindi fatti germogliare)
4) La produzione di Semi misti ad Olio di Sesamo (*Sesamum indicum*) secondo l'antica tradizione indiana: è il tipo di olio maggiormente usato nella tradizione ayurvedica, poiché assorbe molto bene le diverse proprietà delle erbe usate in medicina indiana, consentendone così una buona veicolazione gastro-intestinale; questo particolare olio dev'essere spremuto a freddo. D'altra parte, esso possiede un'allta percentuale di componente proteica (25%), e il suo impiego è pertanto da valutare.

Le piante prese in considerazione, da parte dell'autore del presente lavoro, per attività bio-chemioterapica sono circa 200:

1) *Acalypha indica*
2) *Achyrocline satureoides*
3) *Acorus calamus*
4) *Actinidia chinensis*
5) *Adiantum capillus veneris*
6) *Ailantus glandulosa*
7) *Ajuga reptans*
8) *Ajuga piramidalis*
9) *Albizzia lebbek*
10) *Alchimilla alpina*
11) *Alchimilla vulgaris*
12) *Allium sativum*
13) *Alpinia oxyphylla*
14) *Althaea officinalis*
15) *Anacardium occidentale*
16) *Antennaria dioica*
17) *Antyllis alpestris*
18) *Apium graveolens*
19) *Aquilaria agallocha*
20) *Aralia racemosa*
21) *Arctium lappa*
22) *Argemone mexicana*
23) *Argyreia speciosa* (o *Lettsomia nervosa*)

24) Artemisia abrotanum
25) *Artemisia dracunculus*
26) Asparagus cochinensis
27) Asparagus racemosus
28) Astragalus membranaceus
29) Atractylodes ovata
30) *Azadirachta indica*
31) Bacopa monnieri
32) Bambusa arundinacea
33) Betula alba
34) Bidens pilosa
35) *Bixa orellana*
36) *Boerhaavia diffusa*
37) Boswellia carterii
38) Boswellia serrata
39) *Buxus sempervirens*
40) *Caesalpinia sappan*
41) *Calendula silvestis*
42) Campanula latifolia
43) Capparis spinosa
44) Capsicum frutescens aut annuum
45) Carapa guianensis
46) Cardamine pratensis
47) Carlina acaulis
48) Carpinus betulus
49) *Cassia angustifolia*
50) Cassia occidentalis
51) Cayaponia tayuya
52) Ceanothus americanus
53) Celastrus scadens
54) Cerastium alpinum
55) Chimaphila umbellata
56) *Chondrus crispus*
57) Cinchona calisaya
58) *Cinchona succirubra*
59) Cinnamomum zeylanicum
60) Cirsium spinosissimum
61) Cissampelos pareira
62) Citrus aurantium bergamia
63) Citrullus colocynthis
64) *Citrus limonum*
65) *Copaifera officinalis*
66) Coscinium fenestratum
67) Crataegus oxyacantha
68) Crataegus monogyna
69) Crocus sativus
70) Curcuma longa
71) *Curcuma zedoaria*
72) Cynara scolymus
73) Draba aizoides
74) Drinaria fortunei

75) *Drosera anglica*
76) *Drosera intermedia*
77) *Drosera rotundifolia*
78) *Echinacea angustifolia*
79) *Echinacea pallida*
80) *Echinacea purpurea*
81) *Eclipta alba*
82) *Emblica officinalis*
83) *Epilobium angustifolium*
84) *Epilobium parviflorum*
85) *Equisetum arvense*
86) *Erithrea antaurium*
87) *Erythrina mulungu*
88) *Erythroxylum catuaba*
89) *Eucalyptus globulus*
90) *Eupatorium perfoliatum*
91) *Eupatorium purpureum*
92) *Eurycoma longifolia*
93) *Euspongia officinalis*
94) *Ferula communis*
95) *Frangula alnus*
96) *Galphimia glauca*
97) *Galium aparine*
98) *Gordonia axillaris*
99) *Gardenia jasminoides*
100) *Gentiana germanica*
101) *Geranium robertianum*
102) *Glechoma hederaceum*
103) *Glycyrrhiza glabra*
104) *Gnafalium supinum*
105) *Goniothalamus species*
106) *Grindelia camporum*
107) *Grindelia squarrosa*
108) *Helianthus annuus*
109) *Holarrhena antidysenterica*
110) *Houttuynia cordata*
111) *Hibiscus sabdaiffa*
112) *Hydnophytum formicarum*
113) *Hydrastis canadensis*
114) *Hypericum perforatum*
115) *Hypericum richeri*
116) *Hypoxis hemerocallidea*
117) *Hyssopus officinalis*
118) *Ilex paraguariensis*
119) *Inesinae calea*
120) *Jieracium pilosella*
121) *Lamium album*
122) *Lapsana communis*
123) *Larrea divaricata*
124) *Larrea mexicana*
125) *Laurus nobilis*

126) *Lepidium meyenii*
127) *Lepidozamia peroffskyana*
128) *Leucanthemopsis alpina*
129) *Lithospermum officinale*
130) *Lonicera caprifolium*
131) *Lycopodium clavatum*
132) *Lysimachia nummularia*
133) *Luffa operculata*
134) *Mahonia aquifolium*
135) *Malva silvestris* o *vulgaris*
136) *Momordica charantia*
137) *Marasdenia cundurango*
138) *Marrubium vulgare*
139) *Maytenus illicifolia*
140) *Maytenus krukovit*
141) *Medicago sativa*
142) *Melaleuca alternifoglia*
143) *Melissa monarda*
144) *Melissa officinalis*
145) *Meum mutellina*
146) *Mimosa species*
147) *Momordica charantia*
148) *Morinda citrifolia*
149) *Moringa pterygosperma*
150) *Myrica cerifera*
151) *Myristica fragrans*
152) *Myristica sebifera*
153) *Myroxylon balsamum* aut *pereirae*
154) *Myrtus communis*
155) *Nepeta cataria*
156) *Nerium oleander*
157) *Ochrosia elliptica*
158) *Ocimum basilicum*
159) *Ocimum sanctum*
160) *Ocimum tenuiflorum*
161) *Pedicularis rostrato-capitata*
162) *Pereskia bleo*
163) *Peucedanum ostruthium*
164) *Pfaffia paniculata*
165) *Phyllanthus orbicularis*
166) *Phyllanthus urinaria*
167) *Picramnia antidesma*
168) *Pimpinella major*
169) *Pimpinella saxifraga*
170) *Phyllantus niruri*
171) *Phyllanthus urinaria*
172) *Physalis angulata* (aut *Muehenbeckia volcanica*)
173) *Plantago major*
174) *Polygala senega*
175) *Polygonum aviculare*
176) *Polygonum cuspidatum*

177) *Polypodium lepidopteris*
178) *Primula hirsuta*
179) *Primula officinalis*
180) *Primula veris*
181) *Prunus amygdalus*
182) *Prunus armeniaca*
183) *Prunus avium*
184) *Prunus nigra*
185) *Prunus persica*
186) *Prunus spinosa*
187) *Pulmonaria angustifolia*
188) *Pulmonaria officinalis*
189) *Quercus robur*
190) *Rhamnus sagrada*
191) *Rhamnus purshiana*
192) *Rheum officinale*
193) *Rheum palmatum*
194) *Rhodiola rosea*
195) *Rosmarinus officinalis*
196) *Rubia cordifolia*
197) *Rubia peregrina*
198) *Rubia tinctorium*
199) *Rumex acetosa*
200) *Rumex crispus*
201) *Salvia miltiorrhiza*
202) *Salvia officinalis*
203) *Sambucus nigra*
204) *Saxifraga aizoides*
205) *Saxifraga oppositifolia*
206) *Schinus molle*
207) *Scutellaria baicalensis*
208) *Scutellaria bardana*
209) *Nelumbo nucifera*
210) *Sempervivum montanum*
211) *Senecio latifolius*
212) *Serenoa repens*
213) *Sida cordifolia*
214) *Smilax sarsaparilla*
215) *Smilax utilis*
216) *Solanum lyratum*
217) *Solanum paniculatum*
218) *Sophora flavescens*
219) *Stachys arvensis*
220) *Sticta pulmonaria* (o *Lobaria pulmonaria*)
221) *Streptocaulon juventas*
222) *Sutherlandia frutescens*
223) *Tabebuia cassinoides*
224) *Tabebuia speciese (impetiginosa, heptaphylla, avellanedae, rosea, serratifolia, cassinoides)*
225) *Taraxacum officinalis*
226) *Tephorosia purpurea*
227) *Terminalia chebula*

228) *Thalictrum acutifolium*
229) *Tinospora cordifolia*
230) *Tribulus terrestris*
231) *Trifolium pratensae*
232) Tussilago fanfara (gli alcaloidi potrebbero essere epatotossici e cancerogeni)
233) *Thymus serpillum*
234) Thymus vulgaris
235) Ulmus rubra
236) Uncaria guianensis
237) Uncaria tomentosa
238) Urtica dioica
239) Vaccinium vitis idaea
240) Verbascum densiflorum o *thapsus*
241) Viola tricolor
242) Xantoxilum fraxineum

In merito all'impiego del Miele, bisogna prestare attenzione al fatto che il principio attivo della pianta aggiunta sia effettivamente capace d'indurre un'azione anti-neoplastica, e che il suo trattamento da parte delle api non ne rovini i principi attivi.
Attualmente, i tipi di Miele in commercio sono diversi, e possono così essere riassunti ([614]), fermo restando che di essi non sono note potenziali attività anti-neoplastiche su base apoptosica (o anche immuno-stimolante) dovute ai Fiori da cui sono derivati ; inoltre, alcuni di questi tipi di Miele potrebbero contenere quantità eccessive di Glucosio, tali da rendere pericolosa la loro assunzione nei pazienti con cancro; d'alta parte molte delle piante menzionate contengono vitamina B17 (valutazione rischio/beneficio con la quantità assunta di principio attivo efficace).

Si ritiene pertanto utile elencare i tipi di Miele mono-flora più noti ([666])

1) *Miele di Abete* (*Abies*): di colore molto scuro, quasi nero, fortemente aromatico, con sapore assai gradevole, è ritenuto un ottimo antisettico polmonare e delle vie respiratorie (bronchiti, tracheiti, riniti, influenze), in grado di produrre effetti antipiretici, espettoranti, spasmolitici.
2) *Miele di Acacia*: di colore chiaro, ambrato, trasparente, odore dolce, sapore delicato, aspetto tipicamente liquido, è particolarmente indicato per poppanti e bambini, specie se hanno infiammate le mucose dell'apparato respiratorio e gastro-intestinale, purchè non sia pastorizzato. La sua ricchezza in Levulosio lo rende tollerabile, in piccole dosi, dai diabetici. Gli si riconoscono anche proprietà blandamente lassative. Nota dell'autore del presente lavoro: il Levulosio è compatibile, in piccole dosi, anche per pazienti neoplastici.
3) *Miele d'Arancio* (*Citrus aurantium*): di colore chiaro, profumato, di sapore gradevole, gli si attribuiscono proprietà anti-spasmodiche e sedative, che lo rendono consigliabile in casi di nervosismo, ansia, insonnia. Ha potere cicatrizzante ed è indicato nel trattamento delle ulcere.
4) *Miele di Biancospino* (*Crataegus oxyacantha* o *monogyna*): di colore leggermente ambrato, sapore dolce e gradevole, profumato, di aspetto leggermente granuloso, viene ritenuto "il Miele dei Cardiaci", poiché viene consigliato in caso di ipertensione, palpitazioni, *Angina pectoris*, arteriosclerosi, spasmi, convulsioni. E' indicato anche in casi d'insonnia. Sospettato di azione anti-tumorale.
5) *Miele di Castagno* (*Castanea vesca o sativa*): esiste sia da nettare che da melata, ed è di colore bruno-scuro, variabile dal noce chiaro al noce quasi nero, con profumo forte ed acre, sapore tipicamente amaro, a volte di consistenza vischiosa; è particolarmente ricco di sali minerali e gli vengono riconosciute proprietà sudorifere, espettoranti, stimolanti; è consigliato in caso di anemia, affaticamento, sovrappeso.
6) *Miele di Colza*: di colore pallido e aranciato, profumo poco rilevabile, sapore debole, a granulazione media, cristallizza rapidamente; non gode di grande reputazione ed è utilizzato prevalentemente nell'industria alimentare. I suoi semi erano ricchissimi di B17. Ma è stata sottoposta ad estesa e irreversibile modificazione OGM.
7) *Miele di Corbezzolo* o di *Albatro* o di *Rossello* (*Arbutus unedo*): caratteristico della macchia mediterranea, ha colore bianco o grigio-verde, odore penetrante, sapore estremamente amaro e consistenza densa; gli vengono attribuiti proprietà astringenti, diuretiche, anti-settiche delle vie urinarie, anti-asmatiche. Dovrebbe contenere vitamina B17.

8) *Miele d Erba Medica* (*Medicago sativa*): di colore giallo intenso, vanta proprietà anti-spasmodiche, diuretiche, lassative, toniche, energetiche. Forse vitamina B17
9) *Miele di Erica*: esistono diversi tipi di Miele di Erica. In generale hanno colore variabile da ambrato chiaro a rosso scuro, consistenza semiliquida, sapore particolare e odore forte; ricco di sali minerali, può vantare proprietà diuretiche, anti-reumatiche, disinfettanti delle vie urinarie, ricostituenti; è provata la sua efficacia come ottimo rimedio contro la gotta. Dovrebbe conservare ancora vitamina B17
10) *Miele di Eucalipto* (*Eucalyptus globulus*): di colore variabile da chiaro a grigio-bruno, gusto particolarmente aromatico, granulazione fine, è uno dei tipi di Miele più ricchi di enzimi; gli vengono riconosciute proprietà anti-asmatiche, anti-catarrali, anti-spasmodiche, emolienti, calmanti della tosse, antisettiche delle vie respiratorie, delle vie urinarie e dell'intestino; efficace contro la cistite urinaria, lo si usa anche come vermifugo e cicatrizzante nelle affezioni della bocca.
11) *Miele di Fragola* (*Fragaria vesca*): di colore noce chiaro rosato, gli sono attribuite proprietà anti-reumatiche, digestive, diuretiche; è indicato particolarmente in chi soffre di calcoli renali.
12) *Miele di Girasole* (*Helianthus annuus*): di intenso colore giallo, gli vengono attribuite proprietà diuretiche, stimolanti, essudative, antipiretiche (particolarmente nei bambini).
13) *Miele di Lavanda* (*Lavandula officinalis*) di colore bianco, odore gradevole e profumato, sapore delicato, consistenza untuosa, si può utilizzare anche per applicazioni esterne in caso di bruciature, punture d'insetti, piaghe infette; è infatti un ottimo battericida e anti-settico, consigliabile pure in caso di malattie infettive. Anche come diuretico, vermifugo e in caso d'insonnia.
14) *Miele di Rosmarino* (*Rosmarinus officinalis*): di consistenza quasi solida e granulazione molto pronunciata, colore da bianco a oro pallido, odore gradevole, sapore delicato; è il Miele più indicato per coloro che soffrono di affezioni epatiche: favorisce il decongestionamento del fegato, la regressione degli itteri, la rieducazione del fegato insufficiente, aiuta nella lotta contro tutte le malattie infettive di quest'organo, come ad esempio l'epatite virale; buon stimolante generale, è consigliato in casi di affaticamento; eccellente per lo stomaco e l'intestino, combatte flatulenze, fermentazioni, coliti.
15) *Miele di Sulla*: di odore chiaro tendente al bianco, a cristallizzazione fine, ha sapore delicato; gli vengono attribuite proprietà lassative, diuretiche, toniche, depurative; ottimo miele da tavola, come edulcorante non influenza il sapore degli alimenti ai quali viene addizionato.
16) *Miele di Tiglio* (*Tilia tomentosa,cordata, argentea*): di consistenza pastosa e colore variabile dal giallo-chiaro al verdolino o bruno nel caso di melata, ha un profumo assai pronunciato; gli si riconoscono proprietà calmanti e anti-spasmodiche, che lo rendono consigliabile in casi di nervosismo e insonnia.
17) *Miele di Timo* (*Tymus vulgaris*): di colore ambra scuro, aroma e gusto pronunciati, cristallizzazione irregolare, è ritenuto un potente antisettico generale da impiegare in caso di pericolo di malattie infettive, ma anche come disinfettante dei bronchi e dell'intestino; è stato segnalato il suo impiego anche in presenza di infiammazioni dell'utero.

A questi tipi di Miele devono essere poi aggiunti i Semi delle circa 200 varietà e specie di Piante indicate sopra, scelte dall'autore del presente lavoro sulla base di potenziali, sospette o riconosciute capacità anti-neoplastiche su base apoptosica o pseudo-apoptosica (dati riservati).
La questione rilevante, che ci si permette di esporre è la seguente:
è preferibile l'impiego di Semi, o di altre parti di pianta (radice, stelo, foglie, fiori, etc…), oppure di Germogli freschi ?

Secondo l'autore del presente lavoro si potrebbe studiare l'impiego dei Germogli di Semi, poiché teoricamente più adatti alla biochimica umana, data l'abitudine vegetariana durata per milioni di anni delle popolazioni simil-umane nella lunga fase di sviluppo evolutivo della razza umana: i teneri germogli erano infatti più assimilabili dei Semi interi, oggi sappiamo anche che i Germogli racchiudono molte più proprietà vitaminiche e, forse, anche di fattori d'induzione apoptosica su cellule tumorali umane, dei semplici Semi.
Infatti, lo spontaneo processo di germinazione, che avviene soltanto in certe condizioni (Seme integro), può essere innescato e controllato con facilità, consentendo così di accedere ad una notevole fonte di principi nutritivi, coadiuvato da una notevole digeribilità dei germogli ottenuti, tanto da poter essere consumati *crudi*, senza alcuna manipolazione dovuta ad esempio al calore.

In merito ai germogli di Grano, esiste un'ampia letteratura. Si riportano pertanto degli estratti (da: Walter Pedrotti: *conoscere e cucinare i Cereali*, Demetra S.r.., Via Strà 167, S.S.11, 37030 Colognola ai Colli, Verona), allo scopo di uniforme la tecnica di germogliazione anche alle circa 200 specie di piante sopra indicate per potenziale, sospetta o documentata azione apoptosica su tumori umani:

"…Durante la fase di germinazione avvengono profonde modificazioni nella struttura del seme e nella sua composizione biochimica, tali che consentono di alimentarsi di grani altrimenti durissimi e poco raccomandabili. Via via che il seme si gonfia sino a scoppiare, in conseguenza di complesse azioni enzimatiche, le sostanze di riserva del tessuto nutritivo vengono assorbite dal germe, che comincia a crescere fuori dal guscio, trasformandosi a dando corpo ad una "pianta germinativa" (Germoglio). E' sufficiente lasciare i semi a macerare per un certo numero di ore, quindi scolarli e tenerli in ambiente umido, privo di luce, a una temperatura compresa tra i 15 e i 22 gradi Celsius, e con circolazione d'aria, per veder spuntare i teneri germogli. L'attrezzatura occorrente è quindi molto semplice: i semi, un contenitore di vetro o di terra trattata con vernici atossiche, una garza a trama sottile che possa coprire l'imboccatura del contenitore (vaso, bottiglia…), un colino, un elastico.

1) Spargere i semi su un piatto ed eliminare quelli rotti o ammaccati, che non germoglieranno.
2) Mettere i semi in un colino, e sciacquateli sotto acqua corrente.
3) Versateli nel recipiente prescelto, grande abbastanza da permettere ai semi di aumentare 3-4 volte il loro volume. Copriteli d'acqua e chiudete l'imboccatura del vaso con la garza fissata con l'elastico.
4) Lasciate i semi a bagno e al buio per 6-12 ore, a seconda della stagione e della temperatura, quindi scolateli dell'acqua attraverso la garza, lasciandoli umidi ma non in ammollo.
5) Sciacquateli due volte al giorno (potrete disporre direttamente il barattolo sotto l'acqua e quindi inclinarlo per scolare), al mattino e alla sera, rimettendoli sempre al buio.
6) Proseguite i risciacqui per 3-4 giorni, sinchè i germogli cresceranno a vista d'occhio, tenendo conto che ogni seme ha, ovviamente, una lunghezza ideale del germoglio, da 1 cm per il Frumento a mezzo centimetro per il Riso giapponese…"

A questo punto i semi sono pronti per essere consumati, mischiandoli ad esempio con il Miele biologico, ma se si desidera aumentarne il contenuto della Clorofilla e di *altre* sostanze contenute, si può esporre il contenitore per alcune ore alla luce del sole.

NOTA 1: la dose di semi assunti giornalmente dev'essere attentamente valutata dal medico, a causa della possibile presenza di vitamina B12 (comune in molte specie di semi).

Nota 2 : bisogna considerare la quantità di aminoacidi essenziali contenuti in questi semi.

Il rischio è quello di ingerire TUTTI e 9 gli aminoacidi essenziali.

Nota 3: prestare particolare attenzione alle gravi alterazioni di tipo OGM: in particolare, all'aggiunta di aminoacidi essenziali a semi di leguminose (già di per se stesse ricche di proteine) come già fatto purtroppo con la *Medicago sativa* ([745,967]) rendendola in tal modo estremamente pericolosa per i pazienti neoplastici, analogamente alla Soia-OGM, alla patata-OGM, ai piselli - OGM([1011, 2006]), al Trifoglio-OGM([1066]), ai fagioli-OGM e al Riso-OGM (ove sono presenti ora tutti e 9 gli aminoacidi essenziali).

Cap. 5.g: Anti-neoplastoni del dott. Burzynski: le vitamine sintetiche da endovena

Il dott. **Burzynski**, in oltre 20 anni di lavoro, ha curato oltre 3.000 pazienti, iniettando in vena vitamine sintetiche prodotte in laboratorio, chiamate “Neoplastoni”, e capaci di indurre l’apoptosi nelle cellule malate.
Nel 1991, un team della NCI confermò l’attività anticancro degli Antineoplastoni e verificò 5 casi clinici su 7 totali di remissione completa (cioè di scomparsa del cancro).

La FDA richiese allora una documentazione esaustiva dei dati dei pazienti e una stretta aderenza ai regolamenti della FDA per i trias clinici

Nel 2004 il *Burzynski Research Institute* (BRI) accettò la collaborazione con la *Food and Drug Administration* (FDA) per gli antineoplastoni A10 e AS2-1 nel trattamento del glioma.
Attualmente il BRI sta conducendo altri 72 trials clinici in molti tipi diversi di cancri.
Le percentuali di successo sono molto alte (http://www.burzynskiclinic.com/ph/clinical-trials.html)

Nel caso dei tumori maligni al cervello, sono stati aperti 4 trials

CAN-1 : (Glioblastoma multiforme e astrocitoma anaplastico)
35 pazienti valutati su un totale di 43.
Risposta completa (Complete Response, CR): 25,7%
Progressione di malattia (Progressive Disease, PD) : 20%
Risposta parziale (Partial Disease, PR) : 22,9%
Malattia stabile (Stable Disease), SD) : 31,4%
CR + PR (objective response) : 48,6%
CR + PR + SD : 80%

BT-9 (Astrocitoma)
13 pazienti valutati su 20
Risposta completa (Complete Response, CR): 23,1%
Progressione di malattia (Progressive Disease, PD) : 7,7%
Risposta parziale (Partial Disease, PR) : 30,8%
Malattia stabile (Stable Disease), SD) : 38,5%
CR + PR (objective response) : 53,8%
CR + PR + SD : 92,3%

BT-11 (Glioma)
18 pazienti valutati su 25
Risposta completa (Complete Response, CR): 16,7%
Progressione di malattia (Progressive Disease, PD) : 33,3%
Risposta parziale (Partial Disease, PR) : 22,2%
Malattia stabile (Stable Disease), SD) : 27,8%
CR + PR (objective response) : 38,9%
CR + PR + SD : 66,7%

BT-13 (bambini con Atrocitoma a basso grado)
8 pazienti valutati su 9
Risposta completa (Complete Response, CR): 37,5%
Progressione di malattia (Progressive Disease, PD) : 0%
Risposta parziale (Partial Disease, PR) : 25%
Malattia stabile (Stable Disease), SD) : 37,5%
CR + PR (objective response) : 62,5%
CR + PR + SD : 100%

Recenti pubblicazioni:

Integrative Cancer Therapies, Vol. 3, No. 3, 257-261 (2004)

Long-Term Survival and Complete Response of a Patient with Recurrent Diffuse Intrinsic Brain Stem Glioblastoma Multiforme
Stanislaw R. Burzynski, MD, PhD

from: http://ict.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/3/257

Articolo integrale in PDF : http://www.mednat.org/cancro/Burzynski.pdf

ALTRO ARTICOLO

Integrative Cancer Therapies, Vol. 4, No. 2, 168-177 (2005)

Long-term Survival of High-Risk Pediatric Patients With Primitive Neuroectodermal Tumors Treated With Antineoplastons A10 and AS2-1
Stanislaw R. Burzynski, MD, PhD

FROM: http://ict.sagepub.com/cgi/content/abstract/4/2/168

ALTRO ARTICOLO:

Integrative Cancer Therapies, Vol. 5, No. 1, 40-47 (2006)

Targeted Therapy With Antineoplastons A10 and AS2-1 of High-Grade, Recurrent, and Progressive Brainstem Glioma
Stanislaw R. Burzynski, MD, PhD

FROM : http://ict.sagepub.com/cgi/content/abstract/5/1/40

Articolo in PDF completo : http://www.mednat.org/

Cap. 5.h.: gli anti-neoplastoni di Bonifacio

Nell'ambito dei lipopolisaccaridi ad azione anti-tumorale, bisogna anche catalogare in questa sede i "*Padzahr*" ottenibili dai linfonodi dello stomaco di Capre, efficaci su molti tumori, purchè in assenza di compromissione delle difese immunitarie da Chemio-Terapia.

Non è affatto vero che il “Siero Bonifacio”, venisse ottenuto dalle feci e dalle urine delle capre.
In realtà esso veniva estratto dai linfonodi dello stomaco e del colon-retto delle capre, da cui venivano estratti dei particolari lipopolisaccaridi, aventi azione immuno-modulante.

Questi venivano poi ulteriormente filtrati (sterilità da germi o virus) per essere quindi allungati con acqua distillata sterile.

Tale sostanza immuno-modulante veniva poi iniettata in intra-muscolo nei pazienti malati di cancro o di altrepatologie neoplastiche, ottenendo in genere un transitorio miglioramento, o addirittura la stabilizzazione di malattia o la riduzione (o scomparsa) dei tumori in diversi casi.

Oggi conosciamo molte sostanze immuno-modulanti (Interleukine, fattore di necrosi tumorale, interferoni, etc….).

Esula da questo lavoro un approfondimento della questione.

E’ comunque errato sostenere che le capre non si ammalino mai di cancro.

Estremamente importante il libro del grande Scienziato siciliano, edito nel 1970: Liborio Bonifacio: “*La mia lotta contro il Cancro*”, Ediz. Varesina Grafica Editrice, essendo riportati oltre 130 documenti medici di “prova” dei pazienti guariti o migliorati notevolmente da cancri, leucemie, linfomi, tumori al cervello, sarcomi, melanomi.

Esistevano due tipi di siero Bonifacio: uno era efficace soprattutto sui carcinomi; il secondo era efficace invece sui sarcoma, leucemia, linfoma, mieloma multiplo, sarcoma e glioma. Entrambi venivano ottenuti in base a questo semplice procedimento:

1) Si estraevano dall’animale tutti i linfonodi possibili, soprattutto dal colon
2) Si ponevano tali linfonodi in acqua sterile, attendendo la loro “maturazione”
3) Si estraeva da loro il liquido ricco di tali proteine ad attività apoptotica e/o anti-angiogenetica

Dalle analisi dei documenti portati come “prove” si nota che l’azione di questi sieri, iniettati tutti per intra-muscolo, fosse più simile all’induzione di fenomeni di **apoptosi** sui tumori, piuttosto che ad azione **immuno-stimolante** (e quindi infiammatoria), ricordando molto da vicino l’azione degli anti-neoplastoni di Burdzyski.

Circa 50 pazienti del Sud Italia: http://www.medicinetradizionali.it/bonifacio2.pdf

Circa 50 pazienti del Nord Italia: http://www.mednat.org/cancro/bonifacio4.pdf

Cap. 6

L’equilibrio acido-base

“…Not taking high dose vitamins without checking how these shift the body's acid/alkaline balance…”

Emanuel Revici

E’ ben noto che non esiste, o quasi, il cancro del cuore, come neppure quello del duodeno; in sostanza, la presenza di *acidosi tissutale* è essenziale per l’instaurarsi di un cancro….

Il Potassio

E’ molto importante l’utilizzo del Potassio e dell’ossido di Magnesio.
In particolare, l’impiego del Potassio fu discusso in passato da diversi autori ([1348, 1349]), che ripresero il lavoro di Gerson.
Le cellule umane si comportano più come granuli di uno scambio ionico Potassio-Sodio, piuttosto che come semplici sacche d’acqua: Damadian, Sodi-Pallares, Cope, Ling e Gerson proposero una nuova spiegazione delle cause per cui una malattia diventa cronica e degenerativa, in particolare il cancro, e di come sia poi possibile farla regredire: il citoplasma cellulare s’intreccia formando un reticolo con una macromolecola proteico-lipidica attraverso la quale passano elettroni.

L’ATP accumula energia prodotta e con questa macromolecola forma un composto di coordinazione, polarizzandola ed energetizzandola. In questo quadro, il Potassio (ma anche il Magnesio, il Germanio, il Selenio e il Silicio) è quindi il minerale fondamentale, e nella terapia Gerson esso viene dato in quantità molto alte, circa 20 grammi al giorno per il primo mese, dosaggio che viene in seguito dimezzato ([749]) Macroedizioni www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3698

Il Potassio in eccesso viene facilmente eliminato dai reni;
La sua importanza fondamentale risiede nel fatto di neutralizzare l’eccesso del Sodio.
Quest’ultimo infatti intossica la cellula, rigonfiandola d’acqua e facendole così perdere impotanti sostanze come ad esempio l’ATP.

La somministrazione orale di Potassio in elevate quantità è spesso considerata pericolosa, poiché teoricamente in grado di alzare le quantità ematiche di Potassio e di determinare quindi la morte del paziente per iperpotassiemia, in particolare mediante arresto miocardio.
Ma, ai dosaggi previsti dalla terapia (20-30 grammi al giorno) in pazienti adulti di 70 kg, con normale funzionalità renale, questi rischi non sussistono.
Ricercare nel sangue la stessa iperpotassiemia, secondo Gerson, è fuorviante poiché il Potassio sierico non fornisce dati precisi sull’aumento o sulla diminuzione del Potassio presente nei tessuti degli organi essenziali…
L’Iperpotassiemia, infatti, secondo Gerson, può derivare solo dai seguenti fatti:
1) Perdita di liquidi (emorragie, disidratazione).
2) Epilessia.
3) Pazienti neoplastici nel periodo antecedente lo stadio terminale (Nota: effettivamente, osservazioni cliniche personali indicano che in questi tremendi casi, questi pazienti richiedono “sale”), e mai nei pazienti neoplastici durante la fase di guarigione.
4) Morbo di Addison.
5) Pesante quadro clinico di anuria per incapacità renale di eliminare il Potassio.
6) Malattie autoimmuni, allergie, asma.

Pazienti che seguono bene questi protocolli di cura gersoniani o simil-gersoniani, raggiungono livelli plasmatici di Potassio compresi fra 5,6 e 5,9 milliequivalenti per litro (The Gerson Institute. *Gerson Therapy Practitioner’s Training Seminar Workbook*. Bonita, California : The Gerson Institute, 1996, pp. 31).

La soluzione di Potassio della terapia Gerson è la seguente: 33 grammi di acetato di Potassio, 33 grammi di monofosfato di Potassio e 33 grammi di gluconato di Potassio che vengono diluiti in 1 litro di acqua distillata. I dosaggi variano da 1 a 4 cucchiaini da aggiungere a ciascun succo di frutta e verdura.

In genere, si danno 3 succhi da 250 millilitri, arricchiti con Potassio, prima di ogni enteroclisma di *Coffea arabica.*
Nella terapia simil-gersoniana descritta in questo lavoro, invece, si preferisce aggiungere i circa 20-30 grammi di bicarbonato di Potassio che vengono aggiunti ai circa 10-15 grammi di acido ascorbico previsto dalla terapia simil-gersoniana seguita dall'autore di questo libro.

Ossido di Magnesio

Ha azione purgativa, attivando la peristalsi e la secrezione biliare. Si somministra come lassativo e come purgante mite, specie nelle forme di atonia intestinale (l'effetto purgativo è lento e si manifesta dopo 6-8 ore). Come antiacido agisce sia per neutralizzare l'acidità dei succhi gastrici, nei quadri di iperacidità e di pirosi, sia come antidoto di veleni acidi di tipo minerale. In tal senso, è migliore sia del carbonato di magnesio che del carbonato di calcio, perché l'anidride carbonica che si sviluppa da questi, gonfiando lo stomaco, ostacola l'attività del cuore e dei polmoni, e, in caso di preesistenti ulcerazioni profonde, può provocare la rottura dello stomaco.
Spesso si adopera in associazione al carbone vegetale, come assorbente.
Il Magnesio ha anche l'importante funzione di proteggere il corpo dalla depauperazione di Potassio.

Cap. 7

Vitamine ad azione anti-stromale sul tessuto connettivo tumorale

…"Pancreatic proteolytic enzymes are the body's main defense against cancer and would be useful as a cancer treatment…"

John Beard, M.D.

British Medical Journal, 1906

Considerando la letteratura corrente, bisogna far rilevare che la penetrazione dei globuli bianchi all'interno delle masse neoplastiche è considerata comunque difficile per motivi anche di elevata pressione di fluido interstiziale (H-IFP vedi: Jain R.K.: *Barrier to Drug Delivery in Solid Tumors*, Scientific American, Science, July, 1994), e da fenomeni non ancora chiariti di scarsa deformabilità di membrana cellulare dei linfociti LAK ([391]).

Tale barriera tumorale sembrerebbe però vulnerabile ad agenti particolari come enzimi pancreatici e a diversi altri enzimi contenuti nell'*Aloe arborescens* e, in particolare, tale barriera potrebbe essere vulnerabile alla *Bromelina* (un enzima proteolitico presente nel gambo dell'*Ananas sativum*, o *Ananas comosus*, riscontrato anche nel sangue dei pazienti dopo pasto abbondante di questo prodotto alimentare) e alla *Papaina*, enzima analogo alla *Bromelina*, ma contenuto nella foglia e nel frutto di *Carica papaya*. Anche l'*Actinidia sinensis* ha una sostanza simile (*Actinidina*).

Un enzima analogo alla *Bromelina*, alla *Actinidina* e alla *Papaina* sussiste anche nella *Morinda citrifolia*, in concentrazioni circa 800 volte superiore a quelle riscontrabili nel gambo di *Ananas sativum* o *comosus.* Tale analogo enzimatico è costituito da una componente co-enzimatica (gruppo prostesico), cioè da un alcaloide (*Xeronina*), i cui componenti di pre-sintesi (*Proxeronina* e *Proxeronasi*) sono pure contenuti in larga misura nel frutto stesso.

Dalla radice dello Zenzero (*Zingiber officinalis*) sono ricavabili altri enzimi proteolitici, fra cui la *Zingibaina*, la quale è risultata più efficace della stessa Papaina.

In Africa è attualmente allo studio il legno e la corteccia essiccata e polverizzata di *Okoubaka aubrevillei*, per sospettata azione enzimatica pancreatico-simile.

Bisogna infine menzionare l'*Eichornia crassipes* (Giacinto d'Acqua), con enzimi non ancora sufficientemente noti, simili comunque a quelli sopra menzionati.
Esistono in commercio diversi preparati erboristici derivati sia da queste che da altre piante.

Nella terapia Gerson si fa ampio uso di enzimi pancreatici simili.

Di recente, anche la *Morinda citrifolia* (Nonu) ha dimostrato la sua utilità.

E' importante far rilevare che alcuni dei costituenti attivi del *Nonu* sono solubili quindi tendono ad essere eliminati tramite l'urina o la sudorazione.

Uno Studio ha mostrato che i costituenti del frutto della *Morinda citrifolia* raggiungono la loro massima funzione curativa due ore dopo l'ingestione ed iniziano ad indebolirsi dopo quattro ore, eppure sono ancora attivi anche dopo 12 ore.
Le implicazioni di questo Studio concordano con le mie osservazioni cliniche che per ottenere i massimi benefici è consigliabile somministrare il succo parecchie volte a giorno in dosaggi scaglionati o divisi piuttosto che una o due volte al giorno.
Ancora più importante, per ottenere risultati ottimali è meglio somministrare tali vitamine, come altri tonici o erbe, continuamente e giornalmente come è sempre stato fatto tradizionalmente.

E' da valutare, secondo personale opinione dell'autore del presente lavoro, il possibile impiego di questi enzimi anche per iniezione in sede neoplastica, analogamente a quanto già fatto con la Papaina per le ernie discali.

Di recente, è stata introdotta una preparazione commerciale di "*PAPAIA A DOPPIA FERMENTAZIONE IN LINFA DI BETULLA*", essendo anche la linfa di *Betulla alba* ricca di acido betulinico (azione di apoptosi su molti tumori, come glomi e melanomi, vedi cap. 5).

Nota: interazioni pericolose della Bromelina con farmaci:
(a cura di Francesco Salvo, Dipartimento Clinico e Sperimentale di Medicina e Farmacologia, Università degli Studi di Messina)
La Bromelina è uno dei principi attivi cui è probabilmente attribuibile l'azione anti-infiammatoria degli enzimi estratti dall'ananas; essa inibisce la trombossano sintetasi, enzima che converte le PG H2 in prostaglandine proinfiammatorie e trombossani. La Bromelina per le sua proprietà anticoagulanti può, quando somministrata in pazienti trattati con pentossifillina, far aumentare il rischio di eccessivo sanguinamento. Per gli stessi motivi, può essere pericolosa quando somministrata con eparina e warfarina ([1702]). La Bromelina può inoltre aumentare l'assorbimento di tetracicline ed amoxicillina. In uno studio in doppio cieco effettuato su 127 pazienti, la bromelina ha significativamente aumentato i livelli serici di amoxicillina rispetto al gruppo di controllo trattato con amoxicillina e placebo ([1703])
Inoltre, nel gruppo a bromelina si riscontrarono livelli tissutali di amoxicillina significativamente aumentati.
Risultati similari si sono avuti sia per l'amoxicillina che per le tetracicline in un altro studio controllato con placebo effettuato su 54 pazienti cui era somministrata bromelina ([1704]).

Miglior assorbimento delle vitamine a livello intestinale

Questi enzimi proteolitici tendono, generalmente, a migliorare l'assorbimento delle vitamine naturali.
Ad esempio, è riportato in letteratura medica che la combinazione di Bromelina e di Curcumina, entrambe assunte a stomaco vuoto nell'intervallo fra i pasti, e con una base lipidica come l'olio di pesce o la vitamina F, incrementa notevolmente l'assorbimento di tutte e 3 le componenti.

Supplemento di Pancreatina (Tratto dal libro "La Terapia Gerson")

Il dottor Gerson scrisse: "*Ho trovato che la pancreatinina (enzima pancreatico che si trova nell'estratto di pancreas di maialiprovenienti dalla Nuova Zelanda) in molti casi è un valido aiuto. Sebbene alcuni pazienti non tollerino la Pancreatinina, la maggioranza soffre meno di disturbi digestivi, gas e spasmi intestinali e ha minori difficoltà a recuperare peso e forze. Le compresse sono somministrate dopo la detossificazione dell'organismo; ogni compressa non rivestita contiene 5 grani di principio attivo. Al paziente vengono date da 3 a 4 compresse tre volte al giorno dopo i pasti, in seguito il dosaggio viene ridotto*".

Questi enzimi pancreatici svolgono un'azione mirata contro i tumori; assumendo la Pancreatina nell'intervallo fra i pasti (cioè fra i bicchieroni di vitamine ottenute dalla frutta e dalla verdura fresche biologiche) alcuni di questi enzimi sono assorbiti intatti e possono così avere effetti benefici per i malati oncologici. Fra questi effetti si devono ricordare l'azione anti-infiammatoria e la tendenza a sciogliere lo strato protettivo attorno alle cellule tumorali..
Gli enzimi pancreatici della Pancreatina digeriscono la membrana proteica che protegge le cellule tumorali e che impedisce al sistema immunitario di distruggerle. Infatti gli enzimi pancreatici rimuovono lo "scudo" che altrimenti consentirebbe alle cellule di proteggersi.

Cap.8:

Vitamine catalizzatrici di reazioni enzimatiche mitocondriali

…Molto spesso la semplice verità non è assolutamente credibile….

Sostanzialmente le vitamine *catalizzatrici di reazioni enzimatiche mitocondriali*, sono quelli contenenti Germanio organico, lo Zinco, lo Iodio e altri ancora.

Fra i primi, contenenti cioè Germanio organico, ricordiamo: *Allium ascalonicum* (Scalogno), *Allium cepa* (Cipolla), *Allium porrum* (Porro), *Allium sativum* (Aglio), *Allium schoenosprasum* (Erba cipollina), *Pfaffia paniculata* (Suma), *Panax ginseng*.

Nota: anche alcuni funghi cinesi contengono Germanio organico: *Ganoderma lucidum*, *Grifola frondosa* ([62,63,64,65,68,70,182,191,192,219,220,230,250,253,293,294,295,431,432,433,434,439]) ma, da parte dell'autore del presente lavoro, il loro uso è stato abbandonato, poiché non adatti alla flora batterica saprofita umana e poiché sospettati di contenere, come tutti i funghi, vitamina B12 e molti aminoacidi essenziali.

Fra i secondi, contenenti cioè Zinco, ricordiamo: l'*Aloe arborescens*, le Ostriche, le Aringhe, i Semi di *Cucurbita maxima* o *moscata* o *pepo* (Zucca, Zucchine), lo *Zingiber officinalis* (Zenzero) e i Cereali integrali.
Nota: le Ostriche e le Aringhe contengono vitamina B12 e tutti e 9 gli aminoacidi essenziali.

Lo Iodio è contenuti in tutti i prodotti alimentari provenienti dal mare.
Attualmente c'è interesse sulla *Daucus carota* (Carota di Mare), già menzionata da Castore Durante nella cura del cancro, la cui coltivazione in Italia è ormai in disuso da molto tempo.

Cap. 8.a.:

Bis-carbossietile Germanio sesquiossido (Germanio organico, Ge 132)

Esiste una buona bibliografia su questa particolare sostanza ([107, 110, 119, 139, 174, 193, 237, 249, 269, 336, 357, 386, 399, 440, 441, 460, 476]) .

Vedi in particolare, articolo in PDF: Mainwaring MG: *Complete remission of pulmonary spindle cell carcinoma after treatment with oral germanium sesquioxide*, Chest, 117, pp. 591-593, 2000; Chest, 117, pp. 307-308, 2000
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Germanium%20132%20un%20caso%20clinico%20di%20cancro%20polmonare.pdf

Forma organica ed inorganica del Germanio
Il Germanio nella sua forma inorganica è presente nel terreno, nelle rocce, nel carbone, insieme con altri minerali da cui può essere estratto e trasformato industrialmente in Germanio organico. In campo terapeutico deve essere utilizzato soltanto Germanio organico ad altissimo grado di purezza, quasi totalmente esente da metalli pesanti (Pb,As,Hg,Cd), che devono essere presenti solo in quantità ininfluenti e ben definite (<0.1 ppm); inoltre non deve esserci traccia d'ossido di Germanio (GeO_2). Il Germanio inorganico è tossico per le cellule renali.

Presenza in natura del Germanio organico
Il Germanio in forma organica è contenuto soprattutto nell'*Allium sativum* (Aglio), nell' *Allium ascalonicum* (Scalogno), nell'*Allium cepa* (Cipolla), nell'*Allium porrum* (Porro), nell'*Allium schoenosprasum* (Erba cipollina), nella *Pfaffia paniculata* (Suma), nel *Panax ginseng*

Proprietà immuno-stimolanti del Germanio organico
La proprietà più importante si estrinseca nella stimolazione del sistema immunitario. In particolare, per quanto riguarda i *Natural Killer*, l'aumento della capacità citolitica inizia già dal secondo giorno, raggiungendo il picco nel quarto giorno, esaurendosi infine in una settimana dall'ultima somministrazione; si assiste ad un incremento del 30% della citolisi, rispetto a gruppi di controllo trattati con placebo. Gli studi riguardanti l'attività anti-tumorale del Germanio hanno anche dimostrato il ruolo che esso ricopre nell'attivazione dei linfociti T, dei macrofagi, delle linfochine e del *Gamma Interferon*: il Germanio stimola i linfociti T a produrre linfochine, MIF (Fattore di Inibizione della Migrazione), MAF (Fattore di Attivazione dei Macrofagi), fattori chemiotattici, CSF (Fattore Stimolante le Colonie), linfotossine. La Cascata Immunitaria susseguente determina infine l'attivazione anche dei macrofagi che partecipano alla lisi delle cellule tumorali in rapporto effettivo efficace di 1: 1, analogamente ai Linfociti T citotossici, *Natural Killer* e *Killer*. Non dimostrato invece un'attivazione anche dei granulociti, per i quali è nota invece la più difficile capacità di attivazione anti-tumorale, che richiede un rapporto di forze tra granulociti e cellula tumorale pari a circa 40: 1.

Proprietà anti-ossidante del Germanio organico
L'azione specifica del Germanio 132 è a livello biochimico, poiché rende disponibile l'Ossigeno alla cellula, con implicazioni importanti, quindi, per diverse patologie umane, incluso il Cancro. Tra queste, gran parte delle patologie degenerative, del ricambio, o da cause carenziali. In particolare, la sua caratteristica biochimica è quella di agire come semi-conduttore nei processi di trasporto degli elettroni all'interno della cellula, consentendo così la formazione di ATP con produzione finale di sostanze molecolari non tossiche (Acqua); importante è anche la sua azione anti-ossidante nei confronti della Cisteina.
La respirazione cellulare fa riferimento ai processi catabolici attraverso i quali i carburanti alimentari, come ad esempio il Glucosio, vengono scomposti all'interno delle cellule, rilasciando

energia che viene catturata per formare Adenosin-Tri-Fosfato (ATP, energia cellulare). Con il Germanio organico ha luogo una reazione esotermica che fornisce Ossigeno e Idrogeno alle singole cellule dell'organismo. Il flusso stabile e continuo di Ossigeno e di Idrogeno verso tutte le parti dell'organismo agevola e potenzia l'ossidazione e la riduzione all'interno delle cellule: l'ossidazione avviene o con l'acquisto di Ossigeno, o con la perdita di Idrogeno.
Qualsiasi reazione che crei energia all'interno della cellula è una reazione ossidante.
L'ossidazione può avvenire in due modi:
1) combinazione dell'Ossigeno con altri elementi;
2) rimozione di atomi d'Idrogeno dai composti.
In sostanza, l'ossidazione del carburante alimentare è la rimozione graduale di coppie di *atomi* d'Idrogeno dalle molecole di supporto, poiché quando le coppie di atomi d'Idrogeno vengono rimosse, esse si portano dietro anche le loro coppie di *elettroni*. In tal modo, l'ossidazione del Glucosio nel ciclo di Krebs avviene con la rimozione graduale di atomi d'Idrogeno.
Laddove una sostanza perde elettroni, venendo così ossidata e perdendo energia, c'è un'altra sostanza che li acquista venendo così ridotta, cioè acquisendo energia.
Gli atomi d'Idrogeno rimossi vengono inviati alla Catena di Trasporto degli Elettroni, che converte l'energia ricavata dall'Ossigeno per trasportare gli elettroni lungo tutta la Catena.
Infine, gli atomi d'Idrogeno rimossi si combinano con l'Ossigeno molecolare (creando Acqua), e l'energia che ne consegue viene liberata come ATP, a disposizione quindi della cellula.
Le cellule immunitarie, come i delicatissimi linfociti, acquistano così una capacità energetica sufficiente al proprio compito di operare anche in ambiente ipossico come il tessuto neoplastico, notoriamente caratterizzato da elevata Pressione di Fluido Interstiziale (H.-I.F.P, vedi: Jain R.K., *Barrier to Drug Delivery in Solid Tumors*, Scientific American, Science, July, 1994). Viceversa, le cellule cancerose, ossidate sia a causa della rimozione d'Idrogeno che dalle reazioni molecolari endocellulari con l'Ossigeno, entrambe indotte dalla presenza di Germanio organico, risultano essere più esposte a fenomeni di Apoptosi o di Pseudo-Apoptosi, essendo deficitarie dei complessi enzimatici di riparazione endo-nucleari del proprio DNA, caratteristici invece delle normali cellule non degenerate in senso neoplastico.

Proprietà anti-ischemica del Germanio organico
Agisce come elettro-nutriente negli stati di ipossia, frequente in tutte le patologie croniche da degenerazione, come quelle cardio-vascolari, neuro-vascolari, o del metabolismo in genere. Il Germanio organico stimola la capacità di aumentare la disponibilità di ossigeno per le cellule e favorisce l'eliminazione degli elettroni spaiati. Quest'ultimo fatto lo rende particolarmente prezioso in situazioni d'ischemia acuta (Infarto miocardico, Ictus, asfissia da monossido di Carbonio).

Modifica di parametri biochimici e funzionali dell'organismo indotti dal Germanio organico
Gli effetti catalitici sull'utilizzo dell'ossigeno si evidenziano nella rinormalizzazione dei parametri biochimici e funzionali dell'organismo in un tempo-finestra variabile da 4 a 6 settimane:
1) Regolarizzazione della pressione parziale di anidride carbonica nel sangue.
2) Regolarizzazione dei valori del Glucosio ematico, soprattutto in pazienti diabetici.
3) Diminuzione dei Trigliceridi.
4) Regolarizzazione del Colesterolo totale con aumento del rapporto HDL/LDL.
5) Normalizzazione della Bilirubina.
6) Normalizzazione dell'acido urico.
7) Regolarizzazione Na / K, Ca / Mg.
8) Aumento dell'Emoglobina.
9) Riequilibrio linfocitario in malattie infettive croniche (HIV / AIDS).
10) Protezione da danni ossidativi indotti sul DNA da radiazioni ionizzanti.

Proprietà anti-amiloidosi del Germanio organico

L’amiloidosi è spesso indotta da Chemio-Terapia e Radio-Terapia.
Il Germanio protegge dall’accumulo di sostanza amiloide, processo generato da uno sbilanciamento nel catabolismo delle proteine e spesso associato agli stati infiammatori cronici.

Proprietà analgesica del Germanio organico
Il Germanio organico esplica effetti analgesici, agendo come neuro-modulatore. Ciò avviene attraverso l’inibizione di enzimi (peptidasi come la Aminopeptidasi, la Carbossipeptidasi, la dipeptidil-Aminopeptidasi e la dipeptidil-Carbossipeptidasi (note anche con il nome di Enkefalinasi B ed A) che degradano le Endorfine.

Nota: poiché il Germanio organico è raro da trovare in natura, ed estremamente costoso, si ritiene utile la seguente proposta: utilizzare Germanio inorganico (meno costoso di quello organico) in colture di piante ad elevata capacità di *uptake* di minerali-traccia, in particolare, sempre secondo l'autore del presente lavoro, si potrebbe proporre la coltivazione dell′ *Equisetum arvense*, della *Allium species*, o della stessa *Aloe arborescens.*

Cap. 8.b.: Zinco

Lo Zinco agisce come stabilizzatore di membrana, e anche come fattore timico ([581]), importante quindi per la produzione di linfociti T.
La sua carenza riduce la funzionalità dei fagociti, l'immunità cellulare, quella anticorpale e l'intera Cascata Immunitaria ([582]).
Sinergico assieme alla vitamina E nell'inibire la produzione di Prostaglandine infiammatorie e dei leucotrieni.
E' anche un componente della Superossido Dismutasi (SOD) e partecipa ad oltre 200 reazioni enzimatiche note, di cui molte a scopo anti-ossidativo e di riparazione del DNA.

Lo Zinco è presente nell' *Aloe arborescens*, nelle Ostriche, nelle Aringhe, nei Semi di *Cucurbita maxima* o *moscata o pepo* (Zucca, Zucchine) nello *Zingiber officinalis* (Zenzero) e nei Cereali integrali. Esso è antagonista del Rame (spesso tossico per l'organismo, e presente nella frutta secca) e ne riduce l'assorbimento.
Nell'adulto, il fabbisogno giornaliero è di circa 20 milligrammi, molto di più se con neoplasia.

La sua carenza è statsa associata all'insorgenza di diverse neuro-patologie, come la Malattia di Alzheimer (vedi cap. 19).

Cap. 8.c.: Iodio

Lo Iodio è molto importante per la terapia. Esso è contenuto nelle alghe (purtroppo ricche di vitamina B12 e di molti aminoacidi essenziali) e nella *Daucus gingidium* (Gingidio o Carota di Mare), già impiegata da Castore Durante contro il Cancro.

Oggi si preferisce l'utilizzo dello Iodio come soluzione di *Lugol*.
La soluzione *Lugol* che prende il nome dal suo inventore, il medico francese Jean Guillaume Auguste Lugol, si presenta come un liquido scuro con l'odore distintivo dello Iodio. Esso è composto dall'elemento chimico Iodio (simbolo: I) e dallo Ioduro di Potassio (KI) sciolto in acqua depurata. 100 millilitri di soluzione di *Lugol* contengono da 4,5 a 5,5 grammi di Iodio e da 9,5 a 10,5 grammi di Ioduro di Potassio.

La soluzione di *Lugol*, combinandosi con il Potassio, lo ione basico principale dei liquidi intracellulari, svolge un'azione terapeutica sinergica, che aumenta l'energia cellulare delle cellule normali, riduce l'edema intracellulare, ripristina le normali funzioni cellulari e aumenta il livello del Potassio cellulare. Svolgendo un'azione di tipo sinergico, sia il *Lugol* che il Potassio interagiscono per aumentare l'attività dell'organismo in modo maggiore rispetto alla somma degli effetti che si avrebbero se le due sostanze fossero somministrate separatamente.

La soluzione di *Lugol* utilizzata dal dott. Gerson aveva una concentrazione pari alla metà di quella utilizzata oggi, vale a dire 5 grammi di Ioduro di Potassio e 10 grammi di Iodio sciolti in acqua fino ad ottenere 200 millilitri di prodotto. Il dosaggio previsto per pazienti neoplastici, NON SOTTOPOSTI a CHEMIO, è di 3 gocce per 6 volte al giorno; dopo 2-3 settimane, secondo valutazione medica, questo dosaggio viene ridotto a 1 goccia per 6 volte al giorno. Al contrario, per i pazienti che sono affetti da altre patologie degenerative, il dosaggio iniziale è di 1 sola goccia per 6 volte al giorno, con successiva riduzione a 3-4 volte al giorno.

Se la soluzione di *Lugol* è somministrata correttamente, cioè mescolandola insieme al Potassio, nel succo di Arancio e nel succo di Carote/Mele, essa diventa un elemento di vitale importanza per controllare il tasso di ossidazione delle cellule.
E' consigliabile però non aggiungerla ai succhi di verdure a foglie verdi oppure al succo di sole Carote.
Affinché la terapia sia efficace, è indispensabile fare attenzione ai dosaggi.

Il dosaggio elevato viene somministrato solo nelle prime tre o quattro settimane di trattamento nel modo seguente: si mettono 3 gocce di soluzione in 6 succhi di Arancia o Carota e Mela, così da prendere in un giorno 18 gocce o 3 gocce di soluzione di *Lugol* per 6 volte.
Dopo questo periodo iniziale, si ridurrà il dosaggio della soluzione di *Lugol* a un'unica goccia in 6 dei 10-15 succhi giornalieri previsti (vedi cap.18).
Quindi si diminuirà ulteriormente la dose a una sola goccia in 3 dei 10-15 succhi giornalieri previsti.

La soluzione di *Lugol* stimola lo Iodio ad invadere le formazioni tumorali quando sono infiammate e quindi risulta particolarmente efficace nel caso di tumori cutanei flogistici, come il tumore alla mammella o i melanomi maligni.

Le dosi di 18 gocce al giorno, da somministrare in fase iniziale, sono necessarie per inibire un'eccessiva crescita di tessuto tumorale.

Cap. 9

Vitamine ad azione anti-ossidativa

Le sostanze anti-ossidanti sono essenziali per proteggere il corpo dalle sostanze tossiche presenti nel tessuto neoplastico.

Alcune di queste molecole anti-ossidanti sono di natura endogena, poiché prodotte dai tessuti umani (Superossido Dismutasi, Glutatione Perossidasi, Glutatione S-Transferasi, Catalasi, Proteasi, Glicolasi, Ceruloplasmina, Trasferrina, Ferritina, Perossisomi). Ma la maggior parte di esse sono di natura esogena e devono essere pertanto introdotte con un'alimentazione adatta.

Il sistema più semplice per ottenere queste sostanze fito-chimiche naturali è l'alimentazione (vedi anche cap.3). Questa dovrebbe essere basata su 8-10 bicchieri al giorno di centrifugati e/o frullati di Verdure fresche da agricoltura biologica precedentemente ben lavate (almeno quattro volte), Frutta fresca, Ortaggi, Tuberi, ….; importante la scelta degli alimenti che dovrà essere certificata come prodotti ottenuti senza impiego di anti-parassitari e/o pesticidi, pur nei limiti della effettiva qualità del cibo, dato il comune inquinamento ambientale esistente in Europa.

La supplementazione di succhi concentrati di Frutta e Verdura migliora le difese immunitarie, in particolare, la cito-tiossicità dei *Natural Killer* può aumentare da 25 a 100 volte, con aumenti significativi anche della Interleukina 2, Interleukina 6, e proliferazione delle cellule T ([630]).
Ancora, la stessa supplementazione di succhi concentrati di Frutta e Verdura riduce il danno ossidativo al DNA dei linfociti periferici di circa il 66% ([631]).

Dai comuni carotenoidi contenuti nei cibi, il beta-Carotene , l'alfa-Carotene, il Licopene, la Luteina, la Zeaxantina e la Cantaxantina hanno dimostrato potente azione anti-ossidativa, immuno-modulante e la possibilità d'influenzare l'espressione genetica, migliorando i rapporti di legame giunzionale intercellulare ([635])
I carotenoidi Luteina e la Zeaxantina, principalmente contenuti nelle Verdure a foglie verde scuro (es.: Spinacio), risultano essere anch'essi efficaci.

Alti livelli di anti-ossidativi naturali quali carotenoidi, tocoferoli, e acido ascorbico sono stati studiati, per la verifica di eventuali cambiamenti in positivo nell'iter patologico di gravi malattie croniche come il Cancro. Gli studi pratici a lungo termine, hanno tuttavia quasi sempre dimostrato che singoli nutrienti come il beta-Carotene ottengono risultati scoraggianti, poiché gli anti-ossidativi risultando efficaci soltanto se combinati e assunti a largo spettro (almeno 30.000 principi vitaminici, fattori co-enzimatici di varia natura). In tal senso, sono stati misurati i rispettivi livelli di carotenoidi e di tocoferolo nel plasma umano a seguito d'integrazione alimentare con estratti commerciali di Frutta e Verdura, quindi si è provveduto a stabilire l'efficacia dell'integrazione nella modifica dei processi ossidativi, effettuando la misurazione dei livelli dei Perossidi lipidici presenti nel siero ematico: 15 soggetti adulti sani hanno consumato questi estratti commerciali 2 volte a giorno, ai pasti, per 28 giorni; campioni di plasma e di siero furono prelevati prima dell'inizio dello Studio, al 7, 14 e 28 giorno.

Cap. 9.a.: Retinoidi e carotenoidi :

Axeroftolo Palmitato, Beta Carotene e Acido Trans-Retinoico

Esiste un'ampia bibliografia sull'azione anti-tumorale della vitamina A ([1, 3, 10, 13, 14, 17, 18, 23, 24, 28, 34, 35, 36, 45, 56, 59, 69, 73, 76, 94, 92, 93, 100, 106, 111, 120, 121, 129, 128, 131, 137, 138, 137, 138, 165, 187, 200, 202, 203, 208, 209, 212, 213, 214, 216, 218, 222, 235, 255, 256, 257, 263, 264, 265, 266, 280, 282 286, 287, 288, 298, 303, 304, 305, 307, 313, 315, 322, 324, 325, 326, 334, 338, 340, 341, 347, 348, 352, 354, 362, 363, 365, 382, 383, 385, 390, 398, 402, 404, 405, 409, 410, 420, 425, 426, 427, 445, 446, 447, 448, 454, 457, 461, 463, 468, 469, 470, 471, 473, 477, 478, 488, 493, 508, 512]).
In particolare, l'utilizzo combinato dei Retinoidi nelle proporzioni adatte (beta-carotene : retinolo = 4 : 1), determina un sinergismo che supera la somma dei singoli componenti.

Secondo l'autore del presente lavoro è comunque da privilegiare l'impiego di succo di *Daucus carota* (Carota) crude biologiche, piuttosto che dei prodotti farmaceutici vitaminici sintetici a base di vitamina A.

Azione antitumorale in via generale
La Vit. A ed i Retinoidi presentano un'azione anti-neoplastica, dimostrata sia in vivo sia in vitro, in diversi tumori: basaliomi, carcinomi squamosi, melanomi, linfoma cutaneo, micosi fungoide, leucemia acuta promielocitica, carcinoma ovarico, carcinoma mammario, carcinoma polmonare, carcinoma vescicale, carcinoma follicolare della tiroide.

Azione preventiva
L'azione anti-tumorale è stata ampiamente dimostrata indirettamente, cioè a scopo preventivo. Infatti svariati studi hanno evidenziato che bassi livelli plasmatici di beta-carotene, vitamina C e vitamina E sono correlati ad un aumento dell'incidenza del carcinoma polmonare.

Azione diretta a livello recettoriale
Sembra implicato solamente il RAR (recettore dell'acido retinoico) beta.
Nello specifico, la vit.A (ed i suoi derivati) esplica la sua azione legandosi a specifici recettori. In tal modo può svolgere sia un'inibizione della sintesi proteica, del DNA e del RNA, sia un'azione anti-promozione al fine di determinare il ritorno ad una differenziazione cellulare. Da rilevare inoltre la capacità di inibire gli oncogeni.

Induzione di Apoptosi (vedi anche cap. 5.a)
Per Apoptosi s'intende l'attivazione di endonucleasi specifiche che frammentano il DNA, agendo a livello di siti nucleosomiali costituenti l'unità strutturale primaria della cromatina nucleare della cellula. La Vit. A ed i Retinoidi in generale, possono indurre l'Apoptosi nella cellula neoplastica, mediante l'attivazione di enzimi proteolitici intracellulari, denominati caspasi 2 e caspasi 3, che provocano degradazione per proteolisi di un fattore della trascrizione, denominato Sp1.
Alterando questa trascrizione basale cellulare, si provoca la morte per Apoptosi.
Nel carcinoma prostatico i Retinoidi intervengono riducendo i livelli del gene bcl 2, deputato a proteggere le cellule dalla morte per Apoptosi. I carotenoidi hanno cioè dimostrato di indurre apoptosi sul cancro della prostata (Ref. 1366
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/carotenoidi%20sono%20fattori%20attivi%20contro%20il%20cancro%20della%20prostata.pdf

Inibizione del ciclo cellulare
I Retinoidi bloccano il passaggio della cellula dalla fase G1 alla fase S (riducendo l'attività di una proteina, denominata ciclina D1): passaggio che, se non ostacolato, porterebbe la cellula alla mitosi.

Riduzione della fosforilazione
I Retinoidi intervengono nel cancro, determinando una riduzione della fosforilazione della pRb aumentandone quindi la sopravvivenza, tale proteina è attiva nel processo di soppressione della crescita cellulare.

Interazione sinergica con gli Interferoni
Un secondo meccanismo, oltre a quello proteico-enzimatico, è riconducibile all'intervento degli Interferoni che, come i Retinoidi, agiscono come fattori anti-proliferativi. In pratica, agendo sinergicamente, inducono l'espressione di proteine in grado di inibire la proliferazione cellulare neoplastica.

Assunzione di carotenodi naturali dalla Dieta
Vi è scarsa evidenza in merito che i Carotenoidi assunti con l'alimentazione possano aumentare i livelli di vitamina A: una porzione in più al giorno di verdure a foglie verdi non è in grado d'incrementare il livello ematico di vitamina A; viceversa, un'integrazione alimentare con cibi particolarmente ricchi di beta-Carotene determineranno incremento significativo della vitamina A presente nel sangue ([627]).
In individui sani, un consumo forzato di Carote (270 grammi), di Broccoli (600 grammi) o di succo di Pomodoro (180 grammi) non determina cambiamenti significativi dei livelli ematici dei carotenoidi: si riscontra soltanto una variazione estremanente varia (anche di 3-4 volte) nell'efficacia di assorbimento gastro-intestinale dei Carotenoidi e quindi nella loro successiva bio-disponibilità a livello ematico ([628])

Associazione della vitamina A con la vitamina E
In un modello sperimentale di membrana cellulare è stata indagata la possibilità d'interazione positiva tra anti-ossidanti liposolubili come ad esempio il beta-Carotene e l'alfa-Tocoferolo; nell'esperimento effettuato è stato dimostrato che esiste un'azione sinergica fra beta-Carotene e alfa-Tocoferolo associati nell'inibire i processi di perossidazione lipidica, rispetto ai loro impieghi isolati ([629])
Valori ottimali di anti-ossidativi in individui normali
Vitamina C > 50 microMoli / Litro
Vitamina E : > 30 microMoli / Litro
Vitamina A: > 2,2 microMoli / Litro
Beta-Carotene: > 0,4 microMoli / Litro

Differenza fra vitamina sintetica e vitamina naturale
La differenza tra vitamina sintetica e quella naturale può essere ben esemplificata dal caso sperimentale del beta-Carotene sintetico (costituito completamente dall'isomero trans-beta-Carotene), e dal beta-Carotene naturale (costituito sia dall'isomero trans-beta-Carotene che dall'isomero cis-beta-Carotene): lo studio dimostrò una forte discriminazione fra i due isomeri, con grave diminuzione (depauperazione) indotta a livello di Licopene presente nelle LDL ([632])

Fattori di conversione della vitamina A
La vitamina A viene espressa in Retinolo Equivalenti (R.E.)

1 R.E. è pari a:
= 1 microgrammo di tutti i trans-retinolo
= 6 microgrammi di tutti i trans-betacarotene
= 12 microgrammi di altri carotenoidi attivi
= 3,33 U.I.a. (Unità Internazionali di vitamina A)
= 10 U.I.c. (Unità Internazionali di provitamina A da Carotenoidi)

1 Unità Internazionale (U.I.a.) di vitamina A è pari a:
= 0,3 R.E.
= 3 U.I.c
= 1,8 microgrammi di tutti i trans-betacarotene
= 3,6 microgrammi di altri carotenoidi attivi

1 Unità Internazionale (U.I.c.) di provitamina A da Carotenoidi è pari a:
= 0,6 microgrammi di tutti i trans-betacarotene
= 0,1 R.E.
= 0,33 U.I.a.
= 0,1 microgrammi di tutti i trans-retinolo
= 1,2 microgrammi di altri carotenoidi attivi

Cap. 9.b: *Camellia sinensis* (The verde)

Esiste un'ampia bibliografia su questa pianta, nota in Cina fin dall'antichità ([4, 5, 102, 123, 135, 155, 173, 217, 224, 274, 309,1123,1124,1186,1350]).
Sostanzialmente, da essa si ricava un estratto secco da impiegare come infuso: il Thè verde decaffeinato (Caffeina inferiore a 0,02%), ad alto contenuto di Polifenoli titolati in EGCG (Epi-Gallo-Catechina-Gallato); metalli pesanti presenti in quantità ininfluenti (As <0,5 ppm, Pb<0,8 ppm, Cd <0,1 ppm, Hg <0,05 ppm).
L'azione principale del The verde è attribuibile alle Catechine polifenoliche, potenti anti-ossidanti neutralizzatori dei radicali liberi.
Le Catechine in esso contenute possono neutralizzare agenti carcinogenici quali le Nitrosamine e l'Aflatossina, interferendo con l'agente cancerogeno; possono inoltre cooperare con gli enzimi e gli altri antiossidanti presenti nell'intestino, nel fegato e nei polmoni, impedendo l'attivazione dei cancerogeni.
Gli studi sulle EGCG, come si può evincere dalla bibliografia riportata, hanno essenzialmente rilevato:

a). Un'attività anti-ossidante e di *scavenging* dei radicali liberi (analogamente alle vitamine C ed E).
b). Una stimolazione dei sistemi di detossicazione, un'induzione selettiva ed una modificazione degli enzimi metabolici, con conseguente maggior formazione e conseguente escrezione di metaboliti, frutto di un processo di detossificazione dell'organismo da agenti oncogeni.
c). Inibizione dei fattori di attivazione e di progressione tumorale, riducendo il tasso di replicazione cellulare.
d). Capacità d'induzione dell'Apoptosi selettiva per le sole cellule neoplastiche; quest'ultima è stata dimostrata, nell'uomo, nelle cellule della Leucemia Mieloide Acuta ([1186]), del carcinoma epidermoide e nel carcinoma prostatico. Altri lavori sulla capacità d'indurre apoptosi (1160, 1164) sono in PDF:
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/the%20verde_2.pdf
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/the%20verde_3.pdf
e). Capacità di arrestare la crescita cellulare anomala, agendo a livello del recettore del fattore di crescita, come fino adesso è stato evidenziato nel carcinoma epidermoide; in questo caso sembrerebbe che le EGCG blocchino le vie del segnale di transduzione associato al fattore di crescita.
f) . Inibitore delle Gelatinasi, responsabili dell'angiogenesi (vedi cap.15).
g). Inibitore della Telomerasi (vedi cap.6)
h). Agisce, in prove sperimentali su animale, contro la Sclerosi Laterale Amiotrofica ([1350]).

E' un antiaggregante piastrinico: come tale, la sua azione si estrinseca inibendo la formazione del Trombossano A2 (con meccanismo d'azione paragonabile a quello dell'Aspirina) e di un altro agente aggregante denominato PAF (*Platelet Activating Factor*).
Poichè il Trombossano è anche causa di riduzione del lume vascolare delle arterie, l'inibizione di questo puo' prevenire fenomeni ischemici a livello cardiaco.
Esplica azione protettiva nei confronti del rene, in particolare sopprimendo la produzione della Metil-guanidina (tossina uremica).
Nota importante: il The verde non dev'essere fermentato; va lasciato in infusione in acqua bollente a fuoco spento per non più di 3-5 minuti.
Assumerlo alla mattina presto; se lo si assume anche di pomeriggio, non oltre le prime ore post-prandiali (ore 15.00-16.00).

Cap. 9. c. : vitamina C

Anche sull'azione anti-tumorale condotta dalla vitamina C c'è un'ampia bibliografia ([25, 33, 47, 54, 83, 91, 122, 129, 181, 197, 202, 218, 244, 246, 270, 299, 311, 335, 339, 367, 404, 405, 414, 415, 416, 496, 489, 510, 511]).

Pionieri di essa nella terapia oncologica sono stati Pauling, Premio Nobel per la Chimica, e l'italiano Pantellini.

L'acido ascorbico è noto, prevalentemente, per la sua capacità di ridurre gli ioni metallici in svariati processi enzimatici e soprattutto per la sua capacità di agire come agente anti-ossidante, in grado quindi di rimuovere i radicali liberi, riducendone il danno provocato a livello del genoma.

Sarebbe inoltre in grado di bloccare la formazione di nitrosi a livello gastro-intestinale, nonché di svolgere un'azione preventiva sulla formazione di polipi adenomatosi.

Benchè l'acido ascorbico sia noto per la sua azione di formazione del collagene, con i ben noti effetti di scorbuto in caso di suo ridotto o assente assunzione con la Dieta, questa vitamina è importante come agente anti-tumorale di prima scelta, accanto alle vitamine A ed E.

Essa rafforza il legame intercellulare e previene l'azione distruttiva della Ialuronidasi prodotta da molte cellule neoplastiche.

Soprattutto, la vitamina C stimola i linfociti *Natural Killer*, sostiene la mobilità chemio-tattica dei globuli bianchi, l'attività macrofagica, la produzione di anticorpi e la risposta dei linfociti T citotossici agli antigeni.

Cameron riscontrò nei pazienti neoplastici valori plasmatici di vitamina C molto bassi (0,26 mg / 100 mL) rispetto ai valori plasmatici normali ([54]).

In altri lavori, 154 pazienti neoplastici, sottoposti ad analisi, furono trovati con bassi livelli di vitamina C non solo nel plasma (0,31 mg / 100 mL), ma anche nei leucociti (15,9 microgrammi / 10 E+8), con correlazione positiva (r = 0,42) tra questi due valori; in particolare, gli Autori avrebbero attribuito alla bassa concentrazione di vitamina C nei globuli bianchi le alterazioni di risposta immunitaria al tumore, in particolare della fagocitosi.

Già nel 1974 Goetz aveva messo in evidenza che la vitamina C, in vitro, era in grado di stimolare la motilità e la chemiotassi dei neutrofili.

La dose consigliata in letteratura per terapia anti-neoplastica è di circa 3-10 grammi al giorno, raggiungendo però anche il dosaggio giornaliero di 40 grammi, poiché la vitamina non è tossica, ma soltanto lassativa a dosi più alte.

Sarebbe preferibile assumerla attraverso la Frutta fresca, ma raggiungere dosi così cospicue di vitamina è difficile.

Da parte dell'autore del presente lavoro si è provveduto ad utilizzare come integrazione alla Frutta (Kiwi, Arance, Limoni, Pompelmi), l'impiego di succo di Carote crude e di Pomodori, di *Rosa canina* (Rosa selvatica, Rosa Spina, Rosa di Macchia, Scarnigia), evitando però l'uso di compresse di vitamina C di tipo farmaceutico, a vantaggio della sola vitamina C *naturale*, pur dovendo raggiungere un dosaggio giornaliero di almeno 5-8 grammi di vitamina C.

La vitamina C *naturale*, ricca dei suoi metaboliti e di altri composti presenti con essa, detti Bioflavonoidi (Citrina, Esperidina, Camferolo, Galangina, Isoamnetina, Rutina, Iperoside, Quercetina, Quercitrina, Picnogenolo, etcc) risulta potenziata nella sua efficacia, ed è inoltre priva degli spiacevoli effetti gastrici propri delle elevate somministrazioni di vitamina C *sintetica*.

Inoltre, è caratterizzata da una significativa riduzione a livello renale della formazione di ossalato di Calcio, a differenza della vitamina C sintetica.

La vitamina C *naturale* è anche caratterizzata da un più agevole assorbimento intestinale e da una maggior bio-disponibilità, soprattutto per via dei suoi metaboliti più importanti, come l'acido tronico, l'acido lixonico, l'acido xilonico, etc..

Tale bio-disponibilità riveste importanza critica nella difesa immunitaria, poiché i globuli bianchi tendono ad assorbire la vitamina C *naturale* in quantità circa 4 volte superiore a quella *sintetica*.

Di recente, è apparso sul mercato europeo la *Myrciaria paraensis* (*Camu-Camu*): un frutto esotico di piccole dimensioni, simile ad una piccola Arancia, ma che contiene vitamina C *naturale* in percentuali circa 50 volte superiori a quella contenuta nel *Citrus aurantium* (Arancia), e che potrebbe pertanto consentire il raggiungimento ottimale di almeno 3 grammi al giorno di vitamina C *naturale*.
Anche la *Malpighia punicifolia* (Acerola), una Ciliegia delle Antille, è molto ricca di vitamina C, contenendone da 50 a 100 di più rispetto agli agrumi; contiene anche vitamina B17.

La vitamina C *naturale* è quindi efficace poiché *naturalmente* associata a Bioflavonoidi (Citrina, Esperidina, Camferolo, Galangina, Isoamnetina, Rutina, Iperoside, Quercetina, Quercitrina, Picnogenolo, etc…) e ad altre molecole, in piante spesso caratterizzate da attività immuno-stimolante associata (*Echinacea purpurea*, *Plantago major*, *Capsicum frutescens*)….
Nota: alle altissime dosi terapeutiche consigliate dall'autore del presente lavoro (> 8-10 grammi al giorno), bisogna associare sempre del Magnesio (es.: Dolomite), allo scopo di evitare il rischio di calcoli renali, questo soprattutto in caso di impiego di Ascorbato (1 cucchiao grande da minestra raso = 10 grammi) + bicarbonato di potassio (1 cucchiaio grande da minestra abbondante = 20 grammi), da acquistare presso farmacie o erboristerie.

Si allega materiale scientifico tratto da Catherine Kousmine ("*Salvate il vostro corpo*", pp. 129, "*Ripercussioni della vitamina C nell'organismo secondo Linus Pauling*", Tecniche Nuove Ed.):

"… un apporto di 150 milligrammi di acido ascorbico per via orale determina una concentrazione di 1,5 milligrammi di vitamina C per 100 millilitri di sangue. Aumentando la somministrazione, la concentrazione cresce provvisoriamente a 2,5 milligrammi, per tornare poi a 1,5 milligrammi per 100 millilitri di sangue. Esistono enzimi che favoriscono la conversione della maggior parte degli ascorbati in prodotti di ossidazione utili. Se l'apporto rimane elevato, l'organismo aumenta la quantità di enzimi utili alla conversione; se invece si diminuisce improvvisamente la dose di acido ascorbico per qualche giorno, subentra un eccesso di enzimi da conversione e quindi un tasso troppo basso di vitamina C nel sangue, implicante tutta una serie di disturbi, come ad esempio una più alta sensibilità alle infezioni. L'adattamento a un rapporto più debole avviene attraverso una diminuzione del tasso degli enzimi di conversione: occorre perciò evitare di diminuire troppo bruscamente la dose di vitamina C. Con una posologia di 100 milligrammi al giorno e un tasso plasmatico corrispondente a 1 milligrammo per 100 millilitri di sangue, non c'è passaggio di acido ascorbico nelle urine, perché è riassorbito dai tubuli renali. Qualora la somministrazione sia superiore a 100 milligrammi, cioè 1-2 grammi al giorno, il 25% circa passa nell'urina, mentre il resto è trattenuto dall'organismo. Negli individui sani, privati di vitamina C per diversi mesi, è sufficiente somministrare una quantità variabile da 2 a 4 grammi per provocarne l'eliminazione attraverso l'urina. Mentre in un ammalato di cancro, abituato a forti dosi di acido ascorbico, l'interruzione di qualche giorno richiede un apporto di 50 grammi (cinquanta grammi) di vitamina C perché questa sia presente nelle urine."

Diversi medici, soprattutto americani, hanno usano la vitamina C in endovena, a dosaggi molto alti per la cura del cancro e di altre patologie (http://www.occomanzi.it/IMP-VITAMINERALI/SCIENZIATI/SCIENZIATI-gen/SCIENZIATI-gen.htm

Fra questi: Thomas Levy,
Richard Passwater,
Emanuel Cheraskin (http://healthier.ccnh.edu),
James Greenwood,
Archie Kalokerinos,
Linus Pauling (http://www.paulingtherapy.com)
Robert Cathcart,
Hugh Riordan (http://www.brightspot.org/index.shtml ,
Fred Klenner (http://www.orthomed.com/klenner.htm), Irwin Stone (http://nutri.com/stone)

Cap. 9.d: Vitamina D

Sull'azione anti-tumorale condotta dalla vitamina D c'è una buona bibliografia ([28, 157, 160, 188, 208, 209, 231, 240, 246, 254, 302, 323, 479, 489]).

La vitamina D *naturale*, contenuta in alcune piante, è comunque preferibile a quella *sintetica*, poiché quest'ultima è circa 10 volte più attiva nella sua capacità di legarsi con il Magnesio, sottraendolo così all'organismo, con tutti i danni derivanti dalla perdita di quest'ultimo (osteoporosi, calcoli renali).

La vit. D induce l'inibizione della crescita cellulare neoplastica: ciò è stato dimostrato in vitro in linee cellulari neoplastiche; in particolare del sistema emopoietico, del S.N.C., della prostata, del colon, dell'ovaio e della mammella.

Quest'azione si estrinsecherebbe a vari livelli, in particolare:

a) tramite l'induzione dell'Apoptosi, mediante l'attivazione del p21, cioè l'inibitore delle proteine chinasi;
b) inibizione stessa della crescita cellulare neoplastica, che sarebbe bloccata in fase G1 a causa dell'attivazione di un inibitore dell'IGF1;
c) tramite la differenziazione cellulare.

Fattori di conversione della vitamina D
La vitamina D viene espressa in microgrammi di Calciferolo
1 microgrammo di Calciferolo è pari a 40 U.I. di vitamina D.

E' ben noto che la vitamina D viene prodotta a partire dalla pelle quando questa viene irraggiata dalla luce solare.

Dodici minuti di esposizione corporea al sole estivo di mezzogiorno sono sufficienti a produrre circa 2.000 U.I di vitamina D.

Un'ora di esposizione al sole nelle ore estive centrali produce circa 10.000 U.I di vitamina D, purchè sia esposto tutto il corpo.

E' interessante considerare che uno Studio della Creighton University (U.S.A.) ha scoperto che 1.100 U.I. di vitamina D, assunte dalle donne del Nebraska per soli 4 anni, ha *diminuito per loro il rischio globale di ogni tipo di cancro del **70%*** circa.

Cap. 9.e: Vitamina E (alfa-tocoferolo)

Anche sull'azione anti-tumorale condotta dalla vitamina E c'è una valida bibliografia ([6,19, 20, 30, 45, 91, 95, 112, 125, 129, 142, 165, 167, 190, 202, 228, 229, 246, 261, 280, 332, 404, 405, 452, 494]).
Questa sostanza, liposolubile, è composta da un gruppo di diversi componenti, chiamati Tocoferoli. In natura esistono 7 di questi tipi: *alfa*, *beta*, *gamma*, *delta*, *epsilon*, *theta*, ed *eta*.
L'alfa-tocoferolo presenta un effetto anti-ossidante sulle membrane lipidiche in sinergia con la Melatonina, svolgendo azione preventiva sulla perossidazione delle membrane cellulari indotta da radiazioni ionizzanti e da carcinogeni chimici.
La vitamina E svolge anche un'azione antiossidativa in senso più ampio, agendo come "scavenger" dei radicali liberi, analogamente alla vitamina C.
Esplica un'attività di stimolazione del sistema immunitario; è un induttore della differenziazione cellulare; inibisce, in maniera selettiva, la crescita cellulare intervenendo a livello della sintesi di DNA e RNA.

Studi diversi ne hanno dimostrato la capacità di indurre l'Apoptosi in linee cellulari del carcinoma della mammella e del linfoma B.

Viene inattivata dal Ferro, pertanto è essenziale che medicinali a base di Ferro non vengano assunti in concomitanza alla vitamina, ma assunti ad almeno 10-12 ore di distanza dalla vitamina E.
Anche l'Allume (Alluminio), contenuto spesso in prodotti farmaceutici, disattiva la vitamina.

L'olio crudo di *Triticum sativum* (Germe di Grano; nota: contiene vitamina B12) contiene circa il doppio di vitamina E rispetto all'olio crudo di semi di *Helianthus annuus* (Girasole), e quest'ultimo ne contiene circa 5 volte di più rispetto all'olio d'Oliva crudo.
Tutti questi semi sono inoltre estremamente ricchi di grassi insaturi essenziali, importanti per la dieta anche in pazienti neoplastici.

In terapia anti-neoplastica si sta discutendo molto in merito ai semi di *Helianthus annuus* crudi (che personalmente si ritiene utili in terapia), ai germogli di Grano (cui non si è personalmente favorevoli), al *Saccharomyces cerevisiae* (Lievito di Birra, a cui non si è personalmente favorevoli), ai germogli di Lecitina di Soia (di dubbia utilità, e a cui si è contrari poiché a rischio transgenico).

E' ancora controversa la questione in merito all'impiego in terapia oncologica delle vitamine sintetiche in aggiunta a quelle naturali che, in merito a queste ultime, l'autore del presente lavoro ritiene comunque preferibili a quelle di derivazione industriale: la *Dracontium loretense*, ad esempio, ritenuta come una delle migliori piante per potere anti-ossidante specifico, è di alcuni ordini di grandezza superiore a quello della vitamina E *sintetica* come capacità anti-ossidante ([566]).

La vitamina E come prodotto *naturale* già estratto, associata o meno ad altre vitamine, dovrebbe comunque essere data in aggiunta ad elevate quantità di semi di *Helianthus annuus* crudi (contenenti fra l'altro vitamina A, tutto il complesso vitaminico B, vitamina D, Manganese, Zinco e Magnesio) e da più elevate quantità di *Triticum sativum* crudo (ricco inoltre del prezioso acido alfa-lipoico): entrambi molto ricchi anche di vitamina B6 (Piridossina), quest'ultima importante per il sistema immunitario, ma difficile da trovare in altri alimenti compatibili per una Dieta idonea ad un paziente neoplastico.
Nota 1: La Piridossina, infatti, è contenuta soprattutto nel *Saccharomyces cerevisiae*, ma quest'ultimo è un alimento a cui l'autore del presente lavoro non è favorevole per una dieta anti-neoplastica, a causa dell'elevatissima quantità di acido folico contenuto.
Nota 2: L'Octacosanolo *naturale*, estratto dall'olio di *Triticum sativum*, ha azione sinergica con la vit.E, ma è comunque preferibile assumerlo con tutto l'olio crudo di *Triticum sativum* e/o il *Triticum*

sativum stesso, anziché assumerlo già estratto, come prodotto farmaceutico (perdita di principi attivi).

La vitamina E è particolarmente efficace in combinazione con Selenio, quest'ultimo contenuto nell'*Aloe species*, nel Pomodoro, nella Pasta integrale, nella Cipolla.
Anche su quest'ultimo elemento, il Selenio, c'è un'ampia bibliografia ([79, 108, 112, 129, 133, 136, 143, 156. 228, 229, 276, 338, 339, 364, 367, 404, 405, 407, 443, 452, 458, 501, 510, 511,1155]) serve soprattutto per una buona funzionalità epatica: è contenuto in molte verdure, nelle patate, e nei cereali. Sia la vitamina E che il Selenio, sono a loro volta entrambi sinergici con lo Zinco nell'inibire la produzione di Prostaglandine infiammatorie e di Leucotrieni.

Fattori di conversione della vitamina E:
La vitamina E viene espressa in milligrammi di Tocoferolo Equivalenti (T.E.)
1 milligrammo di Tocoferolo è pari a:
= 1 milligrammo di D-*alfa* tocoferolo
= 2 milligrammi di D-*beta* tocoferolo
= 5 milligrammi di D-*gamma* tocoferolo

Modificazione dei contenuti di Tocoferoli da parte di Multinazionali OGM

Attualmente si sta assistendo ad una deliberata azione di modificazioni delle diverse componenti di Tocoferoli contenuti nelle piante.

Ad esempio, in letteratura scientifica sono apparsi i primi lavori di modifica sia dei semi di Soia che di altre piante, come ad esempio il Mais e il Riso, allo scopo di ridurre dal 20% a meno del 2 % il *delta*-Tocoferolo, alzando invece l'*alfa*-tocoferolo, quest'ultimo portandolo ad oltre il 95% ([1388]).

Benchè si sappia che l'*alfa*-tocoferolo sia molto importante per la salute umana (250 milligrammi di esso corrispondono a 400 U.I. di vitamina E), "*qualcuno*" si è arrogato il diritto-dovere" di decidere di ridurre a quantitativi minimi il *delta*-tocoferolo e il *beta*-tocoferolo nella Soia, nel Mais nel Riso ([1388]), ritenendoli "inutili" per la salute umana, e senza tenere in alcun conto i dati medici che pure hanno dimostrato l'importanza di *tutti* i tocoferoli nella dieta umana (*alfa*, *beta*, *gamma*, *delta*, *epsilon*, *theta*, *eta*).

Poiché questi altri sottotipi di vitamina E presentano una distribuzione tissutale diversificata, è ipotizzabile che la presenza di questi antiossidanti lipidici nei vari tessuti biologici dei mammiferi sia garantita da meccanismi diversi ([1411, 1412]).

Eppure, le stesse piante, per sopravvivere allo stress ossidativo sia dei raggi ultravioletti sia della luce solare, hanno assolutamente bisogno dei propri Tocoferoli.

In letteratura scientifica si è visto che il *thylakoid membrane –bound ascorbate peroxidase* (t-APX) è un fattore limitante nel sistema anti-ossidativo di tutti i cloroplasti sotto lo stress ossidativo da raggi ultravioletti ([1389]). Infatti in tale lavoro si dimostrò che le patate OGM, non esprimenti tale sostanza, morivano rapidamente sotto gli effetti dei raggi ultravioletti. Ebbene, come dimostrato da altro lavoro ([1390]), il tPXA dipende dai Tocoferoli.

Infatti in questo lavoro tedesco viene dimostrato che la riduzione dei Tocoferoli contenuti nella *Thylakoid membrane* è fattore limitante per la reazione difensiva della pianta contro lo stress ossidativo. In tale articolo veniva fra l'altro dimostrato che l'enzima *geranylgeranyl reductase* (ChlP) è il sistema più sensibile allo stress luminoso: la sua riduzione in piante OGM è accompagnata da riduzione degli stessi Tocoferoli e anche della clorofilla.

I Tocoferoli sono quindi essenziali per consentire alle piante di svolgere le loro normali funzioni senza essere danneggiate dallo stress foto-ossidativo (luce). In particolare, sono essenziali per la pianta tutti e quattro i principali Tocoferoli.

L'effetto sulle piante OGM di una carente produzione di tutti e quattrOGM o i principali tocoferoli è infatti devastante, come ben dimostrato nel caso delle patate OGM sperimentate ([1391]).

In tale lavoro si vide che il danno biologico osservato sia nel Mais OGM che nelle patate OGM era causato da una piccola mutazione genetica che provocava la perdita di tutti e quattro i Tocoferoli considerati.

Cap. 9.f: la vitamina F

(Parzialmente tratto da "Catherine Kousmine: "*Salvate il vostro corpo*", Tecniche Nuove, seconda edizione pp.223-233)

"Le vitamine del gruppo F sono sostanze, acidi grassi polinsaturi, che posseggono due o tre doppie valenze di legame e che sono definite "essenziali" perché risultano indispensabili all'organismo, che non è però in grado di sintetizzarle naturalmente. Si tratta di acidi linoleici o linolenici, di cui esistono diversi isomeri. Alla stessa categoria appartiene l'acido arachidonico, che possiede quattro valenze doppie, e rappresenta una sostanza molto importante per le funzioni e le strutture cerebrali. L'organismo umano può ricavarlo dall'acido linoleico, che può essere assunto soltanto da alcuni particolari cibi.
L'acido linoleico entra a far parte delle strutture delle membrane e assicura loro una normale permeabilità, costituisce la materia prima per la sintesi di altri acidi grassi polinsaturi, delle prostaglandine, delle lecitine, della mielina, delle guaine nervose, etc.., e ha una funzione determinante nell'equilibrio immunitario.
Le vitamine F biologicamente attive svolgono un'azione di primaria importanza, e tutte le società industrializzate sono colpite proprio dalla carenza di tali vitamine. Il fabbisogno giornaliero di vitamina F è stato valutato in una quantità che può variare da 10 a 20 grammi (contenuti ad esempio in uno o due cucchiai e mezzo di olio di girasole pressato a freddo) e che non sempre viene soddisfatto (Schweigart). Gli acidi grassi polinsaturi si concentrano nei semi oleosi di girasole, lino, sesamo, cotone, papavero, enotera, ecc, che ne sono molto ricchi. L'olio così ottenuto dai loro semi contiene soltanto una percentuale dal 2% al 8%.
L'erba è ricca di vitamina F ma, benché il consumo di una mucca sia di circa 300 grammi al giorno, purtroppo i batteri contenuti nel rumine dell'animale ne distruggono una parte notevole, per cui il latte di mucca risulta essere tre volte più povero di queste vitamine rispetto al latte materno.
Dopo la Seconda Guerra Mondiale, intorno agli anni Cinquanta, si sono manifestate con sempre maggior frequenza un certo numero di malattie apparentemente diverse tra loro, che hanno colpito individui sempre più giovani (malattie auto-immuni, cancri, allergie…).
In quegli anni si era creata una situazione abbastanza anomala: mentre la svalutazione permanente di denaro aveva determinato un aumento delle derrate alimentari, il prezzo degli olii alimentari era ribassato. Naturalmente nessuno si chiese il perché di questa diminuzione che risultava certamente positiva per il proprio bilancio familiare.
Che cosa era successo in realtà ? Durante la guerra gli alimenti erano stati razionati, perché la disponibilità di cibi con un giusto apporto calorico, soprattutto quello delle sostanze grasse, era parsa insufficiente. Per aumentare la quantità di materie grasse e immetterle sul mercato, alcuni tecnici curarono l'estrazione a caldo di maggiori quantitativi di olio dai semi oleosi disponibili (a temperature variabili da 160 a 200 gradi Celsius). L'olio ottenuto venne raffinato, privato del suo gusto e del suo aroma originale; risultò estremamente pratico, inalterabile, stabile al calore, al contatto con l'ossigeno dell'aria e con la luce, fattori che invece adulterano l'olio pressato a freddo, facendolo diventare rancido. E poichè si raddoppiò la resa, il prezzo diminuì.
La gente è abituata a considerare l'olio come un alimento complementare, che fornisce calorie e quindi energia attraverso la sua combustione all'interno dell'organismo;
Tuttavia il costante progresso scientifico tende a sottolineare con sempre maggior preoccupazione le conseguenze catastrofiche che una simile evoluzione ha avuto sulla nostra salute. Gli acidi grassi polinsaturi sono delle sostanze fragili che facilmente si trasformano in isomeri più stabili, in condizioni di temperatura particolarmente elevata, nella fase estrattiva o durante la preparazione dei cibi. Esistono alcuni batteri intestinali anomali che possono provocare questa trasformazione. Le forme *cis-cis COOH* biologicamente attive diventano, in queste particolari condizioni, attraverso la rotazione di frammenti molecolari a livello di legami doppi, delle forme *cis-trans COOH* del tutto inattive (H. Sinclair).

L'acido *cis-cis linoleico* naturale (vitamina F1) svolge diverse funzioni all'interno del nostro organismo. Si incorpora alla struttura delle membrane cellulari e ne assicura la normale impermeabilità, proteggendo così il nostro corpo da aggressioni provenienti dal mondo esterno. In presenza di un deficit di vitamina F si determina una perdita di acqua per evaporazione, che determina immediatamente una sete esagerata. Si tratta di un fenomeno facilmente dimostrabile nei ratti. Infatti se si pone un ratto che presenta carenze sotto una campana di vetro, questa si appanna subito, cosa che non succede se il topo è stato nutrito normalmente. Un bambino carente di vitamina F è letteralmente assetato, succhia gli strofinacci umidi, beve l'acqua del suo bagno, è continuamente attaccato al rubinetto del lavandino. Intervenendo con un apporto di vitamina F, la situazione si normalizza in pochi giorni.

La mancanza di vitamina F si manifesta nel bambino che va a scuola con la comparsa di infezioni banali che tendono a diventare recidive o croniche, e che un organismo sano e alimentato naturalmente non ha nessuna difficoltà a superare, come ad esempio raffreddori continui, sinusiti permanenti (sia d'inverno che d'estate), allergie della pelle (eczema, orticaria) o delle vie respiratorie (raffreddore da fieno, asma bronchiale) che spesso colpiscono organi diversi. La medicina ufficiale è in grado di combattere simili infezioni ricorrendo ad antibiotici, anti-istaminici e cortisone che danno un temporaneo sollievo alla malattia, senza però rimuovere la vera causa.

Un altro segnale di allarme viene dallo stato della pelle, che subisce una modificazione; infatti una situazione di vitamina F biologicamente attiva rende la pelle molto secca, a partire dai piedi, poi dalle gambe, poi in tutto il corpo. La pelle diventa ruvida e si squama in particelle talmente fini da sembrare farina, tanto che nel momento in cui la donna si toglie le calze di nylon è letteralmente avvolta da una nube di "polvere". Questi segni e sintomi clinici sono *costanti* in tutti i malati gravi che vengono nel mio studio, e che hanno una pelle che sembra più vecchia di 10 se non di 20 anni.

Quindi, lettori, controllate lo stato della vostra pelle, che deve essere liscia e setosa, gradevole al tatto, come ogni pelle sana, indipendentemente dall'età della persona. Se vi accorgete che si squama facilmente o che è rugosa, vuol dire che qualcosa non funziona come dovrebbe. Sappiate che la Natura vi invia un avvertimento prezioso: il vostro corpo non è soddisfatto di come lo gestite. Evidentemente, nutrite la pelle con sostanze grasse (magari artificiali) di cui non ha bisogno o con olii che contengono vitamina F inattiva o, ancora, con olii che ne sono naturalmente privi. Eliminate queste sostanze inadeguate, sostituitele con olio di girasole pressato a freddo e ricco di vitamina F, usatelo per l'insalata, per le minestre di cereali integrali o per le patate cotte al vapore e poi schiacciate nel piatto; in poco tempo la vostra pelle ritornerà normale, e con essa la mucosa digestiva che sicuramente è un organo importantissimo sia per la sua estensione che per l'insieme di funzioni che esplica. Se è distesa in modo anomalo essa ricopre una superficie di 40 metri quadrati, se invece è allungata in modo corretto, fin nelle più piccole ripiegature e villosità, allora presenta una superficie totale che varia da 400 a 600 metri quadrati. E' una mucosa straordinariamente sottile, rivestita da un unico strato cellulare spesso due centesimi di millimetro; essendo molto fragile, si ricostituisce completamente ogni 2 giorni. Essendo molto simile alla pelle, si squama facilmente ed è perciò necessario un apporto sufficiente di vitamina F. In caso contrario, diventa troppo permeabile e non protegge più dalle sostanze tossiche periodicamente presenti nella cavità intestinale. Se queste sostanze sono troppo abbondanti, e non possono più essere neutralizzate dal fegato e dai gangli linfatici, finiscono per intossicare l'organismo. I primi sintomi di una simile alterazione sono dati da un senso diffuso e persistente di affaticamento, preludio a vari tipi di malattie croniche che colpiscono più di un terzo della popolazione e che, a seconda della costituzione della persona, possono essere il cancro, la poliartrite cronica evolutiva, la sclerosi a placche o un'altra malattia auto-immune.
Qualora il deficit di vitamina F sia cronico, intervengono le malattie vascolari (arteriosclerosi, flebiti e trombosi, infarto del miocardio), i disturbi epatici e digestivi cronici (diarrea o più spesso stipsi), l'abbassamento della resistenza dell'organismo ai virus e ai batteri, la comparsa di tumori, etc….
Il colesterolo, che è una preziosa materia prima a partire dalla quale l'organismo sintetizza la vitamina D, gli ormoni sessuali e surrenalici, forma dei Sali molto solubili con gli acidi grassi polinsaturi. Se questi mancano, il colesterolo si lega con gli acidi grassi saturi, formando dei sali poco solubili che precipitano creando sei depositi gialli all'interno dei vasi, nella pelle e nelle mucose (xantelasmi) e dei calcoli nella vescicola biliare. Questo fenomeno è oggi particolarmente frequente nelle persone che consumano quantità eccessive di grassi e pochi olii.

Un'altra funzione essenziale della vitamina F è quella di servire da materia prima per l'elaborazione di prostaglandine, sostanze vitali di primissima importanza che regolano il metabolismo di ogni cellula. Le prostaglandine (la cui derivazione etimologica è inadeguata visto che la prostata ne contiene assai poche), sono delle sostanze biologicamente molto attive e importanti, presenti in tutte le cellule e fabbricate a partire dagli acidi grassi polinsaturi. Furono isolate da von Euler nel 1935 e alcune di loro, possono oggi essere sintetizzate. Si tratta di regolatori del metabolismo, liberate a partire dai fosfolipidi delle membrane cellulari, alle quali sono incorporati i loro precursori.
Attualmente si conoscono 14 prostaglandine, derivate da acidi grassi insaturi, il cui centro della catena, tra i carboni 9 e 13, forma un anello con annessi cinque atomi di carbonio. Si distinguono solo per il numero e per la posizione dei legami doppi (2-5), per il numero e la posizione di qualche raro gruppo O e OH sulla catena.
La scoperta delle prostaglandine ha reso possibile la comprensione di una molteplicità di sintomi dovuti a una carenza di vitamina F, la loro bassa specificità, gli spettacolari miglioramenti della salute ottenuti con la sostituzione di grassi saturi con olii insaturi e pressati a freddo. E non a caso ho detto "sostituzione" e non "aggiunta", perché in presenza di un eccesso di sostanze grasse sature, come ad esempio il burro, l'apporto di vitamina F non reca che un lieve miglioramento e a volte si rivela addirittura inutile.
Qualunque tipo di alterazione della membrana cellulare provoca la liberazione delle prostaglandine, che svolgono un'azione locale di protezione e di nutrizione e regolano la penetrazione nelle cellule (secondo le necessità di ognuna) degli ormoni che le ghiandole a secrezione interna riversano nel flusso sanguigno. Sono state definite "*ormoni cellulari*" perché svolgono una funzione importantissima nella regolamentazione dei processi chimici intercellulari.
Le prostaglandine entrano già in funzione in presenza di una dose di un millesimo di milligrammo. Una pur minima variazione della loro struttura ne modifica l'azione, che può invertirsi, e che è diversa da un organo all'altro e da una specie animale all'altra.
Localmente molto attive, le prostaglandine introdotte nel plasma hanno una vita media da uno a tre minuti, dopo di che la metà è disattivata; sono quindi delle sostanze prodotte molto velocemente, che degradano molto presto, ragion per cui sono poco usate nel settore farmaceutico.

Ecco ora un esempio dell'attività della prostaglandina PGE1: un grumo anormale di sangue, chiamato trombo, può formarsi all'interno di un vaso se in un primo tempo le cellule, chiamate piastrine, si agglutinano. La PGE1 ostacola

questa agglutinazione. Oggi la trombosi (o formazione di un trombo) è considerata una complicanza post-operatoria assai frequente e a volte pericolosa, perché il grumo che si è formato può migrare e ostruire dei vasi vitali (embolia). Una mancanza di PGE1 dovuta a carenza alimentare di acidi grassi polinsaturi biologicamente attivi potrebbe spiegare questa anomalia. Per prevenire la trombosi si prescrivono di solito dei farmaci anticoagulanti, correndo però il rischio di provocare gravi emorragie; per questo occorre tenere sempre sotto controllo medico la situazione sanguigna. E' stato dimostrato a livello sperimentale che nel topo la trombosi a livello sperimentale può essere prevenuta con un regime ricco di acido linoleico o con la somministrazione di PGE1 (Owien, Hellem e Odegaard).

Aumentando la quantità di acido linoleico nell'alimentazione, con un apporto di 2 millilitri di olio di lino al giorno, è stato possibile abbassare sperimentalmente l'adesività delle piastrine, quindi la possibilità della trombosi. Ne consegue che la natura delle sostanze grasse alimentari può esercitare una funzione determinante nella comparsa di simili fenomeni patologici. Tra tutti i miei pazienti a cui avevo corretto il regime alimentare da più di due mesi con una diminuzione di sostanze grasse sature e con l'aggiunta di olii pressati a freddo e ricchi di vitamina F, non si è mai verificato, in più di trent'anni di professione, nessun caso di trombosi post-operatoria e questo senza ricorrere ad anticoagulanti.
Abbiamo detto che la prostaglandina che ostacola il formarsi della trombosi proviene dall'acido linoleico; ne esiste però un'altra derivata dall'acido arachidonico che esercita la funzione opposta. Se è infatti inutile impedire una coagulazione endovasale, è però necessario, in caso di emorragia, attivare l'aggregazione di trombociti e quindi favorire la formazione del grumo sanguigno. A questo scopo interviene la prostaglandina PGE2.
Le azioni biologiche delle prostaglandine sono varie e molteplici: esse regolano l'attività della muscolatura liscia e quella delle ghiandole; attivano la secrezione di acqua e di elettroliti nell'intestino stimolandone la motilità; se però si liberano in quantità eccessiva possono provocare diarrea; stimolano la secrezione di ormoni surrenali (aldosterone e cortisone) agendo molto probabilmente sull'ipofisi e perciò intervengono direttamente nella regolazione del metabolismo dell'acqua e dei sali minerali. E' stato ipotizzato che l'ipertensione arteriosa sia originata da una carenza di prostaglandine. Il manifestarsi di uno stimolo nervoso è dovuto a una liberazione di prostaglandine da parte del cervello e del midollo spinale che interviene nella trasmissione dell'impulso nervoso. Queste sostanze sono anche necessarie alla procreazione, perché facilitano l'entrata dello spermatozoo nell'ovulo; lo sperma, che ne è normalmente ricco, ne ha tredici specie diverse, e nell'8% dei casi di sterilità maschile è stata riscontrata una carenza di prostaglandine. Durante il parto pare che le contrazioni dell'utero siano dovute a una liberazione di prostaglandine, la cui percentuale, in quel particolare momento, è più alta nel liquido amniotico. Durante le mestruazioni, invece, il tasso di queste sostanze aumenta nel flusso sanguigno.
La somministrazione di prostaglandine può far insorgere infiammazioni violente con febbre alta.
I farmaci anti-infiammmatori come l'*Aspirina* bloccano la sintesi di alcune prostaglandine ed esercitano un'azione antagonista su altre, opponendosi all'effetto stimolante esercitato sui recettori sensibili del dolore (PGE2). Alcuni esperimenti condotti sui ratti hanno dimostrato che un apporto di prostaglandine ostacola la formazione di ulcera gastrica provocata da elevate dosi di cortisone. Posso affermare che nei miei pazienti, con una forte presenza di acido linoleico, questo tipo di complicanza non è mai stato registrato, nonostante i trattamenti prolungati di cortisone.
Intensificando o riducendo i processi metabolici intercellulari, regolando la sintesi dei nucleotidi intercellulari (AMP e GMP ciclici), le prostaglandine intervengono nei più importanti processi di regolamentazione biologica, esercitando ciascuna una funzione specifica all'interno di una molteplicità di meccanismi di autodifesa delle cellule. Una insufficiente produzione di prostaglandine, causata da un apporto insufficiente di materia prima che ne permetta la sintesi, determina un abbassamento della resistenza vitale e disturbi d'origine diversa, con particolare riferimento a quelli che riguardano l'immunità dell'organismo.
L'attuale regime alimentare è da una parte molto carente di acido linoleico biologicamente attivo, che è la materia prima delle prostaglandine, e dall'altra soprattutto nei paesi occidentali è troppo ricco di calorie, di cui il 30-45% proviene da grassi animali saturi. Nell'uomo il fabbisogno di vitamine F è così aumentato, essendo infatti proporzionale alla quantità di calorie e di sostanze grasse sature consumate. Un individuo normale reagisce a un apporto alimentare di sostanze grasse con una sovrapproduzione di lecitina e un aumento del suo tasso nel sangue e nella bile. Inoltre ogni molecola di questa sostanza racchiude uno o due acidi grassi polinsaturi.
Alcuni hanno formulato la speranza che la sintesi di prostaglandine a vita più lunga permetta di curare le diverse malattie in modo più efficace e "naturale". Ci si può comunque chiedere se il fatto che la Natura abbia dotato questi formidabili regolatori di una così grande varietà, di una vita così breve e di funzioni tanto diverse a livello cellulare, non risponda a esigenze specifiche, e se la sintesi di sostanze sintetiche a vita più lunga che interesserebbero tutte le cellule (sia quelle che ne hanno bisogno sia le altre) non comporterebbe una serie di effetti collaterali sicuramente indesiderabili.
Non è allora più logico e quindi più saggio fornire all'organismo un apporto ottimale di materia prima sotto forma di acido linoleico naturale, lasciando a questo la funzione di operare direttamente una sintesi così delicata?
Come è stato detto in precedenza, tra le varie specie di prostaglandine ne esistono due: una è la PGE1, che deriva dall'acido *cis-cis linoleico* e presenta proprietà anti-infiammatorie, l'altra è la PGE2, che deriva dall'acido arachidonico e favorisce i processi infiammatori.
La nostra salute necessita di un perfetto equilibrio tra queste due prostaglandine. Studi recenti hanno dimostrato che l'acido *cis-cis linoleico*, per poter diventare PGE1, deve prima subire diverse trasformazioni chimiche, e la prima

riguarda la produzione di acido grasso *gamma-linolenico*. In questo primo stadio la molecola di acido linoleico ha guadagnato una doppia valenza supplementare (passando da due a tre). Si tratta di una trasformazione chimica assai difficile, che per riuscire ha assoluta necessità di un enzima specifico (*delta-6-desaturasi*), della presenza di vitamina B6, di Magnesio, di Zinco e di vitamina B3. Le successive trasformazioni in acido *di-omo-gamma-linolenico* a 20 atomi di carbonio (facilitata dalla vitamina C), e poi in prostaglandina PGE1, risultano più facili.
Se la prima reazione ha luogo in età avanzata, avviene con una certa difficoltà, determinando uno stato di malessere e di affaticamento, e causando in certi casi vere e proprie malattie. Simili alterazioni possono manifestarsi anche se si è più giovani, se l'organismo è carente di acido *cis-cis linoleico*, cioè della materia prima indispensabile alla formazione della prostaglandina; ma anche l'uso sempre maggiore di sostanze grasse industriali favorisce questa eventualità. In natura l'acido linoleico esiste unicamente nella forma *cis-cis*; il suo isomero, l'acido *cis-trans-linoleico*, è un prodotto dell'attività dell'uomo. Attualmente, nelle sostanze grasse che si trovano in commercio e vengono manipolate dalle industrie, la forma *cis-cis* è stata sostituita dalla forma *cis-trans*, che non solo non è in grado di trasformarsi in PGE1, ma blocca altresì la forma *cis-cis* presente, aumentandone il livello di carenza.
Le alterazioni e i disturbi di cui si è parlato possono sopravvenire anche per deficienza dell'enzima di trasformazione (*delta-6-desaturasi*), o per mancanza di vitamina B6, di Magnesio o di Zinco.
Così la carenza di vitamina B6 può dar luogo a una sintomatologia simile a quella da carenza di vitamina F.
Una volta che si è prodotto l'acido *gamma-linolenico*, è possibile realizzare la serie di trasformazioni che producono l'acido *di-omo-gamma-linolenico*, quindi la PGE1, in presenza di vitamina C e di vitamina B3.
Potrebbe allora essere interessante fornire alle persone anziane o colpite da particolari malattie (ad esempio gli atopici) dosi di acido *gamma-linolenico* già pronto, molto raro in natura. E'possibile ricavarlo dai semi di due piante: *l'Oenothera biennis* e la *Borrago officinalis*.
L'olio estratto dai semi dell'*Oenothera biennis* contiene dal 7 al 9% di acido *gamma-linolenico*, quello estratto dai semi della *Borrago officinalis* ne contiene il 23%.
L'attitudine di ogni cellula del nostro corpo a produrre in modo normale e secondo la necessità del caso la prostaglandina PGE1 rappresenta un fattore fondamentale per l'equilibrio e la salute del nostro organismo, proprio perché la PGE1 regola il normale funzionamento degli apparati immunitari, che in caso contrario si presentano insufficienti o aberranti. La PGE1 ostacola ogni tipo di infiammazione patologica in modo fisiologico. Nel caso di un eccesso della prostaglandina PGE2 che invece favorisce i processi infiammatori, ed è quindi dannosa, intervengono i corticosteroidi e gli anti-infiammatori che ne arrestano la produzione in eccesso; purtroppo queste medicine bloccano simultaneamente la produzione di PGE1, rendendo quindi la guarigione impossibile.
Ecco perché vanno considerati come semplici palliativi.
La PGE1 controlla la circolazione sanguigna, ostacola l'ipertensione arteriosa, i disturbi cardiaci e l'arteriosclerosi.
Le malattie di natura coronaria hanno subito un incremento preoccupante in questo secolo, proprio per lo sviluppo delle tecniche alimentari di coltivazione, raffinazione e di conservazione degli alimenti, che impoveriscono la nostra alimentazione di Magnesio, di vitamine B6, F ed E. L'aumento del consumo di sostanze grasse e l'uso dei grassi vegetali, come la margarina, o gli olii trattati a caldo e raffinati, hanno dato a queste malattie un carattere quasi epidemico, colpendo anche individui giovani. Le cellule cancerogene producono in abbondanza la PGE2 ma non la PGE1; nelle colture di cellule, quelle umane possono essere trasformate in maligne per irraggiamento o per azione di sostanze chimiche cancerogene, perdendo la loro capacità sia di trasformare l'acido *cis-cis linoleico* in acido *gamma-linolenico* sia di formare la PGE1.

Nel malato di cancro è molto utile l'apporto di acido gamma-linolenico, che rafforza l'azione benefica della vitamina C.
Esistono diverse linee di difesa del nostro organismo contro le sostanze tossiche cancerogene: la prima è quella della mucosa intestinale, la seconda è quella del fegato e la terza è quella della membrana cellulare che protegge la cellula stessa dalla penetrazione di agenti tossici cancerogeni.
La prostaglandina PGE1 è il più potente agente di difesa contro il cancro. Recentemente è stato infatti scoperto che esiste una prostaglandina, derivante dall'acido *gamma-linolenico* e in grado di stimolare i linfociti T del sistema immunitario.
La vitamina F, biologicamente attiva, è perciò assolutamente indispensabile al nostro organismo; sappiamo che si trova in tutti i semi oleosi e negli olii pressati a freddo, soprattutto in quelli di girasole, di lino e di germe di grano, per i quali non è necessaria l'aggiunta di solventi.
L'olio di noci dev'essere scaldato ad almeno 40 gradi, il che non dovrebbe pregiudicare la presenza della vitamina F, anche se costituisce comunque un fattore di rischio.
L'olio di oliva è invece naturalmente povero di vitamina F, presente in una percentuale che va dal 2% all'8%, mentre negli altri olii la percentuale varia dal 50% al 70%. I semi di Cartamo, molto resistenti, devono essere pressati con maggior forza, a una temperatura oscillante tra 58 e 60 gradi Celsius al momento dell'estrazione dell'olio, e che rappresenta il limite estremo di preservazione delle qualità biologiche della vitamina F.

Gli effetti benefici dell'olio di *Oenothera biennis* sono numerosi e polivalenti: attenua i dolori premestruali e regola la normale attività mestruale; associato allo Zinco combatte l'acne; interviene in modo positivo nella sindrome di Sjogren.
L'organismo dispone, dietro la nuca e lungo la colonna vertebrale, di un tessuto grasso speciale di colore marrone, le cui cellule particolarmente ricche di mitocondri sviluppano calore, proteggendo dal freddo e, attraverso una

combustione interna, distruggono le calorie superflue. Se l'individuo è obeso, questo tessuto funziona male, ma un apporto di acido *gamma-linolenico* stimola, attraverso le prostaglandine, i mitocondri del tessuto grasso, determinando una graduale normalizzazione del peso, senza ricorrere a diete particolarmente severe.
E' stato anche osservato che i malati i diabete che seguono un'alimentazione ricca di acidi polinsaturi risultano meno esposti a complicazioni della vista e cardiache.
Le due funzioni dell'acido *cis-cis linoleico*, fattore che assicura da una parte la normale impermeabilità delle membrane cellulari e dei tessuti di rivestimento, e dall'altra materia prima per la formazione della prostaglandina PGE1, sono dunque distinte e parimenti necessarie alla salute dell'uomo.
L'acido *gamma-linolenico*, che è precursore della PGE1, e che deriva dall'acido *cis-cis linoleico*, non può però sostituire quest'ultimo nel compimento della prima di queste due funzioni; il caso che vi propongo lo dimostra chiaramente…."

Nota dell’autore del presente lavoro (Dott. Giuseppe Nacci):

La vitamina F potrebbe avere la funzione di rendere le pareti cellulari permeabili alle vitamine, analogamente a quanto supposto nel caso del glucosio per evitare l’insorgenza del diabete.
In sostanza, si riteiene in ipotesi che la bassa percentuale di malati di cancro negli anni precedenti alla seconda guerra mondiale, in parallelo alla bassa percentuale di pazienti diabetici, possa essere in qualche modo correlato alla ridotta presenza di acidi grassi saturi nella dieta, e alla ricca disponibilità di acidi grassi poli-insaturi contenuti negli olii spremuti a freddo.
Oggi, però, l’eventuale reintroduzione degli olii spremuti a freddo di Lino o Girasole NON è comunque motivo sufficiente di sicurezza alimentare. Purtroppo infatti, l’introduzione nell’ambiente di coltivazioni di Lino OGM (Organismi Geneticamente Modificati) in campo aperto negli USA, addirittura a ridosso del confine del Canada (primo produttore mondiale di olio di semi di Lino biologico spremuto a freddo) è un gravissimo e ingiustificato ostacolo e danno a tale terapia, non solo in riferimento alla cura del Diabete e del Cancro, ma anche di molte altre malattie cronico-degenerative (vedi OTTAVA DICHIARAZIONE D’INTESA)

Cap. 9.g: la Betaina (Trimetil-Glicina, TMG)

La Betaina è stata abbandonata.

Cap 9.h: *Silybum marianum* (Cardo mariano, Cardo asinino, Cardo lattato)

Su questa pianta esiste già una certa bibliografia ([598-605]).
Appartenente alla famiglia delle Asteraceae, è originaria e frequente nei paesi del bacino del Mediterraneo e del Medio Oriente, particolarmente nei luoghi incolti ed assolati. La preparazione farmaceutica avviene per estratto secco, ricavato dalle sommità fiorite e dai semi, nebulizzato e titolato in Silimarina min. 1,0%.
I componenti principali sono rappresentati dai flavonolignani, che vengono isolati sotto forma di una miscela di prodotti di condensazione chiamata Silimarina, che rappresenta dall'1,5 al 3% della droga. Sono inoltre presenti notevoli quantità di lipidi (soprattutto poli-insaturi) nonchè discrete quantità di beta-Sitosterolo, Silibinina, Isolibinina e Silicristina.

La Silimarina esplica prevalentemente un'azione epatoprotettiva.
Infatti è in grado di proteggere l'epatocita da svariate sostanze tossiche, come per esempio la Falloidina, il tetracloruro di Carbonio, la Galattosamina, la Tioacetamide ecc.

Nel caso della Falloidina, l'effetto protettivo della Silimarina è da attribuirsi al blocco competitivo del legame della Falloidina ai recettori situati sulla superficie della membrana epatocitaria. In questo modo viene impedito la penetrazione della Falloidina all'interno dell'epatocita; inoltre il *Silybum marianum* è in grado di stimolare la formazione di nuovi epatociti con velocità maggiore rispetto a quelli che vengono distrutti dalla Falloidina.
Ciò è indicativo di una probabile capacità di stimolo della sintesi proteica negli epatociti.

La Silimarina possiede inoltre un effetto di stabilizzazione della membrana dell'epatocita e delle membrane interne degli organuli citoplasmatici, probabilmente attribuibile alla sua azione di inibizione della perossidazione lipidica, conseguente anche alla sua capacità di catturare i radicali liberi.
L'effetto di stabilizzazione di membrana della Silimarina è quindi riferibile alla sua capacità di inibire il *tourn-over* dei costituenti fosfolipidici delle membrane epatocitarie, nonché di ridurre in maniera considerevole la velocità del processo di scambio delle basi a livello di membrana. Sembrerebbe quindi che inibendo questo sistema si produca una stabilizzazione del metabolismo della membrana. Ciò porta, in ultima analisi, ad un inibizione della formazione dei lipoperossidi.

La Silimarina induce una netta diminuzione delle transaminasi, della gamma GT, della Lattico-deidrogenasi (LDH) e della Bilirubina, in presenza di pazienti con epatopatia causata da epatite virale (sia tipo A, sia tipo B, sia tipo C) ed etilica (tramite la riduzione dell'aldeide grazie alla stimolazione dell'alcool-deidrogenasi).

Essa si è anche dimostrata capace di epato-protezione nei confronti dei danni, indotti sia iatrogenicamente sia da sostanze tossiche come, per esempio, insetticidi, antiparassitari o da agenti inavvertitamente introdotti a livello alimentare, come l'Amanita falloide.

La sua azione antiossidativa è in parte anche attribuibile alla sua dimostrata capacità di aumentare i livelli epatici di Glutatione, tramite un meccanismo al momento ancora non conosciuto.

Da evidenziare la sua azione di diminuzione del Colesterolo totale e dei Trigliceridi, attribuibile in parte ad una migliore attivazione del metabolismo epatico, con conseguente ottimizzazione dell'utilizzazione del pool lipidico da parte dell'epatocita.

La posologia giornaliera consigliata va da 600 mg a 1.200 mg, suddivisi in due somministrazioni, preferibilmente lontano dai pasti.

Da evidenziarsi che riduce l'insulino-resistenza nelle epatiti croniche, con conseguente diminuzione della glicemia e della glicosuria.
Inoltre accelera la biosintesi delle proteine ed accelera la rigenerazione cellulare. Inibisce la produzione dei Leucotrieni svolgendo quindi un'azione anti-infiammatoria ed, in parte, anche anti-allergica.
Alcuni Autori consigliano, a causa della presenza di discrete quantità di Tiramina, di somministrarla con una certa cautela nell'ipertensione.
Sempre a causa della Tiramina potrebbe anche interferire con i farmaci anti-MAO, che comunque sono farmaci ormai sconsigliati nella maggior parte delle terapie farmacologiche.

Cap 9.l: il Licopene

Il Licopene è uno dei principali carotenoidi, ed è contenuto quasi esclusivamente nei Pomodori (*Solanum lycopersicum*), rappresentando circa il 50% di tutti i carotenoidi plasmatici.

Tra tutti i carotenoidi, il Licopene possiede la più elevata capacità anti-ossidante conosciuta ([625, 626]); ancora in valutazione, su quest'ultimo punto, il suo confronto con derivati fitochimici di piante esotiche o comunque poco conosciute.

Altra proprietà del Licopene, è la sua elevata presenza rispettivamente in: testicoli, ghiandole surrenali, e prostata. Il motivo non è noto; si sospetta comunque che una sua carenza possa essere alla base di patologie specifiche come i tumori. In tal senso, è stata osservata una marcata relazione inversa tra il livello di Licopene e tumore in sede prostatica (ma anche in sede gastrica e pancreatica), di qui il suggerimento di ricercare nel sangue le concentrazioni di Licopene, che dovrebbero essere molto basse nei pazienti con tumore (in maniera analoga a quanto già evidenziato da Cameron nel caso della vitamina C (vedi cap.9.c).

Le quantità di Licopene presenti nel plasma e nella cute sono confrontabili con quelle del beta-Carotene. Quando la cute viene sottoposta a stress ossidativo da radiazioni ultraviolette, una quantità maggiore di Licopene viene distrutta rispetto invece al beta-Carotene, suggerendo pertanto un ruolo più importante del Licopene come fattore anti-ossidativo, rispetto al beta-Carotene.
Il Licopene, contenuto soprattutto nei Pomodori, è particolarmente efficace nei confronti del carcinoma prostatico ([633]).

In un altro Studio condotto all'Università dell'Illinois (Chicago), venne usato un campione di 32 pazienti affetti da cancro della prostata.
Tre settimane prima dell'intervento chirurgico i medici sottoposero tutti i pazienti a una dieta particolare a base di pasta con sugo al pomodoro, contenente 26,8 milligrammi di Licopene.
Prima e dopo le tre settimane controllarono il livello dell'antigene PSA nel loro sangue: nelle tre settimane precedenti l'intervento chirurgico, il PSA scese in media del 17,5%, e addirittura del 28,3% nei pazienti che avevano mangiato pasta al pomodoro con maggiore abbondanza ([1359]).
Longwer Chen: *Oxidative DNA damage in prostate cancer Patients consuming tomato sauce-based entrees as a whole-food intervention*, Journal of the National Cancer Institute Vol. 93, No. 24, pp.. 1872-1879, 2001
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/licopene%20(pomodoro)%20induce%20il%20PSA%20nel%20CANCRO%20della%20PROSTATA.pdf

Cap. 9.m: gli acidi organici

Gli acidi organici, rientranti nelle migliaia di fattori co-enzimatici contenuti soprattutto negli Agrumi, nell'Uva, nella Mela, nella Pera, nel Mirtillo, nella Mora, e in altra Frutta di bosco, rivestono un particolare ruolo di protezione.
L'acido malico, l'acido citrico, l'acido tartarico, l'acido tannico presenti in proporzioni variabili tra loro, e responsabili quindi dei diversi sapori che vengono dati alla frutta, rivestono un particolare ruolo di mantenimento della salute umana.
Questi acidi, contrariamente ai luoghi comuni, una volta assorbiti dall'intestino e passati nel circolo sanguigno, non hanno affatto un'azione acidificante ma, al contrario, alcalinizzante. Infatti, essendo "acidi deboli", si degradano facilmente in presenza di Ossigeno, dando così luogo alla produzione di acido carbonico. Quest'ultimo si combina con il Sodio e, soprattutto, con il Potassio, formando carbonati e bicarbonati.
Il complesso di queste nuove molecole formatesi è denominato "riserva alcalina", e costituisce quella risorsa che l'organismo utilizza per neutralizzare acidi di diversa origine che si formano al suo interno nel corso di moltissimi stati morbosi come ad esempio il Cancro.
La Frutta di Bosco, gli Agrumi, la Mela, la Pera sono pertanto assolutamente necessarie per l'organismo, soprattutto se malato, e dovrebbero essere assunte sempre crude e fresche.
Sarebbe opportuno una riscoperta delle antiche varietà, poiché sospettate di essere estremamente ricche di vitamina B17 (VEDI Tabelle 5.1-5.4); in particolare: *Crataegus azarolus* (Azzeruola), *Cornus mas* (Corniola), *Pyrus cydonia* (pera cotogna), *Cydonia oblonga* (Mela cotogna), *Zizyphus vulgaris* (Giuggiola), *Punica granatum* (Melagrana), *Morus nigra* (Mora di gelso), *Morus alba* (Gelso bianco), *Mespylus germanica* (Nespola comune), *Prunus spinosa* (Prugnola), *Sorbus domestica* (Sorba).

Cap. 9.n: altre vitamine anti-ossidative

Esistono numerose piante da utilizzare: la loro associazione è complessa ed esula dagli scopi di questo lavoro.
Fondamentalmente, dovendo proteggere soprattutto dai radicali liberi, risulta necessario elencare i seguenti fito-complessi ritenuti essenziali per una buona compliance del trattamento multi-fattoriale descritto in questo libro, data la loro assenza di azione immuno-depletoria ed avendo, invece, una capacità anti-edemigena notevole:

1) *Achillea millefolium* (Millefoglie, Erba del Soldato, Sanguinella): contiene un olio essenziale, simile a quello della *Matricaria chamomilla*, contenente Azulene e alcuni tipi di Lattoni, i quali esplicano azione anti-infiammatoria.
2) Corteccia di *Aesculus hippocastanum* (Ippocastano): ricco di derivati cumarinici e di Bioflavonoidi, aumenta la resistenza dei capillari, diminuendo la loro permeabilità, con effetto anti-infiammatorio e anti-edemigeno.
3) *Aloe arborescens* misto a Miele biologico di buona qualità (vedi anche cap.4.b): è ipo-glicemizzante, ipo-colesterolemizzante, anti-settico, radio-protettivo (vedi anche cap.9).
4) *Ammi visnaga* (Bisnaga): i suoi frutti sono attualmente in valutazione, per ricerca di effetti collaterali lievi (nausea, vertigini) ed eventualmente gravi; agisce a livello arteriolare; è anche nota per la spiccata azione spasmolitica sui bronchioli polmonari in caso di asma.
5) *Arnica montana*: in valutazione il suo impiego ad uso interno, analogamente alla *Bellis perennis* (entrambe impiegate ad uso solo esterno), poichè potrebbe causare ematuria e danno all'epitelio tubulare; può provocare aumento delle transaminasi e della gammaGT.
6) *Bellis perennis* (Pratolina, Margheritina): in valutazione il suo impiego ad uso interno, analogamente all'*Arnica montana* (entrambe impiegate ad uso solo esterno); poichè potrebbe causare ematuria e danno all'epitelio tubulare; può provocare aumento delle transaminasi e della gammaGT.
7) Frutti maturi di *Capsicum frutescens* (Peperoncino rosso, Pepe di Caienna) e/o di *Capsicum annum* (Paprica): contengono Capsaicina, Capsicina, Oleoresina, Capsantina, Quercitrina, Esperidina, Eridietrina, vitamine C, PP, E , A, acido malonico, citroflavonoidi; possiedono azione anti-ossidante, antibiotica e antidolorifica; induce apoptosi su leucemia ([719]) e su carcinoma della prostata ([1351]); a piccole dosi si sono dimostrati utili in caso gastrite, emorroidi, catarri cronici del faringe e della tromba, otite media cronica.
8) *Chrysantellum americanum*: possiede sia i Flavonoidi che le Saponine, ottenendo un aumento del tono venoso e una diminuzione della permeabilità capillare.
9) *Chyonantus virginica* (corteccia fresca di radice): contiene il glicoside Chionantina, simile a Saponina; epato-protettore; forse efficace anche su diabete.
10) *Collinsonia canadensis* o *Pareira brava* (Radice di Pareira): glicoside saponinico, in valutazione per terapia di processi infiammatori a carico del piccolo bacino, cistite, cistopielite, uretrite, ipertrofia della prostata, diatesi per calcoli renali. Favorisce infatti la circolazione nel piccolo bacino e migliora i disturbi da stasi nella regione portale.
11) Gambo essiccato e Stimmi del fiore di *Crocus sativus* (Zafferano): in valutazione; l'olio eterico contiene Terpene, Crocina, Picrocrocina; anti-emorragico, anti-infiammatorio. Gli Stimmi sembrerebbero dimostrare azione anti-tumorale.
12) Succo di *Daucus carota* (Carota) crude biologiche: sono molto ricche di vitamine A, C, ed E.
13) *Dracontium loretense*: è ritenuta come una delle migliori piante per potere anti-ossidante specifico, ritenuto di alcuni ordini di grandezza superiore a quello della vitamina E sintetica ([566])
14) Frutti di *Embelia ribes*: anti-elmintici, in particolare su ascaridi e tenie; azione anti-batterica; l'Embelina riduce la lipo-perossidazione nel fegato, nell'intestino e nei reni, incrementando i livelli degli enzimi anti-ossidativi endogeni; il Potassio embelato, contenuto nel frutto, dimostra attività analgesica; riconosciuta anche azione lassativa, carminativa e diuretica.
15) Foglie e fiori di *Espeletia schultzii* o *grandiflora*: vaso-protettrice sul circolo arterioso con azione vaso-dilatante, impiegabile forse per gli scopi descritti.
16) *Eucalyptus globosus*: efficace per processi infiammatori acuti.
17) *Euphrasia officinalis*: efficace per infiammazione degli occhi, faringiti.
18) Estratto di *Ginkgo biloba*: poiché ricco di Flavonoidi, Flavoni e Leuco-antociani; alcuni bisflavonoidi (Ginketolo, Isoginketolo, Bilabetolo) agiscono sulle membrane cellulari stabilizzandole; il Ginkolide blocca la perossidazione lipidica e la formazione dei radicali liberi; inibisce inoltre il fattore di attivazione delle piastrine (PAF), riducendo così in rischio di trombosi; nota: controindicato in soggetti con turbe della coagulazione; l'uso combinato con anti-aggreganti piastrinici è sconsigliato. Sembrerebbe parzialmente efficace sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica ([722]). I suoi frutti sono però tossici.
19) *Glycyrrhiza glabra* (Liquirizia, Radice dolce, Legno dolce): le sue radici e il rizoma contengono sostanze anti-infiammatorie. Se assunta per più di 20 giorni può indurre ipertensione. L'acido glicirrizico e il suo aglicone, l'acido glicirrretinico, principi attivi contenuti nella radice, svolgono attività anti-infiammatoria e cicatrizzante; accelerando i processi riparativi dell'ulcera gastro-duodenale. ([996]).

20) *Hamamelis virginiana* (Amamelide, Nocciolo delle Streghe): è particolarmente ricco di Flavonoidi, acido fenolico, colina, sali minerali: eccellente vasocostrittore venoso; diminuisce la permeabilità capillare e aumenta la resistenza delle pareti vasali, riassorbendo gli edemi.
21) *Harpagophytum procumbens* (Artiglio del Diavolo): bisogna utilizzare soltanto le radici secondarie tuberizzate; analogamente all'*Aloe arborescens* ha una buona azione anti-infiammatoria senza gli effetti collaterali dei FANS o, soprattutto, dei Cortisonici (questi ultimi sono immuno-depressori), con assenza di tossicità e buoni effetti analgesici; assumere sempre a stomaco pieno; sconsigliato a donne in gravidanza e a minori di 12 anni.
22) Fiore essiccato di *Hibiscus sabdariffa*: impiegato empiricamente per flebopatie di diversa natura
23) *Hydrocotile asiatica* (Centella asiatica): contiene l'acido asiatico, l'acido madecassico, l'Asiaticoside, il Madecassoside, Tannini, fitosteroli, resine, sali minerali; cicatrizzante universale; previene le ulcere e le distrofie venose.
24) Spore di *Lycopodium clavatum*: contengono olio grasso con acido exadecanico, miristico e licopodico; beta-sisterolo, acido bi-idrocoffeico; nota: contenuto anche Alluminio.
25) *Medicago sativa* (Alfa Alfa, Erba Medica): utile per la sua presenza di vitamina K; è anche radio-protettore ([588]), e antibiotico nei confronti della Salmonella ([589]).
26) Melilotus officinalis (Meliloto): azione anti-edema dovuta alle Cumarine e ai Flavonoidi che riescono a ridurre la stasi venosa e linfatica.
27) *Momordica charantia* (Cocomero d'Africa): il succo dei suoi frutti ha dimostrato di essere particolarmente effficace come anti-ossidativo*;* una glicoproteina isolata dai suoi semi, l'alfa-Momorcarina, inibisce la crescita di alcune linee tumorali: tale molecola aumenta inoltre l'effetto tumoricida dei macrofagi di topo su cellule murine mastocimali. Il suo frutto è efficace contro la leucemia umana ([639]).
28) *Myrciaria paraensis*: (*Camu-Camu*, *Kamu-Kamu*): frutto esotico che contiene vitamina C naturale in percentuali circa 30-50 volte superiori a quella contenuta nel *Citrus aurantium*.
29) *Myrica cerifera*: epato-protettiva, sospettata azione immuno-stimolante.
30) *Myristica fragrans* (Noce moscata): semi essiccati; gastro-protettiva, efficace anche su gastro-duodeniti e gastro-enteriti.
31) Gambi freschi di *Myrtillocactus geometrizans*: vaso-protettore, studi empirici dimostrerebbero elevata capacità di ripresa coronarica e miocardica post-infartuale, e di probabile effetto di riattivazione del circolo arterioso anche in altri distretti; in valutazione per possibili effetti collaterali.
32) *Myrrhis odorata* (Miride, Finocchiella): proprietà vaso-protettrici sui capillari e sulle vene.
33) *Nepeta cataria* : pianta intera, utilizzata per processi infiammatori acuti
34) *Okoubaka aubrevillei*: legno e corteccia essiccata e polverizzata; detossificante con azione protettiva anche sulle vie aeree; sembrerebbe efficace sulla Toxoplasmosi: sospettata azione enzimatica pancreatico-simile.
35) Foglie di *Perilla ocymoides*: come anti-ossidativa è stato proposta in letteratura giapponese ([610]), assieme ad altre 72 piante considerate; efficace anche per diatesi urica, iperuricemia.
36) Radice di *Picrorrhiza kurroa*: epato-protettore, efficace anche in caso di pregressi danni metabolo-tossici o di malattie croniche epatiche; immuno-stimolante, anti-virale, anti-elmintico.
37) Legno essiccato di *Quassia amara*: contiene Quassina e Neoquassina, utili come epato-protettori per epatopatie, colangite, stasi venosa.
38) Foglia di *Ribes nigrum*: contiene più di 500 tipi diversi di Flavonoidi con notevole effetto, quindi, anti-ossidativo. Dev'essere usato però con prudenza nel paziente iperteso, a causa della sua azione DOCA-simile; presenta le stesse contro-indicazioni d'suo dei Cortisonici; è anche potente diuretico; elimina l'acido urico; ha proprietà anti-infiammatorie ed è quindi indicato in associazione al *Harpagophytum procumbens*.
39) Rami essiccati e foglie di *Rhododendron campylocarpum*, o *aureum*, o *chrysanthum* (Rododendro, Rosa alpina): Andromedotossina, Ericolina, glicoside Rododendrina; anti-infiammatorio, anti-reumatico.
40) Radice di *Ruscus aculeatus* (Pungitopo, Rusco, Asparago pazzo): potente vasocostrittore, anti-infiammatorio e anti-edemigeno.
41) Corteccia di *Salix alba*: analogamente alla *Filipendula ulmaria* e all' *Aloe arborescens* contiene dei salicilati.
42) Fiori di *Sambucus nigra*: è uno fra i migliori antiflogistici esistenti in natura; viene prescritto nelle infiammazioni respiratorie e delle vie urinarie; anti-ossidativo, diuretico, diaforetico, blandamente ipotensivo, lassativo, anti-nevralgico; sospettata anche azione immuno-stimolante.
43) Bacche fresche e mature di *Serenoa repens* (Palma nana): contengono acido antranilico, sostanze concianti, Carotina: efficaci in caso di ipertrofia prostatica, cistite, epididimite, prostatite; in valutazione per il carcinoma prostatico.
44) *Spiraea ulmaria* o *Filipendula ulmaria* (Olmaria): come il *Salix alba* e l' *Aloe arborescens*, contiene dei salicilati; di qui la sua azione anti-infiammatoria.
45) *Symphytum officinale* (Consolida maggiore, Erba del Cardinale): impiegata empiricamente per contusioni, tromboflebiti; unico vegetale ricco di vitamina B12, e quindi sconsigliato.
46) Foglia di *Vaccinium myrtillus* (Mirtillo nero): migliora il circolo venoso, poiché ricca di Bioflavonoidi; nota: importante azione anti-settica delle vie urinarie dal succo ricavato dalle sue bacche, poiché contenenti l'acido ippurico.

47) Bacche di *Vaccinum vitis idea* (Mirtillo rosso): contiene più di 500 tipi diversi di Flavonoidi con notevole effetto, quindi, anti-ossidativo, vaso-protettivo, anti-infiammatorio; in particolare, sembrerebbe capace d'indurre Apoptosi in alcune forme tumorali.
48) Frutti maturi di *Vitex agnus castus* (Agnocasto, Pepe dei Monaci): ancora in valutazione per eventuali effetti collaterali.
49) Foglia, Semi e Succo di *Vitis vinifera* (Uva nera): è ricca di Tannini e Antociani; questi ultimi proteggono dalle sostanze ossidanti agenti sulle pareti venose; di recente sono stati considerati utili anche per l'Alzheimer ([721]).
50) In Giappone, nel 1989, furono testati ben 72 piante come fattori protettivi contro gli effetti delle radiazioni ionizzanti: ben 16 di esse dimostrarono, nell'ordine seguente, elevate capacità anti-ossidative: *Rosa canina* (frutto), *Aloe arborescens*, *Citrus leiocarpa* (esocarpo), *Schizonepeta*, *Evodia rutaecarpa* (frutto), *Bupleurum chinese* (radice), *Cornus sanguinea* (frutto), *Perilla ocymoides* (erba), *Anemarrhena* (rizoma), *Mentha piperita* (erba), *Trapaeolum maius* (frutto), *Angelica dahurica* (radice), *Sinomenus* (rizoma), *Ephedra vulgaris* (erba), *Acer nikoense* (corteccia), *Forsythia* (frutto) ([610])
51) Le Xantofiline (Luteina e Zeaxantina) hanno attività anti-ossidativa interrompendo le reazioni di perossidazione delle membrane fosfolipidiche ([634]).
52) *Ipomea batatas* (Batata rossa): Convolvolacea molto ricca di bioflavonoidi, di antocianine, di Sali minerali (Ferro, Selenio, Zinco, Potassio, Calcio), vitamina A, E. Contiene nella sua buccia il Canapo, efficace contro il Diabete Mellito di Secondo Tipo.
53) Altro: Rame e Manganese, ottenibili da varie fonti *naturali*, sono utili per l'attività dell'enzima anti-ossidante SOD e per la complessa Cascata Immunitaria; il Rame, in particolare, nell'attività ferrossidasica può essere considerato sinergico con il Ferro stesso: il rapporto ottimale tra Ferro e Rame dev'essere intorno a 1: 12, salendo addirittura a 24:12 nelle infezioni, e ciò spiega il potenziamento delle difese immunitarie esercitate dall'assimilazione sia di Rame che di Ferro.
54) Molibdeno organico: prende parte al metabolismo del ferro e alla produzione di acido urico (prodotto di scarto delle urine)

Anche la terapia farmacologica di sintesi si avvale di questi prodotti naturali, soprattutto per patologie venose agli arti inferiori, comuni negli anziani.

Cap. 10

Vitamine ad azione anti-infiammatoria e anti-dolorifica

Quando la Tristezza cade in fondo al Cuore,
come la Neve non fa rumore…..

Lucio Battisti

Il paziente neoplastico presenta generalmente febbre, dolore e quadro infiammatorio esteso a più organi e/o apparati. La febbre indotta dalla Cascata Immunitaria consuma elevate quantità di energia: ciò può comportare la riduzione sia di massa neoplastica (effetto positivo), sia di massa muscolare (effetto negativo). Si deve pertanto tenere continuamente sotto osservazione clinica la febbre. Analogamente a questo, processi infiammatori troppo acuti e con dolore ingravescente possono arrecare dolore acuto al paziente.

Nel nostro lavoro, in cui si pone particolare attenzione alla Immuno-Terapia, bisogna considerare quanto segue:
La febbre è una importante componente delle difese immunitarie per ottenere la lisi delle masse tumorali, considerando pertanto la febbre come una sorta di *Ipertermia endogena*, poichè indotta dagli stessi globuli bianchi, ad azione adiuvante contro le masse neoplastiche.
La febbre, però, indebolisce il paziente, determinando una notevole perdita del suo peso, e che dev'essere quindi integrata con una Dieta apposita.

La risposta immunitaria anti-neoplastica, se presente, è caratterizzata dalla presenza di picchi febbrili intermittenti, di durata e di intensità variabile, poiché di temperatura in genere non superiore ai 37,5-38,5 gradi Celsius, sempre pomeridiana-serale, e di lunga durata (diverse ore) solo in presenza di masse tumorali importanti.

La febbre dev'essere differenziata da infezioni concomitanti.

Si è ormai quasi del tutto abbandonato l'utilizzo di farmaci di sintesi chimica anti-dolorifici, anti-infiammatori o anti-febbrili, come FANS, Cortisonici, od Oppioidi.

Solo il Paracetamolo viene ancora impiegato, sia pure con cautela, ed eventualmente qualche FANS quest'ultimo sempre in maniera occasionale, e solo in casi eccezionali (es: blocco urinario da eccessiva infiammazione della prostata).

L'esperienza clinica maturata in questi anni di libera attività professionale a domicilio di tanti pazienti, ha infatti definitivamente convinto, l'autore del presente lavoro, di quanto già dimostrato dal dott. Gerson più di 50 anni fa, sul fatto che è proprio la *detossificazione epatica* tramite enteroclismi di *Coffea arabica*, la chiave di risoluzione del problema infiammatorio e dolorifico che tutti i pazienti neoplastici provano, quando la Cascata Immunitaria raggiunge i suoi livelli massimali, con VES di gran lunga oltre i limiti normali, i markers neoplastici alle stelle… gettando spesso nel panico i familiari e il medico curante non ancora adeguatamente pronto ad affrontare la naturale evoluzione di Risposta Immunitaria massimale dei globuli bianchi che attaccano finalmente il profondità lo stesso Cancro….

Si precisa, che la terapia di *detossificazione epatica* è pericolosa su pazienti già sottoposti precedentemente a Chemio-Terapia, e che quanto riportato nel presente capitolo dev'essere considerato parte integrante della terapia fin qui descritta.

La massa tumorale è costituita da materiale necrotico, cellule immunitarie in stato infiammatorio, tessuto connettivale e, ovviamente, da cellule neoplastiche più o meno attive.
Dalle ore 15.00-16.00 del pomeriggio fino alle ore 03-04 di mattina si assiste alla Risposta Immunitaria (Cascata Immunitaria), con infiammazione del tumore e rilascio nel sangue di sostanze

tossiche, di decine di molecole pro-infiammatorie, di molte altre sostanze (pericolose o meno) ma sempre provenienti dal tumore.
Dalle ore 04 di mattina alle ore 11 di mattina il paziente si detossifica da tutto il materiale tossico rilasciato dal tumore durante la risposta infiammatoria pomeridiano-notturna. In particolare, è soprattutto il fegato l'organo-chiave per una corretta detossificazione da tutte queste sostanze, seguito dal sistema emuntorio renale e dalla stessa cute e mucose annesse (lingua, apparato gastro-esofageo).

L'elenco delle sostanze da considerare è molto vasto, ed esula da questo lavoro.
Innanzitutto, si può affermare che il tessuto necrotico può essere suddiviso in due classi:

1) "tessuto necrotico da coagulazione": caratterizzato biochimicamente da denaturazione proteica e morfologicamente dalla progressiva cancellazione della struttura del tessuto destinato a trasformarsi in una massa bianco-grigiastra con resti nucleari isolati.
2) "tessuto necrotico da colliquazione": è prodotto sia per autolisi, sia per eterolisi.

Due importanti fattori limitano la crescita dei tumori solidi, a prescindere dalla risposta immunitaria: la disordinata vascolarizzazione della massa tumorale e la conseguente ridotta nutrizione dei tessuti interni neoplastici per "diffusione". La distanza minima tra cellula cancerosa e il capillare ematico dev'essere inferiore a 150-200 micrometri, distanza che si riduce ulteriormente a 100 micrometri se si considera la capacità di diffusione dell'ossigeno, necessario per la respirazione cellulare. Il pH interno della massa tumorale sarà inoltre acido, con scarsità di materiale nutritivo, vaste aree necrotizzate, e con gran parte delle cellule neoplastiche in fase "dormiente".
Via via che sale la VES, nei mesi successivi all'innesco della Cascata Immunitaria, si assisterà all'incremento relativo nel sangue circolante dei markers tumorali, della *Lattico-de-idrogenasi*, e di molte altre sostanze rilasciate dal tumore o dagli stessi globuli bianchi (granulociti) in fase di penetrazione nella massa necrotica del tumore.

Molte di queste sostanze sono fortemente tossiche, e debilitano il paziente, intossicando il fegato e gli altri organi, potendo così determinare il fallimento stesso della terapia descritta in questo lavoro. Anche altre sostanze, prodotte direttamente dal tumore, meritano la nostra attenzione per i pericoli che comportano per il paziente stesso, come ad esempio il *Proteolisis Inducing Factor* (PIF), che induce la distruzione delle proteine muscolari del paziente allo scopo di nutrire le cellule tumorali stesse con gli aminoacidi essenziali, la vitamina B12 e l'acido folico. Il PIF induce anche la sindrome dello "spreco"(*Wasting Syndrome*).

Molte sono le sostanze liberate nel sangue dal tumore in fase di *Inflammatio* : Filamenti Intermedi come le Citocheratine, la Vimentina, la Desmina, il CEA, l'alfa Fetoproteina, il PSA, il CA15.3, il CA19.9, il CA125 e altri *markers* tumorali, la Bombesina, la pericolosa Chimochina, alcuni peptidi oppioidi endogeni morfino-mimetici (es. Metencefalina, Adrenorfina), gli Attivatori del Plasminogeno (con funzione di proteolisi per processi di auto-mantenimento ed espansione del tumore stesso), le protrombine para-neoplastiche (prive dei residui terminali di acido gamma-carbossiglutammico), i Fattori di Crescita Trasformanti (TGF, *Transforming Growth Factor* o TDGF, *Tumor-Derived-Growth Factor*), i Fattori Angiogenetici Derivati dal Tumore (TAF, *Tumor-Derived-Angiogenic-Factors*), il Fattore di Crescita Simile all'Insulina (IGF-I "*Insulin Like Growth Factor –I*"), i Fattori di Crescita per i Fibroblasti (FGF, *Fibroblast Growth Factor*), etc….

Le cellule neoplastiche producono queste sostanze per diverse ragioni; la più semplice, di tipo evolutivo-competitivo con l'organismo ospite, la spiega sulla base di un tentativo di crescita *autocrina* da parte del tumore che produce specifici fattori di crescita a cui poi le cellule maligne

risponderanno tramite proliferazione: gli oncogeni sarebbero quindi i responsabili dell'acquisizione della capacità di crescita autonoma attraverso 3 effetti:

1) di codifica del fattore che auto-stimola la crescita,
2) di codifica del suo recettore
3) amplificando i segnali fitogeni provenienti dal fattore di crescita legato al recettore stesso.

Il fegato riveste quindi il compito fondamentale di disattivare tutte queste sostanze prodotte dal tumore. Ma per fare questo ha bisogno di sostanze epato-protettive di tipo vitaminico, come ad esempio quelle contenute in prodotti vitaminici fito-terapici che la Medicina Classica Occidentale conosce ormai da migliaia di anni, estremamente efficaci su molti processi degenerativi o tossici a danno del fegato: *Silybum marianum*, *Taraxacum officinale*, *Smilax aspera*, *Cynara scolymus*, *Salvia officinalis*, *Agropyrum repens*, *Hyssopus officinalis*, *Matricaria camomilla*, *Aloe species*, etc…

Ma anche i mediatori pro-infiammatori derivanti dalla Cascata Immunitaria risultano essere pericolosi per il paziente stesso se la Risposta Immunitaria, indicata dalla VES, tende a "sfuggire" al controllo stesso del medico curante, con il rischio di provocare risposte immunitarie pesantissime a danno dello stesso paziente (indicato da VES, *markers* tumorali e *lattico-de-idrogenasi* altissime).

In particolare, i mediatori dell'infiammazione possono determinare dolori acutissimi e prolungati sulle radici nervose limitrofe all'area interessata dalla Risposta Immunitaria.

Essendo la Cascata Immunitaria una caratteristica di difesa dell'organismo presente soprattutto durante la notte, il medico dovrebbe proporre il metodo, secondo Gerson, di enteroclismi di *Coffea arabica* di 35-36 gradi Celsius, applicati soprattutto nel primo pomeriggio, prima della notte, e preceduti un'ora prima dall'assunzione di almeno un cucchiaio di olio di semi di *Ricinus communis* (quest'ultimo però è proibito in pazienti già sottoposti a Chemio-Terapia).

La *Coffea arabica*, infatti, apre i dotti biliari del fegato, intasati dalle tossine di origine tumorale accumulate nei giorni precedenti, scaricandole rapidamente nell'intestino e consentendo così al fegato di essere pronto per assorbire le nuove tossine di origine tumorale che il processo infiammatorio dovuto al nuovo attacco notturno dei granulociti riverserà nel sangue nella notte ormai vicina, processo infiammatorio di Risposta Immunitaria che sarà preannunciato dal primo attacco febbrile, avvertibile dal/la paziente già a metà pomeriggio….

Un secondo o un terzo enteroclisma di *Coffea arabica* sarà comunque consigliabile durante la notte stessa, idealmente 3-4 ore prima di mezzanotte, e poco prima della mezzanotte, quando è maggiore la quantità di nuove tossine e di sostanze pro-infiammatorie riversate nel sangue, e provenienti dal tumore infiammato dalla Cascata Immunitaria in atto.
In caso però di insonnia da parte del paziente, a causa degli enteroclismi notturni, questi ultimi dovranno essere spostati alla mattina e nel pomeriggio…con cadenza di uno ogni 4-5 ore.

E'importante assumere il Potassio secondo metodo Gerson ([749]). www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3698

Come descritto da Gerson ([749,750,1360-1364]), le pareti intestinali e le vene emorroidali assorbono quasi tutta la Caffeina presente nella *Coffea arabica*. Dalle vene emorroidali essa è immessa nella vena porta e infine nel fegato, dove apre i dotti biliari, consentendo così la rapida eliminazione delle sostanze tossiche di provenienza tumorale accumulatesi nelle ore precedenti.

Quando il liquido del clistere entra nel colon, esso dovrebbe essere trattenuto per non oltre i 15 minuti, ciò allo scopo di evitare il suo assorbimento sistemico.

Idealmente, il liquido dovrebbe essere trattenuto per 12 minuti esatti, secondo il metodo Gerson ([749]), poiché così viene riportato in questo importante libro di Medicina:

"…. tutto il sangue presente nell'organismo passa attraverso il fegato ogni 3 minuti. I vasi emorroidali si dilatano per contatto con la Caffeina, e a sua volta si dilata anche la vena porta del fegato. Simultaneamente le vie biliari si espandono per effetto del sangue, aumenta il flusso della bile e i muscoli lisci di questi organi si rilassano. Gli elementi che compongono il sangue si disintossicano mano a mano che questo fluido vitale ricco di Caffeina passa attraverso il fegato. Il litro di acqua trattenuto nell'intestino stimola il Sistema Nervoso Simpatico favorendo la peristalsi. L'acqua introdotta attraverso l'intestino diluisce la bile e ne aumenta anche il flusso. La detossificazione della bile è stimolata anche dal catalizzatore enzimatico noto come Glutatione-S-transferasi (GST). Il tenore della GST presente nell'intestino tenue aumenta del 700% con un ottimo effetto fisiologico perché questo enzima reprime i radicali liberi. Questi ultimi, allora, abbandonano il fegato e la cistifellea man mano che i sali biliari si riversano nel duodeno. La peristalsi spinge i sali biliari nell'intestino facendoli passare attraverso l'intestino tenue, il colon e infine spingendoli oltre il retto. Nel 1990, il medico austriaco Peter Lechner, che assieme ai suoi collaboratori avevano analizzato il trattamento antitumorale del dott. Gerson, discussero dei benefici che si potevano ottenere aumentando la percentuale della GST nell'intestino. I risultati della ricerca del dott. Lechner furono i seguenti:

1) La GST lega la bilirubina e i suoi glucoronidi in modo da poter essere eliminati dagli epatociti.
2) La GST blocca e disintossica gli elementi cancerogeni che per essere attivati hanno bisogno di ossidazione o riduzione. La sua funzione catalitica produce un effetto positivo contro molti elementi chimici tossici.
3) La GST forma un legame covalente con sostanze quasi tutte altamente elettrofile (prive di radicali) e questa è la condizione di base per la loro eliminazione dall'organismo. I prodotti intermedi delle scorie epatiche tossiche ricadono in questo sistema di formazione patologica di radicali liberi.

Prima della pubblicazione dei risultati summenzionati ([1329]), il dottor Lechner aveva concluso, nel 1994, che gli enteroclismi di *Coffea arabica* avevano uno scopo ben specifico: ridurre la presenza di tossine nel siero ematico del paziente. Nella sua relazione infatti affermava: "…gli enteroclismi di *Coffea arabica* influiscono inconfutabilmente sul colon, e il loro effetto è osservabile all'endoscopio.
Nel 1981, Wattenberg e i suoi collaboratori riuscirono a dimostrare che l'acido palmitico presente nella *Coffea arabica* stimola l'attività della GST e di altri leganti, accrescendone la quantità rispetto alla norma. E' questo il gruppo enzimatico principalmente responsabile della coniugazione dei radicali liberi elettrofili rilasciati in seguito dalla cistifellea ([1330]).
Verso la fine degli anni Settanta, Wattenberg identificò due Sali dell'acido palmitico come potenti stimolatori della GST. Un aumento di tali proporzioni rende questo enzima un potente fattore di detossificazione, che catalizza il legame di un certo numero di accettori (gli elettrofili) dal flusso sanguigno al gruppo solfidrilico della Glutatione. Poiché le forme reattive tossiche presenti nel paziente sono elettrofili, la GST diventa in meccanismo fondamentale nell'eliminazione di queste sostanze tossiche ([1331-1333]).

La detossificazione del tumore è stata dimostrata in numerosi esperimenti su cavie da laboratorio. In questi esperimenti si è visto che il processo di detossificazione del fegato aumentava del 600% , e quello dell'intestino del 700%, quando alla dieta di questi animali venivano aggiunti chicchi di *Coffea arabica*. Risultati analoghi sono stati registrati sull'uomo nel caso di somministrazione di enteroclismi a base di *Coffea arabica* ([1334-1336]).

Si può quindi affermare che gli enteroclismi a base di *Coffea arabica* stimolano la dilatazione delle vie biliari facilitando l'eliminazione attraverso il fegato delle tossine prodotte dal tumore e la dialisi dei residui tossici del sangue attraverso le pareti del colon.

L'enteroclisma a base di *Coffea arabica* è a tutti gli effetti un elemento terapeutico. L'assunzione della *Coffea arabica* per via orale non ha assolutamente gli stessi effetti della somministrazione per via rettale. Addirittura, la *Coffea arabica* potrebbe causare il riassorbimento della bile tossica. I farmaci di sintesi chimica, definiti come "coleretici", benchè aumentino la produzione di bile da parte del fegato, non stimolano però l'azione detossificante del sistema enzimatico dell'organo stesso (effetto colagogo). Inoltre, i farmaci chimici di sintesi non assicurano il passaggio della bile attraverso tutto l'intestino (effetto lassativo) evitando il suo pericoloso riassorbimento da parte delle pareti intestinali stesse. E' fisiologicamente normale, del resto, che la bile venga riassorbita dalle pareti intestinali fino a 10 volte, prima di essere espulsa con le feci.

Il dottor Gerson ipotizzò le diverse azioni e i diversi effetti fisiologici degli enteroclismi di *Coffea arabica*, e ne osservò i benefici clinici.
Introducendo un litro di soluzione di *Coffea arabica* bollita nel Colon, si ottengono i seguenti benefici fisiologici:

1) Diluizione del sangue portale e di conseguenza della bile
2) La Teofillina e la Teobromina, gli elementi nutraceutici più importanti della *Coffea arabica*, dilatano i vasi sanguigni e contrastano l'infiammazione dell'intestino.

3) I Palmitati della *Coffea arabica* aumentano la percentuale di GST che è responsabile dell'eliminazione di molti radicali tossici dal siero ematico.
4) Il liquido dell'enteroclisma stimola il Sistema Nervoso Simpatico, favorisce la peristalsi e il transito della bile tossica diluita dal duodeno e la conseguente espulsione attraverso il retto.
5) Poiché il liquido dell'enteroclisma rimane nell'organismo per 15 minuti al massimo, e poiché tutto il sangue presente nell'organismo passa attraverso il fegato ogni 3 minuti, gli enteroclismi a base di *Coffea arabica* costituiscono un metodo di dialisi del sangue attraverso le pareti intestinali.

Nota 1: è comunque molto importante l'utilizzo di grandi quantità di centrifugati di frutta fresca e verdura fresca biologica, a causa della pericolosa depauperazione di Potassio e di Magnesio, a causa degli effetti diarroici degli enteroclismi. In questa luce, risulta sempre necessario eseguire periodici e ravvicinati esami del sangue soprattutto per il Potassio.

Nota 2: In altre cure mediche di altri Autori sono state anche riportati enteroclismi a base di *Aloe vera*, con procedimento di preparazione molto simile a quello con *Coffea arabica* secondo metodo Gerson. Si ritiene che l'impiego dell'*Aloe vera* per enteroclisma possa rivestire la stessa efficacia della *Coffea arabica* , o addirittura proprietà superiori, in base al fatto che questa pianta ha proprietà sia di tipo "coleretico" a livello epatico (con effetto detossificante a livello dei dotti biliari), e sia proprietà "lassative" a livello intestinale, evitando così il riassorbimento delle sostanze tossiche da parte della parete intestinale.

Nota 3: molto utile è anche la detossificazione con olio di semi di *Helianthus annuus* spremuti a freddo, al dosaggio di un cucchiaio grande da minestra tenuto in bocca per non meno di 15 minuti e un massimo di 20 minuti, salivando in abbondanza, fino a sentire l'olio in bocca molto più fluido. Quindi, eliminare l'olio dalla cavità orale, avendo cura di sputare completamente tutto il residuo biancastro, poiché estremamente ricco di tossine. Quindi risciacquare la bocca con acqua minerale di buona qualità.

Impiego di *vitamine* ad attività anti-infiammatoria
(vedi anche cap.9)

1) *Aegle marmelos* (India): ha anche azione sedativa; contiene anche acido linoleico, e l'olio dei suoi semi ha attività anti-batterica.
2) Corteccia di *Aesculus hippocastanum*: ricco di Bioflavonoidi, aumenta la resistenza dei capillari, diminuendone la loro permeabilità con effetto anti-infiammatorio e anti-edemigeno.
3) *Aloe arborescens* o *ferox*, o *barbadensis* (*vera*) mista a Miele biologico di buona qualità (vedi anche cap.4.b).
4) Corteccia di *Azadirachta indica* (Arishta, Nimba, Neem, Albero sacro): la Nimbidina (400 mg / kg) è paragonabile al Fenilbutazone (100 mg / kg); la pianta contiene anche Quercetina e Rutina; l'olio essenziale è anche antibatterico (*Staph. aureus*, *E. coli*, *S. pyogenes*) ed agisce anche su vermi intestinali. Potente insetticida naturale, in India viene usato anche nelle coltivazioni per proteggere le piante vicine.
5) *Baliospermum montanum* (Danti, India): promettente pianta, le cui radici sono attualmente allo studio per la cura delle epatopatie avanzate, con ascite, itterizia, etcc..
6) Estratto acetonico di *Boerhaavia diffusa* (Punarnava): inibisce l'incremento dell'attività dell'aminotransferasi nell'Artrite, in maniera analoga all' Idrocortisone.

Corteccia di *Boswellia serrata* (India): blocca l'enzima 5-lipossigenasi, inibendo così l'azione dei Leucotrieni; azione immuno-modulante (estremamente effficace nell'Artrite Reumatoide); induce apoptosi su melanoma e fibrosarcoma ([1131 http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/acido%20boswellico%20induce%20apoptosi%20su%20cellule%20del%20melanoma%20e%20del%20fibrosarcoma.pdf

7)). Contiene gli acidi boswellici, spiccatamente anti-artrosici. Questa pianta determina aumento di flusso sanguigno ai tessuti articolari, inibizione dei mediatori dell'infiammazione e il supporto alla sintesi dei mucopolisaccaridi.
8) *Camellia sinensis* (The verde): contiene diverse sostanze anti-ossidanti; occorre però utilizzare le foglie giovani e i boccioli vergini, senza ricorrere alla fermentazione che distrugge gran parte delle sostanze attive (vedi anche cap.5 e 9).
9) Frutti maturi di *Capsicum annuum* (Peperoncino): a piccole dosi si sono dimostrati utili in caso gastrite, emorroidi, catarri cronici del faringe e della tromba, otite media cronica.
10) Foglie fresche di *Cardiospermum halicacabum* (durante il periodo di fioritura): riduce le reazioni d'ipersensibilità; in valutazione per possibili effetti collaterali; sembrerebbe simile al Cortisone.
11) *Psidium guajava* (Guava): ha una certa azione contro la cachessia da Cancro.
12) Foglie e sommità fiorite di *Cnicus benedictus* (Cardo santo, Cardo benedetto, Erba benedetta): efficace febbrifugo. Nota: simile al *Geum urbanum* (Erba benedetta, Cariofillata di Monte).
13) *Commiphora mukul* (Guggulu): la frazione cristallina steroidea della sua resina inibisce completamente la comparsa delle lesioni primarie nell'artrite, ma in maniera meno efficace dell'Idrocortisone. Riduce però la severità delle lesioni secondarie in maniera più efficace dell'Idrocortisone e del Fenilbutazone.
14) Corteccia di *Crataeva nurvala* (India): utile anche per eliminare calcoli renali.
15) Olio essenziale di *Curcuma longa* (Zafferano delle Indie): previene l'ulcera gastrica da FANS; azione epato-protettiva da avvvelenamento da tetra-cloruro di Carbonio); i suoi polisaccaridi rivestono attività immuno-stimolante, ricordando l'*Astragalus membranaceus.*
16) *Cyperus rotundus* (India): anti-infiammatorio, antipiretico, anti-istaminico.
17) Foglie e rametti di *Eucalyptus globulus* (Albero della Febbre): ormai in disuso (si usa invece per infezioni delle vie respiratorie).
18) *Evodia rutaecarpa* : anti-infiammatoria

19) *Foeniculum vulgare* (Finocchio selvatico, Anice dolce, Erba buona): efficace sulla nausea indotta da farmaci (anche se da Chemio-Terapia); contiene un olio essenziale, principale responsabile delle azioni terapeutiche, con Anetolo, Fencone, mucillagini, flavonoidi, vitamine e minerali. I frutti, chiamati erroneamente semi, sono ricchi di quest'olio essenziale, che presenta azione digestiva, facilitando l'assorbimento di sostanze nutritive ([993]), azione diuretica, anti-settica, anti-gottosa, anti-artritica ([994]), azione antidispeptica e anti-dismenorroica ([995]).
20) Estratto di *Ginkgo biloba*, poiché ricco di Flavonoidi, Flavoni e Leuco-antociani; alcuni bisflavonoidi (Ginketolo, Isoginketolo, Bilabetolo) agiscono sulle membrane cellulari stabilizzandole; il Ginkolide blocca la perossidazione lipidica e la formazione dei radicali liberi; inibisce inoltre il fattore di attivazione delle piastrine (PAF), riducendo così in rischio di trombosi; nota: controindicato in soggetti con turbe della coagulazione; l'uso combinato con anti-aggreganti piastrinici è sconsigliato. Sembrerebbe efficace sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica ([722]).
21) *Hamamelis virginiana* (Nocciolo delle Streghe): è particolarmente ricco di Flavonoidi, acido fenolico, colina, sali minerali: eccellente vasocostrittore venoso; diminuisce la permeabilità capillare e aumenta la resistenza delle pareti vasali, riassorbendo gli edemi.
22) *Harpagophytum procumens*: bisogna utilizzare soltanto le radici secondarie tuberizzate; analogamente all'*Aloe arborescens* ha una buona azione anti-infiammatoria senza gli effetti collaterali dei FANS o, soprattutto, dei Cortisonici (questi ultimi sono immuno-depressori), con assenza di tossicità e buoni effetti analgesici; assumere sempre a stomaco pieno; sconsigliato a donne in gravidanza e a minori di 12 anni. Studi effettuati evidenziano l'attività antiflogistica, analgesica e antispasmodica ([1003]); efficace comunque nelle patologie artrosiche ([1004]); la sua azione antireumatica potrebbe essere forse potenziata dall'associazione con la *Dioscorrea villosa* ([1005]).
23) *Ledum palustre* (Rosmarino selvatico): si utilizzano i germogli giovani essiccati; contiene olio enterico, flavoni, Arbutina, *Canfora ledum*, Ericolina.
24) *Matricaria chamomilla* (Camomilla vera): riduce l'ipersensibilità al dolore
25) *Musa sapientum, acuminata, paradisiaca* (Banana): dal suo frutto si estraggono i sitoindoside I e II; questi, in rapporto di 5:1, determinano una completa protezione contro le ulcerazioni gastriche, anche se farmaco-indotte.
26) *Chrysantellum americanum*: possiede sia i Flavonoidi che le Saponine, ottenendo un aumento del tono venoso e una diminuzione della permeabilità capillare.
27) *Glycyrrhiza glabra*: le sue radici e il rizoma contengono sostanze anti-infiammatorie; se assunta per lungo tempo può indurre ipertensione.
28) *Achillea millefolium*: contiene un olio essenziale, simile a quello della *Matricaria chamomilla*, (Camomilla comune) contenente Azulene e alcuni tipi di Lattoni, i quali esplicano azione anti-infiammatoria.
29) Foglia di *Vaccinium myrtillus*: migliora il circolo venoso, poiché ricca di fattori vitaminici
30) *Okoubaka aubrevillei*: recentemente rivalutata.
31) *Spiraea ulmaria*: come il *Salix alba* e l'*Aloe arborescens*, contiene dei salicilati; di qui la sua azione anti-infiammatoria.
32) Radice di *Petasites officinalis*: anti-dolorifica estremamente promettente, attualmente allo studio
33) *Picea marina* (Abete nero): dalla resina si estraggono dei composti utili contro la gastrite.
34) *Pterocarpus santalinus* (India): recentemente rivalutato ([621]).
35) Radice di *Ruscus aculeatus*: potente vasocostrittore, anti-infiammatorio e anti-edemigeno.
36) Foglia di *Ribes nigrum*: potente diuretico; elimina l'acido urico; dev'essere usato con prudenza nel paziente iperteso, a causa della sua azione DOCA-simile; presenta le stesse contro-indicazioni d'suo dei Cortisonici. Contiene più di 500 tipi diversi di Bioflavonoidi, Tannini; ha proprietà anti-infiammatorie ed è quindi indicato in associazione al *Harpagophytum procumbens*.

37) *Rubia cordifolia* (India): attività anti-infiammatoria; gli esapeptidi ciclici hanno dimostrato attività anti-tumorale in studi preclinici.
38) Corteccia di *Salix alba*: analogamente alla *Filipendula ulmaria* e all' *Aloe arborescens* contiene dei salicilati.
39) *Scutellaria baicalensis* o *latiflora* (Zucchetto, Papalina): i suoi Flavonoidi hanno una marcata attività anti-infiammatoria non steroidea (FANS), molto simile a quella dell'Indometacina e del Fenilbutazone, ma senza tuttavia i noti effetti collaterali; possiede anche attività anti-istaminica, anti- batterica e anti-virale; in Cina è impiegata per la cura del glioma, del carcinoma polmonare e dell'esofago. In Calabria è stata trovata la variante *Scutellaria bardana* (Menta della Sila).
40) *Tanacetum parthenium* (Partenio): contiene 6 gruppi di composti d'interesse fito-farmaceutico; i Flavonoidi, i Sesquiterpeni (tra cui il Partenolide), i Monoterpeni, gli eteri spirochetanolici, i Polifenoli e i Tannini. Il Partenolide lattone sesquiterpene induce apoptosi in molti tumori, con deplezione di Glutatione, attivazione delle Caspasi 7,8,9, over-espressione di GADD153, un gene anticancro, e susseguente apoptosi ([701]). Gli altri effetti biologici sono:

a) riduzione dell'eccitabilità della muscolatura liscia (vasocostrizione) in presenza di mediatori dell'infiammazione (es.: Cascata Immunitaria);
b) inibizione della sintesi dellle Prostaglandine;
c) riduzione della Esocitosi (superiore ai FANS).

Infine, il *Tanacetum parthenium* ha la capacità di prevenire il rilascio di acido arachidonico ([583]), inoltre la sua azione anti-infiammatoria si esercita anche inibendo la degranulazione dei polimorfonucleati ([584]).
41) Foglia di *Vitis vinifera*: è ricca di Tannini e Antociani; questi ultimi agiscono contro le sostanze ossidanti agenti sulle pareti venose.
42) *Pygeum africanum*: questa pianta contiene Steroli, Triterpeni ed esteri ferulici, che inibiscono la produzione di Prostaglandine.
43) corteccia dell'*Ulmus rubra* (o *fulva*): le sue mucillagini hanno un elevato effetto gastro-protettore e anti-infiammatorio, soprattutto se assunte prima dei pasti.

Associazioni di più vitamine fito-terapiche

Primo Livello: impiego di estratti di erbe singole (*Desmodium ascendens*, *Harpagophytum procumbens*, *Matricaria chamomilla, Petasites officinalis, Polygona chinensis* …) o in associazione di più erbe, sempre comunque con applicazioni locali di olio di *Melaleuca alternifolia*, o di olio di *Arnica montana* o di composti di varie erbe.

In particolare, si segnala la seguente tisana, di facile preparazione domestica: mescolare 50 grammi di estratto di *Tilia tomentosa* aut *argentea* (alburno) con 25 grammi di bacche di *Juniperus communis*; versare un cucchiaio grande di questa mistura con mezzo litro di acqua fredda, mettere sul fuoco e portare a ebollizione, mantenendola così per 5 minuti; aggiungere poi, con altri 5 minuti di permanenza sul fuoco, un cucchiao costituito dalla seguente mistura fresca: 25 grammi di *Matricaria chamomilla*, 25 grammi di *Spiraea ulmaria*, 25 grammi di *Thymus serpillum*, 25 grammi di foglie di *Fragaria vesca*; filtrare e bere la tisana fredda diverse volte al giorno secondo bisogno.

Secondo Livello: *Argilla superventilata verde da terreno biologico* (miscelare con acqua non clorata, in recipiente di rame, applicare tiepida sulle zone doloranti, alta almeno 1 centimetro e da tenere applicata per almeno 1 ora); l'Argilla verde può essere di tipo comune o di tipo speciale, come l'Argilla verde macinata fine superventilata.

Terzo Livello: Gel di *Melaleuca alternifolia* o di *Aloe arborescens*.

In via di abbandono: Paracetamolo; l'Ibuprofene-Arginina, Cortisone per via intramuscolare o sottocutanea dopo copertura gastrica con 4-5 cucchiai grandi di *Aloe arborescens*

Impiego di sostanze energetizzanti per sostenere l'aumentato metabolismo piretico (febbre)

La febbre indotta dalla Cascata Immunitaria consuma elevate quantità di energia: ciò può comportare la riduzione sia di massa neoplastica (effetto positivo), sia di massa muscolare (effetto negativo). Si deve pertanto rimarcare la necessità di tenere continuamente sotto osservazione clinica la perdita di peso del paziente, i valori ematici dell'Albuminemia, e ricorrere comunque a due principi terapeutici di base:
1) attività fisica del paziente, allo scopo di ridurre il più possibile il consumo della massa magra (muscolatura).
2) Somministrazione, nella dieta, di sostanze energetizzanti non pericolose. Queste sostanze possono essere ricondotte sostanzialmente a: Mandorle, Olive, Cereali, Leguminose.
Nota importante: non associare mai però, nello stesso pasto i Cereali con le Leguminose, per rischio di sommazione dietetica di aminoacidi essenziali (con effetto quindi simile all'ingestione di Carne, Uova, Pesce, Formaggio….).
Fra i cereali, meritano l'attenzione l'Orzo, il Kamut, il Miglio, il Farro, il Riso giapponese, il Frumento. Da scartare, invece, l'Avena, il Mais la Segale e l'Amaranto, poiché cotenenti Lisina (Segale e l'Amaranto), poiché troppo ricchi di proteine (Kamut), o perchè geneticamente alterati (trangenici) e resi tossici (Mais).
Da scartare legumi come la Soia poiché transgenica e comunque poiché ad elevato contenuto proteico.
I Cereali non possono essere impiegati sotto forma di Chicchi o di Fiocchi a causa dell'elevata curva glicemica risultante nel sangue, ma possono essere assunti soltanto sotto forma di Farine.

E' estremamente importante che i Cereali siano integrali.
La Farina è ovviamente la materia prima per averli sotto forma di Pasta, Pane (senza lievito) o Polenta.
In passato, famosa era il *Plus* (Polenta di Farro, Orzo, e Grano saraceno accompagnata con Verdure, Olive, Cipolle e Aglio). Ma il *Fagopyrum esculentum* (Grano saraceno) non può essere associato nel nostro caso, poichè ricco di Lisina, come molte leguminose, con possibile rischio quindi si sommazione di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali.
Il Frumento è il cereale più diffuso: il Glutine, contenuto nei suoi semi in proporzione ideale, lo rende particolarmente idoneo alla lievitazione e alla panificazione; ne esistono due varietà: Grano Duro (*Triticum durum*) e Grano Tenero (*Triticum aestivum* o *vulgare*); la percentuale di proteine è intorno al 13% (*Triticum vulgare*) e 12,5% (*Triticum durum*).
Con l'introduzione della macinazione con mole d'acciaio, che hanno sostituito quelle tradizionali in pietra, si è passati alla produzione in larga scala di farine bianche, cioè raffinate, che hanno conservato il valore energetico, ma non quello nutritivo (vitamine), poiché prive degli strati esterni del chicco (Crusca) e del Germe di Grano (vitamina E, vedi cap. 9.e).
Molto spesso, si tenta allora di riaggiungere la Crusca alla farina bianca, ma il prodotto ottenuto non ha nulla di paragonabile alla vera farina integrale: la vera Semola è infatti di colore ambrato piuttosto uniforme, rispetto invece a queste miscelazioni che sono facilmente riconoscibili (caratteristico fondo puntinato con parti marroni più o meno scure).
Altri cereali: Riso giapponese (proteine: 6%), Miglio (proteine: 11%), Orzo (proteine: 11%), Avena (proteine: 12%), Mais (proteine: 9,5%), Segale (proteine: 16%), Amaranto (proteine: 16%), Farro (proteine : 12%), Kamut (*Triticum turgidum*).
Il Grano saraceno o Grano nero (*Fagopyrum esculentum*), non è un cereale; a differenza di questi ultimi è particolarmente ricco di Lisina e Triptofano; contiene molto Ferro, Magnesio, e vitamine del gruppo B; (proteine: 11%); non deve essere assunto assieme a cereali e patate a causa del rischio quindi si sommazione di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali.
Il Farro sembrerebbe privo di curva glicemica alta, a differenza di altri cereali, con buon impiego quindi nei pazienti con neoplasia, in cui alti picchi glicemici nel sangue sono da evitarsi.

L’Amaranto dev’essere eliminato dalla dieta di un paziente neoplastico non solo a causa dell’elevato contenuto proteico (16%) ma anche a causa della presenza di Lisina, un aminoacido essenziale quasi assente negli altri cereali, con possibile rischio quindi si sommazione di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali in caso di assimilazione contemporanea nello stesso pasto di Amaranto con altri cereali come soprattutto il Frumento o il Mais (anche se non transgenici).
Nota: le Paste di tipo integrale (Farro, Kamut, Orzo, etcc…) essendo integrali, rilasciano amido per cui, a differenza delle paste fatte con Grano duro, devono essere accuratamente scolate. Il sapore è più ricco delle paste bianche, al punto che, non volendo perdere la sostanza che viene scolata, è consigliabile tenerla da parte per una minestra di Verdure serale, ad esempio cuocendo in poca acqua delle Verdure con mezzo Dado vegano biologico, e frullarle con questa scolatutura, fino ad ottenere un'ottima crema. Esistono in commercio diversi composti alimentari che cercano d'integrare l'alimentazione con gran parte di questi cereali. Bisogna scegliere farine integrali, prive di sostanze aggiunte.

Cap.11:

Vitamine ad attività anti-infettiva

Il sistema immunitario a livello gastro-intestinale è il più sviluppato dato il carico antigenico a cui l'organismo viene esposto: la superficie cutanea è infatti soltanto di 2 metri quadrati, la superficie polmonare è di 80 metri quadrati, mentre la superficie gastro-intestinale raggiunge i 300 metri quadrati.
Il sistema immunitario gastro-intestinale, essendo estremamente sviluppato, giustifica l'azione di molte vitamine fito-terapiche date per via orale allo scopo d'indurre una immuno-stimolazione specifica verso particolari antigeni naturali come ad esempio le lecitine (vedi cap.4.f).

I disturbi del tratto gastro-intestinale, soprattutto se indotti e sostenuti da parassiti o funghi, influiscono invece pesantemente in senso negativo sui sistemi di difesa immunitaria dell'organismo umano.
Le cause scatenanti di questa grave alterazione della capacità immunitaria dell'organismo umano sono molteplici, iniziando con una "disbiosi", caratterizzata cioè dalla sostituzione dei normali batteri aerobi in aerobi patogeni e infine in anaerobi, miceti, aprendo così la strada a potenziali sovra-infezioni di tipo parassitario, determinando la disbiosi più temibile (granulocitosi su base di eosinofili).

La disbiosi gastro-intestinale è quindi una grave forma di alterazione della normale flora batterica intestinale, che conduce ad una graduale alterazione dei tessuti della mucosa intestinale (soprattutto colon) e quindi dei linfociti presenti nei linfonodi mesenterici, nelle Placche di Peyer, nella Lamina propria etc…

Questa alterazione della normale flora intestinale determina non solo la graduale alterazione della funzionalità del tessuto linfatico presente sulla mucosa intestinale, ma anche il graduale blocco delle strutture linfo-immunitarie poste a distanza, correlabili forse anche con patologie diverse come la colite ulcerosa, il morbo di Crohn, squilibrio immunitario, epatopatie.
In particolare, si sospetta che gran parte delle allergie alimentari possano essere riconducibili a gravi forme di disbiosi intestinale.

Essendo la parassitosi intestinale la causa più comune delle disbiosi più gravi si possono raggruppare gli alimenti in tre gruppi:
1) Alimenti indifferenti per l'instaurarsi di una disbiosi intestinale: Cereali e derivati;
2) Alimenti favorenti l'instaurarsi di una disbiosi intestinale: Latte e derivati (fra cui soprattutto Formaggio), Uova, Dolci, Gelatine, Zuccheri (ad eccezione di Fruttosio, Miele, succo di *Acer campestris canadensis* (Acero canadese); cibo OGM di dimostrata azione depletoria sui linfociti come ad esempio il Mais insetticida ([788-792]) e, molto probabilmente, altri alimenti OGM dello stesso tipo a base di *Bacillus thuringiensis*.
3) Alimenti ostacolanti l'instaurarsi di una disbiosi intestinale: alimenti acidi, fra cui soprattutto l' Aceto di Mele.

Vi sono terapie farmacologiche che possono compromettere gravemente le difese immunitarie gastro-intestinali instaurando così una disbiosi: la più grave è la Chemio-Terapia (anche se in mini-dose), seguita da Cortisone e da antibiotici di sintesi.

In forma di gran lunga inferiore, figurano anche: stress psichici, farmaci inibitori dell'ovulazione, intossicazioni da Mercurio (es.. amalgame dentali), conservanti, coloranti, cibi irradiati o cotti al forno a micro-onde, carenze di simbionti naturali (Lactobacilli).

Molto spesso, il rischio di infezione da parassiti viene sottovalutato, poiché ritenuto a bassa incidenza nell'elevato standard alimentare di vita odierno. In realtà il rischio permane comunque

alto, e si dovrebbero sempre lavare le Verdure crude almeno 4 volte (evitando comunque l'uso di acque clorate per i problemi relativi alle disvitaminosi).

L'importanza delle Verdure crude nell'alimentazione è primaria, ma se le Verdure non sono lavate, il rischio d'infezione comincia a farsi reale.

Molto complesso è anche il problema del Pesce e dei Crostacei che dovrebbero essere acquistati soltanto presso rivenditori qualificati.
In particolare, il Pesce fresco dev'essere sempre messo nel ghiaccio ed ivi mantenuto lungo tutta la catena del freddo.

Le parassitosi alimentari sono molto comuni nel terzo mondo, e questo richiede una particolare attenzione nei riguardi di qualsiasi derrata alimentare (Verdure, Frutta, Pesce, etc) proveniente da paesi a carente sviluppo igienico-sanitario.

In molti paesi del terzo mondo vi è scarsa attenzione alle acque impiegate per i terreni, spesso concimati di recente con "acque luride", "acque nere", acque di irrigazione inquinate o provenienti dagli spurghi dei pozzi neri dei vicini centri abitati….

Tale problema s'interseca con la questione degli elevati valori di pesticidi, Cloro e di altri composti tossici impiegati in elevata quantità nel terzo mondo per aumentare la produzione alimentare per l'esportazione, a scapito della qualità vitaminica e di oligo-elementi propri dell'Agricoltura Biologica.
Molto spesso si superano anche i livelli di sicurezza dei pesticidi e dei fertilizzanti impiegati in agricoltura, rendendo così anche tossico il cibo, per inquinamento chimico.

In tal modo, l'alimento così ottenuto (Frutta e Verdura in particolare) risulta pesantemente deprivato da vitamine e co-fattori vitaminici (vedi cap. 3 e 9) e contaminato invece da sostanze chimiche tossiche.

Vitamine fito-terapiche di riconosciuta azione anti-parassitaria e anti-micotica

1. *Aegle marmelos* (India): agisce sulla *Candida albicans*
2. Semi di *Areca catechu* : agisce su diverse forme di parassitosi
3. *Artemisia cina* (Fiori di Santonico): efficace su ascaridi.
4. L'estratto alcolico delle foglie di *Asparagus racemosus* inibisce anche la crescita dell'E*ntamoeba histolytica* (nota: possiede anche effetto anti-tumorale in vitro nei confronti del carcinoma epidermoide umano e del carcinoma del rinofaringe,[700,752]).
5. *Azadirachta indica* (India): vermi intestinali
6. *Bambusa arundinacea* (India): parassiti intestinali; nota: sospetta azione apoptosica o pseudo-apoptosica su alcuni tipi di tumore).
7. *Berberis aristata*: nella febbre malarica, gli estratti di questa pianta sono ritenuti più efficaci del Chinino, poiché non provoca depressione cardiaca e/o danni all'udito. Inoltre risulta essere epato-protettore e adiuvante anche nei confronti della milza.
8. bacche di *Berberis vulgaris*: utili in molte forme di parassitosi
9. *Boerhaavia diffusa* (India): le radici hanno proprietà anti-emintica (anche effetto diuretico, lassativo ed espettorante).
10. Frutti di *Brucea sumatana* : utili in molte forme di parassitosi
11. *Butea frondosa* (India): la Palasonina risulta efficace contro *Ascaris lumbricoides e Toxocara canis.*

12. Semi di *Cucurbita pepo* (Zucchine) ad attività anti-parassitaria (nota: anche ricchi di Zinco).
13. Frutti di *Embelia ribes*: anti-elmintico, in particolare su ascaridi e tenie; azione anti-batterica; l'Embelina riduce la lipo-perossidazione nel fegato, nell'intestino e nei reni, incrementando i livelli degli enzimi anti-ossidativi endogeni; il Potassio embelato, contenuto nel frutto, dimostra attività analgesica; riconosciuta anche azione lassativa, carminativa e diuretica.
14. *Cuminum cyminum* (Cumino romano): il suo frutto, maturo ed essiccato, possiede attività antifungina e antimicrobica.
15. Rizoma di *Curcuma longa*: la Curcuma ("Zafferano delle Indie o dei Poveri") è anti-elmintico e immuno-stimolante; possiede anche spiccate attività anti-infiammatorie, epato-protettive da tetra-cloruro di Carbonio.
16. *Ficus religiosa* (corteccia dei suoi rami): attività anti-protozoaria verso *Entamoeba histolytica*, attività anti-elmintica contro *Ascaridia galli*.
17. *Hagenia abyssinica* (Cusso): agisce su *Ascaris lumbricoides*, tenie e cestodi
18. Corteccia di *Holarrhena antidysenterica*: anti-infiammatoria, antipiretica, immuno-stimolante; l'alcaloide Conessina è efficace contro la dissenteria indotta da *Entamoeba histolytica*, letale contro i protozoi, efficace in lieve misura, invece, nei confronti della *Trichomas hominis*. Attualmente sotto studio la Narconessina, l'Isoconessina e la Kurchina. Di recente sono stati individuati due nuovi alcaloidi: Holacina e Holacimina (sospettata azione apoptosica su tumori).
19. *Hydrastis canadensis* (Idraste): riferita azione antimalarica.
20. *Inula racemosa*: attività anti-fungina paragonabile alla Nistatina, ma inferiore all'Amfotericina B. Presenta anche attività anti-infiammatoria, anti-piretica e anti-spasmodica.
21. *Inula helenium* (Enula campana, Elenio, Erbella, Inula): variante europea di quella indiana; in valutazione per gli stessi scopi applicativi. Impiegata soprattutto la radice.
22. *Juglans nigra* (Noce nero americano): il suo Mallo verde si è dimostrato efficace.
23. *Mallotus philippinensis* (Camala): agisce su molte forme di parassitosi.
24. La *Medicago sativa* è efficace contro *Candida*, *Torulosi*, *Geotrichum candidum* e *Rhodotorula glutinins* ([987]); estremamente efficace nella prevenzione delle malattie cardiovascolari ([988-992]), ma pericolosa per i pazienti neoplastici a causa del suo contenuto di Lisina.
25. *Picrorrhiza kurroa*: anti-elmintico
26. *Simarubra amara*: riferita azione antiparassitaria al dosaggio di 1 grammo/primogiorno, seguito da 0,3 grammi al giorno per i 15 giorni successivi.
27. *Teucrinum marum* : efficace contro gli Ossiuridi.
28. *Tribulus terrestris* : anti-elmintico e immuno-stimolante; induce apoptosi su osteosarcoma ([1134]).
29. *Acido caprilico* (noto anche come *acido ottanoico*): acido grasso che si estrae dalle noci di Cocco e dall'olio di Palma; dissolve la membrana cellulare della *Candida albicans* e di altri funghi. Viene ben assorbito dall'intestino, distribuendosi poi in maniera uniforme anche nel *colon*, dove è più comune la colonizzazione da *Candida albicans.*
30. *Metil sulfonilmetano*: composto a base di Zolfo, presente in molti alimenti, ma facilmente degradabile dalla cottura; si è dimostrato efficace contro alcune forme parassitarie (*Giardia intestinalis*, *Tricomonas vaginalis*). Agisce anche come anti-ossidativo.
31. Coadiuvanti del trattamento anti-parassitario: *Brassica oleracea*, *Var capitata*, *Cynara scolymus* (anti-ossidante, epato-protettivo, diuretico), *Matricaria chamomilla*, *Sida cordifolia*, *Ocimum basilicum*, *sanctum* o *tenuiflorum*.
32. Molto utili sono anche i fermenti lattici, tipo *L. acidophilus*, coltivati in succo di Vegetali senza Lattosio e derivati del Latte, o comunque di preparazioni non latto-derivati, anch'esse prive di Zuccheri diversi dal Fruttosio; da assumere sempre lontano dai pasti.
33. Da valutare la possibile aggiunta dei FOS (non noto un possibile *uptake* glicemico da parte dei tumori), in vista di una possibile alternativa all'uso sistematico di antibiotici per risolvere infezioni ricorrenti in paziente neoplastico immuno-compromesso (vedi qui di seguito: antibiotici).

34. Nelle forme infiammatorie dell'intestino, di origine batterica, il Carbone Vegetale esercita il suo effetto assorbente sui batteri intestinali patogeni.

Antibiotici

In merito agli antibiotici, il loro impiego potrebbero essere necessario nel trattamento di pazienti immuno-depressi da Chemio-Terapia, anche se, in base a quanto indicato al capitolo 2, si rifiuta qualsiasi forma di Chemio-Terapia, poiché irrimediabilmente depletoria ed invalidante per le difese immunitarie del paziente stesso, nonché per tutti gli altri motivi indicati al capitolo 2.

Lo stesso Cortisone è comunque assolutamente da non impiegare in qualsiasi altra circostanza, tranne che per situazioni non arginabili con altri farmaci anti-infiammatori (FANS) o vitamine fito-terapiche anti-infiammatorie (vedi cap.10), in particolare può rendersi necessario in caso di tumori cerebrali.

In merito alle vitamine fito-terapiche ad uso antibiotico, vale quanto segue:

E' sotto studio l'*Ailantus glandulosa* (Albero del Paradiso), con i suoi germogli freschi, i fiori (potenziale Miele), corteccia; non può essere esclusa a priori anche una capacità anti-tumorale, essendo nota la sua efficacia su patologie a carico dei linfonodi del collo e sulle tonsilliti.

L' *Alchornea castaneifolia* (Iporuro), è risultata efficace contro le varietà di *Staphylococcus aureus*, *E. Coli*, e *Aspergillum niger* divenute resistenti alla Penicillina G.

L' *Aloe arborescens* o *vera*, inteso come antibiotico, è anch'esso da considerare ([12, 58, 140, 162, 163, 262, 486]).

Numerose risultano essere le piante ad azione antibiotica: un particolare fito-farmaco è l'olio essenziale di *Melaleuca alternifolia*, efficace sia nei confronti di batteri che di funghi.

L' *Allium sativum*, ricco di Germanio 132 e di solfuro di Allile, presenta marcata attività antibatterica contro *Staphylococcus aureus*, *E. coli*, *Shigella sonnei* e *Salmonella tiphy*; si è dimostrato utile anche contro *Meningococcus*; la sua azione antifungina è presente anche nei confronti della *Candida albicans*; stimola inoltre la produzione di Glutatione perossidasi.

In Africa viene ancora usato in Enteroclismi.

La radice di *Aralia racemosa* (Nardo americano) facilita l'espettorazione del muco delle prime vie respiratorie, soprattutto in presenza di di tosse notturna; sospettata di potenziale effetto anti-tumorale.

La radice di *Arctium lappa* colta nel primo anno vegetativo, in autunno, o nel secondo anno, in primavera, prima dell'emissione dello scapo fiorale, riveste azione antibiotica (acido caffeico);

L'olio essenziale di *Azadirachta indica* è un buon antibatterico nei confronti dello *Staphylococcus aureus*, *E. coli*; (efficace anche contro alcuni tipi di vermi intestinali, vedi parassotosi).

La *Chimaphila umbellata* (Pirola ombrellifera) si è dimostrata utile per cistiti, cistopieliti croniche, acido urico; ipertrofia della prostata; è sospettata di azione anti-neoplastica su tumori mammari.

La *Centaurea cyanus* (Fiordaliso, Ambretta, Muneghetta), è efficace sull'orzaiolo.

La *Cetraria islandica* o *Lichen islandicus* possiede attività anti-batterica e anti-virale a causa delle sostanze mucillaginose contenute; esse inoltre hanno capacità gastro-protettiva; d'altra parte, a causa di alcune loro componenti (Lichenina e Isolichenina) che danno luogo, in acqua per idrolisi, alla formazione di Galattosio, è controindicato nell'alimentazione di un paziente oncologico, se non in minima quantità.

La *Glycirrhiza glabra* ha effetto secretolitico, ascrivibile alla componente saponinica, in particolare all'acido glicirrizico; è quindi indicata per tosse e catarro bronchiale e per le infiammazioni delle prime vie aeree, poichè agisce aumentando la secrezione di muco e rendendolo più fluido ([997]). L'acido glicirrizico esercita anche azione batteriostatica e antivirale: stimola inoltre la produzione d'interferone, ed è stato dimostrato che la polvere, cosparsa sulle ulcerazioni di *Herpes simplex* ne favorisce la guarigione ([998]); ha dimostrato anche effetto lassativo ([999]), estrogenico ([1000]), surrenalico([1001]); l'acido glicirrizico e il suo aglicone, l'acido glicirrretinico, principi attivi contenuti nella radice, svolgono anche attività anti-infiammatoria e cicatrizzante; accelerando i processi riparativi dell'ulcera gastro-duodenale. ([996]).

Lo *Juniperus commmunis* ha dimostrato un'azione inibitrice nei confronti del virus dell'*Herpes simplex* ([983]).

La *Phyllanthus niruri* inibisce la *DNA Polimerasi* nell'epatite B, e risulta efficace anche nell'epaitite C([1216]).
La *Primula veris* o *officinalis* risulta efficace come espettorante e anti-dolorifico nelle bronchiti.
La *Sida cordifolia* (Bala) rafforza le difese immunitarie, risultando utile in funzione anti-micotica, anti-batterica, anti-virale e anti-elmintica; contiene però Efedrina, sostanza tossica, particolarmente pericolosa per cardiopatici e ipertesi;tale pianta può essere quindi somministrata solo a dosaggi che il medico ritiene sicuri per il paziente.
La Terminalia belerica ha anch'essa attività anti-batterica.
La *Terminalia chebula* è utile nelle infezioni urinarie ed oculari; contiene anche un Antrachinone.
La *Tinospora cordifolia* è paragonabile alla Gentamicina nelle peritoniti da *E. coli*.
Le bacche di *Vaccinium myrtillus* rivestono una importante azione anti-settica delle vie urinarie a causa del loro succo, poiché contenenti l'acido ippurico: quest'ultimo inibisce in pratica l'adesività dei germi al tessuto dell'apparato urinario; inoltre l'elevata presenza di vitamina C determina l'acidificazione delle urine.
Altre piante ad attività antibiotica risultano essere il *Cuminum cyminum* (anche attività antifungina), il *Cyperus rotundus*, la *Picrorrhiza kurroa* (epatiti virali), il *Piper longum* (anti-batterico, epato-protettivo), la *Tephorosia purpurea* (epatiti virali), il *Tribulus terrestris*, la *Terminalia belerica*, le foglie di *Arctostaphylos uva-ursini* (cistiti, soprattutto se da *E. coli*)

Molte piante si sono dimostrate attive contro la Sindrome da Immuno Deficenza Acquisita (AIDS), sia attivando la risposta immunitaria contro il sospetto retrovirus HIV (o altro agente patogeno), sia intervenendo a livello stesso del DNA della cellula umana (linfocita T) infettata.
VEDI su : http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php : PIANTE ANTI-AIDS

Da INTERNET:

Vie urinarie al sicuro con il Mirtillo (FONTE SCONOSCIUTA)

La letteratura internazionale fornisce sempre più conferme e certezze sulle proprietà terapeutiche del mirtillo nella prevenzione e nel trattamento delle infezioni delle vie urinarie

La valenza terapeutica dell'estratto di Mirtillo nella profilassi e nella cura delle infezioni delle vie urinarie ha avuto il suggello definitivo nel 1994 e nel 1998 dopo la pubblicazione su JAMA ([1]) e sul *New England Journal of Medicine* ([2]) di due Studi che dimostravano sia l'efficacia clinica del mirtillo sia il meccanismo d'azione delle proantocianidine, il principio attivo contenuto nel succo di mirtillo responsabile dell'effetto benefico.

In particolare lo studio di JAMA ha posto l'accento sulla riduzione della batteriuria e della piuria in una popolazione di donne anziane (età media 78 anni): "*Abbiamo scelto una popolazione di donne anziane perché si tratta dei soggetti che hanno infezioni urinarie con frequenza maggiore e le abbiamo divise in modo randomizzato in un gruppo che riceveva il principio attivo e in un gruppo di controllo che assumeva il placebo*" spiega Jerome Avorn che ha coordinato lo studio.
"*Abbiamo raccolto campioni sterili delle urine delle pazienti all'inizio del trattamento e successivamente a intervalli di circa 1 mese. In tutti i campioni è stata effettuata una misurazione quantitativa e qualitativa della batteriuria. I risultati sono stati positivi e inequivocabili perché le donne del gruppo di intervento hanno avuto una riduzione statisticamente significativa sia della batteriuria sia delle infezioni successive al trattamento rispetto a quelle del gruppo di controllo*".

Dello stesso tenore le dichiarazioni di Amy Howell, della *Rutgers University*, a Chatsworth, nel New Jersey, che ha organizzato la ricerca pubblicata sul *New England Journal of Medicine*: "*Sapevamo delle proprietà positive delle antocianidine contenute nel mirtillo e abbiamo voluto capire di più del loro meccanismo d'azione. Per questo ho fatto selezionare i ceppi di Escherichia coli più aggressivi per le vie urinarie e ho allestito una serie di sospensioni in cui fosse possibile verificare l'effetto delle antocianidine su batteri ed epitelio urinario. Effettuando l'analisi cromatografica dei campioni ho verificato che l'antocianidina bloccava le fimbrie dei batteri inibendo l'adesione dei*

microrganismi alle cellule delle vie urinarie".
Negli anni a venire è stato un susseguirsi di prove di efficacia del mirtillo nelle infezioni delle vie urinarie: "*E' vero*" conferma Kennet Kerr sulle pagine di Lancet ([3]) "*L'estratto di mirtillo può essere efficace soprattutto nella prevenzione delle recidive delle infezioni all'apparato urinario, un aspetto rilevante della patologia perché il susseguirsi delle infezioni può determinare con facilità maggiore una risalita della flogosi con interessamento del parenchima renale*".
In tema della prevenzione delle recidive con l'estratto di mirtillo dice la sua anche Darren Lynch, ([4]) del *Beth Israel Medical Center* di New York, negli Stati Uniti: "*C'è dibattito sull'efficacia dell'estratto di mirtillo nella prevenzione delle recidive delle vie urinarie: infatti una revisione Cochrane* ([5]) *non ha trovato prove convincenti sulla forza profilattica del mirtillo nella prevenzione delle infezioni ricorrenti delle vie urinarie mentre un altro studio controllato e randomizzato condotto su 150 donne*[6] *ha mostrato che l'assunzione del mirtillo riduce in modo statisticamente significativo il numero di pazienti che hanno almeno un'infezione urinaria sintomatica una volta all'anno.*
Tuttavia ragionando in termini di costi e benefici vi sono almeno due aspetti che giocano a favore del mirtillo e ne consigliano l'uso: la sua tollerabilità e le scarse interazioni farmacologiche. La tollerabilità è infatti eccellente è l'unica accortezza da seguire quando si prescrive l'estratto di mirtillo è chiedere al paziente se ha mai sofferto di calcolosi alle vie urinarie perché sembra che possa aumentare la concentrazione di ossalati nelle urine" conclude il ricercatore.

Dalla Francia arrivano infine i risultati di una ricerca ([7]) che potrebbe spazzare una volta per tutte il campo dalle riserve in merito all'efficacia profilattica dell'estratto di mirtillo: "*E' vero, il nostro lavoro mostrerebbe in modo inconfutabile che il mirtillo previene le recidive*" conferma Patrick di Martino, dell'Università di Cergy-Pontoise. "*Per vederci chiaro abbiamo infatti allestito una ricerca che rispondesse ai criteri metodologici più rigidi: uno studio controllato e randomizzato, in doppio cieco e con il crossover dei pazienti dal braccio di intervento a quello di controllo. Fatte le valutazioni statistiche opportune è emerso che il mirtillo inibisce in modo efficace e significativo l'adesione dei ceppi patogeni di Escherichia coli all'epitelio della vescica*".
Appurato una volta per tutte che il mirtillo è efficace nella profilassi delle infezioni delle vie urinarie c'è anche stato chi è riuscito a dimostrare che l'estratto riesce a prevenire le recidive nel 100% dei casi di utilizzo ([8]): "*Ci siamo riusciti allestendo estratti di mirtillo con un'alta concentrazione di fenoli, sostanze ad attività antiossidante nota*" spiega Donald Bailey, il coordinatore della ricerca. "*La nostre pazienti, donne di età compresa tra i 25 e 70 anni con infezioni ricorrenti alle vie urinarie, sono state divise in 2 gruppi: uno di 4 soggetti che ha assunto il mirtillo per 3 mesi e l'altro di 8 soggetti che l'ha assunto fino oltre i 2 anni. Tutte e 12 non hanno avuto alcun episodio durante il trimestre di trattamento comune e le 8 che hanno continuato a prendere la terapia hanno continuato a essere libere dalla malattia per i 24 mesi successivi. L'infezione si è invece ripresentata nelle 4 pazienti che avevano sospeso il trattamento dopo le prime 12 settimane*". Il ricercatore precisa inoltre: "*La nostra è una ricerca pilota che ha considerato un campione di pazienti piuttosto ridotto. Tuttavia il lungo follow up ha dato risultati incoraggianti che spingono ad allestire studi con campioni di pazienti più numerosi*".
Infine l'ultima frontiera dell'estratto di mirtillo, ancora tutta da esplorare con studi approfonditi, ma certamente stimolante sotto l'aspetto scientifico: la potenziale azione antitumorale ([9])"*Abbiamo dimostrato che i flavonoidi e le antocianidine contenute negli estratti di mirtillo riescono ad arrestare la proliferazione tumorale e a determinare l'apoptosi di linee cellulari di glioblastoma, carcinoma colorettale e carcinoma della prostata*" spiega Peter Ferguson, dell'Università dell'Ontario, in Canada. "*Sono naturalmente risultati che andranno validati da studi multicentrici su scala più ampia, ma danno idea che il mirtillo sia una sostanza con risorse terapeutiche rilevanti*".

References

1. Avorn J et al. *Reduction of bacteriuria and pyuria after ingestion of cranberry juice*. JAMA 1994;271: 751-754.
2. Amy B Howell et al. *Inhibition of the adherence of P-fimbriated Escherichia coli to uroepithelial-cell surfaces by proanthocyanidin extracts from cranberries*. New Engl.J.Med. 1998;339: 1085-1086.
3. Kerr K G. *Cranberry juice and prevention of recurrent urinary tract infection*. Lancet 1999:353: 673.
4. Lynch D. *Cranberry for prevention of urinary tract infections*. Am.Fam.Phys. 2004;70: 2175-2177.
5. Jepson RG et al. *Cranberries for preventing urinary tract infections*. Cochrane database Syst rev 2004;(2):CD0001321.
6. Stothers L. *A randomised trial to evaluate effectiveness of naturopathic cranberry products as prophylaxis against urinary tract infections in women*. Can J Urol 2002;9: 1558-1562.
7. Di Martino P et al. *Reduction of Escherichia coli adherence to uoepithelial bladder cells after consumption of cranberry juice: a double-blind randomised placebo-controlled cross-over trial*. World J Urol 2006;24: 21-27.
8. Bailey DT et al. *Can a concentrated cranberry extract prevent recurrent urinary tract infections in women ? A pilot study*. Phytomedicine 2007;14: 237-241.
9. Ferguson PJ et al. *In vivo inhibition of growth of human tumor lines by flavonoids fractions from cranberries extract*. Nutr. Cancer 2006; 56: 86-94.

Cap. 12

Vitamine ad attività anti-uricemica

Nonostante l'assoluto digiuno di cibo contenente acidi nucleici (Carne, Pesce, Uova, Latte, derivati del latte), il paziente comincia a presentare elevati livelli di acido urico nel sangue, a possibile evoluzione in danno renale.

L'elevato incremento dell'acido urico è dovuto a fenomeni di Apoptosi a carico delle cellule tumorali (vedi cap.5), agli effetti della Cascata immunitaria (vedi cap. 4), e al disfacimento delle masse tumorali da enzimi (vedi cap.7): tutti fenomeni che determinando la morte di un gran numero di cellule tumorali…

Utili per eliminare l'acido urico, indotto da Immuno-Terapia, in associazione o in alternativa all'Allopurinolo, risultano essere diverse vitamine fito-terapiche di comprovata efficacia.

Nota 1: si ritiene ancora controindicato (fino a prova contraria) l'impiego dell'Allopurinolo in pazienti oncologici per considerazioni riferibili al cap. 3.

Sono qui di seguito elencate anche le piante ad azione curativa per ipertrofia prostatica, cistite, nefrite, calcoli renali.

1. *Adlumia fungosa* (Fumaria): ancora in valutazione per eventuali suoi effetti collaterali
2. *Agropyrum repens* (Gramigna, Dente di Cane, Grano delle Formiche): utile anche come pianta diuretica e anti-edemigena.
3. *Berberis vulgaris* (Crespino, Spina acida, Spino santo, Berberi, Berbero, Uva spinetta): diatesi urica, nefropatie, calcoli renali
4. *Betula alba* (nota: anche azione apoptosica su melanoma, vedi cap.5)
5. Decotto di semi di *Celastrus paniculatus*
6. *Citrus limonum*: diuretico, efficace per la prevenzione dei calcoli renali
7. *Chimaphila umbellata*: utile anche per cistiti, cistopieliti croniche, ipertrofia della prostata; sospettata di azione anti-neoplastica su tumori mammari.
8. *Erigeron canadensis*: utile anche come pianta diuretica.
9. *Eupatorium perfoliatum* o *purpureum*: è preferibile il *purpureum* come anti-uricemico e anti-settico delle vie urinarie; in entrambi i casi sono immuno-stimolanti.
10. *Fabiana imbricata* (Pichi-Pichi): diatesi uricemica, calcoli renali, cistite, prostatite
11. *Fraxinus excelsior*: secondo diverse fonti, è il miglior agente uricosurico esistente in natura.
12. *Harpagophitum procumbens* (Artiglio del Diavolo): molto efficace.
13. *Hieracium pilosella* (Pilosella): anti-uricemico di recente rivalutazione clinica.
14. *Mahonia aquifolium*: diatesi urica, nefropatie, calcoli renali; stranamente efficace anche contro la psoriasi, di qui il sospetto di una potenziale attività anti-neoplastica, forse su base apoptosica.
15. *Ononis spinosa* (Ononide): azione diuretica dovuta alla Saponina
16. *Orthosiphon stamineus* (The di Giava): pianta diuretica, efficace in caso di uricemia; utile anche a livello epato-biliare.
17. Foglie di *Perilla ocymoides*: efficace per diatesi urica, iperuricemia; efficace anche come anti-ossidativo.
18. *Petroselinum crispum o sativum* (Prezzemolo riccio): cistalgia, uretrite, epatopatie.
19. *Populus tremuloides*: corteccia interna fresca di rami giovani e foglie; utile per cistite acuta e cronica, ipertrofia prostatica, acido urico.
20. *Solidago virga aurea* (Solidago o Verga d'Oro): impiegata anche per nefrite cronica, ipertrofia prostatica, cistite
21. *Urtica dioica*: anche rimineralizzante di comprovata efficacia; purtroppo contiene molte proteine.

22. Bacche di *Vaccinum vitis idea* (Mirtillo rosso): l'Arbutina è diuretica e disinfettante per le infezioni comuni delle vie urinarie (cistiti, uretriti, etc.), essendo poi metabolizzata ed eliminata dai reni liberando Idrochinone; oltre a questa vi sono più di 500 tipi diversi di Flavonoidi con notevole effetto anti-ossidativo, vaso-protettivo, anti-infiammatorio; in particolare, sembrerebbero capaci d'indurre Apoptosi in alcune forme tumorali.
23. Decotto di *Arctostaphilos uva ursi*: estremamente efficace nelle coliche renali.

La "Preparazione renale di *Rudolf Breuss*":

Si possono anche preparare in casa alcune formulazioni famose da oltre un secolo nella medicina popolare, come ad esempio la "Preparazione renale di *Rudolf Breuss*":
15 grammi di *Equisetum arvense*;
10 grammi di *Urtica dioica* (secondo l'autore tedesco, la migliore è quella raccolta in primavera);
8 grammi di *Polygonum aviculare* (Correggiola);
8 grammi di *Hypericum perforatum*;
Si mette una presa (mezzo cucchiaio grande) in una tazza di acqua bollente e si lascia in infusione per 10 minuti; poi si filtra; si aggiungono ai fondi rimasti altre 2 tazze di acqua calda e si fa bollire per altri 10 minuti; quindi si filtra nuovamente e si mescolano fra loro le 2 tisane. Consigliabile 3 volte al giorno.

In Oriente sono applicate diverse formulazioni per la preparazione di erbe efficaci contro patologie prostatiche gravi ([703]): *Epidium brevicornum* (stimmi e parti aeree), *Morinda officinalis* (radice), *Rosa laevigata* (frutto), *Rubus chigius* (frutto), *Schisandra chinensis* (frutto), *Ligustrum lucidum* (frutto), *Cuscuta chinensis* (seed), *Psoralea corylifolia* (frutto), *Astragalus membranaceus*.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Equiguard%209%20erbe%20cinesi%20contro%20il%20cancro%20della%prostata.pdf

Cap. 13
Vitamine ad azione anti-telomerasica

"*La Terra è sufficiente per i bisogni di tutti, non per l'avidità di qualcuno*".

Mahatma Ghandi

Capitolo in formazione

Diversi principi attivi, estratti soprattutto da piante, sono attualmente studiati per verificare una loro attività selettiva anti-telomerica.

Si ricorda che almeno il 90% delle cellule tumorali presentano questa caratteristica, a differenza delle cellule normali.

In letteratura medica è stato segnalato di recente che l'*Uncaria tomentosa* presenterebbe questa caratteristica.

Sono attualmente in corso ricerche mirate su estratti derivati anche da altre piante come la *Camellia sinensis* (dati riservati)

Cap.14: Basso apporto energetico al tumore

Capitolo in formazione

Nei protocolli di cura antineoplastici è necessario controllare l'indice glicemico dei vari alimenti introdotti, e/o somministrando sostanze capaci di ridurre l'assorbimento glicemico, o riducendo la glicemia nel sangue, o infine inibendo la pompa ATPasica delle cellule tumorali, come ad esempio ottenuto con l'utilizzo della *Annona muricata* (Graviola) o della *Asimina triloba* (Paw Paw).

Diversi medici preferiscono somministrare per endovena 15 unità di INSULINA LENTA, in 1 litro di flebo.
Ma nei pazienti gersoniani in genere non è necessario superare le 3 Unità di INSULINA LENTA.
Personalmente si preferisce l'utilizzo dell'*Annona muricata* (Graviola) o della *Asimina triloba*

La solita disinformazione di massa sta raccontando in giro che la Graviola è una pianta chemio-terapica, e che i pazienti che fanno uso di Graviola, in realtà fanno Chemio….

Ho iniziato ad usare la Graviola nel 2002, sulla base del fatto che l'*Annona muricata* NON provoca aberrazioni cromosomiche nelle cellule umane sane alle normali concentrazioni d'impiego.

Come indicato al cap. 2.D, le aberrazioni cromosomiche sono la caratteristica più importante dei cancri, delle leucemie, dei sarcomi e di altri tumori maligni. Perciò qualsiasi sostanza che provochi aberrazioni cromosomiche NON dovrebbe essere usata per curare tali tumori….

Per quanto assurdo possa sembrare, la CHEMIO è basata su sostanze chimiche che provocano proprio le aberrazioni cromosomiche, come anche le stesse radiazioni ionizzanti….

E' indicativo che al cap. 20 sono riportate le piante velenose, molte delle quali provocano proprio aberrazioni cromosomiche, agendo sui recettori per la tubulina, impedendo la polimerizzazione con blocco metafasico (Hokanson, Diss.Abstr. Int.B, 37, pp. 1265, 1976); agendo quindi sia a livello di cellule malate che di cellule sane, e impedendo la polimerizzazione del DNA con blocco metafasico.

Piante tossiche, molte delle quali usate in Chemio-terapia: *Centaurea solstizialis, Chelidonium majus, Colchinum autumnale* (Colchico, Freddolina), *Colubrina texensis*, *Croton draconoides*, *Linum album*, *Lonchocarpus nicou*, *Mandragora officinarum*, *Podophyllum peltatum*, *Sanguinaria canadensis*, *Steganotaenia araviacea*, *Taxus baccatus* (Tasso, Albero della Morte).

Il fatto che una pianta medicinale NON provochi aberrazioni cromosomiche (almeno alle concentrazioni abituali di "Terapia Metabolica" condotte finora) è essenziale per dichiarare tale pianta "NON CHEMIO", e quindi in linea con la "Terapia Metabolica" descritta al cap. 17 che proibisce al medico di somministrare veleno ai propri pazienti.
Con tale linea di condotta, infatti, i medici che si dichiarano di orientamento simil-gersoniano, intendono così onorare l'antico Giuramento di Ippocrate, che proibiva al medico di somministrare veleno al suo paziente, anche se richiesto dallo stesso paziente….

Annona muricata (GRAVIOLA)

TESTO tratto da (vedi bibliografia: [725-735; 1657-1690])

Famiglia: annonaceae
Specie: muricata
Nomi comuni: Graviola, Soursop, Guanábana, Guanábano, Guanavana, Guanaba, Corossol épineux, Huanaba, Toge-banreisi, Durian benggala, Nangka blanda, Cachiman épineux

Parti utilizzate: foglie, semi, frutto, scorza, radici.

DESCRIZIONE

Proprietà/azione: antibatterico, anticancro, antiparassitario, antispastico, antitumorale, antidepressivo,antispasmodico, astringente, citotossico, febbrifugo, insetticida, ipotensivo, nervino, pettorale, piscicida, sedativo, stomachico, vasodilatatore, vermifugo.
Fitochimica: Acetaldehyde, Amyl-caproate, Amyloid, Annonain, Anomuricine, Anomuricinine, Anomurine, Anonol, Atherosperminine, Beta-sitosterol, Campesterol, Cellobiose, Citric-acid, Citrulline, Coclaurine, Coreximine, Dextrose, Ethanol, Folacin, Fructose, Gaba, Galactomannan, Geranyl-caproate Glucose, HCN, Isocitric-acid, Lignoceric-acid, Malic-acid, Manganese, Mericyl-alcohol, Methanol, Methyl-hex-2-enoate, Methyl-hexanoate, Muricine, Muricinine, Muricapentocin, Muricoreacin, Myristic-acid, P-coumaric-acid, Paraffin, Potassium-chloride, Procyanidin, Reticuline, Scyllitol, Stearic-acid, Stepharine, Stigmasterol, Sucrose, Tannin, Xylosyl-cellulose

Uso tradizionale: mezza tazza di un decotto da infusione di foglie o di scorza 1-3 volte al giorno o 1-3 ml di tintura 4:1 due volte al giorno oppure 2-5 gr di polvere di foglie in tavolette o capsule due volte al giorno.

La Graviola è un piccolo albero sempreverde a sviluppo verticale che cresce fino ad altezze di 5-6 metri con grandi foglie lucide verde scuro.

E’ nativa della maggior parte delle calde aree tropicali del Sud e Nord America, inclusa l’Amazzonia.

Produce un grande frutto commestibile a forma di cuore dal colore giallo-verde e bianco.

Il frutto è venduto nei mercati locali col nome di *Guanabana* o *Cherimoya brasilano* ed è eccellente per preparare bevande o sorbetti e, nonostante sia leggermente aspro-acido, può essere mangiato crudo.

Nelle zone tropicali tutte le parti della Graviola sono utilizzate dalla medicina naturale, incluse la corteccia, le foglie, le radici, il frutto e i semi.

Ad ogni parte dell’albero sono state attribuite diverse proprietà e usi.

Di solito il frutto e il suo succo è utilizzato per vermi e parassiti, per diminuire la febbre, per aumentare la quantità di latte delle mamme dopo il parto (lattogogo) e come astringente per diarrea e dissenteria.

I semi triturati sono usati come vermifugo, antielmintico contro parassiti e vermi interni od esterni.

La corteccia, le foglie e le radici sono considerati sedative, antispasmodiche, ipotensive e nervine, per questi scopi vengono preparati dei té.

La Graviola ha una ricca lunga storia di utilizzo nella medicina erboristica come pure un uso che si è tramandato per generazioni da parte degli indigeni.

Nelle Ande del Perù, il tè ricavato dalle foglie è usato per catarro e i semi triturati per eliminare i parassiti.

Nella foresta amazzonica la corteccia, le radici e le foglie sono utilizzate per il diabete e come sedativo e antispasmodico.

Le tribù indigene della Guyana utilizzano il tè prodotto con le foglie e/o la corteccia come sedativo e tonico cardiaco.

Nell'Amazzonia brasiliana il tè dalle foglie è usato per problemi al fegato mentre l'olio delle foglie e del frutto acerbo è mescolato con l'olio di oliva per essere usato esternamente per nevralgie, reumatismi e dolore da artriti.

In Jamaica, Haiti e Indie Occidentali, il frutto e/o il suo succo sono usati per febbre, parassiti, diarrea e come lattagogo mentre le radici o le foglie sono usate come antispasmodico, sedativo e nervino per problemi cardiaci, tosse, influenza, parto difficile, asma, astenia, ipertensione e parassiti.

Nella Graviola sono stati trovati molti composti bioattivi, frutto di ricerche effettuate da scienziati sin dagli anni '40.

Molti degli usi nella Medicina Naturale sono stati confermati da queste ricerche scientifiche.

I primi studi risalgono al periodo 1941-1962.

Alcuni studi su animali condotti da diversi ricercatori hanno dimostrato che sia la corteccia che le foglie hanno attività ipotensive, antispasmodiche, rilassanti dei muscoli lisci e cardio depressive.

Nel 1991 alcuni ricercatori hanno confermato le proprietà ipotensive della Graviola nei ratti.

Molti altri studi durante gli anni hanno dimostrato che le foglie, la corteccia, le radici, lo stelo e gli estratti dei semi possono agire come antibatterico (in vitro) contro numerosi agenti patogeni mentre la corteccia ha anche proprietà funghicide.

In uno studio del 1991 i semi di Graviola hanno evidenziato proprietà antiparassitarie; l'estratto delle foglie ha mostrato proprietà funghicide.

Secondo uno studio del 1940 le foglie, le radici e in particolare i semi, hanno dimostrato forti caratteristiche insetticide.

In un recente studio del 1997 su animali, sono stati scoperti nuovi alcaloidi nel frutto della Graviola con effetti antidepressivi.

Nel 1976, in un programma di tests su piante da parte del *National Cancer Institute* (USA), le foglie e lo stelo della Graviola hanno mostrato un'attiva citotossicità (proprietà di danneggiare cellule o distruggere cellule caratteristiche di alcune sostanze o cellule) contro cellule cancerose e i ricercatori stanno continuando le ricerche fin da allora.

La maggior parte delle ricerche sulla Graviola si sono concentrate su un nuovo gruppo di composti chiamati *Annonacee acetogenine*.

Le potenti capacità antitumorali, come pesticida e/o insetticida di queste *Annonacee acetogenine* sono stare registrate e brevettate.

La Graviola produce questi composti naturali nelle foglie, nella corteccia e nei rami di cui sono state dimostrate le forti proprietà antitumorali e pesticide.

Tre studi di laboratorio separati sul loro meccanismo d'azione hanno determinato che le *Acetogenine* sono degli stupendi inibitori del Complesso I (NADH – ubichinone reduttasi) nel sistema di trasporto degli elettroni nella membrana mitocondriale per diversi organismi, inclusi i tumori.

Ricerche su varie specie di piante Annonacee hanno fatto emergere molte *acetogenine* estremamente potenti.

Molte hanno una citotossicità con valori di ED50 (dose efficace mediana) di circa 10-9 ug/ml.

Altri componenti attivi dalla Graviola e di altre piante annonacee sono state sottoposti al NIH (*National Institute of Health*) dalla *Purdue University* come possibile protezione anti-AIDS e questo lavoro è continuato con diverse altre piante della stessa famiglia.

Finora lo staff della Purdue ha registrato almeno 9 brevetti in America e internazionali sulle loro ricerche relative all'uso e alle proprietà antitumorali e insetticida di queste *acetogenine*.

Tre diversi gruppi di ricerca hanno isolato nuovi composti nei semi e nelle foglie della Graviola che hanno dimostrato significative proprietà antitumorali, anticancro e una **tossicità selettiva** contro vari tipi di cellule cancerose ed hanno pubblicato le loro scoperte in otto studi clinici.

Uno studio alla *Catholic University of South Corea* ha dimostrato che un'*Atogenina* della Graviola è **selettivamente citotossica** nel caso di adenocarcinoma del colon; questo studio ha dimostrato la potenza di 10.000 volte superiore all'*Adriamicina* (un farmaco chemioterapico).

La ricerca sugli effetti della Graviola sul cancro stanno proseguendo e quattro nuovi studi sono stati pubblicati nel 1998 i quali delimitano gli specifici fitochimica (vitamine) che stanno dimostrando le più potenti proprietà anticancro e antivirali.

Le *Annonacee acetogenine* si trovano solo nella famiglia delle *Annonacee*.

In genere, per diverse specie di *Annonacee* è stata documentata l' attività antitumorale, antiparassitaria, pesticida, antiprotozoi, antielmintica e antimicrobica.

C’è stato molto interesse nei composti che hanno dimostrato potenti proprietà antitumorali ed alcuni gruppi di ricerca stanno tentando di riprodurre sinteticamente questi composti per produrre nuovi farmaci chemioterapici.

In una recensione del The *Journal of Natural Products* del 1999 è riportato: “ ***Le annonacee acetogenine sono dei promettenti agenti antitumorali e pesticidi che si trovano solo nella famiglia delle piante annonacee***.
Biologicamente esse esibiscono la loro potenza bioattiva attraverso l’esaurimento dei livelli di ATP ottenuto tramite l’inibizione del complesso I dei mitocondri e inibendo la NADH ossidasi della membrana plasmatica delle (sole ?) cellule tumorali.
In questo modo esse ostacolano il meccanismo di resistenza condotto dall’ATP.”

Un altro articolo nello *Skaggs scientific Reports* 1997-1998 riporta: “*Le annonacee acetogenine, particolarmente quelle con cercine bis-tetraidrofurano (THF), posseggono una notevole citotossicità e attività antitumorali, antimalariche, immunosoppressive, pesticide, repellenti per gli insetti.*
Molti di questi derivati di acidi grassi hanno strutture simili al carbonio; la loro impressionante diversità è originata principalmente dalla relativa e assoluta configurazione delle loro varie funzioni stereogeniche dell’ossigeno.”

La *Purdue University* ha condotto una grande quantità di ricerche sulle *Annonacee acetogenine* molte delle quali sono state finanziate dal *National Cancer Institute* e/o dal *National Institute of Health*.

In uno dei recenti articoli intitolato *Recent Advances in Annonaceous Acetogenins*, hanno dichiarato: le *Annonacee acetogenine* sono sostanze cerose composte da acidi grassi a catena lunga, C32 o C34, che sono state combinate con un’unità di 2-propanol - C-2 per formare un lattone. Questi si trovano solo in alcune famiglie di piante, le Annonacee.

Le loro diverse bioattività come antitumorali, immunosoppressive, pesticide, antiprotozoi, repellente insetticida, antielmintiche e come agenti antimicrobici hanno provocato moltissimo interesse in tutto il mondo.

Recentemente abbiamo riferito che le *Annonacee acetogenine* possono inibire **selettivamente** la crescita di cellule cancerose e quella di cellule tumorali resistenti all’*Adriamicina*.

Come sono state isolate più *Acetogenine* e con l’esecuzione di ulteriori analisi di citotossicità abbiamo notato che, sebbene molte *Acetogenine* abbiano grande potenza contro molte tipologie di cellule tumorali solide umane, alcuni dei derivati all’interno dei diversi tipi strutturali e alcuni isomeri di posizione hanno dimostrato **notevoli selettività tra alcuni tipi di cellule**, ad esempio cancro alla prostata (PC-3).

Ora comprendiamo i principali meccanismi d’azione delle *Acetogenine*.

Esse sono potenti inibitori del NADH, *ubichinone ossireduttasi*, che è un enzima essenziale del complesso I che porta alla fosforilazione ossidativa nei mitocondri.

Un rapporto recente ha mostrato che esse agiscono direttamente nei siti ubichinone-catalitici all’interno del complesso I e nella glucosio deidrogenasi microbica.

Esse inibiscono anche la NADH ossidasi, legata all'ubichinone, che è tipica delle membrane plasmatiche delle cellule cancerose.

Nel 1997 la *Purdue University* ha pubblicato un'informativa con novità promettenti su diverse *Annonacee acetogenine* ": *…non solo sono efficaci nel distruggere tumori che sono resistenti ai farmaci anti-cancro, ma sembrano avere anche un'affinità con queste cellule resistenti*".

In diverse interviste dopo aver pubblicato queste informazioni, il farmacologo della *Purdue*, il dr. Jerry McLaughlin, il principale ricercatore della maggior parte degli studi della *Purdue* sulle *Annonacee*, ha detto che le cellule del cancro che sopravvivono alla Chemio-Terapia possono sviluppare una resistenza agli agenti usati originariamente contro di esse come pure ad altri farmaci anche non connessi;

"Il termine MDR (*multi-drug resistance*, multifarmaco resistenza) è stato applicato a questo fenomeno" ha affermato il dr. McLaughlin.

Egli ha spiegato che questa resistenza si sviluppa in una piccola percentuale di cellule cancerose quando esse producono una " pompa P-glicoproteina" capace di spingere fuori dalle cellule gli agenti anti-cancro prima che questi riescano ad eliminarle.

Le cellule normali raramente sviluppano tale pompa.

"*Se avere questa pompa fosse una buona opportunità, tutte le cellule dovrebbero averla.*

Ma non tutte le cellule ne sono provviste", ha affermato il dr. McLaughlin.

In una persona, data una certa quantità di cellule cancerose, forse solo il 2% delle cellule posseggono questa pompa.

Ma è questo 2% che alla fine cresce e si espande per creare altri tumori farmaco-resistenti.

Il gruppo di studiosi guidati dal dr. McLaughlin ha scritto in alcuni studi che essi hanno tentato di bypassare queste pompe provando a tenerle occupate con dosi massicce di altri farmaci, come il *Verapamil*, utilizzato per per normalizzarte la pressione sanguigna ([15, 27, 44, 104, 291, 329, 400, 475]).

In questo modo si era sperato che alcuni farmaci anti-cancro potessero entrare nelle cellule e distruggerle; ma ciò aveva solamente provocato potenziali effetti secondari letali quale il calo della pressione sanguigna.

Nel numero di giugno del *Cancer Letters*, i ricercatori della Purdue hanno riferito che l' *Annonacea acetogenina*, il *bullatacin*, elimina preferibilmente le cellule cancerose multiresistenti perché blocca la produzione dell'ATP, adenosina trisfosfato, il principale composto che ha il compito di trasportare l'energia del corpo.

"*Una cellula farmaco-multiresistente richiede un'enorme quantità di energia far funzionare questa pompa per espellere qualcosa*" ha affermato il dr. McLaughlin,
"*…Inibendo la produzione di ATP, noi fondamentalmente mettiamo un tappo sulla sua fonte di energia*."

Ma cosa si può dire dell'effetto dell'ATP sulle cellule normali?

"*Le cellule normali e quelle cancerose comuni possono essere capaci di minimizzare l'effetto di questo componente perché esse non richiedono grandi quatità di energia, necessaria invece alle cellule che fanno muovere queste pompe*", sono le affermazioni dei ricercatori della Purdue.

" *La cellula resistente utilizza la sua energia extra per far funzionare questa pompa e per crescere, così è veramente gravata energicamente.*

Quando interveniamo su questa fornitura di energia, la cellula può essere distrutta."

Nel numero di giugno del *Journal of Medicinal Chemistry*, il dr. McLaughlin e collaboratori hanno descritto uno studio su 14 composti di Annona che sembrano essere dei potenti neutralizzatori dell'ATP, inclusi diversi tipi presenti solo nella Graviola.

"*Questo studio ci dice come massimizzare questa attività, così abbiamo un'idea abbastanza buona su quali composti potremmo utilizzare per testare sugli animali con tumori resistenti a trattamenti multifarmacologici.*

La ricerca sul cancro su queste importanti piante ed i loro componenti chimici sarà ovviamente crescente, diverse compagnie farmaceutiche continuano la ricerca, testando e cercando di sintetizzare questi composti in nuovi farmaci chemioterapici".

ETNOBOTANICA: USI NEL MONDO.

Bahamas: colpi di freddo, febbre, influenza, nervosismo, palpitazioni, eruzioni, sedativo, malattie della pelle.

Brasile: analgesico, febbre, nevralgia, parassiti, reumatismi

Curacao: parto, cistifellea, nervosismo, sedativo del parto, tè, tranquillante

Altre regioni: analgesico, artriti, asma, astringente, antinfiammatorio, dissenteria, febbrifugo, insetticida, cianosi, reni, lattagogo, malaria, pettorale, piscicida, scorbuto, stomaco

Haiti: astenia, cataplasmi, cicatrizzante, tosse, diarrea, emetico, influenza, pediculicida, pellagra, sonnifero, piaghe, spasmi, stomachico

Jamaica: antispasmodico, diuretico, febbre, lattagogo, vermifugo

Malesia: foruncoli, tosse, dermatosi, reumatismi

Messico: astringente, diarrea, dissenteria, febbre, pettorale, tigna, scorbuto

Panama: antielmintico, diarrea, disenteria dispepsia, ulcera (stomaco), reni, piscicida, vermifuga

Trinidad: depurativo, sincope, influenza, ipertensione, galattogogo, ipertensione, insonnia, palpitazioni, tigna

Venezuela: problemi biliari, diarrea

Indie Occidentali: parto, diarrea, ipertensione, lattagogo, vermi

CONTROINDICAZIONI:

La Graviola ha una dimostrata attività di stimolante uterino in studi su animali (topi) e quindi dovrebbe essere evitata durante la gravidanza.
Ha provate capacità come ipotensivo, vasodilatatatore e cardio-depressivo. Si ritiene pertanto contro-indicato il suo impiego in pazienti con patologie cardio-circolatorie importanti.

Cap. 15

Vitamine ad azione anti-angiogenesi

It’s accepted that aberrant angiogenesis essential for the progression of solid tumours and haematological malignancies thus, anti-angiogenic therapy is one of the most promising approaches to control cancer.

Folkman

Il termine *angiogenesi* si riferisce al processo di ramificazione e di crescita di capillari pre-esistenti, le cui pareti sono composte da un unico strato di cellule endoteliali; durante il regolare processo di crescita, l'angiogenesi aiuta l'organismo a riparare i tessuti danneggiati.

La crescita dei vasi sanguigni è regolata da un insieme di fattori pro-angiogenici e anti-angiogenici prodotti dall'organismo. Questo meccanismo è attivato da sostanze come il *Fattore di Crescita dell'Endotelio Vascolare* (VEGF), ed è disattivato da inibitori di crescita come la Trombospondina.

Quando il meccanismo che regola tale equilibrio si altera, come nel caso dei tumori, si crea una rete anarcoide di vasi ematici.

L'angiogenesi è quindi la crescita dei piccoli vasi sanguigni che, in Oncologia, assume particolare importanza data la possibilità di impiego di sostanze capaci di inibire la crescita tumorale attraverso il blocco, più o meno selettivo, della crescita dei suoi vasi.

Ciò assume particolare valore data l'elevata Pressione di Fluido Interstiziale (H-IFP, vedi: Jain R.K.: *Barrier to Drug Delivery in Solid Tumors*, Scientific American, Science, July, 1994) che ostacola la penetrazione , all'interno delle masse tumorali, dei farmaci antineoplastici, degli stessi linfociti *Natural Killer*, *Killer*, Macrofagi e Linfociti T citossici ([391]).

La prima molecola pro-angiogenesi fu scoperta negli anni '70, e fu chiamata VEGF (*Fattore di Crescita dell'Endotelio Vascolare*) ma fu ritenuta un semplice fattore di permeabilità vascolare.
Essa è in realtà il più importante fattore pro-angiogenico diffuso nei tumori.

Isolata nel 1989, essa può essere disattivata in diverso modo:
1) Anticorpi Monoclonali specifici per la molecola, che viene così inattivata.
2) Forme solubili dei recettori cellulari per il VEGF, in grado di catturare il fattore di crescita prima che possa legarsi alle cellule.
3) Piccole molecole che possono entrare nelle cellule e bloccare i messaggi di crescita che il VEGF invia a una cellula endoteliale dopo essersi legato ai recettori sulla superficie esterna.
4) Impiego di *Alfa-Interferon*.
5) Inibitori della metallo-proteinasi: queste molecole bloccano il rilascio del VEGF dai comparti in cui viene tenuto accumulato all'interno della matrice extra-cellulare.

Comunque, anche minime quantità residue risulterebbero sufficienti a sostenere l'azione proliferativa del tumore, poiché l'azione del VEFG è efficace anche in concentrazioni molto basse.

Inoltre, il tumore può comunque fare leva su altre sostanze, come il fattore di crescita dei fibroblasti e l'Interleukina 8.

In particolare si notò, fin dagli anni '60, che quando si rimuove la massa tumorale primaria, le piccole metastasi iniziano a crescere molto più velocemente come se, nell'atto di rimozione del tumore, venisse a cessare la produzione di sostanze inibenti la crescita dei tumori.

Queste sostanze inibenti vennero poi identificate da Folkman nel 1994 (Angiostatina) e nel 1997 (Endostatina); ([113]).

Circa una ventina di altre sostanze ad azione anti-angogenesi sono attualmente allo studio ([55, 115, 384,518]), molte di derivazione naturale.

Ad esempio, nella *Camellia sinensis* (The verde), vi sarebbero degli inibitori delle Gelatinasi, nel decotto d'erbe di *Rene Caisse* ([517, 520]) sembrerebbe esserci un fattore d'inibizione dell'angiogenesi, la *Genisteina*, più precisamente contenuta nei fiori del *Trifolium rubeus*; la stessa cartilagine di squalo è stata considerata in passato ([518]), e quindi commercializzata in prodotti ritenuti adatti alla somministrazione in pazienti, purchè non in tempi immediatamente successivi ad intervento chirurgico, e comunque in assenza di storie cliniche riferite dal paziente di *Angina pectoris*, infarti, T.I.A.(Attacco Ischemico Transitorio), R.I.N.D.(Deficit Neurologico Ischemico Reversibile), Ictus e di altre patologie vascolari gravi.

Per il tumore polmonare non a piccole cellule, è stato scoperto l'inibitore naturale *Neovastat AE-941*, ed è stato anche sintetizzato il *BMS275291*; per il tumore della mammella e della prostata è stato sintetizzato il *Marimastat*®; per il tumore renale e per il mieloma multiplo è stato riproposto il *Talidomide*®.

Ma, soprattutto, si è scoperto che l' *Alfa-Interferon* inibirebbe il rilascio dei fattori di crescita come il VEGF. Pertanto, poiché l'*Alfa-Interferon* fa parte della Cascata Immunitaria prodotta dall'organismo stesso contro il tumore (vedi cap.4), secondo l'autore del presente lavoro quest'ultimo fatto dev'essere visto come una ragione in più per non eseguire Chemio-Terapia in nessuna circostanza.

Il Resveratrolo, contenuto nella *Vitis vinifera*, nel *Poligonum cuspidatum* e nella *Yucca schidigea* ([1118]), ha dimostrato di essere efficace.

La *Morinda citrifolia* è anch'essa responsabile d'inibire l'angiogenesi ([1172]).

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/articolo%20sul%20NONU%20(morinda%20citrifolia)%20attiva%20contro%20tumore%20al%20cervello_1.pdf

Altre piante sono ad esempio un albero caratteristico della flora sudafricana: il *Combretum coffrum*, dalle cui radici é stata isolata la Combrestatina.
Questa sostanza agisce sui vasi sanguigni, riducendone il flusso, con un meccanismo d'azione differente dagli inibitori dell'angiogenesi.
La Combrestatina A4 intereagisce con i microtubuli che formano il citoscheletro delle cellule endoteliali.
Quest'ultime cambiano di forma, diventando rotonde e interrompendo il flusso sanguigno nei capillari. Si riduce percio' l'apporto di nutrienti alle cellule cancerose, provocandone la morte.

Perillyl alcohol (POH) which is the hydroxylated analogue of Limonene, has the ability to interfere with angiogenesis (Lautrari H.: *Perillyl alcohol is an angiogenesis inhibitor*, J. Pharmacol. Exp. Ther. 311, pp.: 568-575, 2004.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Perilly%20alcohol%20inhibitor%20of%20ANGIOGENESIS.pdf

Anche il Limonene mostra un'azione anti-angiogenica, accanto ad attività pro-apoptotica, inibizione di crescita del tumour e delle sue metastasi ([1577])

Nota:contrarietà alle Biopsie di tumori

L’autore del presente lavoro è assolutamente contrario a qualsiasi forma di biopsia su tumori maligni o su sospetti tumori maligni.
L’esperienza clinica di questi ultimi anni ha quasi sempre dimostrato l’esplosione metastatizzante del tumore maligno se oggetto di **parziale** asportazione.
Tale esplosione metastatizzante dev’essere probabilmente ricollegata all’effetto pro-angiogenico dell’infiammazione , effetto risultante dall’inopportuno intervento bioptico.

Cap.16

Farmaci anti-ormonali

The hormone DHEA, which I never would have prescribed for someone with breast cancer…..

Dr. Nicolas Gonzales

Sull'impiego di farmaci anti-ormonali in terapia oncologica vi è un'ampia letteratura.

In questo lavoro si riporta soltanto l'impiego della *Somatostatina* / *Octreotide LAR.*, della Melatonina, e valutazioni di massima sulla Demeclociclina (*Ledermicina* ®).
Non si è d'accordo sull'impiego del Tamoxifene.
Non ancora valutato in maniera completa il possibile impiego del *DHEA* (Deidroandrosterone), presente naturalmente, assieme al Progesterone, nella *Dioscorrea villosa* (Igname selvatico).

Cap. 16.a : Somatostatina /Octrotide LAR

Somatostatina / Octreotide / Octreotide LAR
Una trattazione più approfondita, dati fatti di cronaca, merita la *Somatostatina* / *Octreotide.*
Esiste un'ampia bibliografia su queste molecole ([521-570]).

La *Somatostatina* è liberata dall'ipotalamo.
La sua forma attiva è costituita da 14 aminoacidi (con emivita di 2 minuti) o 28 aminoacidi (con emivita intorno ai 6 minuti).
A livello ipofisario inibisce svariati ormoni: il GH, la PRL, l'ACTH, il TSH, il FSH-LH.
Da evidenziarsi inoltre che esercita anche un controllo sull'angiogenesi (vedi anche cap.15).

L'*Octreotide* è un derivato sintetico octapeptidico della *Somatostatina*.
La diminuzione delle dimensioni steriche, nonché la modifica d'alcuni aminoacidi, protegge la molecola dalla degradazione enzimatica, determinando un'emivita plasmatica di circa 90 minuti, versus i 2-6 minuti della *Somatostatina*.

Gli effetti della *Somatostatina* sulle cellule neoplastiche possono essere suddivisi in:
Effetti diretti: sono mediati da recettori cellulari per la *Somatostatina*. Ciò è stato riscontrato nei tumori neuroendocrini, nel carcinoma della mammella, nel carcinoma renale, nel carcinoma prostatico e del pancreas, nei linfomi.
Effetti indiretti: avvengono mediante azione inibitoria a livello ormonale, sui fattori di crescita e sull'angiogenesi, nonché con l'immuno-stimolazione indotta.
Questo avviene nel carcinoma prostatico (riduzione della prolattina e del GH), nel carcinoma della mammella (diminuzione della prolattina, del GH, IGF-1, EGF, TGF, ER), nel carcinoma del colon-retto (riduzione d'EGF, IGF-1, TGF, gastrina), nel microcitoma polmonare (riduzione di bombesina, GRP e IGF-1) e nel carcinoma del pancreas (riduzione dell'EGF, dell'IGF-1, della gastrina, della colecistochinina e della secretina).

Nota: nella Multi-Terapia Di Bella si predilige l'utilizzo della Somatostatina allo scopo di bloccare la crescita del tumore, basandosi sull'azione di questo particolare ormone: tale impiego presenta però la grave controindicazione dell'elevato costo (circa 3.000 Euro al mese) e la necessità di una pompa temporizzata per l'infusione del farmaco, che ostacola le altre terapie, quasi tutte mirate all'esercizio fisico del paziente e/o a consentire al paziente una buona autonomia. Inoltre è molto comune la nausea e il vomito che rende quasi sempre impossibile portare avanti l'assunzione dei beveroni di frutta e verdura fresca biologica ricchi di migliaia di vitamine, le quali hanno comunque un'azione di arresto di crescita del tumore (oltre che altri effetti, come: apoptosi, anti-angiogenesi, attivazione della risposta immunitaria, etc…).

Il medico curante è comunque libero di inserire la Multiterapia Di Bella in altre terapie più prettamente fitoterapiche o "metaboliche". Sulle terapie "metaboliche", che inquadrano molti autori, vedi cap.17

L'*Octreotide LAR* (*Long-Acting Repeatable*): una valida alternativa ?

Di recente, è avvenuta l'introduzione dell'*Octreotide LAR* (*Long-Acting Repeatable*), ottenuta incorporando l'*Octreotide* in microsferule costituite da un polimero bio-degradabile.
Ciò permette una somministrazione intramuscolare profonda, con un rilascio graduale in 28 giorni.
Rispetto alla *Somatostatina*, l'*Octreotide LAR* presenta una migliore capacità di controllo sui valori del GH plasmatico. Si riscontrano infatti, in pazienti sotto terapia con *Somatostatina*, un "rimbalzo" verso l'alto dei valori di GH; viceversa, con l'utilizzo invece dell'*Octreotide LAR*, questo "rimbalzo" non avviene. Inoltre l'*Octreotide LAR* presenta sicuramente minori effetti collaterali (ovvero iperglicemie, nausea e diarrea) rispetto alla *Somatostatina*. Sarà quindi soltanto secondo giudizio del medico curante, decidere se aggiungere o meno anche la Somatostatina agli altri fattori ormonali e immuno-stimolanti, e sempre nel dosaggio ritenuto più opportuno.

Il pericolo della Somato-tropina

Si coglie invece l'occasione per riportare quanto già noto da molto tempo sulla Somatotropina, un ormone che ha un'azione esattamente contraria alla Somatostatina usata dal prof. Di Bella
La Somatotropina (ad azione contraria della Somatostatina) è adesso introdotta nel latte americano….

Fonte: Marina Zenobio
27/10/07

Gran parte della produzione industriale di latte negli Usa e in Messico utilizza un ormone per l'accrescimento dei bovini – l'**rBGH** – copia geneticamente modificata della *Somatotropina*, ormone della crescita, proprietà della Monsanto e brevettato come *Somato-tropina bovina*. Viene iniettato alle mucche perché producano più latte, ma può avere effetti anche su chi quel latte consuma, perché provoca l'aumento anche di un altro ormone, l'**Igf-1**, con effetti anabolici (cioè di crescita) importanti. Gli animali soffrono per gli effetti collaterali di questo trattamento, ma quei residui provocano una maggiore resistenza agli antibiotici nei batteri che albergano nello stomaco e intestino di chi consuma il latte.
Nelle relazioni presentate dalla Monsanto si dava conto del fatto che il bestiame si ammalava più spesso ma non si ammettevano conseguenze sulla salute umana. Grazie ai risultati di ricerche indipendenti, alcune catene di supermercati come *Kroger* e *Safeway*, e *Starbucks*, di fronte a un calo delle vendite dovuto alla preoccupazione dei consumatori, hanno promesso di non commercializzare latte con ormoni artificiali.
Ma bisogna credergli sulla parola, visto che negli Usa non esiste la possibilità di indicare in etichetta se un prodotto contiene o meno ormoni, ogm o altro.

Sulla Somatotropina vedi anche allegato 3 della dottoressa Rogers, qui riportato in parte:

> "Nel 1994 la FDA degli Stati Uniti ha approvato l'ormone rBGH che e' un ormone della crescita che creo' mastiti e bisogno di antibiotici (che vanno nel latte) e altrettanto, 800 allevatori che lo usano riportano vari problemi di salute delle loro mucche. La Monsanto, il produttore, ha provato a pagare sottobanco i funzionari per la salute, del Governo Canadese con vari milioni di dollari per approvare questo ormone usato da circa un terzo degli allevatori americani. Il prestigioso giornale scientifico "*The lancet*" (9 Maggio 1998) mostra che il tumore al seno e' SETTE volte più numeroso con minuscoli aumenti di ormone della crescita, (IGF-1) Fattore di crescita tipo insulina, che deriva dalle mucche iniettate con BGH. Nel Gennaio 1996 il giornale "*International Journal of Health*" riporto' che le concentrazioni di IGF-1 sono 10 volte superiori nel latte BGH e può essere assorbito attraverso l'intestino ed aumentare il nostro rischio di contrarre il cancro. E' stato anche provato d'aver causato cisti anormali sulla tiroide e nella prostata e una miriade di ulteriori sintomi. Non si può tornare indietro. Forzando i geni a passare da una specie ad un'altra completamente non imparentati, stiamo creando nuove entità. Questo e' un'altro esempio dell'arroganza e dell'ignoranza dell'uomo quando pensa di poter fare meglio di Dio e creare organismi migliorati….".

Tratto da: **LA SCONVOLGENTE VERITA' SUGLI OGM**
numero di Maggio di "TOTAL WELLNESS", newsletter mensile della Dott.ssa Sherry Rogers,

"L'ATTACCO PEGGIORE DELLE MACC (*Multinational Agriculture and Chemical Corporations*) AL MONDO INTERO"

Cap. 16.b.: Melatonina

La Melatonina è prodotta dalla pineale insieme con altri tre indoli: il 5-metossi-triptofolo (picco d'escrezione verso le ore 12)**,** il 5-metossi-indoloacetico (picco d'escrezione all'alba) e la 5-metossi-triptamina (picco d'escrezione al crepuscolo).

Quest'ultima è attualmente impiegata in un protocollo comprendente anche la Melatonina e l'IL2, applicato dal gruppo di Lissoni ([258]) per il trattamento di patologie neoplastiche.

La ghiandola pineale rappresenta, tra i vari sistemi di controllo neuroendocrino, forse quella più soggetta a processi di interazione con altre strutture: essa risulta inibita dalla luce, mentre viene stimolata dall'oscurità che determina liberazione di noradrenalina che, a sua volta, agendo sul recettore beta adrenergico, induce produzione di Melatonina.

Fondamentalmente, vi è una certa azione immuno-stimolante, estrinsecata in maniera indiretta a livello linfocitico e monocitico, in quanto la Melatonina stimola l'increzione dell'IL-2 (prodotta dai linfociti T-Helper 1), dell'IL-3 ed dell'IL-12 (quest'ultima prodotta dalle cellule dendritiche).
Subisce invece un *feed-back* negativo da parte dell'IL-2.
Stimola i linfociti T-Helper 2 a produrre IL-4 e IL-5.
Svolge invece un effetto inibitorio sulla sintesi monocitaria della IL-6 (fattore di crescita del Mieloma Multiplo e forse di altri tumori) e della IL-10.
La Melatonina, inoltre, viene stimolata dal TNF che a sua volta viene da essa inibito.

La Melatonina è quindi in grado di intervenire sia con un'azione citostatica/citotossica diretta, sia come differenziatore delle cellule endoplastiche, ristabilendo la loro ormono-dipendenza, sia come inibitrice dei fattori di crescita ed antigenici, sia, infine, come immuno-modulatore.

In merito agli schemi terapeutici di somministrazione della Melatonina, esistono due differenti impostazioni: la prima, prevede la somministrazione di un'unica dose nel periodo di buio (partendo dal presupposto che, in presenza di luce, non sono espressi i recettori per la Melatonina).
La seconda, prevede multiple somministrazioni, in orari sia diurni sia notturni.

In letteratura, esiste un lavoro scientifico condotto su 99 pazienti con *Melatonina* ed *Aloe arborescens*, estremamente interessante per gli aspetti clinici riscontrati su pazienti MAI sottoposti a Chemio e pazienti, purtroppo, già sottoposti a precedente chemio ([1415]): Roberto Romiti: *Aloe e Melatonina: esperienze cliniche di 99 casi di pazienti affetti da malattia neoplastica in fase avanzata*, ed. 2001 http://www.macrolibrarsi.it/libri/_aloe-melatonina.php

La Melatonina viene prodotta autonomamente dalle difese immunitarie del paziente stesso, analogamente alle Interleukine, all'Interferone, al Fattore di Necrosi Tumorale, agli anticorpi endogeni (EnAbs), alle cellule immunitarie, alla febbre, purchè non vi siano alterazioni dell'equilibrio immunitario provocate da deleteri interventi farmacologici esterni come la Chemio-Terapia o il Cortisone, entrambi fortemente depletori nei confronti della risposta immunitaria del paziente contro il tumore stesso.

La Melatonina partecipa quindi al processo di "Cascata Immunitaria" promossa soprattutto da vitamine fito-terapiche di già comprovata efficacia (*Viscum album*, tisana di *Renè Caisse*, *Aloe arborescens*, *Uncaria tomentosa*, *Panax ginseng*, etc…). Può essere comunque utile, secondo giudizio del medico curante, aggiungerla agli altri fattori immuno-stimolanti, nel dosaggio ritenuto più opportuno.

E’ stato dimostrato che la Melatonina inibisce numerose forme tumorali, in particolar modo quelle associate all’attività ormonale, come i tumori della mammella e della prostata ([1732]).

E’ stato provato che essa inibisce tanto la fase iniziale quanto lo sviluppo del cancro.

Si ipotizza che la maggior incidenza del cancro, riscontrata nei soggetti che vivono e/o lavorano in ambienti con esposizione ai campi elettromagnetici artificiali superiori a quelli naturali, possa essere causata dalla soppressione della sintesi della Melatonina ([1733]).

Durante la notte l’esposizione alla luce (la radiazione elettromagnetica visibile) deprime rapidamente la produzione pineale e i livelli ematici di Melatonina nell’uomo e negli animali. Analogamente, i livelli di Melatonina vengono ridotti anche dall’esposizione a vari campi magnetici statici ad impulsi e a campi con frequenza estremamente bassa.

La riduzione dei livelli di Melatonina causata dall’esposizione a campi elettromagnetici artificiali può rappresentare un fattore di rischio significativo di cancro.

Nel corso di studi clinici è stato parimenti dimostrato che la Melatonina esercita effetti anticancerogenici nei pazienti affetti da tumore.

Nell’ambito di questi studi la Melatonina è stata somministrata con dosaggio variabile da moderato (per esmpio 10 mg/die) a estremamente elevato (per esempio oltre 40 mg/die).

Nella maggioranza dei casi la Melatonina viene utilizzata in associazione ad altri agenti antitumorali, quali interleukina 2 e interferone.

Cap. 16.c.: Tamoxifene (*Kessar®,Nolvadex®*) e fito-estrogeni naturali

Nella cura del cancro al seno, da molti anni, accanto alla Chirurgia, alla Radioterapia e alla Chemioterapia, è ormai d'abitudine somministrare anche sostanze chimiche sintetiche anti-ormonali che vanno a bloccare i recettori cellulari delle cellule mammarie, agendo sostanzialmente come "blocco" di crescita su tutte le cellule umane recettive ai ben noti ormoni femminili *Progesterone* e *Estrogeni*.

Fra queste sostanze chimiche sintetiche anti-ormonali di ormai ampio impiego in Oncologia, la più conosciuta è il ben noto Tamoxifene.

Esiste una interessante bibliografia sul farmaco Tamoxifene ([795-805]).
Il Tamoxifene è un ormone sintetico derivato da una ben nota sostanza cancerogena: il DES (Dietil-Stilbesterolo), estremamente pericoloso per l'induzione di tumore all'utero secondo la *International Agenty for Research on Cancer*.
Nel novembre del 1999, il *National Cancer Institute* affermò che "per le donne sopra i 60 anni di età, i benefici sono maggiori dei rischi, ma per le donne più giovani è vero invece il contrario: irischi sono maggiori dei benefici….."
In esperimenti eseguiti su animale (topi) si è visto che il Tamoxifene induce tumori maligni al fegato nel 15% dei topi trattati con una dose giornaliera di 20 mg, e nel 71% se la dose sale a 40 mg ([796]).
In uno studio svedese eseguito su 931 donne si sono registrati 3 casi di tumore al fegato e 23 casi di cancro all'utero, con una frequenza quindi circa 6 volte superiore alla norma.
Tutte le pazienti con metastasi diventano infine "resistenti" all'azione del farmaco, e lo studio condotto dall' NCI e un altro eseguito in Scozia, dimostrarono alla fine che l'uso prolungato del Tamoxifene per più di 5 anni può in realtà alimentare la crescita dei cancri al seno, nonchè in altre localizzazioni. Nel novembre del 1995, il *National Cancer Institute* sospese improvvisamente lo studio con il Tamoxifene. Successivamente annunciò che la terapia con il Tamoxifene non doveva assolutamente essere applicata per un periodo di tempo superiore ai 5anni (…i risultati non indicano alcun beneficio addizionale del Tamoxifene oltre i 5 anni, anzi suggeriscono che continuare a usarlo può essere dannoso….). In questo studio dell'NCI, 33 donne delle 6.000 donne che presero il Tamoxifene per 2-5anni, svilupparono cancro dell'endometrio; 17 donne soffrirono di grumi sanguigni nei polmoni e 130 furono colpite da trombosi dei vasi sanguigni.
Il Tamoxifene può infatti causare squilibri ormonali, osteoporosi, disturbi visivi da retinopatia, alterazioni della cornea, danni al nervo ottico e cataratte. Tutti questi danni possono essere irreversibili, anche se si interrompe il trattamento del farmaco ([805]).
Si stima che meno del 20% delle donne che prendono Tamoxifene soffrano di gravi effetti secondari, ma questi effetti, se avvengono, possono essere permanenti o rivelarsi addirittura letali per la paziente stessa.

Il fatto che la terapia ormonale sostitutiva possa essere associata ad un aumento del rischio di tumore al seno è comunque ancora controverso secondo altri lavori ([942-946]).
Diversi gruppi di ricerca hanno cominciato a studiare l'attività estrogenica di sostanze naturali che si trovano in elevate concentrazioni in alcune piante, i cosidetti fitoestrogeni ([947-949]), conosciuti fin dagli anni Quaranta ([950]).
Queste sostanze possono essere estratte dalla *Glicine maxima*, dalla *Dioscorrea villosa* (o *composita*), dal *Trifolium pratense*, dal *Linum usitatissimum*, e da altre piante.
I fitoestrogeni, o estrogeni vegetali, non mostrano tuttavia similarità strutturali agli estrogeni che vengono prodotti naturalmente.
I fitoestrogeni possono essere classificati in 3 categorie principali:

1) isoflavoni, (soia, trifoglio),
2) Segale, Frumento, semi di Sesamo, semi di *Linum usitatissimum*,
3) Cumestani (*Trifolium pratense*, germogli di Fagioli, semi di Girasole) ([951-953]).

Il *Trifolium pratense* contiene tutti e quattro i Flavoni che svolgono un ruolo principale e importante in biologia: la Biocanina A, precursore della Genisteina, la Formononetina, la Genisteina e Daidzeina, che viene metabolizzata ad Equolo ([954]).

Gli effetti dei diversi fitoestrogeni sono specifici sia per specie che per tessuto e possono dipendere dal numero di recettori di estrogeni in un dato tessuto.
L'esistenza di almeno due diversi recettori (ER*alfa* ed ER*beta*) con diversa distribuzione tissutale e affinità di legame può aiutare a spiegare i diversi effetti dell'estrogeno sui tessuti del corpo in vivo ([955]).

Gli Isoflavoni possono essere quindi considerati "Modulatori Selettivi dei Recettori degli Estrogeni (SERM).
Fondamentalmente, gli Isoflavoni agiscono come estrogeni deboli sui recettori di Estrogeno, abbastanza forti da favorire la formazione ossea e da ridurre il rischio di malattie cardiovascolari, ma non sufficientemente potenti da indurre tumore ormono dipendente ([956-957]).
Dato che livelli elevati di estrogeni sono stati collegati al tumore al seno e ad altri tipi di tumore di origine ormonale, gli isoflavoni possono agire legando i recettori di estrogeni e bloccando gli effetti dannosi degli Estrogeni più potenti, funzionando così come un anti-estrogeno generale.

Sono stati proposti diversi altri meccanismi anti-tumorali non ormonali.

La Genisteina sembra inibire la crescita delle cellule cancerogene sia in vivo che in vitro; uno dei meccanismi proposti è l'inibizione della tirosinchinasi ([958]).
La Genisteina induce inoltre la differenziazione di alcune cellule maligne in cellule benigne, e interferendo forse con la carcinogenesi ([959]), e inibisce l'angiogenesi ([960]).
La Genisteina agisce inoltre come antiossidante, impedendo ai radicali liberi di danneggiare la cellula ([961-962]) e può anche inibire la crescita di cellule cancerogene, inducendo dei cambiamenti nella sintesi e nel metabolismo del Fattore di Trasformazione di Crescita (TGF)1 ([963]).

La Genisteina a elevate concentrazioni sembra bloccare la proliferazione cellulare in vitro, anche se in vivo il suo effetto ha prodotto la proliferazione di cellule umane del tumore al seno nei topi, mentre non ha avuto effetto sulla crescita di cellule tumorali indipendenti da estrogeni ([964]).

La Genisteina inibisce in coltura cellule di tumore mammario non estrogeno dipendente, ma questo effetto non si verifica se le cellule tumorali sono impiantate in topi privi di timo ([965]).

La Terapia Ormonale Sostitutiva (T.O.S.) è connessa con il cancro al seno ?

La Terapia Ormonale Sostitutiva (T.O.S.) ha il pregio di aiutare le donne che stanno entrando in menopausa ad alleviarne i sintomi, ma da anni si sospetta che possa innalzare il rischio di infarto, stroke e cancro al seno.

Nel 2002, *Women's Health Initiative*, un programma di ricerca durato 15 anni e volto a stabilire le più comuni cause di morte, malattie e scarsa qualità della vita nelle donne dopo la menopausa, sembrava non lasciare dubbi in proposito.

Da allora è assai diminuita, in America ma anche in Italia, la prescrizione di terapia ormonale e negli anni immediatamente successivi si è registrata una diminuzione dei casi di cancro al seno. Pura coincidenza?
C'è chi sosteneva che poteva trattarsi semplicemente di un effetto perverso: niente terapia ormonale, meno controlli ed esami (come la mammografia), quindi meno diagnosi.

Ora uno studio pubblicato sul *Journal of the National Cancer Institute*, condotto da ricercatori di *Kaiser Permanente Northwest*, organizzazione sanitaria americana, rivela che invece il legame tra ormoni e cancro c'è.

Analizzando i dati relativi a migliaia di donne dal 1980 al 2006 e focalizzando l'attenzione su quelle che hanno continuato a sottoporsi regolarmente alla mammografia, *Kaiser Permanente Northwest* ha potuto eliminare questa variabile dal quadro e tracciare l'andamento delle diagnosi di cancro in parallelo alla somministrazione di ormoni.
Mentre fino a qualche anno fa i casi di cancro al seno aumentavano di pari passo con la somministrazione della terapia ormonale, dal 2003 in poi l'uso della terapia ha conosciuto un crollo (-75 per cento), e le diagnosi di cancro al seno sono diminuite del 18 per cento.

link da dove scaricare il testo in inglese

http://www.laleva.org/it/2007/08/terapia_ormonale_e_cancro_al_seno_legame_confermato.html

Cap. 16.d. : DHEA

Il DHEA (diedro-epi-andosterone) è l'ormone presente in maggiore quantità nel plasma e si trova a concentrazioni estremamente elevate anche a livello cerebrale.

Dal momento che i livelli di DHEA calano drammaticamente con l'età, si pensa che una loro diminuzione contribuisca a molti dei sintomi associati alla vecchiaia, tra cui la ridotta funzione mentale.

Sebbene del DHEA non si conosca una funzione specifica, serve come precursore di tutti gli ormoni steroidei nel corpo umano, tra cui gli ormoni sessuali e i corticosteroidi.

Dunque la funzione del DHEA sembra essere di rifornire i vari distretti corporei di ormoni steroidei, mantenerne livelli ottimali e bilanciarne le concentrazioni.

Nell'ultimo decennio è stato dimostrato che ridotti livelli di DHEA sono correlati con l'obesità, il diabete, elevati livelli di colesterolo, patologia cardiaca, artrite e altre patologie senili.

Inoltre, il DHEA si è dimostrato un promettente stimolatore della memoria e delle funzioni cognitive ([1342-1343]).

Il livello di DHEA necessario a migliorare la funzionalità mentale in uomini con più di 50 anni sembra essere 25-50 mg al giorno.

Per le donne, un dosaggio di 15-25 mg/kg pare essere sufficiente nella maggior parte dei casi.

In soggetti con più di 70 anni, sono richiesti dosaggi maggiori (50-100 mg).

Dosi eccessive di DHEA possono causare acne e, nelle donne fertili, irregolarità mestruali.

Anche se la maggior parte degli anziani necessita di DHEA, è consigliabile una valutazione laboratoristica che permetta l'individuazione del dosaggio ottimale per ognuno prima della prescrizione.

(tratto da Joseph E. Pizzorno jr and Michael T. Murray: "Trattato di Medicina Naturale", UTET, 2001)

Nota: secondo il dott. Gonzales, il DHEA dovrebbe essere proibito in donne affette da tumori alla mammella o comunque di interesse ginecologico

Cap. 16.e. : Demeclociclina (*Ledermicina* ®)

Essa inibisce la produzione di ADH (ormone antidiuretico), e trova quindi indicazione nel trattamento della *Sindrome da Secrezione Inappropriata di A.D.H.* (*I.A.D.H. Syndrome*), presente in alcuni tipi di neoplasia (in particolare nel carcinoma bronchiogeno) che producono un fattore ADH-simile, con conseguente ritenzione idrica e rischio di edema cerebrale per il paziente ([366]).

Cap. 17: La terapia metabolica : futuri aspetti legislativi

Il dott. Max Gerson consacrò tutta la sua vita allo studio di questa piaga che è il Cancro, e noi tutti dovremmo essergli grati per il lavoro da lui svolto

Onorevole Claude Pepper
Membro del Senato degli Stati Uniti d'America per lo Stato della Florida

Per “Terapia Metabolica” si intende quell’insieme di terapie mediche basate sul concetto che molte malattie siano dovute, sostanzialmente, ad una carenza di vitamine.

Le vitamine stimate sono oltre 30.000 e solo in minima parte sono state studiate a fondo (vedi cap. 1.D).
In cliniche private “alternative”(vedi ALLEGATO 25) vengono curate molte malattie cronico-degenerative con questo sistema: cancro, leucemie, AIDS, Diabete Mellito di Secondo Tipo, Alzheimer, Sclerosi Multipla, Malattie auto-immuni, malattie allergiche, intolleranze alimentari, osteoporosi, etc..
Nella Terapia Metabolica, l’apporto vitaminico in alte dosi non avviene solo per via orale, ma anche per via endovenosa, come ad esempio per il cancro (Laetrile, Elemene, vit.C, etc…)

Vitamina “**Laetrile**” per endovena (a scopo di Apoptosi):
Morrone J.: *Chemotherapy of inoperable Cancer. Preliminary report of 10 cases trated with Laetrile*, Exp. Med. Surg., 20, pp.: 299-308, 1962 (vedi introduzione). Testo in inglese: http://fiocco59.altervista.org/27novermbre.htm Morrone

Vitamina “**Elemene**” per endovena (a scopo di Apoptosi):
Tan P.: *Clinical study on treatment of 40 cases of malignant brain tumor by Elemene emulsion injection* Chin. J. Integ. Trad. Western Med, 20, pp.: 645-648 (vedi capitolo 5.e).
testo in inglese e cinese: http://www.mednat.org/cancro/cancro_cervello.pdf

Neoplastoni per endovena (a scopo di Apoptosi), vedi cap. 5.G http://www.burzynskiclinic.com/ph/clinical-trials.html

Vitamina “**Emodina**” per endovena (brevetto depositato: 6 dicembre 2001, Numero di pubblicazione: WO 01/91735 A2, Classificazione internazionale del brevetto: A61K31/00; Numero di applicazione internazionale: PCT/EP01/06135, http://www.aloearborescens.tripod.com/brevetti.pdf)

Iniezioni sottocutanee di **Viscum album** e di altre vitamine immuno-stimolanti o ad attività apoptosica.

Anche in Italia, questo genere di Medicina si è recentemente affermata grazie al grande impegno e al genio del dott. **Valsè Pantellini**, purtroppo scomparso, che introdusse l’uso della *vitamina C unita al bicarbonato di Potassio*, ottenendo ottimi risultati in oltre 5.000 casi clinici.

Di recente, notevole successo ha pure ottenuto l’introduzione in Italia dell’Aloe, grazie all’appassionato lavoro di **Padre Romano Zago**, essendo tale pianta ricca di vitamine ad attività immuno-stimolante o ad attività apoptosica.
Piante simili all’Aloe, come meccanismo di attacco ai tumori, sono quelle della formulazione canadese ESSIAC, riportate anch’esse alla ribalta in Italia da diversi autori.

La Terapia Metabolica è oggi rappresentata da molte varianti, ognuna delle quali porta il nome del medico che l’ha rappresentata.

Sostanzialmente, però, si può parlare di terapie simil-gersoniane, in ricordo del grande Medico **Max Gerson**, che per primo intuì l’estrema importanza di un ritorno della Medicina sui quei lontani valori classici del corretto utilizzo dell’alimentazione, non solo come presidio di prevenzione contro le malattie, ma anche come vero e proprio *modello terapeutico* per le grandi malattie cronico-degenerative del XX secolo, ripercorrendo così, dopo oltre 2.500 anni, i concetti e i pensieri che erano già stati enunciati dal grande medico greco Ippocrate di Kos, fondatore della Medicina Occidentale.

Benché queste terapie, ingiustamente definite “alternative”, siano apparentemente molto diverse le une dalle altre, esse sono in realtà sostanzialmente simili fra loro e, secondo l’autore del presente lavoro, possono essere inquadrabili sui seguenti 12 principi di base, almeno per quanto riguarda la cura dei tumori maligni.

Nota: questi dodici punti sono stati formulati unicamente al solo scopo indicativo.

1) **I tumori maligni (cancro, sarcomi, leucemie, linfomi) sono provocati da gravi mutazioni genetiche subite dal DNA delle cellule (aberrazioni cromosomiche)**. Il tumore maligno è quindi, in sostanza, una patologia insorta per carenze croniche di vitamine (la cui mancanza non ha permesso la riparazione del danno genetico o la morte per apoptosi della cellula malata), e la cura di tali tumori deve basarsi quindi sul ripristino dell’apporto vitaminico in alte dosi, allo scopo di provocare il suicidio spontaneo (apoptosi) delle cellule tumorali. Alcune di queste vitamine (o di sostanze sintetiche come i Neoplastoni di **Burzynski**) possono anche essere assunte per endovena, allo scopo di incrementarne l’accumulo sui tumori.

2) **Le aberrazioni cromosomiche molto spesso permettono di diagnosticare con correttezza determinati tipi di linfoma e di leucemie**, differenziandoli in maniera chiara e univoca da malattie infettive a loro molto simili, come ad esempio la *mononucleosi infettiva* (vedi cap.2.D). Ed è molto grave che oggi molti bimbi vengano avviati alle stanze della Chemio, senza che venga effettivamente dimostrata la presenza di aberrazioni cromosomiche attestanti l’effettiva patologia maligna.

3) E’ assolutamente **controindicata la somministrazione di CHEMIO-TERAPIA** in pazienti malati di cancro, leucemie, sarcomi o linfomi, poiché essa distrugge le difese immunitarie e gli stessi organi del paziente. In nessun caso si propone tale utilizzo di questa terapia, perché è un controsenso avvelenare il corpo, già gravemente malato, di un paziente. Del resto, nello stesso Giuramento d’Ippocrate si proibisce di somministrare veleno al paziente.

4) La chiave di volta per la cura “metabolica” del cancro e degli altri tumori maligni si basa su due direttrici. Prima direttrice: **sottrarre al tumore ciò che lo alimenta** (ma senza arrecare danno al paziente). Seconda direttrice: **dare al tumore ciò che lo uccide** (ma senza arrecare danno al paziente). La prima direttrice si basa quindi sulla sottrazione di Proteine (aminoacidi essenziali), vitamina B12, acido folico, Glucosio e altre sostanze, anche ormonali, che possano indurre le cellule tumorali a replicarsi. La seconda direttrice è invece sostanzialmente basata sull’utilizzo di grandi quantità di vitamine naturali, allo scopo di sfruttare l’azione di *apoptosi* di queste sulle cellule tumorali (vedi cap. 6), l’arresto di replicazione delle cellule tumorali, l’azione di anti-angiogenesi sui capillari neoplastici, l’inibizione del PIF prodotto dalle cellule del cancro, l’arresto della crescita del tumore.

5) **Risposta immunitaria contro il tumore**. Tutte queste terapie utilizzano sistemi vitaminici fito-terapici (Aloe, ESSIAC, Vischio) o di altra natura (es.: lipopolisaccaridi) per stimolare i globuli bianchi sia contro le cellule del cancro sia contro le cellule della leucemia (vedi cap.4). Queste stesse terapie metaboliche considerano la febbre come una forma di ipertermia naturale dello stesso paziente che, in analogia alla ben nota *IPER-TERMIA radiante* delle apparecchiature ospedaliere, provoca la necrosi spontanea delle cellule tumorali, essendo le masse neoplastiche poco vascolarizzate al loro interno, e quindi particolarmente vulnerabili agli effetti ipertermici della stessa febbre.

6) **Detossificazione del fegato mediante vitamine ad attività epato-protettiva,** e capaci inoltre di permettere l'eliminazione delle stesse sostanze tossiche (depurate dal fegato) attraverso la bile (attività coleretica e colagogica), senza riassorbimento di queste tossine da parte dell'intestino (vitamine ad attività lassativa). Molto valido anche l'utilizzo di enteroclismi di *coffea arabica*, così come introdotto dal dott. Gerson, e applicato da molti altri colleghi in tutto il mondo. Ciò è estremamente importante poiché permette di eliminare rapidamente le tossine liberate dalla massa tumorale (infiammata e quindi anche ingrandita dalla risposta immunitaria), riducendo così il dolore proveniente dalla stessa massa tumorale. Il fegato è l'organo-principe della terapia metabolica qui enunciata, ed è pertanto necessario il suo attento monitoraggio ematico (SGOT, SGPT, gamma-GlutamilTransferasi, Bilirubina totale, diretta e indiretta, fosfatasi alcalina, etc…)

7) **La terapia metabolica combatte la DIS-BIOSI intestinale**, cioè il sovvertimento della normale flora batterica intestinale (flora batterica *saprofita*), responsabile dei fondamentali processi di assimilazione delle sostanze nutritive (vitamine naturali) contenute nei cibi vegetali (frutta, verdura, cereali, legumi, ortaggi). Pertanto essa si baserà anche sull'utilizzo di fermenti lattici intestinali, allo scopo di ripristinare quella SIM-BIOSI tra corpo umano e germi saprofiti, allo scopo di consentire un buon equilibrio nutrizionale di assimilazione delle vitamine da parte dell'uomo.

8) **Scioglimento della massa tumorale mediante enzimi proteolitici**. Questa parte della cura è estremamente importante, perché consente lo scioglimento della massa tumorale nell'arco di tempo di diversi mesi.

9) **Mantenimento della Glicemia a bassi livelli, evitando picchi glicemici**. Il Glucosio è necessario alla cellula tumorale per ottenere energia e per replicare il proprio DNA. Nelle terapie metaboliche si studiano protocolli dietetici molto complessi, ma sostanzialmente simili come impostazione: pasti frequenti ma piccoli con cibi a basso indice glicemico. Alcuni medici, soprattutto all'estero, somministrano anche insulina al paziente.

10) **Esclusione dall'alimentazione di sostanze di crescita per le cellule tumorali**. In particolare sono esclusi gli aminoacidi essenziali, la vitamina B12 e il Glucosio. Pertanto è necessario esaminare le *Proteine Totali nel sangue* almeno una volta al mese, allo scopo di comprendere se il regime alimentare (sia pure nelle sue diverse forme proposte dai vari autori) si mantenga sui tranquilli binari di un basso apporto proteico giornaliero e di un basso picco glicemico ad ogni pasto.

11) **Esclusione dall'alimentazione di sostanze inibenti il fenomeno di apoptosi**. Nonostante l'utilizzo di vitamine in alta dose, è ben noto che diversi fattori influenzano in senso negativo la capacità delle vitamine di provocare l'apoptosi. Di questi fattori, i più importanti sono 3: alterazione della parete cellulare, dovuta ad acidi grassi saturi, anzichè insaturi (di qui la necessità di somministrare vitamina F oppure Omega 3, escludendo tutti i cibi contenenti acidi grassi saturi); rigonfiamento della cellula a causa dell'elevato contenuto di Sodio (di qui la necessità di escludere il Sodio e i cibi contenenti elevati valori di esso); basso pH cellulare, con impossibilità delle vitamine di agire, come dimostrato in diversi lavori scientifici sull'apoptosi (di qui la necessità di somministrare, sempre sotto controllo medico, sostanze alcalinizzanti come ad esempio il bicarbonato di Potassio con vitamina C, Magnesio, altri complessi molecolari di Potassio, etc….)

12) Alcune procedure terapeutiche rientranti nelle terapie metaboliche qui riportate utilizzano anche preparati farmaceutici come ad esempio lo Ioduro di Potassio (*Lugol*), lo Zinco organico, il Germanio organico, il Selenio organico, il Manganese superossido, etc…

NOTA: la Terapia Metabolica NON è Medicina Complementare o Medicina Alternativa, ma MEDICINA BASATA sulle PROVE, (*Evidence Based Medicine*).

Casistiche

Interessanti, risultano essere quindi i confronti della "TERAPIA METABOLICA", rispetto invece alle moderne terapie anti-tumorali, tutte a base di Chemioterapia, Radioterapia e Chirurgia.

In merito alle terapie gersoniane o simil-gersoniane, si riportano qui di seguito alcuni LINKS utili.

*La **terapia Gerson** è oggi riconosciuta dal governo americano. E' forse la terapia più conosciuta, soprattutto in America (* http://www.gerson.org *). Famoso è il lavoro scientifico di confronto, fatto nel 1995 su 153 pazienti malati di melanoma maligno, in cui si ebbero percentuali di remissione da malattia di gran lunga superiori a quelli delle terapie convenzionali (40% di sopravvissuti contro il 6% della Chemio-Terapia).* www.gerson-research.org/docs/HildenbrandGLG-1996-1/index.html

Il dott. **Burzynski**, in oltre 20 anni di lavoro, ha curato oltre 3.000 pazienti, iniettando in vena vitamine sintetiche prodotte in laboratorio, chiamate "Neoplastoni", e capaci di indurre l'apoptosi nelle cellule malate. Nel 2004 il *Burzynski Research Institute* (BRI) accettò la collaborazione con la *Food and Drug Administration* (FDA) per gli antineoplastoni A10 e AS2-1 nel trattamento del glioma. Attualmente il BRI sta conducendo altri 72 trials clinici in molti tipi diversi di cancri. Le percentuali di successo sono molto alte (http://www.burzynskiclinic.com/ph/clinical-trials.html)

In merito ad altri medici che hanno adottato tecniche di cura simil-gersoniane, si riportano alcuni dati.

Il dott **Contreras** ha dimostrato di raggiungere la guarigione nel 30% dei cancri polmonari (200 casi clinici osservati), contro il 2% della terapia convezionale; di circa il 40% nel caso dei cancri alla mammella (130 casi clinici osservati), contro il 21% della terapia convenzionale, il 30% nel caso dei cancri del colon (150 casi clinici osservati), contro l'8% dei trattamenti convenzionali, e l'86% dei casi di cancro alla prostata (600 casi clinici osservati), contro il 33% delle terapie convenzionali (**http://www.oasisofhope.com/clinical_results.html**).

Binzel E.P.: *"Alive and Well* ". Nel 1994, il prof. Binzen pubblicò i risultati da lui ottenuti trattando i suoi pazienti negli anni 1974-1991. Su una casistica comprendente 180 pazienti che presentavano cancro primario (non metastatizzato e circoscritto ad un singolo organo o tessuto), 131 erano ancora vivi nel 1991, data in cui veniva pubblicato il rapporto. A quel tempo, 58 pazienti erano stati seguiti per un periodo dai 2 a 4 anni, mentre 80 di essi avevano avuto un *follow-up* medico per un periodo di 5-18 anni. Dei 42 pazienti che erano deceduti nel 1991, 23 erano morti a causa del cancro contratto, 12 per "cause non connesse" e 7 per "cause sconosciute". Tra i pazienti che presentavano metastatizzazione, 32 su 108 erano morti della loro malattia, 6 per "cause non

connesse", e 9 per "cause sconosciute". Dei 61 pazienti ancora vivi nel 1991, 30 avevano avuto un *follow-up* medico di 2-4 anni, 31 erano stati seguiti per un periodo di 5-18 anni.

Il medico tedesco **Hans Nieper**, scomparso di recente, ha anch'egli documentato circa 1.000 casi (http://www.mwt.net/~drbrewer)

Famosa è stata anche la dottoressa **Catherine Kousmine**, che si applicò anche a molte altre patologie, fra cui soprattutto la Sclerosi Multipla, con oltre 600 casi documentati
Kousmine, Catherine : http://www.kousmine.com/serv02.htm ; http://www.kousmine.com/services.htm

Altri medici di estrazione simil-gersoniana:

Alvarez , MD **http://stellamarisclinic.com** http://www.nfam.org/treatment/clinicstella.html
Andrade, Gustavo MD. http://www.bajaonline.com/dr-andrade/programs.htm
Beals, Paul **M.D.**
Brodie, Douglas MD **http://www.drbrodie.com/cancermanagement.htm**
Bormann, Carolyn , MD Europa Institute of Integrated Medicine ; http://www.arrowheadhealthworks.com/cancer.htm.
Bradford, Robert, MD **http://www.americanbiologics.com**
Burzynski, Stanislaw R. M.D. www.cancermed.com
Callebout, Etienne, M.D. London, England
Castillo Ramos , MD http://www.drcastillo.com/
Dorman, MD http://www.paracelsusclinic.com/
Edelson, Stephen M.D. **http://www.edelsoncenter.com/**
Forror, Kenneth M.D. http://www.lfmc.net/
Forsythe, James M.D. http://thecrew2.reno.powernet.net/virtual/drforsythe.com/index.php.
Gonzales, Nicholas James (http://www.dr-gonzalez.com/maver_article.htm ; http://www.dr-gonzalez.com/)
Guidetti Ettore http://fiocco59.altervista.org/27novermbre.htm
Hoffer Abram, M.D. CANADA, http://www.islandnet.com/~hoffer
Hopper Douglas http://www.yourowndoctor.com/aboutus.asp?site=2092&doc=2092,
Issels Joseph. MD, Germany (vedi anche ALLEGATO 54)
Keller, Helmut Stella Maris Clinic in Mexico.
Kroiss, Thomas, M.D. in Vienna, Austria http://www.kroisscancercenter.com/ vedi anche ALLEGATO 53)
Manner Harold, MD, Harold Manner Center
Nagourney, Robert M.D**.** http://www.rationaltherapeutics.com/
Pauling Linus http://www.paulingtherapy.com/
Pesic, Milan M.D. (Germany)
Privitera, James M.D http://www.nutriscreen.com/
Revici, Emanuel M.D., Revici Life Science Center,
Richardson, John "*Laetrile case Histories; the Richardson Cancer Clinic Experience*" (http://www.realityzone.com/lcm.html)
Rizov, Vladimir M.D., www.newvitality.com
Rodriguez, Rodrigo M.D. http://www.ibchospital.com/
Rossi Benedetto http://fiocco59.altervista.org/27novermbre.htm
Roundtree, Robert M.D., Robert C. Roundtree, M.D.,
Rowen, Robert M.D. http://www.doctorrowen.com
Rubio, Geronimo MD **http://www.ami-health.com/** http://www.cancure.org/american_metabolic.htm.
Schachter, Michael B. M.D. **http://www.mbschachter.com**
Stoff, Jesse M.D., Immune Therapies International (ITI).
Tasca Marco http://fiocco59.altervista.org/27novermbre.htm
Taylor, Lawrence, MD Lawrence H. Taylor, M.D.,
Vogeli, Fred, MD (Hulda Clark's approaches) www.drclark.net
Waisbren, Burton, M.D. www.waisbrenclinic.com (vedi anche ALLEGATO 52)

Negli Stati Uniti, in Canada, in Messico e in Europa sono diverse le Cliniche private che eseguono queste terapie (vedi ALLEGATO 25)

Benchè tale terapia vitaminica ad alte dosi sia basata su precise conoscenze medico-scientifiche, essa è stata relegata nell'ambito delle terapie "*alternative*" a causa degli interessi delle Lobby chemio-farmaceutiche: è esemplificativa, in tale questione, la vicenda del *Laetrile* nella cura del cancro per quanto avvenuto negli Stati Uniti d'America negli anni '70 (vedi "*The case of Laetrile*").

La Commissione Europea (Consiglio Mercato interno, Turismo e Consumatori della Comunità Europea) ha recentemente avviato la proposta della Commissione intesa per una direttiva sugli integratori vitaminici, sui prodotti naturali e nutrizionali nell'Unione Europea (VEDI SETTIMA DICHIARAZIONE d'INTESA).

La Commissione Europea intende sostanzialmente:

1) limitare strettamente i dosaggi massimi permessi di vitamine e minerali negli integratori (articolo 5 della proposta di direttiva);
2) eliminare dal mercato tutte quelle fonti di vitamine e minerali non contenute in un elenco ristretto di "sostanze chimiche permesse" ;
3) eliminare i prodotti alle erbe dalla libera vendita in Europa, con l'obbligo di registrazione come "prodotti medicinali tradizionali alle erbe" (proposta della Commissione per una direttiva su prodotti medicinali tradizionali alle erbe - 3ª bozza, maggio 2001);
4) proibire ogni informazione sulle proprietà preventive e curative di vitamine ed erbe dichiarando tale informazione illegale se connessa in qualsiasi maniera con un prodotto.

Su questi ultimi 4 punti, vedi :
http://www.alliance-natural-health.org;http://curezone.com/forums/m.asp;
http://curezone.com/forums/m.asp?f=237;http://curezone.com/forums/m.asp?f=237&i=597;
http://www.healthchoice.org.uk, http://www.healthchoice.org.uk

Maggio 2008: il Canada ha ridotto, per Legge, del 60% le vitamine naturali:

http://www.stopc51.com/c51/what_you_can_do.asp

http://www.medicinetradizionali.it/proibire%20le%20vitamine.htm

Proposte dell'autore in merito alla Terapia Metabolica

Sarebbe opportuno che la Società Civile prendesse atto dei notevoli vantaggi, che si avrebbero nella Sanità pubblica se venisse finalmente accettata e valorizzata pienamente la **TERAPIA METABOLICA**, così come rapidamente riassunta in questo breve documento.

Si propone pertanto un Programma in QUATTRO punti così definibile:

1) Accettazione dei 12 punti sopra indicati, tenendo però conto delle opportune "elasticità" d'impiego di metodiche specifiche che i tanti medici o gruppi di medici potrebbero applicare, ma comunque confluenti sulla correttezza del regime alimentare, e quindi sull'estrema importanza di una vera Agricoltura Biologica Italiana, allo scopo di rendere tale terapia poco costosa e quindi sostenibile da qualsiasi famiglia italiana.

2) Richiesta della necessità primaria da parte dello Stato italiano di vietare qualsiasi forma di coltivazione o di importazione di cibo OGM, causa il fallimento delle Terapie Metaboliche nella cura delle malattie cronico-degenerative quali i tumori maligni (Cancro, Leucemie, etc…), quelli benigni e le altre patologie socialmente rilevanti nel Paese (Diabete dell'adulto, Alzheimer, Sclerosi Multipla, malattie cardio-vascolari, Ipertensione, malattie auto-immuni, etc….

3) Richiesta della necessità primaria da parte dello Stato italiano di controllare e di difendere il territorio nazionale contro l'abuso criminale delle Discariche abusive e di quelle tossiche che, avvelenando le terre e le acque, ci priveranno della possibilità: 1) di alimentare le popolazioni con acqua e cibo biologico pulito; 2) di curare le malattie cronico-degenerative sopra-indicate al punto 2. Queste discariche, invece, avvelenano le popolazioni stesse a causa delle Diossine e dei metalli pesanti e sono quindi una gravissima forma di criminalità che dev'essere al più presto fermata dalle Autorità.

4) Obbligatorietà da parte dei Centri di Diagnosi istologica, pubblici o privati, di essere in grado di ricercare e di identificare, routinariamente, Retrovirus transgenici OGM (o comunque una loro parte come il *Promoter S35* CaMV (*Cauliflower Mosaic Virus*) in neoplasie umane provenienti ancora fresche dai tavoli operatori, essendo gli OGM una gravissima minaccia per la nostra salute (vedi ALLEGATO 24) e di dimostrare quindi l'eventuale responsabilità diretta delle Multinazionali OGM nell'insorgenza di tumori umani nella popolazione italiana. Nota: tali retrovirus transgenici devono essere differenziabili da quelli "naturali" (riportati in ALLEGATO 7). Bisogna quindi avere l'esatto codice genetico di tutti i promoter OGM retrovirali costruiti in laboratorio e successivamente brevettati per essere poi impiegati per immettere in commercio cibo OGM. E' quindi necessaria la valutazione legale contro ogni forma di segreto industriale sugli OGM. La tenuta "*commercialmente confidenziale*" di documenti per non farli conoscere al pubblico contravviene alle raccomandazioni della Convenzione di Aarhus, un accordo della Commissione Economica delle Nazioni Unite per l'Europa che lega l'ambiente ai diritti dell'Uomo.

The case of the “LAETRILE” (Vitamin B17)

Partially tract from “*A Commonweal Working Paper*”, by Vivekan Don Flint and Michael Lerner
Research Assistance: Melanie Smith, October, 1997,

The most enduring legacy of the meteoric rise of Laetrile to a place of preeminence among unconventional therapies for cancer during the 1970s may well be sociological and political, rather then medical in nature. Laetrile spawned a popular movement for freedom of choice in health care decisions spanning the ideological spectrum that probably has not been seen in this country since the time of Harry Hoxsey. Though it had been in use for at least 25 years as a therapy for cancer, it is estimated that at any given time during the mid-1970s, 70,000 people were using Laetrile as a cancer treatment, for pain control or as a preventive measure.([1421])

In the debate over broader philosophical and political issues, the critical question for cancer patients, whether or not Laetrile is an effective therapy for cancer, was largely overshadowed, though clearly Laetrile has not lived up to the expectations of many of its most ardent advocates.

According to journalist Michael Culbert, D.Sc., founding member of the Laetrile advocacy group Committee for Freedom of Choice in Cancer Therapy, Inc.:

I decided very early that the issue was neither scientific nor medical but political. And that issue was--is--simple: What right does the state have, or should it have, to intervene in the medical decisions between a patient and his doctor, particularly if that patient is dying of a "terminal" disease for which there is no known, or guaranteed cure? ([1422])

Ralph Moss, a key figure in the Laetrile controversy in the 1970s, has been a leading critic of the cancer orthodoxy, as well as the political and economic forces he believes drive it, since leaving his position as Assistant Director of Public Affairs at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) in 1977. Moss was fired for aligning himself publicly with a group of MSKCC employees who believed the public was being given inaccurate information on the outcome of animal studies of Laetrile's effectiveness. Moss provides a detailed account of the Laetrile controversy and his experience at MSKCC in his book *The Cancer Industry*. Moss states the medical issue this way:

”*Laetrilists are not just advocating a single substance but, like the advocates of other unorthodox therapies, are proposing a new kind of treatment for the patient's body and mind*”.

There is apparently an irreconcilable difference between laetrilists and orthodox doctors in how they understand cancer.

Since the time of John Hunter (1728-1793), orthodox physicians have tended to see cancer as a localized disease that, as Hunter said, "only produces local effects." Such a disease would therefore be curable through localized means--for example, removing the growth through surgery.
...Experiments in this century, and particularly in the past thirty years, have suggested that the body has natural immune mechanisms against cancer analogous to those that function in microbial infections. The corollary of this view is that cancer can be controlled by enhancing the body's normal immune functions, which orthodox methods tend to destroy. ([1420])

The typical "metabolic therapy" often advocated by proponents of Laetrile includes megadoses of vitamins A and C, minerals such as selenium, and enzymes, particularly pancreatic enzymes. And, in order to free these enzymes to act upon cancer cells, practitioners often recommend limiting intake of animal protein. Alcohol, coffee, soft drinks and processed foods may also be proscribed.([1423])

The early 1970s saw growing numbers of patients seeking out Laetrile as a cancer therapy and it was during this time that the Laetrile became the focus of a large-scale political movement, as well. In June 1972, John Richardson, M.D., an Albany, California physician whose used Laetrile in his rapidly-expanding practice, was arrested for violating state laws intended to curtail its use. Richardson was a member of the conservative John Birch Society, and its membership rallied around the issue. The three trials of Richardson galvanized a national movement for freedom of choice in medical therapies, and the original Committee for Freedom of Choice in Medical Therapy, Inc. ballooned into a nationwide movement in all 50 states with a membership estimated at 20,000 to 50,000 members. ([1424])
In July 1973, Dean Burke, while still working with the NCI, wrote to Congressman Robert A. Roe that Laetrile had been successful in NCI directed studies using the Lewis mouse lung cancer model while the agency consistently denied its efficacy ([1425]).

1975 was a pivotal year in the controversy over Laetrile. In that year a U.S. District Court judge barred the FDA from

preventing patients from securing their own supplies of Laetrile from foreign sources. Later that same year, federal officials conducted a crackdown on the importation of Laetrile into this country. Sixteen people, including Robert Bradford, now affiliated with the American Biologics clinic in Tijuana, were arrested or indicted on charges of smuggling Laetrile from Mexico. The principles were eventually found guilty in a lengthy trial, though no prison time was meted out ([1426]).

The OTA also summarized the efforts by the NCI in the mid-1970s to obtain documented evidence of objective responses to Laetrile using an approach designed to collect information from individuals or practitioners who felt they had used Laetrile successfully in the treatment of cancer. The intention was not to determine rates of success, but rather to collect evidence of antitumor affect. The NCI sent nearly half a million letters to physicians, other health professionals and to pro-Laetrile groups asking for documented case histories of patients who had shown objective responses to Laetrile, with or without metabolic treatment, with a treatment period of at least 30 days, with a period of at least 30 days prior where no conventional treatment had been used.

Two hundred thirty patients responded with claims of objective response using Laetrile. Ninety-three of these gave permission for release of their medical records, and for 26 of these insufficient information was provided for review purposes. The final review was based on the remaining 67 cases. In an effort to avoid bias, twenty-six case histories of patients with similar cancers who received only conventional therapies were added to the Laetrile cases. Summaries of the course of the disease without information about the therapy used were prepared for each patient and presented to a panel of 12 oncologists from outside the NCI. A group consensus was reached for each case after a discussion of the individuals reviews.

The panel determined that there were two complete remissions, four partial remissions and nine cases of stable disease. Thirty-five cases were of no value since they did not meet the original criteria for inclusion, and 11 had insufficient data upon which to judge responses. Despite the attempts to blind the panelists regarding Laetrile use, a higher than expected proportion answered correctly when asked to guess which patients had used Laetrile. Interestingly, the consensus for the six Laetrile-treated patients who were determined to have had partial or complete responses and for the three determined to have had increased disease-free survival, was that they had received conventional chemotherapy.

In their discussion of the review, the authors point out that the relatively small number of case submissions and loss of cases due to incomplete information left only a small number of evaluatable cases. Further:

The patients treated with Laetrile were almost always given concomitant metabolic therapy...as well as general supportive-care measures such as improved diet, psychologic support and the unmeasurable ingredient of hope. This fact makes it difficult to attribute any tumor response to Laetrile alone ([1427]).

Following this case review, the NCI sponsored phase I and II clinical trials, which were carried out at the Mayo Clinic. The phase I study gathered information about dosage and toxicity ([1428]) in preparation for the phase II study.

One hundred seventy-eight patients with advanced cancers were treated with amygdalin according to a regimen designed to resemble "*current Laetrile practice*," which included a special diet and vitamin supplements. A subgroup of 14 patients with colorectal cancer was given a high-dose regimen of amygdalin and supplements resembling high-dose regimens used by some metabolic practitioners.

All patients had disease for which no conventional therapy was available, though none were bedridden and all could eat normally. About a third of the patients had had no chemotherapy whatsoever, significant because of the claims of many practitioners that metabolic therapies are more effective in patients whose immune systems have not been damaged by chemotherapy.

The amygdalin, prepared from apricot pits by the NCI, was administered intravenously for 21 days, followed by continuous oral administration which was terminated with progression of the disease or severe clinical deterioration. Three patients were taken off the regimen because of high blood levels of cyanide.

One of the 175 evaluable patients demonstrated a partial response (at least a 50 percent decrease in the size of the lesion); this response was transient, however. By the end of the three-week course of intravenous amygdalin, more than half of the patients demonstrated measurable disease progression. By seven months, all patients had progressive disease. Median survival for the entire group was 4.8 months, a result similar to that of the 14 high-dose patients. The researchers found little evidence of symptom relief. Toxicities were generally mild when patients adhered to treatment schedules.

The authors concluded that the survival times of the patients appeared to be consistent with survival times of patients

"*receiving inactive treatment or no treatment*"([1256]). The OTA report notes that this comparison was not entirely valid, since the trial did not include a randomized control group and was not designed to determine if amygdalin caused moderate increases in lifespan or improvements in well-being or pain control ([1429]).

Laetrile supporters predictably criticized the study, claiming the material used was not Laetrile but a "*degraded product.*"([1430]). The OTA Report counters that the Laetrile used was prepared according to one of several popular formulations in use at the time and that the regimen did correspond to current Laetrile practice ([1431]). American Biologics, then a California company with ties to the Committee for Freedom of Choice in Cancer Therapy, had offered to provide free Laetrile for the study and when the government refused the offer, the Committee unsuccessfully tried to block the trial, believing the test substance was not pure amygdalin, but a form that would not release cyanide ([1432]). According to Culbert:

The "Laetrile clinical trial"...wound up being in essence a US government sponsored test of an uncertain Laetrile product whose application was in the hands of doctors and scientists known to be or assumed to be hostile to Laetrile, whose patients were anonymous, and the test results of which, being coded, could not be individually released or cross-checked. Worse, the patients accepted for entry into the program were variously described as "terminal" or beyond hope of cure by conventional means, yet not at the "final stage."

The government [released] data on the test before the trial results were published as a kind of slide presentation...A Committee observer at the event was able to photograph a slide which showed that a significant number of test patients had remained "stable" while on the injectable part of a program whose oral protocol, we had every reason to believe, was not strongly adhered to (and parts of which, as in suggested vitamin A levels) seemed not to have been followed at all. ([1432])

The results of the trial published in the New England Journal of Medicine showed Laetrile to be ineffective as a cancer treatment, but Culbert and other Laetrile advocates believed the trial raised more questions than it answered:

[D]epending on how the numbers were read, either a small majority or a large plurality of patients remained "stable" while on the injectable part of the program, and only advanced into further disease after the 21 days of injections ceased. It later surfaced "anecdotally" that at least one patient was urged not to continue on the program (claiming he had "done too well"). As a corollary, a preliminary test found amygdalin not to be toxic, at least in the ranges suggested for therapeutic use.([1432])

And, according to Richard Walters, Dr. James Cason of the University of California, Berkeley, analyzed the compound used in the Mayo Clinic study using infrared spectrophotometry and determined that it did not contain amygdalin at all ([1433]).

And in a charge often leveled at efforts to evaluate alternative therapies, opponents of the trial pointed out that 66 percent of the patients had received chemotherapy which they believed had severely damaged their immune systems and compromised their ability to respond to Laetrile.

Though it continues to be used at several clinics in Mexico and by practitioners in the states where it is legal, in the minds of many, the Mayo Clinic trial was the final word on Laetrile. But for Laetrile advocates, the scientific questions largely still unresolved, and there remains what seems to some to be abundant anecdotal evidence for the effectiveness of Laetrile. According to Culbert:

There were too many doctors stepping forward with case histories...too many dissident scientists claiming there was some merit in the notion of anti-cancer efficacy from glycosidic compounds, and far, far too many "anecdotes" from patients treated in Mexico or even within the USA to be able to claim the apricot kernel extract was totally without value...

[N]otable failures of Laetrile therapy got plenty of press attention, particularly if the failures came from the growing caseloads of Drs. Contreras and Richardson. Such negatives were indeed reported in gruesome detail--yet it was only an occasional journalist who dared contrast failures on vincristine, 5 FU, adriamycin, radiation and surgery, since somehow a failure on an orthodox modality was somehow less a failure than one on unorthodox therapy ([1434]).

In the political effort that had been spearheaded by the *Committee for Freedom of Choice in Cancer Therapies*, between 1976 and 1981, bills decriminalizing Laetrile or legalizing it outright were approved in 24 states. Bills passed twice in New York, but were vetoed each time. Such laws remain in 20 states ([1435]). According to Culbert:

The Committee stuck to a single sweeping principle--that the issue was not so much freedom for Laetrile as it was freedom of informed consent in cancer therapy in general, for physician and patient...One observer after another joined the conceptual battle and usually remained clear on the separation of the issues of freedom of choice in medicine vs. the efficacy of Laetrile: by what stroke of logic or presumed vested interest does the state have the right to intervene in life-and-death decisions between a physician and a patient, particularly when the patient is said to be "terminal," as with cancer? ([1436])

Today, it is illegal to use Laetrile in states that do not have laws specifically allowing it. In 1977, a U.S. District Court judge ruled that the FDA had acted illegally in seizing shipments of Laetrile, and he enjoined the FDA from further seizures; that injunction was overturned in 1979. In a separate decision, a judge set up a system under which a patient could get Laetrile for personal use if a physician signed an affidavit that the individual was terminally ill, but his system was voided in 1987. As a result of these decisions, it is illegal to transport Laetrile across state lines or into the United States, even with a physician's prescription.

Federal District Judge Luther Bohanon who established the affidavit system for Laetrile in 1977 offered his considered view of the controversy:

Advocates of Laetrile's use in cancer treatment include many highly educated and prominent doctors and scientists whose familiarity and practical experience with the substance vastly exceeds that of their detractors. To deem such advocacy "quackery" distorts the serious issues posed by Laetrile's prominence and requires disregarding considerable expertise mustered on the drug's behalf.

While the record reveals an impressive consensus among the nation's large medical and cancer-fighting institutions as to Laetrile's ineffectualness, a disconcerting dearth of experience with the substance by such detractors is revealed...

The current debate is fierce. The issue appears largely unresolved as to Laetrile's true effectiveness, in large part because FDA has prevented adequate testing on humans....

It is only when the substance is openly used, and its results carefully observed and fully reported that this controversy will be resolved. ([1437])

NOTA: disponibile, su richiesta, anche il lavoro di Guidetti e Rossi, su centocinquanta pazienti trattati con Laetrile, relazione presentata nel Congresso Internazionale di Tokyo dell’ottobre 1966

Cap. 18

Protocollo-base “Terapia NACCI”

Nelle questioni di capitale importanza per la nostra vita, se non ci basiamo unicamente sul nostro giudizio e non ci buttiamo in modo deciso, non risolveremo nulla. Se chiediamo aiuto agli altri su faccende serie, essi in molti casi potrebbero sottovalutare la situazione, o mentirci…

Yamamoto Tsunetomo

Avvertenze:
la terapia qui descritta dev'essere sempre "personalizzata" in base al tipo di tumore, sua stadiazione, eventuali complicanze, e soprattutto dev'essere costruita su misura del paziente stesso, rendendo sostanzialmente impossibile eseguire terapie simili fra due pazienti.

In tutti i casi, il paziente dev'essere visitato dal medico e seguito costantemente, in ambulatorio o a domicilio, causa le frequenti modifiche da apportare alla terapia (mutazione del tempo balsamico delle piante, modificazioni del quadro clinico del paziente, etc…).
E' ritenuto necessario l'aiuto di uno "Speziale" per la preparazione delle tisane.
E' spesso necessario, in caso d'inabilità del paziente, l'aiuto di un Fisioterapista e di un Infermiere professionale.
Di qui l'impossibilità di curare a distanza, in maniera efficace e sicura, i pazienti, se non premettendo fin dall'inizio la notevole precarietà d'informazioni ottenibili via telefono o via E-MAIL che rendono impossibile la formulazione di un quadro oggettivo della reale condizione del paziente, con tutti i rischi derivanti per il proseguimento della terapia stessa, terapia che necessariamente andrà comunque incontro ai normali cambiamenti d'impostazione nel corso del tempo, e quindi anche al rischio di errori da parte del medico stesso, se non adeguatamente presente nei tempi e nei modi ritenuti più opportuni.

1. Indicazioni di massima del Protocollo di base della "Terapia Nacci"

Assumere liberamente, durante tutta la giornata, 15-20 bicchieri grandi di succhi di frutta, di verdura, di spezie e di ortaggi (possibilmente di Agricoltura Biologica), frullati, schiaccia-frutta e/o centrifugati, evitando cibo solido.

Nota 1: Non è ancora chiaramente definito se sono preferibili i centrifugati ai frullati, o viceversa. Sicuramente migliori sono i succhi derivati dalle macchine schiaccia-frutta.

Nota 2: Sostanze fortemente lassative (Aloe, ESSIAC, Graviola, etc…) dovrebbero essere sospese di tanto in tanto (idealmente un'intera settimana al mese) e sostituite con fermenti lattici intestinali, ma la perdita delle vitamine ad attività apoptotica nella settimana di "riposo" potrebbe essere controproducente. Attualmente non si è ancora chiarita la linea d'azione migliore.

Nota 3: Nota: l'utilizzo dello schiaccia-frutta è basato su un fortissimo trituratore e su una pressa idraulica che funzionano a motore. Ricerche diverse hanno dimostrato che queste macchine riescono ad estrarre dalla polpa una quantità di vitamine almeno cinquanta volte maggiore rispetto alle normali centrifughe. La stessa quantità di succo prodotto è circa trenta volte più abbondante

rispetto alle quantità di succo prodotto dalle altre macchine. Attualmente, di queste particolari macchine ne esistono diverse versioni, dai costi molto differenziati, in genere variabili dagli 800 Euro-dollari a 2.000-2.600 Euro-dollari circa

Durante la mattina è preferibile bere la frutta fresca intera; nel pomeriggio e alla sera soltanto verdure fresche di ogni genere e tipo. Importante l'associazione anche con *Aloe arborescens*, *Prunus species* (vit. [B17), *Allium sativus, Allium cepa* [in particolare: *"Cipolle Rosse di Tropea* (Calabria) o di *Acquaviva* (Puglia)], *Opuntia ficus indica*, *Actinidia sinensis*, *Citrus species* (arance, limoni, pompelmi, mandarini, cedri, bergamotto), *Daucus carota* e *gingidium*, tutte le Brassicaceee, *Echinacea pallida* aut *rotundifolia* aut *angustifolia, Borrago officinalis* (Borrana) e/o *Oenothera biennis* (Enotera), Olio di semi di *Linum usitatissimum* (Lino), *Uncaria tomentosa* (Unghia di Gatto), *Calendula officinalis*, *Salvia officinalis*, *Tymus vulgaris*, *Malva officinalis*, *Artemisia dracunculus*, *Melissa officinalis*, *Origanum vulgare*, *Rosmarinus officinalis*, *Zingiber officinalis*, *Coclearia armoracia*, *Eugenia caryophyllata*, *Cinnamomum zeylanicum*, *Majorana hortensis*, *Capsicum species*, *Nigella sativa*, *Curcuma* species, *Hypericum perforatum*, *Morinda citrifolia* (Noni), *Equisetum arvense* (Equiseto), *Hesperis matronalis*, vitamina C naturale ad alto dosaggio, *Camellia sinensis* (the verde), *Ananas sativus* o *Carica papaia*.

Su decisione medica specifica per il singolo caso clinico, iniziare fin dall'inizio con almeno 5-7 prodotti fitoterapici al giorno ricavati dalle circa 1.500 formulazioni varie di tisane per Fito-Terapia (dati riservati), basate sull'utilizzo di circa 800 piante medicinali di tutto il mondo, piante necessariamente acquistate da centri di Agricoltura Biologica oppure, in seconda istanza, dall'utilizzo di estratti fluidi commerciali (con o senza associazione di gemmo-derivati e/o di olii essenziali) o, in terza istanza, da perle in gelatina o, in quarta istanza, da capsule): tutti ottenuti secondo tecniche moderne da Aziende fito-farmaceutiche e i cui prodotti siano ritenuti, a giudizio del medico, di sufficiente garanzia per gli scopi descritti nel presente lavoro.

AVVERTENZE

E' tassativamente sconsigliato l'uso di prodotti erboristici venduti sotto forma di capsule, tavolette, compresse, pastiglie, o comunque presentando i principi attivi vitaminici fito-terapici secchi, da soli o mischiati a materiale inerte o potenzialmente tossico (zuccheri), o comunque inadatto per gli scopi descritti dal presente lavoro. E' assolutamente sconsigliato acquistare qualsiasi prodotto erboristico contenuto in contenitori di plastica anziché in confezioni di vetro scuro.

Iniziare ad assumere alcuni cucchiai grandi di *Aloe arborescens* mista a miele biologico, secondo formulazione di Padre Romano Zago e, a giudizio del medico, fino a stabilizzarsi intorno ai 9-10 cucchiai grandi giornalieri di Aloe (fino ad un *massimo di 15-20 cucchiai* grandi al giorno se in *assenza* di qualsiasi apporto energetico diverso dal miele, cioè *escludendo pasta, riso, semini, pesce*); bisogna comunque tenere in conto dell'apporto energetico del miele che, in caso di assunzioni molto elevate (superiori ai 10 cucchiai di miele al giorno) rischia di determinare curve glicemiche troppo alte, con effetto paradosso di sostegno al tumore: di qui, ad esempio, l'utilizzo di foglie di Aloe senza miele, mangiate a crudo e, ovviamente, l'esclusione dalla dieta di pasta, riso, e persino degli stessi semini amari di frutta.

Risulta necessaria la disponibilità di un orto, o comunque di un fruttivendolo di fiducia che dia Prodotti biologici, o comunque di buona qualità.

Bisogna incrementare l'assunzione di vitamina C *naturale* (*Rosa canina*, succhi di *Limone*, di *Kiwi*, *Arancio*, frutta varia) fino ad almeno 3-5 grammi al giorno di vitamina; con il bicarbonato di potassio e l'acido ascorbico è possibile raggiungere dosaggi molto più alti di vitamina C (anche 15-20 grammi al giorno), purchè sotto controllo medico a causa della estrema pericolosità del bicarbonato di potassio in pazienti con insufficienza renale, o comunque cardiopatici.

La terapia anti-neoplastica dev'essere impostata sulla seguente TRIADE curativa

1) Impiego di piante ad uso medico (*Aloe arborescens* in primis)
2)Dieta anti-cancro
3)Attività fisica continuativa (GINNASTICA ISOMETRICA), allo scopo di non depauperare l'organismo stesso del paziente dalle proprie proteine muscolari, essendo le cellule tumorali "affamate" dalla Dieta impostata, con quindi ricerca da parte del sistema metabolico dell'organismo dei seguenti tessuti organici a scopo alimentare endogeno:
a) tessuto muscolare stesso del paziente
b) tessuto adiposo e di riserva
c) tessuto neoplastico stesso (osservazione personale dell'autore del presente lavoro).

In base ad osservazioni personali, l'effettiva guarigione dal tumore, anche se molto esteso, potrebbe dipendere da:
Attività fisica al 50%
Dieta anti-cancro al 30%
Piante medicinali al 20%

Le PERSONE assolutamente NECESSARIE per aiutare il paziente nella terapia sono 6:

1) Un medico per: variazioni al protocollo di terapia, compilazione di ricette di erbe particolari, richieste di esami del sangue, fisio-kinesiterapie domiciliari, esami clinici a domicilio, etc…)
2) Un familiare per la preparazione giornaliera dei centrifugati (un bicchiere almeno ogni 1-2 ore)
3) Un negoziante di ortofrutta per la reperibilità giornaliera di almeno 5-7 piante fra quelle indicate più avanti.
4) Un farmacista o un erborista per la preparazione galenica di erbe secondo ricetta medica
5) Esperto di Fisiokinesi terapia.
6) Infermiere professionale per eventuali incombenze non altrimenti risolvibili dai familiari.

In particolare:
Uno o più familiari devono essere addetti alla preparazione (idealmente OGNI ORA) di un bicchiere di frutta, verdura o di ortaggi centrifugati da servire subito al paziente; dopo un'ora, qualsiasi prodotto centrifugato non serve più, anche se conservato in frigorifero.
In particolare, tale familiare si deve dedicare alla preparazione giornaliera del centrifugato di *Aloe arborescens*, secondo la ricetta di Padre Romano Zago, con l'avvertenza, se possibile, di preparare quantità di *Aloe arborescens* appena sufficienti per 1 o 2 giorni, in maniera da non avere quantità troppo alte di *Aloe arborescens* già centrifugata da dover poi lasciare per più di 2-3 giorni in frigorifero.
Idealmente, l'*Aloe arborescens* dovrebbe essere preparato mezz'ora prima di colazione, mezz'ora prima di pranzo, e mezz'ora prima di cena.

Il Negoziante di ortofrutta di fiducia, dev'essere in grado di fornire, ogni giorno, cibo fresco, di stagione, e prodotto mediante sistemi di Agricoltura Biologica.

Il Farmacista o l'Erborista dovrebbero essere capaci di riconoscere le erbe mediche menzionate in elenco allo scopo di consentire ai familiari del paziente di fare "decotti" o "infusi"; importante la presenza del farmacista per l'esecuzione anche di preparazioni "galeniche" di erbe, in base a ricetta medica.
Nota 1: "decotto" = erbe messe in acqua fredda. Si fa bollire e si lascia bollire per diversi minuti (in genere dai 10 ai 30 minuti.
Nota 2: "Infuso" = the di erbe mediche preparato immergendo per alcuni minuti (in genere 3-10 minuti), in acqua bollente, ma a fuoco spento, le erbe curative.

Il Fisioterapista è spesso necessario, in caso d'inabilità del paziente, per far fare al paziente della ginnastica, soprattutto in previsione di una risposta immunitaria tale da bloccare a letto il paziente.
La situazione potrebbe infatti diventare critica a causa del rischio di depauperamento delle masse muscolari del paziente stesso, in assenza di TENS e di fisiokinesiterapia domiciliare.
Le TENS possono indurre fenomeni di epilessia nel paziente, ed episodi di epilessia possono già essere frequenti in pazienti con risposta immunitaria in atto. Di qui il rischio di facilitare l'insorgenza di tali episodi.

L'infermiere/a professionale è necessario/a in caso di periodi particolari in cui la risposta immunitaria o altre cause di infiammazioni, siano tali da bloccare a letto il paziente al punto tale da non consentirgli di alzarsi dal letto, nonostante le preventive cure di fisiokinesi terapia.
La situazione diventa particolarmente critica poiché vi è il reale rischio di depauperamento delle masse muscolari del paziente stesso, a causa dell'azione proteolitica indotta del tumore stesso.
Le cure infermieristiche a letto del pazienti diventano critiche, poiché il paziente deve essere in grado di non perdere massa muscolare e di condurre comunque il periodo forzato a letto nelle migliori condizioni igieniche possibili, data la sua impossibilità ad alzarsi.
Nota: il depauperamento muscolare può anche avvenire a seguito di una risposta immunitaria al tumore troppo forte, con grave quadro di anemia (quadro simile ma diverso dal classico quadro cachettico indotto dalla crescita tumorale, caratterizzato da algie non controllabili in alcun modo).

Regole generali:
1) il paziente si dovrà sempre sforzare di camminare molto nel corso della giornata, possibilmente con l'aiuto di due racchette da sci, allo scopo di stimolare anche la muscolatura delle braccia e delle spalle e della schiena (circa il 90% della massa muscolare viene così interessata). Tale tecnica, in uso nell'Europa del Nord, prende il nme di *Nordic Walking*.
Nota: può anche essere utile l'impiego di stimolatori elettrici TENS per tenere attiva la muscolatura delle gambe, delle cosce, dei glutei e delle braccia, in caso soprattutto di incidenti o di inabilità temporanea a camminare, della durata superiore a 3-4 giorni, tempo limite oltre il quale può già instaurarsi, in pazienti affetti da Cancro, un deperimento organico improvviso con graduale e irreversibile perdita di massa muscolare generalizzata (caratteristico è il classico odore dei cachettici da cancro).
2) il paziente deve nutrirsi di continuo con frutta, verdura, spezie e ortaggi possibilmente crudi. Gli ortaggi dovrebbero essere mangiati sempre da soli (sempre senza Miele), altrimenti possono essere indigesti. Anche di notte, se il paziente ha fame, o se si sveglia, può mangiare verdure o frutta (frullati o centrifugati, o meglio ancora "schiaccia-frutta secondo Gerson").
Nota 3: per "vegetali" s'intendono : Frutta, Verdure, Spezie e Ortaggi. Data la difficoltà a digerirli, soprattutto se crudi, è consigliabile optare fra i seguenti sistemi:
verdura, frutta, o ortaggi cotti (le vitamine vengono però perse in gran parte).
verdure, frutta o ortaggi cotti in zuppe e/o minestre, con abbondante aggiunta di Spezie.
verdure, frutta, o ortaggi tagliati crudi fini con abbondante aggiunta di Spezie.

verdure, frutta, o ortaggi crudi frullati con Miele o Melata di bosco (e Spezie).
verdure, frutta, o ortaggi crudi centrifugati, bevendone soltanto i succhi.

Nota: i succhi fatti in casa sono da preferirsi, poiché sono liquidi e quindi meno dispendiosi da essere digeriti da parte della paziente.

Idealmente, nei primi mesi di cura bisognerebbe nutrirsi soltanto di succhi fatti in casa di :
frutta fresca, oppure ortaggi, oppure verdure (gli ortaggi possono essere indigesti se assunti assieme alle verdure e, soprattutto, alla frutta).

Questi succhi possono essere inframmezzati con dei piccoli infusi (The) o decotti di erbe particolari (erbe che comunque devono far parte anche dei succhi).

LO SCHEMA-BASE di terapia è il seguente:

Ogni tre/quarti d'ora (massimo 1-2 ore): 1 bicchiere grande di succo concentrato di frutta, oppure di verdure oppure di ortaggi, per un totale di 10-15 bicchieri giornalieri.
Questi succhi devono essere rigorosamente :
-FRESCHI (appena frullati o centrifugati)
-di origine biologica (Agricoltura Biologica)
-di stagione.

ALTRE COMPONENTI DELLA "TERAPIA NACCI"

Esistono altre componenti, tutte di origine naturale, che servono a potenziare l'azione della terapia: olio di semi di Lino (vitamina F, Omega 3),enzimi proteolitici (*da Papaia, Nonu, Kiwi e/o Ananas*), *vitamina C naturale concentrata, Ioduro di Potassio (Lugol), ossido di Magnesio, Germanio organico, Argilla verde superventilata.*

Sotto controllo medico, data la loro pericolosità, diversi semini amari al giorno (intervallati da periodi di NON assunzione) di Mandorle amare e/o di Albicocca, e/o Susino, e/o Prugna e/o Ciliegia e/o Pesca, per via della vitamina B17. In pazienti sotto controllo medico si potrebbe arrivare a somministrare quantità molto alte di tali semini. A titolo indicativo, su pazienti mai sottoposti a Chemio-Terapia, la dose-limite per adulto di 70 kg (in merito alla pericolosità del cianuro derivato dalla B17) sarebbe di 200-250 semini al giorno di albicocca, oppure 30 semini al giorno di pesca, oppure di 10-15 di mandorle amare. Il dosaggio orario non dovrebbe mai superare i 6-8 semini di albicocca. Per i bambini la dose mortale è già di 2-3 semini di mandorle amare.

Effetto PARADOSSO dei semini di Albicocca, Pesca, Limone, Mandorle, etc….
D'altra parte, questi semini contengono anche molti <u>aminoacidi essenziali</u> che determinano l'effetto-carne se assunti in quantità eccessiva.
Personalmente, si ritiene che un paziente adulto non debba mai superare i 30-40 semini di albicocca al giorno, proprio a causa degli aminoacidi essenziali, pur in carenza assoluta di altri cibi ad elevato tenore di aminoacidi essenziali (pesce, cereali, patate..). Tale numero di semini di albicocca dovrà essere più basso in caso di assunzione di patate, cereali o pesce.
Il numero di semini assunti dovrà comunque essere più basso nel caso di pesca e/o mandorle NON solo a causa dei più elevati contenuti di B17, ma anche delle loro maggiori dimensioni e quindi delle quantità di aminoacidi essenziali contenuti.

In ogni caso è sempre necessario misurare nel sangue le concentrazioni di Proteine Totali, poiché VALORI SUPERIORI a 7-7,2 indicano comunque un'assunzione troppo alta di proteine sia dai semini amari di frutta (ricchi comunque di vitamina B17), sia da altri alimenti (pasta, riso, pane NON lievitato, pesce, etc….). IDEALMENTE, il livello di *Proteine Totali* nel sangue dovrebbe essere compreso fra 6,0 e 6,6 grammi /100 millilitri di sangue.

Zuppa di Ippocrate

Preparata come alimento base per i malati affetti da patologie degenerative, questa zuppa speciale (inventata da Ippocrate) doveva essere mangiata sia a pranzo che a cena. Per il Dott. Gerson la zuppa di Ippocrate aveva un ruolo fondamentale nella dieta perchè stimola la purificazione dei reni, mentre la Terapia ha come obietivo principale quello di disintossicare il fegato. Inoltre una volta che i pazienti si sono abituati a mangiare insipido (di solito dopo 2-3 settimane), la zuppa speciale è un modo gustoso per cominciare i pasti. Per preparare la zuppa speciale di Ippocrate le verdure devono essere lavate accuratamente e non pelate, tagliate a cubetti, coperte con acqua e cotte per due ore. Poi le verdure cotte vengono passate con il passaverdura per eliminare le fibre e le bucce. Alla fine di questo procedimento otterrete una zuppa densa e cremosa. Fate raffreddare prima di mettere nel frigorifero. Preparatene abbastanza per due giorni perchè se conservata più al lungo tende a perdere il suo valore nutrizionale.

Le quantità di verdure da usare sono le seguenti:
1 sedano rapa medio; se non è la stagione sostituire con 3-4 coste di sedano;
un pò di prezzemolo;
700 g circa di pomodori (o di più durante l'estate);
2 cipolle rosse di Tropea (Calabria) o di Acquaviva (Puglia);
1 pastinaca media (quando disponibile);
2 porri piccoli;
alcuni spicchi di aglio;

SU DECISIONE MEDICA :100-450 g di patate (introdotte da Gerson). NON O.G.M. (grave pericolo). Fino a quando il malato non si è abituato a mangiare senza sale, è possibile aggiungere un pò di brio alle verdure, alle insalate e anche a questa zuppa utilizzando un pò di aglio spremuto come condimento. L'aglio è un alimento sano e può essere usato a piacere.

IMPORTANTE

L'errore più comune, nel curare a casa un paziente malato di cancro è quello di NON tenere conto dell'apporto degli aminoacidi essenziali, che possono salire a causa di eccessive quantità di pasta o di semini di albicocca...

Tutto ciò determinerà la ripresa della malattia, dopo una prima fase di apparente miglioramento.

E' quindi necessario prestare massima attenzione alle prove del sangue, da fare almeno una volta al mese, allo scopo di monitorare:

1) il calo progressivo della vitamina B12, che da valori molto alti tenderà a scendere a valori inferiori a 100 picogrammi/millilitro di sangue

2) il calo progressivo delle *Proteine Totali* nel sangue, che dovranno attestarsi su valori compresi fra 6,0 e 6,6 grammi per 100 millilitri di sangue.

Sarà compito del medico, sulla base di questi 2 soli valori, decidere se "allentare" o meno la dieta, con piatti particolari, qui di seguito riportati, allo scopo di rendere meno dura e meno rigida la dieta, laddove ciò dovesse rendersi necessario.

E' comunque opinione ormai consolidata, che in pazienti con grosse masse tumorali sarebbe sempre opportuno restare fermi sull'assunzione di soli frullati e/o centrifugati di Frutta fresca o Verdure fresche biologiche, TOGLIENDO persino la pasta di Farro e, forse, persino le Patate.

Il Pane anche se NON lievitato, e il PESCE sono comunque da togliere o da assumere molto raramente, e da dare soltanto in funzione delle *Proteine Totali* presenti nel sangue, se troppo basse, in alternativa o in aggiunta ai semini amari di frutta (ricchi di vitamina B17, ma purtroppo ricchi anche di aminoacidi essenziali).

Le Patate, contenendo da 7 a 8 aminoacidi essenziali (come il Farro e altri Cereali) sarebbero da assumersi con cautela, pur contenendo quantità di aminoacidi essenziali INFERIORI persino alle quantità di aminoacidi essenziali contenute nella pasta di Farro.

D'altra parte, le Patate sono l'alimento migliore per dare energia, poiché NON contengono TUTTI e 9 gli aminoacidi essenziali, a differenza dei semini amari di frutta, e del Pesce.

L'olio di semi di Lino non può essere esposto a fonti di calore: dev'essere venduto in frigo e il vetro dev'essere scuro: contenendo vitamina F, è estremamente efficace poiché viene convertito in OMEGA 3, che riducono le masse tumorali, come dimostrato da Pardini (allegato 38) e da altri autori, come Noguchi ([1654]).

L'olio extravergine d'oliva, invece, non sembra avere alcun effetto curativo contro i tumori.

Il sale (cloruro di Sodio) è sempre e comunque vietato. Prestare attenzione ai vari tipi di sale in vendita che NON devono mai contenere SODIO. (simbolo chimico: **Na**)

Altri piatti (allo scopo di variare i continui centrifugati e frullati di frutta e verdure fresche)

bietole in insalata: mescolare l'olio di semi di lino, la buccia di limone, il basilico e il timo e lasciare riposare per circa un'ora. scottare le bietole in acqua e raffreddare. aggiungere poi lattuga e cipollino condendoli con la salsina.

brodo vegetale: patata (cotta molto in modo che si spappoli), carota, sedano, cipolla, olio

caponata: tagliare a pezzetti tutte le verdure possibili ma senza legumi (cipolla, peperoni, zucchine, cavolfiore, biete, aglio, ecc.) aggiungere olio d'oliva extravergine e mettere in forno per almeno un'ora ad alta temperatura mescolando di tanto in tanto

cipolla infornata: mettere delle cipolle rosse in forno per un'ora; all'ultimo far aumentare il calore; eliminare la parte bruciacchiata, si tagliano a fette e si condiscono con olio di semi di lino, origano, e una spruzzatina di aceto.

cipolle ripiene: scottare le cipolle in acqua bollente; aprirle a meta' e asportare l'interno. mettere il farro gia' cotto con l'aglio tritato, il prezzemolo e riempire le cipolle; mettere in forno per 30 minuti.

insalata di carciofi alla menta: affettare sottili 4 carciofi da mangiare crudi e bagnarli con succo di limone affinche' non anneriscano; quindi aggiungere lattuga tagliata a striscioline, un mazzetto di crescione, qualche foglia di menta fresca.

insalata di carote alla menta: tagliare le carote a rondelle e fatele stufare con poca acqua e olio extravergine d'oliva; a fine cottura aggiungete un cucchiaio di miele, qualche foglia di menta, e qualche goccia di aceto balsamico.

insalata di carote, lattuga, ravanelli, cipollotto, sedano e cetrioli: le carote tagliate a fiammiferi e il resto a pezzettini; mettere poco aceto; lasciare riposare per 1 ora mettendo le verdure tra due piatti con un peso sopra ed eliminando il liquido in eccesso.. si aggiunge l'insalata e la buccia di limone.

insalata di farro: sedano, carote, cipolle, ravanelli, finocchio a crudo con pepe o peperoncino, e farro (gia' cotto)**.**

insalata estiva di farro: cuocere a parte il farro; scottare in una padella e in poco olio extravergine di oliva, zucchine e carote grattuggiate (che si possono aggiungere anche crude), un cipollotto, due spicchi d'aglio sale e peperoncino (facoltativo); una volta cotti, unite il farro e mescolate, lasciando in pentola a amalgamare il tutto per un po'; varianti: il farro verde e' ottimo per questa ricetta.

maionese bio: olio di oliva extravergine, paprika dolce (o senape), sale iodato, limone, aceto di mele, acqua, un cucchiaino di miele; aggiungere a piacere aglio tritato, paprika, curcuma, basilico, capperi, prezzomolo, rucola; mettere tutto in un frullatore ad immersione.

pane azimo: farina, acqua, sale iodato, olio extravergine; fare una pasta molle per fare schiacciatine, piu' compatta per fare una pagnotta; le schiacciate cospargerle con un po' d'olio e sale; mettere in una teglia cosparsa di farina e infornare in forno ben caldo per 20/30'. Nota: incrementa notevolmente le Proteine Totali

ricetta base per il farro: dopo averlo lavato, cuocerlo nella proporzione di 1:3 con un cucchiaino di sale iodato; impiega 1 ora in pentola a pressione e 1 ora e 1/2 in quella normale; lasciare riposare 10' prima di servire. il farro verde cuoce piu' in fretta: proporzione 1:2 per circa 30-40'.

salsa all'aglio: pestare una testa d'aglio, aggiungere sale e mescolando aggiungere poco a poco olio di oliva e succo di limone.

SCHEMA - BASE di terapia anti-cancro Dott. Giuseppe Nacci

Ogni 2-3 ore:
1-2 cucchiai grandi di *Aloe arborescens lontano 1ora da tutto il resto (se dosaggio superiore a 6-9 cucchiai al giorno, ridurre il miele o toglierlo, limitandosi al semplice succo di foglia trturata nella macchina schiaccia-frutta,, o masticandola intera, una o più volte al giorno.*

Se dolori forti: 4-5 enteroclismi di *Coffea arabica* secondo metodo Gerson

Nel corso di tutta la giornata, a intervalli superiori ad un'ora:
1/2 dose di *Ananas* (contiene Bromelina) oppure di *Carica papaya*, oppure 1-2 *Actinidia sinensis* (contiene Actinidina, equivalente alla Papaia o alla Bromelina) oppure 1 cucchiaio di *Morinda citrifolia* (Nonu), in dosaggi da definire (DIVERSI grammi al giorno di Bromelina per adulto di 60-70 kg).
seguito dopo mezz'ora:
semini amari di *Prunus species* (Albicocche, Pesche, Prugne, Ciliegie), o di altra frutta, poiché contenenti vitamina B17. Nota: i dosaggi devono essere decisi dal medico, essendo pericolosa poiché contenente cianuro. Tale impiego è ovviamente proibito in pazienti già sottoposti a Chemio-Terapia a causa dell'intossicazione sistemica ed epatica da Chemio, come riportato alla Terza Dichiarazione d'Intesa, e che quindi non possono rientrare in questo protocollo.
Inoltre, tutti i semini di frutta o di verdura contengono aminoacidi essenziali, con rischio quindi di "effetto paradosso" nei confronti del tumore che si accresce proprio grazie ad elevate quantità di questi semini, anche se contenenti vit. B17

Ogni ora:
succo di frutta o verdura da AGRICOLTURA BIOLOGICA (vedi ELENCO PIANTE ITALIANE ANTI-CANCRO DA COLTIVARE PRESSO CENTRI DI AGRICOLTURA BIOLOGICA) fatto in centrifuga + 1-2 grammi in capsule di vitamina C naturale (*Rosa canina*)
NOTA: Interrompere in caso di febbre pomeridiana, lasciando tranquillo il paziente

Ore 8:00
2-4 cucchiai grandi di *Aloe arborescens*

dopo almeno mezz'ora (ore **8.30**):
1-2 bustine di the verde cinese (*Camellia sinensis*).
Miele biologico mischiato con spezie crude.
1 cucchiaio di Aceto di Mele biologiche di ottima qualità (ottenuto dal Sidro, con Mele biologiche tenute in botti di rovere o di castagno per almeno 6 mesi). Vitamina B17

1 dose di tisana da erbe europee (vedi ELENCO DECOTTI E INFUSI OTTENUTI DA PIANTE ITALIANE ANTI-CANCRO DA COLTIVARE PRESSO CENTRI DI AGRICOLTURA BIOLOGICA)

dopo altra mezz'ora: (ore **9.30**)
1 dose di tisana da erbe europee (vedi ELENCO DECOTTI E INFUSI OTTENUTI DA PIANTE ITALIANE ANTI-CANCRO DA COLTIVARE PRESSO CENTRI DI AGRICOLTURA BIOLOGICA). Vitamina B17

succo di frutta o verdura da AGRICOLTURA BIOLOGICA (vedi ELENCO PIANTE ITALIANE ANTI-CANCRO DA COLTIVARE PRESSO CENTRI DI AGRICOLTURA BIOLOGICA) fatto in centrifuga + 1-2 grammi in capsule di vitamina C naturale (*Rosa canina*). Vitamina B17

dopo 1 ora: (ore **10.30**)
1 dose di tisana da erbe europee (vedi ELENCO DECOTTI E INFUSI OTTENUTI DA PIANTE ITALIANE ANTI-CANCRO DA COLTIVARE PRESSO CENTRI DI AGRICOLTURA BIOLOGICA) Vitamina B17

dopo altra ora **(ore 11.30)**
succo di frutta o verdura da AGRICOLTURA BIOLOGICA (vedi ELENCO PIANTE ITALIANE ANTI-CANCRO DA COLTIVARE PRESSO CENTRI DI AGRICOLTURA BIOLOGICA) fatto in centrifuga + 1-2 grammi in capsule di vitamina C naturale (*Rosa canina*) . Vitamina B17

dopo mezz' ora (ore 12.00)
2-4 cucchiai grandi di *Aloe arborescens*

dopo 1 ora (ore 13.00):
Zuppe a base di verdure, Spezie, olio di semi di Lino (vedi ELENCO PIANTE ITALIANE ANTI-CANCRO DA COLTIVARE PRESSO CENTRI DI AGRICOLTURA BIOLOGICA). Vitamina B17

dopo 1 ora (ore 14.00)
succo di frutta o verdura da AGRICOLTURA BIOLOGICA (vedi ELENCO PIANTE ITALIANE ANTI-CANCRO DA COLTIVARE PRESSO CENTRI DI AGRICOLTURA BIOLOGICA) fatto in centrifuga + 1-2 grammi in capsule di vitamina C naturale (*Rosa canina*) Vitamina B17

1 bustina di the verde cinese (*Camellia sinensis*).

Riposo.
Si attende l'insorgenza della febbre.
In attesa che sopraggiunga, si procede con almeno 1 enteroclisma di *Coffea arabica*, secondo metodo Gerson, allo scopo di svuotare i dotti biliari epatici dalle tossine e di preparare il fegato allo smaltimento delle sostanze tossiche derivanti dal tumore (vedi decimo capitolo).

Dopo le ore 19.30
Procedere con lo sfebbramento del paziente in vista del riposo notturno mediante applicazioni di Argilla Verde superventilata se febbre ancora persistente (*superiore ai 37.5*), oppure enteroclisma di *Coffea arabica* secondo metodo Gerson. www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3698

a sfebbramento avvenuto:

2-4 cucchiai grandi di *Aloe arborescens*

Dopo mezz'ora:
succo di frutta o verdura da AGRICOLTURA BIOLOGICA (vedi ELENCO PIANTE ITALIANE ANTI-CANCRO DA COLTIVARE PRESSO CENTRI DI AGRICOLTURA BIOLOGICA) fatto in centrifuga + 1-2 grammi in capsule di vitamina C naturale (*Rosa canina*).

Harpagophytum procumbens, *Hypericum perforatum*, e/o *Matricaria chamomilla* prima di dormire
Se dolori notturni: enteroclisma di *Coffea arabica* secondo metodo Gerson, verso la mezzanotte.

All'alba: bere un cucchiaio di olio di semi di *Ricinus communis*, aspettare un'ora e quindi fare un enteroclisma di *Coffea arabica* secondo metodo Gerson. www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3698

Unità di frutta/verdura DA BERE ENTRO OGNI ORA, a scelta del paziente (**massimo 3 unità di frutta /verdura per bicchiere**): (possono essere aggiunte liberamente le Spezie e le capsule di estratti freddi di piante medicinali[capsule sempre aperte]). Usare schiaccia-frutta

mezza Arancia
mezzo Limone (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
mezza Mela (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
mezza Pera (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
mezza Pescanoce
mezzo Pompelmo (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
1 Kiwi (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
1 Fico d'India (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
1 Susino (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
1 Pesca (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
3 Albicocche (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
15 Ciliegie (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
60 grammi di Uva (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
100 grammi di More (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
140 grammi di Lamponi (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
180 grammi di Mirtilli rossi (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
180 grammi di Mirtilli neri (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
mezza fetta di Anguria (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
mezza fetta di Melone (mangiare anche i semini amari ma dietro consulto medico [vit.B17])
100 grammi di Carote
150 grammi di Peperoni
150 grammi di Cipolle
150 grammi di Porri
250 grammi di Coste
250 grammi di Rape
300 grammi di Cavolo
300 grammi di Broccoli
300 grammi di Pomodori
300 grammi di Spinaci
300 grammi di Bietole
300 grammi di Indivia
400 grammi di Lattuga
400 grammi di Carciofi
400 grammi di Cavolfiori
400 grammi di Cime di Rape
400 grammi Verze
400 grammi di Sedano
500 grammi di Ravanelli
600 grammi di Zucchine

Nota: i semini contengono tutti e 9 gli aminoacidi essenziali, oltre a quantità apprezzabili di vitamina B17

1-2 ampolle al giorno, o anche più, di Germanio organico

10-15 GRAMMI al giorno di ASCORBATO DI POTASSIO (o anche più), purchè in paziente senza problemi d'insufficienza renale e/o di cardiopatie.

Tisana di-ESSIAC
Il decotto d'erbe di Rene Caisse: radice di *Arctium lappa* (Bardana), *Rumex acetosa* (Acetosa), corteccia di *Ulmus rubra* (Olmo rosso), radice di *Rheum palmatum* (Rabarbaro).

Le dosi consigliate sono le seguenti: 8 cucchiai grandi da minestra 3 volte al giorno, a digiuno, da aggiungere in bicchiere con acqua calda per rendere tiepida la bevanda.

Gli orari potrebbero essere i seguenti:
ore 10.00
ore 15.00
ore 22.00

In questi orari l'Aloe dev'essere lontana di almeno 1 ora, analogamente alla pasta di Farro.
Inoltre, l'Aloe dev'essere lontana almeno1 ora dalla stessa pasta di Farro.

Si può pertanto proporre il seguente orario:

ore 10.00: ESSIAC
ore 11.30-12.00: Aloe
ore 13.00: Pasta al farro con pomodoro, spezie

ore 15.00: ESSIAC
ore 16.30-17.00: Aloe
ore 18.00: Pasta al farro con pomodoro, spezie

ore 20.00: ESSIAC
ore 21.00: Aloe
ore 22.00: Pasta al farro con pomodoro, spezie

Nota: se si assumono dosaggi medi o eccessivi di **Aloe, ESSIAC, o Graviola** (*Annona muricata)* è da valutare se sospendere o meno la loro assunzione una settimana al mese, sostituendoli con **fermenti lattici** di buona qualità, ma senza latte; se esistono gravi problemi epatici è suggerita l'assunzione di **Cardo mariano, Tarassaco e altri epato-protettivi**.
Personalmente, si preferisce NON sospendere del tutto ai pazienti l'Aloe, l'ESSIAC, e la Graviola l'ultima settimana di ogni mese, per regola, ma solo di ridurre i dosaggi, in base ai valori ematici degli Eosinofili, dello stato di malattia, etc….
Aloe ed ESSIAC sono infatti eccessivamente lassative, e questo potrebbe danneggiare nel lungo periodo l'assunzione delle vitamine da parte della flora batterica intestinale, ottenendo in questo caso l'effetto paradossale di peggiorare l'assimilazione delle vitamine naturali, anziché di migliorare le condizioni cliniche del paziente.
Gli enteroclismi di *Coffea arabica* secondo terapia Gerson sono indicati soprattutto in questa fase in cui viene a ridursi l'effetto colagogo e coleretico dell'*Aloe arborescens* e dell'ESSIAC, effetti che si riverberano sul paziente stesso, che può accusare un peggioramento dei processi infiammatori peri-tumorali, a causa della mancanza dell'effetto detossificante del fegato (privato degli effetti depurativi (colagogo e coleretico) dell'*Aloe arborescens* e dell'ESSIAC.

L'utilizzo dell'Aloe e dell'ESSIAC non dovrebbe essere ridotto, a causa dell'apoptosi indotta da queste piante sui tumori.

Divieto assoluto di consumare cibo o bevande prodotte negli USA per i pazienti malati di cancro, a causa delle nuove direttive della FDA in merito agli OGM

La contaminazione genetica potrebbe essere ufficialmente autorizzata in USA: è stata infatti presentata una proposta in base alla quale il FDA autorizzerebbe la contaminazione delle colture alimentari in USA, se originata da colture sperimentali. Il fine, a quanto pare, è di consentire alle industrie o agli Istituti di ricerca di conservare il segreto industriale (*). Come fa osservare Adrian Bebb, di *Friends of the Earth*, questo renderà impossibile la verifica di qualsiasi alimento importato dagli USA, poiché, come dice "non sarà possibile eseguire alcun test dal momento che non si potrà sapere per quale sostanza eseguire i test, e sarebbe consentito anche l'inquinamento originato da piante modificate per produrre medicinali."

(*)Nota: è necessaria valutazione politica e legale contro ogni forma di segreto industriale sugli OGM. La tenuta "*commercialmente confidenziale*" di documenti per non farli conoscere al pubblico contravviene alle raccomandazioni della Convenzione di Aarhus, un accordo della Commissione Economica delle Nazioni Unite per l'Europa che lega l'ambiente ai diritti dell'Uomo.

23/11/04: gli USA legalizzano la contaminazione da OGM.
Fonte: *Friends of the Earth International*.

La politica recentemente adottata da tale organo governativo stabilisce linee-guida secondo le quali un'azienda può volontariamente consultarsi con l'FDA ed ottenere da essa l'approvazione del proprio materiale transgenico in fase di sperimentazione come "accettabile" nei casi di contaminazione.

18 marzo 2008
USA: 33% del mangime biologico è contaminato da OGM (di Federico Bertazzo**)**

Lo rivela la *Straus Family Creamery*, azienda leader del settore biologico del latte e derivati, dopo aver effettuato delle analisi sui propri mangimi certificati.
L'azienda esegue i test ogni volta riceve una nuova fornitura di mangimi (granoturco e soia) per i propri allevamenti. Le analisi si inseriscono nella campagna promossa dal NON-OGM, un progetto di responsabilità che vede impegnate le principali aziende Usa nel settore alimentare ecosostenibile, le quali si impegnano a verificare il rischio di contaminazione per i propri prodotti.
"*Il mangime certificato biologico è a rischio di contaminazione da organismi genericamente modificati*," ha spiegato Albert Straus, presidente dell'azienda. "Noi rifiutiamo l'utilizzo di mangimi ogm, per i nostri animali, per il rischio di contaminazione ogm. E' sempre più necessario effettuare controlli sui nostri mangimi e sugli ingredienti usati, ed è per questo che abbiamo abbracciato "Non-GMO Project", per assicurarci che i nostri prodotti siano privi di ogm".
L'azienda, nelle scorse settimane, grazie alle analisi che continua ad effettuare con regolarità ha denunciato la presenza di tracce superiori al 6% di contaminazione in almeno un terzo delle forniture certificate biologiche di mangimi a base di grano e soia.
"*La contaminazione da OGM* - ha dichiarato Albert Straus - *è un rischio per la sicurezza alimentare dei consumatori come per la mia certificazione biologica*."
"*La mia famiglia combatte da decina di anni per sostenere l'esperienza e la sopravivenza delle fattorie a conduzione familiare, ed è una tragedia scoprire come le forniture siano contaminate", ha spiegato Straus. "E' fondamentale eliminare gli ogm assieme, per garantire un futuro al settore biologico e per il futuro delle fattorie a conduzione familiare ovunque esse siano*."
Lo sforzo che il programma di analisi comporta, spiega una nota aziendale, è un impegno che la Straus Family Creamery sta facendo per proteggere l'integrità del settore biologico ma anche per promuove un precedente per il resto del comparto produttivo biologico.

TERAPIA ANTALGICA

Primo Livello:
impiego di estratti di erbe singole (*Desmodium ascendens, Hypericum perforatum, Harpagophytum procumbens, Matricaria chamomilla, Polygona chinensis* …) o in associazione di più erbe, sempre comunque con applicazioni locali di olio di *Melaleuca alternifolia*, o di olio di *Arnica montana* o di composti di varie erbe.
In particolare, si segnala la seguente tisana, di facile preparazione domestica: mescolare 50 grammi di estratto di *Tilia tomentosa* aut *argentea* (alburno) con 25 grammi di bacche di *Juniperus communis*; versare un cucchiaio grande di questa mistura con mezzo litro di acqua fredda, mettere sul fuoco e portare a ebollizione, mantenendola così per 5 minuti; aggiungere poi, con altri 5 minuti di permanenza sul fuoco, un cucchiao costituito dalla seguente mistura fresca: 25 grammi di *Matricaria chamomilla*, 25 grammi di *Spiraea ulmaria*, 25 grammi di *Thymus serpillum*, 25 grammi di foglie di *Fragaria vesca*; filtrare e bere la tisana fredda diverse volte al giorno secondo bisogno.

Secondo Livello:
Argilla ventilata verde da terreno biologico (miscelare con acqua non clorata, in recipiente di rame, applicare tiepida sulle zone doloranti, alta almeno 2 centimetri, da tenere applicata per un periodo di tempo anche superiore ad 1 ora); l'Argilla verde può anche essere di tipo comune, ma sarebbe meglio impiegare l'Argilla verde macinata fine superventilata.

Terzo Livello:
Gel di *Melaleuca alternifolia* o di *Aloe arborescens*.

Quarto Livello:
Enteroclismi di *Coffea arabica*, secondo metodo Gerson, da 2 a 5 volte al giorno, soprattutto in coincidenza con la Risposta immunitaria (dal pomeriggio inoltrato a mezzanotte).

In fase avanzata di abbandono, da impiego solo occasionale (da aprile 2006) :
Paracetamolo (*Tachipirina*® o *Efferalgan*®);
associazione di FANS;
Ibuprofene (*Faspic*®),
Cortisonici (sotto controllo medico),
Oppioidi (sotto controllo medico).

Cataplasmi di Argilla Verde Superventilata
(Tratto da Charlotte Gerson : La Terapia Gerson- Macroedizioni)

La polvere dev'essere mescolata con acqua e applicata come un impacco sulla parte del corpo che si preresenta infiammata.
L'argilla ha la capacità di assorbire le tossine prodotte da artrite, tumore, punture d'insetto, diarrea e gas intestinali, proprio come farebbe il Carbone Attivo. I cataplasmi di argilla (verde superventilata) sono coadiuvanti delle terapie disintossicanti (entero-clismi di *Coffea arabica*). La polvere di argilla può essere ingerita per trattare affezioni gastro-intestinali. Riportiamo qui di seguito la procedura da seguire per applicare i cataplasmi di argilla:

1) Preparare dell'acqua calda suffiente per diluire la polvere di argilla necessaria in modo da formare una pasta.
2) Stendere velocemente la pasta su una garza pulita per evitare che coli.
3) Appoggiare la garza sull'area da trattare
4) Coprite la parte interessata con un telo di plastica e un panno di lana.
5) Fissate la copertura e lasciatela agire per tutta la notte o finchè non è secca
6) Togliete il cataplasma e massaggiate delicatamente la parte con un panno freddo bagnato.
7) Ripetete questa procedura tutte le volte che lo ritenete necessario
8) Gettate l'argilla utilizzata

Suggerimenti per la preparazione dei succhi

Per la preparazione dei succhi di frutta e verdura il dott. Gerson consigliava due tipi di utensili: un tritatutto e una pressa. Inoltre raccomandava che tutte le parti dell'utensile che entravano in contatto con l'alimento pressato fossero in acciaio inossidabile. Attualmente si consiglia un utensile che riunisca entrambe le funzioni.

Si raccomanda di non preparare al mattino il succo sufficiente a coprire il fabbisogno dell'intera giornata, ma di prepararlo volta per volta.
Nota: tuttavia, in situazioni particolari, se si deve anche lavorare durante la terapia, e se si deve quindi allontanarsi da casa, e non è quindi possibile portarsi dietro una macchina schiaccia-frutta da 30 chili (vedi dopo), sarà allora consentito usare dei thermos molto capienti dove tenere i succhi già pronti. Ma è ovvio che essi perderanno una certa parte di vitamine nelle ore successive. In particolare, usare succhi di carote e/o di mele, e mai succhi di verdure a foglie verdi, perché i succhi verdi si ossidano molto velocemente, e perdono così le loro proprietà nutrizionali.

Si consiglia inoltre di non bere acqua perché il volume dello stomaco deve poter contenere i succhi e la zuppa speciale di Ippocrate. Gli ingredienti della zuppa sono facilmente assorbiti dalla mucosa gastrointestinale. L'acqua immessa nello stomaco tende a ridurre l'azione dei succhi gastrici e degli enzimi in essi contenuti. Unendo l'effetto enzimatico-vitaminico dei succhi freschi biologici e della dieta curativa priva di sodio all'uso limitato di supplementi e alla somministrazione di enteroclismi di *coffea arabica*, si può così recuperare un benessere fisico duraturo in maniera naturale e sicura.

Bere 13 (tredici) bicchieri da 250 millilitri l'uno al giorno equivale a 3.250 millilitri totali di succo al giorno, equivalenti a circa 7-9 chilogrammi al giorno di frutta e verdura fresca biologica.

Il metodo di estrazione dei succhi dalla frutta e dalla verdura incide in maniera determinante sulla concentrazione dei nutrienti che i pazienti devono introdurre nell'organismo.

Qui di seguito vengono descritti 5 tipi diversi di utensile

Spremifrutta per trinciatura

Questi utensili trinciano le verdure o la frutta e ne straggono il succo in una fase sola. La qualità del succo è abbastanza buona ma la quantità di polpa che rimane nella macchina è eccessiva con conseguente dispersione di una parte degli

enzimi vegetali. Sebbene il succo prodotto da questi utensili sia più ricco di nutrienti di quello ottenuto con una centrifuga, in realtà è meno nutriente di quello ottenuto con un tritatutto o con una pressa macinatrice che, viceversa, è consigliata per la terapia descritta (vedi più avanti). Inoltre la camera di triturazione della macchina tende a\scaldarsi e questo danneggia la qualità enzimatica del succo prodotto. I prezzi possono variare da 200 a 700 Euro.

Centrifughe

Indubbiamente le più comuni e le meno costose fra gli spremi-frutta, le centrifughe sono anche gli utensili meno indicati per soddisfare le necessità di un malato che segua la terapia indicata in questo lavoro. Per azionare una centrifuga bisogna spingere porzioni di verdura e di frutta contro una lama rotante dotata di denti che riducono il prodotto in polpa. La forza centrifuga spinge la polpa contro le pareti di un cestino forato attraverso il quale viene filtrato il succo mentre la polpa rimane all'interno. Il principio sembrerebbe corretto, ma ci sono problemi relativi al procedimento di centrifugazione:

a) la verdura o la frutta non viene grattugiata abbastanza finemente e questo è vero soprattutto per le verdure a foglie verdi
b) la forza centrifuga è meno efficace del sistema di pressatura adottato negli altri sistemi di estrazione del succo. A causa di questa spremitura insufficiente molti minerali e vitamine presenti nella polpa non vengono trasmessi al succo; quindi il succo prodotto contiene meno enzimi salutari e meno nutrienti.
c) Il dott. Gerson disse a proposito delle centrifughe: "*quando la lama a disco ruota contro una resistenza con introduzione di aria insuffiente, produce elettricità positiva e spinge l'elettricità negativa contro le pareti circostanti. Lo scambio fra ioni positivi e negativi disattiva gli enzimi ossidanti (vitamine) e rende così il succo meno nutriente*". Aggiunse inoltre che "…***quei pazienti che usavano le centrifughe non riportavano miglioramenti quando seguivano la cura da soli***".

Spremiagrumi

Gli spremi agrumi vanni utilizzati unicamente per spremere arance e pompelmi, infatti proprio per la loro forma non sono adatti per altri tipi di verdura o frutta.

Frullatori /omogeneizzatori

Alcuni miscelatori sono potenti frullatori e non dei veri e propri spremifrutta e verdura. Tritano la frutta o la verdura fino a ottenere una polpa omogenea ma non ne estraggono il succo. Visto che in questo caso non c'è una vera riduzione della massa, per ottenere i nutrienti equivalenti a quelli presenti negli oltre 3 litri di succo prodotto da vegetali freschi con il metodo Gerson, una persona dovrebbe ingerire una quantità enorme di cibo, pari a oltre 2 chilogrammi e mezzo al giorno di carote, 3 chilogrammi e mezzo al giorno di mele, etc….
Tuttavia è meglio avere almeno uno spremifrutta-verdura, piuttosto che non averne neppure uno. Anche il tipo di utensile meno efficace vi fornirà più nutrienti di quanti ne possiate ingerire mangiando una quantità equivalente di prodotto fresco.

Trituratore (macina) / pressa

E' senz'altro il tipo di macchina da impiegare nei pazienti malati di cancro.
Può arrivare a pesare fino a quasi 30 chili.
Purtroppo i suoi costi sono molto alti e sarebbe necessario uno studio a livello nazionale allo scopo di mettere a disposizione delle famiglie italiane queste apparecchiature a costi eventualmente ridotti, essendo queste macchine necessarie per un buona terapia simil-gersoniana, come descritta in questo lavoro.

Il sistema è basato su due parti:

1) Macina pesantissima che tritura la verdura e la frutta (con tutta la buccia), riducendola ad una polpa fine e succosa.
2) Pressa idraulica pesantissima che estrae gli enzimi del succo da questa polpa, ad una pressione di circa 140 (centoquaranta) chilogrammi per centimetro quadrato di polpa.

Ricerche diverse hanno dimostrato che queste macchine riescono ad estrarre dalla polpa una quantità di vitamine almeno cinquanta volte maggiore rispetto alle altre macchine descritte precedentemente. La stessa quantità di succo prodotto (che è cinquanta volte più ricco di vitamine rispetto alle altre procedure di estrazione) è circa trenta volte più abbondante rispetto alle quantità di succo prodotto dalle altre macchine.
Purtroppo, il costo di queste macchine è molto alto, variando dagli 800 (ottocento) Euro ai 2.000 (duemila) Euro.

Si ritiene comunque, dopo 5 anni di attenta valutazione dei pazienti sottoposti a queste cure, che ne valga la pena comunque, tenendo conto che altre terapie anti-tumorali richiedono anch'esse costi molto alti, come ad esempio la Multiterpia Di Bella, dove il solo impiego della Somatostatina (escludendo tutto il resto) costa da sola oltre 3.000 Euro *al mese*.

Ulteriori consigli:

Acquisto di frutta e verdura biologica
Acquistate la verdura e la frutta presso piccoli negozi o comunque presso strutture di vendita di cibo "locale", e ovviamente biologico, cioè non trattato con pesticidi (altrimenti la terapia fallisce). Diffidate di prodotti di provenienza estera, poiché le vitamine potrebbero essere andate ormai perdute e perché c'è il rischio di OGM.
Acquistate la verdura e la frutta più volte alla settimana in modo che sia sempre fresca. Non lasciate che le verdure rimangano in frigorifero per un'intera settimana prima di usarle per il succo. Forse è necessario avere un secondo frigorifero d'appoggio.
Accordatevi con l'ortolano di fiducia nel caso che vi sia penuria di frutta nei mesi successivi (invernali) in maniera da poter avere in anticipo forniture di frutta fresca di stagione che potrete quindi mettere al sicuro nella cella frigorifera del vostro secondo frigorifero. Ciò non vale, ovviamente per le verdure a foglia verde….

Piccola centrifuga d'appoggio
Nel caso delle verdure a foglie verdi mettetele in una retina e azionate il programma di una piccola centrifuga per circa 20 secondi , allo scopo di togliere l'acqua in eccesso

Macchina trituratore (macina) / pressa
Pulite e lavate la verdura e la frutta fresca biologica prima dell'uso, e tagliatela a piccoli pezzi prima di metterla nella macchina.

Pulire la macchina dopo ogni preparazione, a causa del pericolo di germi. Utile avere a disposizione un lavello con scarico diretto e un raccordo a doccia. Eliminate la polpa dalle garze della pressa, strizzatele bene, mettetele in sacchetti a chiusura ermetica e conservatele nel *freezer* (pericolo germi) . Una volta alla settimana bollite le garze in acqua depurata.

Cap. 19:
Altre malattie cronico-degenerative: Diabete Mellito dell'Adulto; Sclerosi Multipla; Invecchiamento, Malattie cardio-vascolari; Alzheimer;

"…La pianta è un organismo complesso, frutto dell'evoluzione biologica avvenuta in centinaia di milioni di anni. Ogni modificazione genetica provocata in essa dall'Uomo, per quanto minima, produrrà comunque un danno, un danno irreparabile che spesso non potrà essere riconosciuto, poiché l'Uomo conosce con sicurezza soltanto poche decine di vitamine e di altre sostanze pro-vitaminiche. Viceversa, le vitamine e le altre sostanze contenute nelle piante sono decine di migliaia, e sono queste le responsabili del corretto funzionamento della complessa biochimica umana e del genoma umano (DNA) …"

Cap. 19.1: **Diabete Mellito non-insulino dipendente, o diabete dell'adulto**

Esistono 5 sottogruppi di Diabete mellito:
Tipo I, Diabete Insulino-Dipendente o Diabete Giovanile (IDDM);
Tipo 2, Diabete Non Isulino Dipendente o Diabete dell'Adulto (NIDDM);
Tipo III o Diabete Secondario;
Tipo IV, Diabete Gestazionale,
Tipo V; Diabete da Ridotta Tolleranza per il Glucosio.

In questo lavoro ci occuperemo soltanto del Tipo 2: Diabete Non Insulino Dipendente o Diabete dell'Adulto (NIDDM). Quest'ultimo quasi sempre legato a obesità.

La letteratura medica scientifica su questa patologia è vastissima.
Ci si permette di riportare soltanto le note introduttive di Cherie Calbom e Maureen Keane in "*La salute con i succhi di frutta e verdura*", Tecniche Nuove, editore, pp.: 90-91

"L'esercizio fisico può essere molto utile nel programma di cura del diabete. Sono stati osservati molti benefici tra cui una maggiore sensibilità all'insulina con conseguente riduzione della necessità di assumerne attraverso iniezioni, una maggiore tolleranza per il glucosio, un aumento del numero e di recettori dell'insulina, una riduzione dei livelli di colesterolo e dei trigliceridi nel sangue con un aumento dei livelli di HDL, e un più sensibile calo di peso nei soggetti diabetici obesi. Ciò nonostante, il programma di esercizio fisico per un diabetico dev'essere studiato con attenzione per evitare rischi.
La dieta potrebbe essere il fattore più importante nella cura del diabete. James Anderson ha divulgato una dieta a base di fibre vegetali ad alto tenore di carboidrati (HCF), cui la letteratura scientifica ha riservato un'ottima accoglienza, confermandola come la dieta più indicata per questo tipo di malattia (Anderson J.W.: *High –carbohydrate, high fiber diets for insulin-treated men with diabetes mellitus*, Am. J. Clin. Nutr. 1979, 32, pp.: 2312-2321; Anderson J.W.: *Metabolic effects of high-carbohydrate high-fiber diets for insulin-dependent diabetic individuals*, Am. J.Cl.in. Nutr. 1991, 54,pp.: 936-943). La dieta consigliata dalla *American Diabetes Association* e dalla *American Dietetic Association*, che utilizza elenchi di prodotti sostitutivi, è considerata inferiore alla dieta HCF da molti medici e nutrizionisti. La dieta basata sui prodotti sostitutivi è molto più ricca di proteine, colesterolo e grassi rispetto alla dieta HCF e si basa su 6 gruppi di alimenti: latte, verdura, frutta, pane, carne e grassi. Il 35% dell'apporto calorico totale proviene dai grassi, e tale quantità, com'è dimostrato, contribuisce allo sviluppo dell'aterosclerosi. Il contenuto di carboidrati è molto inferiore che nella dieta HCF, in cui il 40-45% delle calorie totali deriva dai carboidrati. Alcune ricerche scientifiche hanno dimostrato che una dieta ricca di carboidrati complessi tiene meglio sotto controllo il livello del glucosio nel sangue. La dieta HCF è costituita per il 70-75% da carboidrati complessi (verdure, frutta, legumi e cereali integrali): per il 15-20% da proteine e solo per il 5-10% da grassi. Consigliamo di seguire la dieta HCF modificata (MHCF) in quanto contiene meno cereali lavorati ed esclude i succhi di frutta, la frutta a basso contenuto di fibre, il latte scremato e la margarina. La dieta MHCF è descritta qui di seguito nella sezione "Modificazioni della dieta".

Modificazioni della dieta

1) Seguire una dieta totalmente vegetariana o una dieta vegetariana modificata (con pesce e carne di pollame una volta la settimana). E'stato dimostrato che questa dieta riduce il rischio di morte per diabete.
2) Consumare aglio e cipolla in abbondanza. E' stato dimostrato che questi alimenti contribuiscono sensibilmente ad abbassare il livello di zuccheri presenti nel sangue (Sharma KK.: *Antihyperglycemic effect of onoin: effect on fasting blood sugar and induced hyperglycemia in man*, Indian J.Med. Res., 1977, 65, pp.: 422-429; Jain RC.: *Hypoglycaeic action of onion and garlic*, Lancet, 1973, 2, pp: 1491; Silagy C.: *Garlic as a lipid lower agent a meta-analysis*, J. R. Coll. Physicians London, 1994, 28, pp: 39-45; Phelps S: *Garlic supplementation and lipoprotein oxidation susceptibility*, Lipids, 1993, 28, pp.: 475-477; Legnani C.: *Effects of a dried garlic preparation on fibrinolysis and platelet aggregation in healthy subjects*, Arzneimittelforsch, 1993, 43, pp.: 119-121; Silagy CA: *A meta-analysis of the effect of garlic on blood pressure*, J.Hypertens. 1994, 12, pp.: 463-468; Kawasakishi S.: *New inhibitor of platelet aggregation in onion oil*, Lancet, 1988, 2, 330; Louria DB.: *Onion extract in treatment of hypertension and hyperlipidemia: a preliminary communication*, Curr. Ther. Res., 1985, 37, pp.: 127-131).

Nota dell'autore del presente lavoro (Dott. Giuseppe Nacci): Purtroppo però, l'introduzione nell'ambiente di Aglio-OGM e Cipolla-OGM (Organismi Geneticamente Modificati) è un

gravissimo e ingiustificato ostacolo a tale terapia, non solo in riferimento alla cura del Diabete, ma anche di molte altre cronico-degenerative

3) Consumare in abbondanza alimenti crudi e succhi di verdura cruda. Si è riscontrato che questi alimenti sono molto benefici per i diabetici. Il dott. John Douglas ha scoperto che i carboidrati ricchi di fibra, consumati crudi, sono più tollerati dai diabetici che cotti e contribuiscono a stabilizzare il livello dello zucchero nel sangue. E'stato dimostrato anche che questi alimenti riducono la voglia di assumere altro cibo. Il dott. Max Bircher-Benner, fondatore della famosa clinica omonima, imperniava sui succhi di verdura cruda molti dei suoi trattamenti dietetici, compreso quello per i diabetici.
Evitare i succhi di frutta. E'ammessa qualche fettina di mela per addolcire un succo di verdura, ma se anche questa quantità minima di fruttosio dovesse alzare il tasso di glucosio nel sangue, è consigliabile eliminarla.
Eliminare tutti gli zuccheri. Il saccarosio è stato associato a una scarsa tolleranza per il glucosio. Tutti gli zuccheri semplici (dolcificanti) sono eliminati nelle diete HCF e MHCF. E'dimostrato che il saccarosio e il fruttosio aumentano il livello di colesterolo totale ed LDL, dei trigliceridi e dell'acido urico nel sangue. Sconsigliamo l'uso di dolcificanti artificiali dati i rischi per la salute a essi associati.

Nota dell'autore del presente sito (Dott. Giuseppe Nacci): questa terapia dietetica ricorda, sia pure parzialmente, la vecchia terapia Gerson modificata per la cura del Diabete mellito di secondo tipo (vedi Charlotte Gerson: "*Terapia Gerson*", Macroedizioni www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3698), dove si afferma che la causa preponderante da cui deriverebbe la patologia è, sostanzialmente, l'elevata presenza di colesterolo nel sangue, da cui deriverebbe quindi l'impossibilità per i recettori cellulari di assorbire l'insulina, teoria ezio-patogenetica che si condivide in parte. Del resto, le Multinazionali chimico-farmaceutiche hanno investito molti capitali per lanciare sul mercato le "Statine" che, al di là dei ben noti casi di morte registrati con il "*Lipobay*", sembrano, nonostante tutto, raccogliere i favori della classe medica.

E' interessante però, a questo punto, chiederci per quale motivo il colesterolo possa essere così alto nel sangue dei pazienti malati di Diabete Mellito di Secondo Tipo, e quindi chiederci se la sua semplice riduzione attraverso la dieta, e non attraverso farmaci come le "statine", possa essere la vera chiave risolutiva del Diabete Mellito di Secondo Tipo: una cura finalmente svincolata dalle terapie chimico-farmaceutiche.

Alessandro Formenti e Cristina Mazzi, nel loro splendido libro "*Cereali e legumi nella dieta per la salute*", Tecniche Nuove editore, hanno mirabilmente delineato la questione del colesterolo in rapporto alla dieta:

…"Un ruolo importante nella fisiopatologia organica riveste il colesterolo, un alcol steroideo necessario al sistema nervoso, al cervello e alle membrane cellulari. E' un precursore di alcuni ormoni, della vitamina D e dei sali biliari. In natura, il colesterolo è presente soprattutto nei grassi di origine animale (carne, lardo, latte e derivati, uova, insaccati, pesci, molluschi e crostacei), mentre è quasi assente nei prodotti vegetali.
Dei circa 2 grammi di colesterolo prodotti quotidianamente dall'organismo umano (colesterolo endogeno), 1-1,5 grammi si originano nel fegato; la rimanenza viene sintetizzata nel surrene, nella cute e nella mucosa della parete intestinale.
Viceversa, una quota molto piccola (0,3-0,5 grammi) è introdotta nell'organismo con gli alimenti (colesterolo esogeno).
Ne deriva che la quantità di colesterolo endogeno è 3-4 volte superiore a quella introdotta con i cibi. I valori desiderabili di colesterolo circolante sono di 180-200 milligrammi / decilitro.
Il sangue è un mezzo prevalentemente acquoso nel quale i grassi, per le loro proprietà idrorepellenti, non possono circolare tal quali. Il colesterolo, quindi, viene trasportato dalle lipoproteine, veicoli proteici che hanno buona affinità con l'acqua.
Tre sono allo stato attuale delle conoscenze, i principali tipi di lipoproteine adibite al trasporto dei grassi:
Le lipoproteine a bassissima densità (*Very Low Density Proteins*, VLDL)
Le lipoproteine a bassa densità (*Low Density Proteins*, LDL)
Le lipoproteine ad alta densità (*Hight Density Proteins*, HDL)

Nota: recentemente si è visto che anche i residui dei chilomicroni e le lipoproteine a densità intermedia (IDL) determinano la formazione delle placche ateromatose quando il loro contenuto nel sangue è elevato.
Circa l'80% del colesterolo viene rimosso dal corpo dopo la sua trasformazione in acidi biliari, i quali, una volta riversati nel duodeno e di qui nell'intestino, vengono eliminati con le feci. Tale processo, però, è largamente influenzato dal tipo di dieta adottato.
Gli individui che consumano cibi prevalentemente proteici e poveri di fibre vegetali ospitano nel colon moltitudini di microrganismi del tipo batteroidi, *Escherichia coli*, bifidobatteri e altra flora gram-negativa che svolgono azione degradativi nei confronti degli acidi biliari. Questi, grazie anche alla velocità di transito rallentata proprio dalle diete "raffinate", vengono in gran parte riassorbiti e, attraverso la vena porta, tornano al fegato (circolo entero-epatico).
E' importante notare che alcune sostanze prodotte dalla degradazione degli acidi biliari sono anche potenti cancerogeni, come l'acido apcolico, il 3-metil-colantrene e, in condizioni di pH neutro, le nitrosamine. Inoltre, l'acido litocolico, che riduce la conversione a livello epatico del colesterolo in acidi biliari, è tossico.
Da ciò deriva che una dieta povera di fibre, oltre a generare sostanze che favoriscono il cancro del colon, determina una condizione per cui, nel fegato, una minor quantità di colesterolo viene convertita in acidi biliari ed escreta nel duodeno; inoltre, vecchio colesterolo si aggiunge a quello sintetizzato quotidianamente.
Poiché è stato più volte dimostrato in studi sull'uomo ed esperimenti sugli animali che la via più diretta e più importante utilizzata dall'organismo per disfarsi del colesterolo in eccesso è il colon e la defecazione, sicuramente la dieta moderna, povera di fibre e ricca di proteine animali, gioca un ruolo di primaria importanza nel fenomeno di accumulo del colesterolo nel sangue. Al contrario, una dieta ricca di carboidrati , vegetali e crusca dei cereali accelera il transito intestinale e favorisce la presenza nel colon di una flora prevalentemente gram-positiva, fra cui gli streptococchi e i lattobacilli. In questa condizione, si operano una degradazione degli acidi biliari molto ridotta, uno scarso riassorbimento degli stessi e una loro veloce e massiva espulsione con le feci.
In tal modo, il livello di colesterolo ematico si abbassa, prima di tutto perché ingenti quantità di quest'ultimo vengono espulse con l'alvo e poi perché il fegato è stimolato a trasformare il colesterolo in acidi biliari che vengono prontamente eliminati.
Questo tipo di flora saprofita, inoltre, produce acidi grassi volatili in grado di inibire la sintesi di colesterolo e dotati di un buon valore energetico, e in minor misura vitamine, aminoacidi e oligopeptidi. Le fermentazioni del grosso intestino, fra l'altro, possono degradare composti tossici e cancerogeni.
Anche lo stile di vita influisce sulla colesterolemia: il tasso di colesterolo HDL è maggiore nelle persone attive, nei bevitori moderati, nei non fumatori, mentre l'LDL è più elevato in chi è sedentario, fuma, è obeso. Fattori di rischio aggiuntivi sono l'ereditarietà, l'ipertensione e l'abuso di alcol…."

Anche la dott.ssa Catherine Kousmine curava il Diabete Mellito di Secondo Tipo basandosi sulla corretta assunzione degli alimenti, ripristinando la funzionalità delle pareti cellulari, di tessuto (es.: intestinale) e di organo (es.: fegato), in particolare mediante l'utilizzo della vitamina F (acido grasso *poli-insaturo*), e quindi sul divieto assoluto di alimenti ricchi di acidi grassi *saturi* come ad esempio il burro, la margarina, etc….
Secondo l'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci, il motivo per cui la vitamina F risulti essere importantissima per la biochimica generale e in particolare contro l'insorgenza e la progressione della patologia diabetica (ma anche di molte altre malattie cronico-degenerative), è il seguente: l'insulina si lega ad un recettore della membrana cellulare, dando inizio ad una complessa cascata di reazioni biochimiche all'interno della cellula. I trasportatori di glucosio, noti come molecole GLUT4, abbandonano la propria zona endocellulare, trasferendosi sulla superficie interna della membrana cellulare. Qui giunti, migrano verso specifiche zone della membrana cellulare, dove individuano ed agganciano le molecole di glucosio che poi trasportano all'interno della cellula, cioè nei mitocondri dove il glucosio viene convertito in energia.
Gran parte delle molecole implicate in questo scenario di assorbimento delle molecole di glucosio in superficie, e successivo loro trasporto all'interno dei mitocondri, sono fatte da lipidi, vale a dire acidi grassi *poli-insaturi*…
Ma anche altre sostanze vitaminiche come lo Zinco, il Magnesio, il Cromo, la stessa vitamina E, C ed altre ancora, ne sono implicate.
Si deve pertanto ritenere che elevate quantità di colesterolo,e bassissimi livelli di vitamina F e di vitamine naturali, come la stessa vitamina C, debbano essere causa di impossibilità da parte del sistema metabolico di funzionare come dovrebbe.

La vitamina F merita quindi un'attenta disamina, e si rimanda il lettore a quanto già considerato su di essa nel capitolo 9.

Da parte dell'autore del presente lavoro, Dott. Giuseppe Nacci, si però convinti che anche una carenza cronica di vitamina C abbia un peso importante nella patologia in esame, in particolare se associato all'impiego di particolari farmaci come le Statine.

La carenza di vitamina C e la minaccia delle Statine

Lo smaltimento del colesterolo non può avvenire con sistemi farmacologici come le Statine, poiché ciò può essere mortale, come evidenziato in letteratura medica indipendente in merito al caso "*Lipobay*". Infatti, si è convinti che l'organismo umano tenda a sopperire alle carenze croniche di vitamina C mediante applicazione di colesterolo sui tessuti connettivali deficitari. L'uomo e la scimmia non sono in grado di produrre vitamina C, a differenza di quasi tutti gli altri animali, e questo spiega la loro particolare suscettibilità ad andare incontro a patologie vascolari come l'infarto miocardio e ictus. La carenza di vitamina C, nella dieta moderna, obbliga l'organismo del paziente a utilizzare il colesterolo per "tenere insieme" le fibre di collagene dei tessuti, ma questo espone a particolari rischi, soprattutto in particolari e delicate zone "di usura" come le pareti arteriose, che tendono così a formare placche ateromatosiche (la letteratura medica dimostra che queste placche possono regredire in presenza di elevatissime quantità di vitamina C e altre vitamine). *Lipobay* e altre statine eliminano il colesterolo dall'organismo in maniera innaturale, esponendolo così a rotture di importanti pareti arteriose (essendo venuto a mancare il "collante" che le teneva unite e non essendoci abbastanza vitamina C da sopperire come "collante").

Nota: l'improvvisa e innaturale deprivazione di colesterolo dall'organismo potrebbe però essere causa anche di altre patologie come forse la stessa Sclerosi Multipla.

Si può quindi riassumere che la terapia del Diabete Mellito NON Insulino-Dipendente, o Diabete dell'Adulto o Diabete di Secondo Tipo, dev'essere basato sulle seguenti considerazioni:

1) I recettori insulinici cellulari sono in *Down Regulation* a causa di elevate quantità di colesterolo circolante nel sangue.
2) Il colesterolo dev'essere quindi assimilato il meno possibile dal cibo ma, poiché viene soprattutto prodotto dal fegato, dev'essere smaltito dall'organismo gni giorno attraverso le feci.
3) Lo smaltimento del colesterolo non può avvenire con sistemi farmacologici come le statine, poiché ciò può essere mortale a causa di gravi malattie ancora poco indagate nella eziopatogenesi carenziale di vitamina C (infarti, ictus) o da carenza stessa di colesterolo in pazienti deficitari di particolari enzimi epatici (sospetta insorgenza di Sclerosi Multipla).
4) E' molto più conveniente, quindi, considerare una terapia basata sul ripristino della funzionalità intestinale per il corretto smaltimento "naturale" del colesterolo in eccesso: sostanzialmente, quindi, un ritorno alla Terapia Gerson modificata per le malattie dismetaboliche, con aggiunta di alcune varianti operate dalla Kousmine, in particolare con ampio utilizzo di vitamina F.

Nota: questa terapia viene pertanto qui riassunta nelle sue linee essenziali ricordando comunque che solo un medico può farla eseguire ai suoi pazienti, e che l'autore del presente lavoro (Dott. Giuseppe Nacci) declina ogni responsabilità per chiunque intenda seguire le successive indicazioni senza essere seguito da un medico di sua fiducia.

1) Ripristino della flora batterica intestinale saprofita.
2) Eliminazione di parassiti, funghi e flora batterica gram-negativa.
3) Ripristino della normale parete intestinale
4) Integrazione di vitamina F
5) Integrazione di vitamina C

L'alimentazione dovrà quindi essere priva di glucosio, lieviti, proteine se contenenti tutti e 9 gli aminoacidi essenziali), acido folico, vitamina B12:

Sono quindi esclusi:
carne, pesce, uova, latte (è carne liquida), tutti i derivati del latte, funghi, alghe, polline.

Il paziente non può assumere nello stesso pasto legumi e cereali. Sono preferibili i cereali ai legumi. Fra i cereali è preferibile il Farro (70 grammi per piatto).

E' preferibile togliere anche Sodio (cloruro di Sodio, o Sale Marino)

La curva glicemica, provocata comunque dal cibo introdotto, dovrà essere sempre al di sotto di determinati valori. A titolo indicativo potrebbero essere elencati alcuni cibi crudi con indicazione delle quantità assimilabile *ogni ora* come pari a valori accettabili di curva glicemica massima tollerabile in 1 ora per un paziente diabetico.
In pratica tocca al medico curante definire le associazioni migliori fra le diverse portate di frutta e/o verdura
Spezie utili da aggiungere alla pasta di farro o nei frullati di frutta e/o verdura: *Anethum graveolens* (Aneto, Finocchio bastardo), *Pimpinella anisum* (Anice), *Ocimum sanctum* o *tenuiflorum* (Basilico), *Cinnamomum zeylanicum* (Cannella), *Elettaria cardamomum* (Cardamomo), *Eugenia caryophyllata* o *Caryophyllus aromaticus* (Chiodi di Garofano), *Coriandrum sativum* (Coriandolo), *Carum carvi* (Cumino bianco), *Carum nigrum* o *Nigella sativa* (Melanzio nero o Cumino nero), *Curcuma longa* (Curcuma), *Artemisia dracunculus* (Drangoncello), *Melissa officinalis* (Melissa), *Mentha species* (Menta), *Origanum vulgare* (Origano), *Majorana hortensis* (Maggiorana), *Schinus molle* (Pepe rosa), *Capsicum frutescens* aut *annum* Peperoncino rosso, Paprika, *Cochlearia armoracia* (Rafano), *Rosmarinus officinalis* (Rosmarino), *Sinapsis arvensis* (Senape selvatica), *Sinapsis alba* (Senape bianca), *Thymus vulgaris* (Timo), *Crocus sativus* (Zafferano), e *Zingiber officinalis* (Zenzero).

E' anche utile 1 cucchiaio di Aceto di Mele biologiche di ottima qualità (ottenuto dal Sidro, con Mele biologiche tenute in botti di rovere o di castagno per almeno 6 mesi), allungato con mezzo bicchiere di acqua.

Nota a margine: il Diabete e la grave minaccia degli Organismi Geneticamente Modificati

La chiave di spiegazione di tale efficacia curativa di queste particolari diete vegetariane risiede nel fatto di non assimilare mai cibi contenenti tutti i potenziali fattori di crescita cellulare (utili anche per germi della putrefazione intestinale, funghi e parassiti), e in particolare l'assimilazione contemporanea di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali (Valina, Isoleucina, Leucina, Lisina, Metionina, Istidina, Triptofano, Fenilalanina, Treonina), degli acidi nucleici, della vitamina B12, dell'acido folico e, relativamente, anche acido para-aminobenzoico [PABA]): una volta, i cibi che contenevano tutto ciò erano unicamente i cibi di origine animale (carne, pesce, uova, latte, formaggio, burro..) che sia Gerson che altri autori (compresa anche la medicina cinese e indiana) proibivano di assumere per almeno 1 anno. In particolare risultava così vincente la sola alimentazione vegetariana, cioè a base di sola frutta e di verdura, compresi i cereali e i legumi. Questi ultimi cibi sono ricchi di proteine, e ciò può stupire che venivano comunque impiegati nella terapia del Diabete Mellito da Gerson e da molte altre scuole di medicina naturale occidentale, indiana e cinese. Ma il motivo del loro uso riposava sul fatto che nessun cereale e nessun legume conteneva da solo tutti e 9 gli aminoacidi essenziali. Questi alimenti però, se uniti insieme nello stesso pasto, determinavano l'assimilazione di tutti e 9 gli aminoacidi. Di qui il divieto assoluto di non mangiare assieme Pasta (o Polenta, o Riso) con Legumi, poiché si ha integrazione dei nove aminoacidi essenziali (8 contenuti nei cereali + 8 contenuti nei legumi), con effetto nutrizionale simile a quello ottenuto dalla Carne (in fondo, una volta , un piatto di Pasta e fagioli era anche chiamato ….la carne dei poveri….).

Le patate, a loro volta, non dovrebbero essere mangiate né con legumi né con cereali

Oggi, purtroppo, le Multinazionali Biotech OGM stanno inquinando la catena alimentare con patate, cereali e legumi arricchiti di tutti e 9 gli aminoacidi essenziali.

In particolare si segnala: **Soia, Fagioli, Piselli, Mais, Riso, Grano tenero (Pane), Grano duro (Pasta), Patate.**

Un altro grave fatto è che nei cibi OGM viene sintetizzato dalla pianta stessa un micidiale veleno insetticida: il *Bacillus thuringiensis*, la cui pericolosità è stata già dimostrata in animali da laboratorio (topi) nutriti sia con Mais OGM che con Patate OGM (Vedi cap.2 e 3).

Un'altra grave minaccia degli OGM è data dal fatto che molti di essi contengono Retrovirus allo scopo di provocare modificazioni genetiche nelle piante.

Nota 1 : il Cromo organico
L'impiego del Cromo organico, contenuto nelle piante potrebbe essere una delle componenti multi-vitaminiche opro-vitaminiche più importanti per la normale funzionalità pancreatica, così come lo Zinco organico per le patologie prostatiche di tipo carenziale o lo Iodio organico per le patologie tiroidee carenziali.

Nota 2: Il moderno trattamento farmacologico e il grande spreco delle risorse finanziarie

Dopo la diagnosi di diabete, il moderno trattamento medico prevede la somministrazione di farmaci sostanzialmente inutili e costosi per la società: *ipoglicemici orali* e *insulina*.

E' importante premettere che né l'insulina, né i farmaci ipoglicemici orali esercitano azione terapeutica sul diabete: nessuna di queste strategie mediche è stata studiata per normalizzare l'assorbimento cellulare di glucosio da parte delle cellule.
La prognosi con questo trattamento medico è crescentemente apportatrice di invalidità e di morte prematura, determinate da infarto e/o insufficienza renale, e/o collasso.

<u>Farmaci ipoglicemici orali</u>
Sono apparsi sul mercato circa 10 anni fa, e sono suddivisi in 5 classi: biguanidi, inibitori della glucosidasi, meglitinidi, sulfoniluree, tiazolidinedioni.

Biguanidi:
abbassano lo zucchero sanguigno in tre modi:
1) inibendo il normale rilascio da parte del fegato delle sue riserve di glucosio;
2) interferendo con l'assorbimento intestinale del glucosio presente nei cibi ingeriti (carboidrati);
3) aumentando l'assorbimento periferico di glucosio.

Inibitori della glucosidasi
Sono stati elaborati per inibire gli enzimi amilasi prodotti dal pancreas, essenziali per la digestione dei carboidrati. La teoria è che se si inibisce la digestione dei carboidrati, il livello di zucchero sanguigno non può essere elevato.

Meglitinidi
Sono state elaborate per stimolare il pancreas a produrre insulina in un paziente che probabilmente presenta già un elevato livello di insulina nel flusso sanguigno, livello che solo di rado viene misurato dai medici. Ovviamente questi farmaci vengono frequentemente prescritti senza alcuna conoscenza del preesistente livello di insulina; il fatto che un eventuale elevato livello di insulina sia dannoso quasi quanto un elevato livello di glucosio è ampiamente ignorato.

Sulfoniluree
Sono un'altra classe di stimolanti del pancreas elaborate per stimolare la produzione di insulina. Prima della prescrizione di questi farmaci, di rado i medici eseguono delle determinazioni dell'insulina nel siero. Tali farmaci vengono spresso prescritti ai diabetici di tipo II, molti dei quali presentano di già elevata insulina inefficace, e sono noti per provocare ipoglicemia come effetto collaterale.

Tiazolidinedioni
Sembrerebbero causare il cancro al fegato (dati riservati).

Insulina
Oggi si prescrive l'insulina per entrambi i tipi di dabete I e II.
L'insulina sostituisce quella che l'organismo non produce più. Questo trattamento, per quanto necessario per preservare la vita ai diabetici di tipo I, è tuttavia assai discutibile se somministrato ai diabetici di II tipo. In ogni caso, la sospensione dell'Insulina dev'essere condotta gradualmente e sempre sotto controllo medico, poiché gli Omega 3, e la stessa vitamina F devono agire a livello di membrana cellulare in maniera tale da ristabilire le condizioni ottimali di salute del paziente. Ma ciò richiede tempo.

Guarigione con la dieta simil-gersoniana

I tempi di guarigione con *Aloe arborescens*, Germanio organico, vitamine A,C,E,F e dieta vegana sono dell'ordine di un anno o più. I problemi vascolari determinati da un elevato livello cronico di glucosio si risolvono abbastanza velocemente. Ma gli effetti della retinopatia e della neuropatia periferica sono variabili.
Secondo le cliniche private straniere "della salute", soprattutto quelle di orientamento simil-gersoniano, si afferma che, in ambito renale, il recupero non può più sussistere quando il danno ha superato il 20% della funzionalità renale normale: i sottili capillari delle membrane basali di glomeruli renali iniziano a disfarsi a causa del diabete, sostituitì da tessuto cicatriziale, e il danno è irreversibile. Anche in ambito oculistico il tessuto cicatriziale dovuto alle emorragia retinale provocata da interventi laser non consente più il recupero dei danni.
Per ripulire la arterie, infine, sono necessari molti anni di dieta.

Cap.19.2 :
Le malattie neurologiche, le malattie cardiovascolari e l'invecchiamento

Si può fin da adesso affermare che il problema dell'invecchiamento, della malattie cardio-vascolari e delle malattie neurologiche correlate (Alzheimer, Morbo di Parkinson e Parkinsonismi, Aterosclerosi della circolazione cerebrale, demenze senili, ictus, etc…) siano in genere correlate ([721, 722, 1350,1706-1716]) a:

1) carenza di vitamine naturali capaci di mantenere normo-perfuse le diverse zone del cervello, attraverso un buon mantenimento fisiologico delle pareti capillari, arteriolari e venose.
2) carenza di vitamine naturali capaci di mantenere protetta la singola cellula dagli stress ossidativi, procrastinandone così nel tempo la morte finale.
3) presenza di sostanze tossiche di varia origine (Mercurio, Alluminio, Polveri sottili, etcc) nel circolo ematico cerebrale e sistemico, che arrecano danno alle pareti circolatorie e alle singole cellule dei tessuti e degli organi, come ad esempio il cuore, il fegato, i reni, etc.. .

Questo quadro ezio-patologico si correla quindi molto bene con quello dei problemi circolatori di importanti organi-chiave, configurando quel complesso quadro fisio-patologico che va sotto il nome di invecchiamento.

L'invecchiamento

Ritornando al cervello, vero "*Organula in Organu*", il graduale deficit vascolare del circolo ematico provocherà il graduale decadimento organico delle aree più sensibili, con i diversi quadri derivanti (Parkinson, Alzheimer, etc…)

E' interessante però soffermarsi su un altro meccanismo più profondo, che interessa la cellula stessa, anziché la parete capillare, venosa o arteriosa del circolo sanguigno, e che presenta una ulteriore chiave di lettura, quella dell'*invecchiamento cellulare proprio*, oggi considerato fenomeno inarrestabile.

In realtà, il tasso d'invecchiamento dipende dalla nutrizione e dallo stress ossidativo ([1239]): del resto è ben nota sui libri di Medicina la storia del capitano Diamond.

Egli nacque a Plymout Mass il primo maggio 1796, ai tempi della campagna d'Italia di un oscuro generale francese che si faceva chiamare Napoleone, e morì durante la Prima Guerra Mondiale, nel 1916, all'età di ben 120 anni, a causa di un errore alimentare che, a quell'età, non doveva essere compiuto. La storia di questo arzillo vecchietto fu riportata in un libro di Medicina del dott. Threshed che così lo descriveva, ancora nel 1915: "… *questo capitano non sembrava essere granchè invecchiato fra i 96 e i 119 anni attuali, avendolo conosciuto personalmente*…". Questo simpatico vecchietto, a ben 110 anni suonati, si era anche permesso il lusso di scrivere un libro sulla sua particolare alimentazione "*Il segreto per vivere a lungo e per gioire maggiormente*", dove raccontava che era diventato vegetariano alla giovanissima età (si fa per dire) di 40 anni…nel 1836…

Effettivamente, un attento controllo del metabolismo dei radicali liberi potrebbe estendere la durata massima di vita fino ad età molto avanzate ([1237]).

Tutto ciò richiede però una lieve digressione sui telomeri, cioè su un breve approfondimento delle estremità del DNA umano.

I telomeri e l'invecchiamento

I telomeri si accorciano dopo ciascuna divisione cellulare. Dopo circa 50 divisioni, la cellula non è più in grado di dividersi ([1241]). Quando il telomero è soppresso, il cromosoma e quindi la cellula, muore. Nelle normali cellule umane, quindi, la lunghezza del telomero determina la durata della vita ([1242]).
Se i telomeri sono congenitamente brevi, si avrà una rara malattia genetica, detta Progeria, che provoca la morte precoce, da malattie dell'invecchiamento, in età ancora di pubertà.

L'eccesso di radicali liberi produce stress ossidativi: questo fenomeno causa la perossidazione dei lipidi nelle membrane semipermeabili citoplasmatiche, e quando la percentuale di danno eccede la capacità di riparazione da parte della cellula, si renderà allora necessario la divisione cellulare per produrre una nuova cellula non danneggiata, ma il numero di divisioni non è, purtroppo, infinita.
Con ciascuna divisione cellulare si verifica così un accorciamento irreversibile del telomero: la per ossidazione lipidica, quindi, incrementando il tasso di sostituzioni cellulari, accelera l'accorciamento del telomero. Infine va considerato che i danni provocati dai radicali liberi tendono a progredire con l'avanzare dell'età ([1240]), di qui il maggior fabbisogno di vitamine naturali.
La vitamina E è il più efficace spazzino di radicali liberi nella membrana biologica ([1222]), ma anche i circa 600 carotenoidi conosciuti (vitamina A, Licopene, Zeaxantina, Luteina, etcc..) contribuiscono a ciò, come ben dimostrato per il rischio di patologie coronariche ([1221]), ictus ([1243]) e cataratte ([1244]). Il Licopene, contenuto nei Pomodori, nelle Angurie, nei Meloni e nelle Albicocche, sembrerebbe in particolare il più efficace nell'estinguere le singole molecole di ossigeno reattive (radicali liberi). Ad esempio, contrariamente a quanto in genere creduto, sembra essere il vero responsabile della protezione contro i raggi ultravioletti, piuttosto che il beta-Carotene, anche se quest'ultimo presente nelle medesime quantità ([1225]).
Un esempio di arresto del fenomeno d'invecchiamento è quello che si verifica nella retina, la cui degenerazione maculare viene rallentata o addirittura fermata dall'apporto alimentare di particolari carotenoidi come la Luteina e la Zeaxantina ([1246]).

Altri fattori dell'invecchiamento

Si ritiene, invero, che l'Epifisi abbia la funzione di vero orologio biologico dell'organismo, attraverso la produzione di Melatonina e forse di altri ormoni. Sappiamo anche che, durante il processo d'invecchiamento, uno degli organi più sensibili, il Timo, non viene più adeguatamente stimolato dall'Epifisi.
Sappiamo anche che l'endotelio vasale di tutto l'organismo, fino all'età di 30-40 anni è ancora in grado di produrre buoni quantitativi di monossido di azoto (N-O), ricavandolo attraverso una complessa catena di reazioni enzimatiche che parte da un aminoacido semi-essenziale: la *Citrullina*, contenuta in particolari piante, alcune delle quali chiamate dalla tradizione popolare "piante dell'immortalità" o "dell'eterna giovinezza".
L'ipercolesterolemia riduce però la biodisponibilità del monossido di azoto (ossido nitrico), processo che però è reversibile abbassando i livelli ematici dei lipidi ([1226,1236]).
La molecola N-O sembrerebbe essere il fattore "segreto" più importante di un noto farmaco dalle capsule colore azzurro, di recente molto in voga nella popolazione maschile di una certa età….

Oltre a produrre N-O, l'endotelio dei vasi sanguigni produce anche altre sostanze importantissime per la fisiologia della persona: una delle sostanze più interessanti è la Somatostatina.
Il problema della degenerazione degli endoteli vasali, come chiave dei processi d'invecchiamento generale di una persona, potrebbe quindi trovare giustificazione nel fatto che già in passato si imputò che scarse quantità di vitamina C e di altre vitamine come la E erano la causa della proliferazione delle placche di colesterolo sulle delicate arterie cerebrali con tutti i danni derivanti agli *Organula in Organu* (Epifisi in primis).
Esistono centinaia di lavori sull'argomento. Si riportano alcune curiosità: sulle proprietà del vino contro l'Alzheimer ([721]), sulle proprietà del *Ginkgo biloba* contro la cataratta ([1217]) o contro la Malattia del Calciatore ([722]), sugli effetti protettivi delle Crassulaceae (*Orostachys japonicus*) sui neuroni ipotalamici ([1218]), sulle fave di *Macuna pruriens* contro il deficit di Dopamina nel morbo di Parkinson…

Nota: l'acido carnosico, il componente attivo del Rosmarino, ha effetti neuro-protettivi senza produrre i gravi effetti collaterali caratteristici di molti agenti usati per trattare le malattie neuro-degenerative. Questo agente attiva una nuova cascata di segnalazione che protegge le cellule cerebrali dal danno dei radicali liberi osservato nell'ictus ed in altre patologie degenerative come morbo di Parkinson o di Alzheimer. Nell'animale è stato notato che l'acido carnosico viene attivato dai radicali liberi, ma altrimenti rimane innocuo, il che potrebbe portare allo sviluppo di nuovi farmaci.
L'uso clinico di trattamenti potenzialmente neuroprotettivi è stato limitato dai gravi effetti collaterali, fra cui problemi cognitivi, allucinazioni ed anche coma, che avvengono per via dell'interferenza del farmaco con le normali funzioni cerebrali: dato che il cervello è un organo complesso capace di molte funzioni intricate, è stato finora difficile sviluppare farmaci che non comportassero questi problemi, ma il Rosmarino potrebbe costituire la soluzione ideale. (Nature Rev Neurosci. 2007; 8: 803-808) .

Alcune malattie neurodegenerative:

Sclerosi Multipla (o Sclerosi a Placche);
Morbo di Alzheimer;
Morbo della Mucca Pazza, morbo di *Kuru* o di *Creutzfeldt-Jacob*.

Sclerosi Multipla (o Sclerosi a Placche)

Nell'ambito della cura della Sclerosi Multipla, si ritiene doveroso, innanzitutto, riportare quanto già dichiarato, fin dagli anni Sessanta, dalla grande dott.ssa Catherine Kousmine, che curò con buoni risultati centinaia di casi di Sclerosi Multipla, di cui una cinquantina riportati nel suo celebre libro "*La sclerosi a placche non è inguaribile*".

Successivamente, si riporta il Protocollo di Cura Standard secondo Roy Swank, professore di Neurologia della *University of Oregon Health Sciences Center* in Portland. Infine, si riporta un Caso Clinico di Sclerosi Multipla trattato parzialmente con entrambi i sistemi di cui sopra, in aggiunta a un protocollo-base di un medico italiano, con cui si sta curando attualmente un paziente adulto di circa 30-40 anni.
Nota: anche la Terapia Gerson ha conseguito buoni risultati nella cura della Sclerosi Multipla. Nel libro di Calotte Gerson, "*La Terapia Gerson*" ([749]), al capitolo 17 si afferma che la Sclerosi Multipla sarebbe una malattia auto-immune. Inoltre si puntualizza che "*…il processo di ripristino della guaina danneggiata può provocare un temporaneo peggioramento dei sintomi che in genere spaventa il malato…*"
Quest'ultimo fatto è stato osservato in due casi curati. www.l.it/libro.php?lid=3698

Eziopatogenesi e terapia della Sclerosi Multipla secondo Catherine Kousmine

Secondo la Dott. ssa Catherine Kousmine, questa malattia è di eziologia auto-immune, in cui il tessuto preso di mira è la guaina isolante di mielina delle fibre nervose; questo tipo di malattia, in rapporto diretto con la nostra alimentazione devitalizzata e priva di importantissime vitamine, è corretta con il ripristino di un'alimentazione sana che cancella qualsiasi forma di disturbo della digestione, generatore di fattori tossici. Presa all'inizio, prima che si verifichino lesioni devastanti, cioè nei primi due-tre anni dopo la diagnosi della malattia, la sclerosi a placche può essere debellata nel 75% dei casi; Questa statistica della dott.ssa Kousmine trova conferma nell'esperienza e nel controllo di centinaia di casi per un periodo durato per oltre vent'anni. Se invece la malattia è in fase avanzata, si stabilizza; in certi casi, comunque rari, sono possibili miglioramenti straordinari.
In merito alla terapia della Dott.ssa Kousmine vedi: *"La vitamina F, le sue proprietà e la sua funzione nelle malattie degenerative"* (Parzialmente tratto da "Catherine Kousmine: "Salvate il vostro corpo", Tecniche Nuove, seconda edizione pp.223-233). Tale testo è stato riportato per esteso al capitolo 9, sotto: "Vitamina F"

Eziopatogenesi e terapia della Sclerosi Multipla secondo il prof. Roy Swank, della *University of Oregon Health Sciences Center* in Portland.

La malattia non viene spiegata in termini di eziopatogenesi. Si conferma che si manifesta in persone di età fra i 25 anni e i 40 anni. Si afferma anche che la malattia progredisce lentamente in forma aggravata. I sintomi della malattia sono disturbi visivi e del discorso, vertigini, disordini nella vescica e negli intestini, perdita dell'equilibrio e instabilità emotiva. Si dovrebbe aver cura nell'assicurare riposo adeguato, esercizio fisico e una dieta ben equilibrata perché tutto ciò è necessario per un corretto funzionamento del sistema nervoso. La vitamina B12, in alcuni casi della malattia, è stata usata per aumentare la stabilità nello stare in piedi e nel camminare. La vitamina B13 si è rivelata benefica nel trattamento della Sclerosi Multipla. Nella Università dell'Oregon, la terapia è stata basata su una integrazione concentrata di minerali e una dieta controllata. I cibi a tenore di grassi saturi vengono eliminati e sostituiti con cibi contenenti acidi grassi insaturi. Cibi come misture per dolci già preparate, formaggi, pasticcini, e altri prodotti trattati non devono essere consumati, perché contengono quantità nascoste o sconosciute di grassi saturi. Si consiglia anche ai pazienti di mangiare pane di grano integrale e cereali e di prendere germe di grano o vitamina E per impedire che gli olii insaturi siano ossidati una volta entrati nell'organismo. Gli effetti che si sono osservati sui pazienti sono stati una riduzione nel numero delle ricadute, più energia, una capacità di continuare a camminare e lavorare e un aumento delle aspettative della vita. Quando il trattamento fu iniziato, nelle prime fasi della malattia, ancora con sintomi scarsi e poco evidenti, il 90-95% dei casi sono rimasti immutati o addirittura migliorati durante i venti anni seguenti.

Elementi nutritivi consigliati dal neurologo della Università dell'Oregon:
Complesso B: 150 mg al giorno
Colina: 750-1.500 mg al giorno
Vitamina C: 1 grammo al giorno
Vitamina E: fino a 1.800 U.I./giorno
Vitamina F: da 1.500 a 3.000 milligrammi al giorno
Assunzione giornaliera di 40-50 grammi di oli polinsaturi, possibilmente Omega 3; viceversa margarina, oli a breve catena idrogenati (es.: OGM) non sono permessi
Almeno un cucchiaio al giorno di olio di fegato di merluzzo
Acido pangamico (vitamina B 15): 50 milligrammi al giorno
Vitamina B 13 con Calcio e Manganese : 1 grammo al giorno
Lecitina : in varia misura
Proteine : in varia misura, possibilmente solo da pesce azzurro.

Swank iniziò la sua dieta nel 1948. Mentre è assolutamente controindicata l'assunzione di carne, è invece particolarmente indicato il pesce per il suo contenuto in olio. Il pesce azzurro, come Sgombri, Salmoni e Aringhe, è infatti ricco di Omega 3. Questi olii sono importanti perché mantengono normale la funzione neurale e la produzione di mielina ([1717]). Sono presenti nello strato di mielina dove aumentano la fluidità e migliorano la trasmissione neurale. Oggi si crede che i benefici di questa dieta siano il risultato di ([1718-1719]):

1) Riduzione dell'aggregazione delle piastrine
2) Riduzione della risposta autoimmune
3) Normalizzazione dei livelli diminuiti di acidi grassi essenziali nel siero, negli eritrociti e nel liquor, probabilmente la localizzazione più importante

La dieta di Swank riduce significativamente l'adesività delle piastrine e l'aggregazione tipica dei processi aterosclerotici e della sclerosi multipla. L'eccessiva aggregazione delle piastrine e i microemboli si pensa siano la causa delle alterazioni tipiche della sclerosi multipla: danni della barriera emato-encefalica, alterazioni della microcircolazione del SNC, emorragia sottocutanea

spontanea e indotta, ischemia cerebrale ([1720, 1721]). Si sa che i pazienti con sclerosi multipla hanno una barriera ematoencefalica alterata, presumibilmente come risultato di una eccessiva adesività e aggregazione delle piastrine ([1721, 1722]). I danni a livello della barriera emato-encefalica determinano il passaggio all'interno dei fluidi cerebro-spinali dei costituenti del plasma, come batteri, virus, anticorpi, sostanze chimiche tossiche, e altri composti tossici per la mielina. L'ischemia stessa contribuisce al processo della demielizzazione, promuovendo sia il rilascio di enzimi lisosomiali sia la morte cellulare ([1723]).

Casi clinici personali

La causa della Sclerosi Multipla potrebbe essere, accanto alla carenza di acidi grassi polinsaturi, di altre varie vitamine (e, viceversa, ad una alimentazione ricca di acidi grassi saturi), anche una carenza di Colesterolo a causa di un difetto enzimatico del fegato (ipotesi, che si condivide, di collega medico con cui si sta seguendo un paziente).
Si ritiene quindi che tale difetto enzimatico potrebbe essere messo in luce dall'utilizzo di farmaci (*Statine*) che vadano a peggiorare ulteriormente questo difetto enzimatico che controlla la sintesi del colesterolo. L'enzima in questione è l'*HMG-CoA-reduttasi*.
Le statine sono attualmente al centro di notevoli polemiche, soprattutto dopo il ritiro dal commercio del "*Lipobay*" (vedi ad esempio "Marketing in pillole". L'Espresso, 13 gennaio 2005, pag.132-136; "Statine miracolose assassine", L'Espresso, 26 agosto 2004, pp.146-149).

Come noto in letteratura medica, dal Colesterolo si forma Pregnenolone. Da quest'ultimo viene sintetizzato Progesterone e/o 17 OH Pregnenolone. Da questi ultimi si forma comunque il 17OH Progesterone.
Intanto, dal 17OH Pregnenolone viene sintetizzato anche Deidroepiandrosterone. Da quest'ultimo, ma anche dal 17 OH Progesterone, si forma Androstendione. Da quest'ultimo si crea Estrone e/o Testosterone. Dal Testosterone si forma Estradiolo.

Si ritiene pertanto consigliabile tenere sotto osservazione per possibile insorgenza di Sclerosi Multipla tutti i pazienti sottoposti a lunghe terapie anti-colesterolo con farmaci anti-enzimatici come le Statine.

La terapia impostata su un paziente italiano è stata molto simile a quella della dott.ssa Kousmine e a quella dell'Università dell'Oregon, con l'aggiunta però di 14-20 uova biologiche alla settimana, pesce azzurro (Omega 3), e olio di semi di zucca.
Attualmente le condizioni del paziente sono notevolmente migliorate, con quasi normalizzazione del profilo ormonale ematico.

Fondamenti comuni anche alle varie forme di terapia di cui sopra (Kousmine, Univ. Oregon) sono:

1) esclusione di acidi grassi SATURI dalla dieta;
2) largo utilizzo di vitamina F (acidi grassi polinsaturi);
3) largo utilizzo di vitamina E;

Al paziente fu diagnosticata la Sclerosi Multipla nei primi mesi del 2003, in base anche a Risonanza Magnetica.
Presentava inoltre *Dermatite Atopica* ad entrambe le gambe.

Nel corso di questi ultimi 2 anni si sono controllati gli ormoni ematici che l'organismo sintetizza a partire dal colesterolo. Si è così osservato il graduale miglioramento delle condizioni cliniche del paziente via via che migliorava il livello del colesterolo totale.
Dopo circa un anno, la *Dermatite Atopica* scomparve.
Il Paziente assume da 2 anni e mezzo 4-5 rossi d'uovo biologici al giorno e *Astragalus membranosum*

Si ritiene pertanto necessario e utile, nelle terapie mediche qui esposte della Sclerosi Multipla, far eseguire al paziente, ogni 3-4 mesi, esami del sangue mirati alla ricerca dei seguenti valori (sia per l'uomo che per la donna): Colesterolemia HDL, LDL e totale, Trigliceridi, DHEA, 17 Beta-estradiolo, Prolattina, Ormone Follicolo-stimolante o Follitropina (FSH), Ormone Luteinizzante o Luteotropina (LH), Testosterone libero e totale, TSH, FT3, FT4.
Sono pure utili, sia pure per altro motivo: Emocromo con formula (con particolare riguardo agli EOSINOFILI), VES, C3, C4, Glicemia, Creatinemia, Azotemia, Elettroliti (Na, K, P, Ca, Mg, Cl, Zn)

Colesterolo totale: range di normalità è compreso fra 150 e 240 milligrammi per 100 millilitri di sangue
Febbraio 2003, Colesterolo totale: 94
Maggio 2003, Colesterolo totale: 105
Settembre 2003, Colesterolo totale: 111
Dicembre 2003, Colesterolo totale: 115
Marzo 2004, Colesterolo totale: 100
Giugno 2004, Colesterolo totale: 102
Settembre 2004, Colesterolo totale: 138
Dicembre 2004, Colesterolo totale: 136
Marzo 2005, Colesterolo totale: 115
Giugno 2005, Colesterolo totale: 116
Gennaio 2006, Colesterolo totale: 121
Giugno 2006, Colesterolo totale: 101
Ottobre 2006, Colesterolo totale : inferiore a 100; Trigliceridi : 109

Introdotto *Silybum marianum* a novembre 2006 allo scopo di migliorare le reazioni enzimatiche epatiche (vedi capitolo 9h)

Dicembre 2006, Colesterolo totale : 118; Trigliceridi : 109
Febbraio 2007, Colesterolo totale : 118; Trigliceridi : 160; Condizioni cliniche migliorate
Ottobre 2007, Colesterolo totale : 118; Trigliceridi : 150; Condizioni cliniche migliorate

Malattia di Alzheimer

La malattia di Alzheimer ha caratteristiche neuropatologiche specifiche, come:
1) Formazione di placche
2) Deposizione di sostanza amiloide
3) Neurofibrille gangliari
4) Degenerazione granulovacuolare
5) Massiva perdita di neuroni telencefalici

Questi reperti sono particolarmente evidenti a livello della corteccia e dell'ippocampo.

Come già riportato al capitolo 3, l'Alluminio è considerato uno dei più probabili agenti di questa patologia, essendo stata dimostrata la forte presenza di Alluminio nelle neurofibrille degenerate caratteristiche di questa malattia. Qui di seguito si riportsano alcuni dati tratti da Joseph E. Pizzorno jr and Michael T. Murray: "Trattato di Medicina Naturale", UTET, 2001

"Non è stato ancora determinato se la presenza di Alluminio si sviluppi in risposta alla malattia di Alzheimer o se sia proprio essa la causa della formazione delle lesioni, d'altra parte, l'Allulminio contribuisce in maniera significativa alla progressione della malattia. L'Alluminio ha una fortissima affinità per il *filamento tau a doppia elica*, che è implicato nella formazione delle patologiche neurofibrille gangliari. Infatti, uno studio abbastanza recente ha dimostrato che l'Alluminio è il cofattore con cui il *filamento tau* forma le neurofibrille gangliari ([1727]): l'Alluminio lega selettivamente il filamento, inducendolo ad aggregarsi, e diminuisce la capacità del cervello di distruggerlo. Ci sono molte prove che correlano l'esposizione cronica all'Alluminio all'Alzheimer. L'incremento delle concentrazioni di Alluminio a livello cerebrale potrebbe spiegare perché l'incidenza della malattia aumenti con l'età: uno studio effettuato su 356 persone in salute ha mostrato come la concentrazione sierica di Alluminio aumenti con l'invecchiamento ([1724]). Coloro che sono affetti da demenza di Alzheimer hanno livelli di Alluminio significativamente maggiori sia delle persone normali, sia dei pazienti con altri tipi di demenza, come quella alcolica o come la demenza multi-infartuale progressiva. Il tentativo di rimuovere l'Alluminio sembra in grado di aiutare alcuni, ma probabilmente è di scarsa utilità una voltas che la malattia si è già instaurata. Per esempio, si è dimostrato che iniezioni intramuscolo di deferoxamina (un agente chelante sia il Ferro che l'Alluminio) per un periodo di due anni hanno comportato un rallentamento del tasso di progressione della malattia in 48 pazienti con demenza di Alzheimer ([1725]).
Anche in cloro che non presentano una vera e propria malattia cerebrale, elevati livelli di Alluminio sono comunque associati a una ridotta funzionalità mentale. Per esempio, in uno studio su pazienti in dialisi, i 13 pazienti che avevano il test alla deferoxamina positivo (una misura della quantità di Alluminio corporea) sono stati comparati a 13 persone che erano risultate negative. Entrambi i gruppi sono stati sottoposti a quattro test di attenzione e due test di memoria: coloro che avevano livelli maggiori di Alluminio avevano alterazioni della funzione mentale da moderata a considerevole ([1725]). L'Alluminio pare derivare dall'acqua proveniente dall'acquedotto, dal cibo, dagli antiacidi e dai deodoranti. La fonte più importante è probabilmente l'acqua potabile, dal momento che l'Alluminio è presente nell'acqua in una forma maggiormente biodisponibile e potenzialmente tossica. Alcuni ricercatori hanno misurato l'assorbimento di Alluminio dall'acqua di rubinetto somministrando piccole quantità di Alluminio solubile in forma radioattiva nello stomaco di alcuni animali. Si è così scoperto che quantità-traccia di Alluminio penetravano immediatamene a livelo cerebrale dopo questa singola esposizione. Inoltre è preoccupante il fatto che l'Alluminio è presente nell'acqua non solo naturalmente , ma è anche talora aggiunto sotto forma di Allume per depurare l'acqua ([1726])…."

Nota importante : l'allume è spesso impiegato in molti farmaci !

La carenza dello Zinco nella Malattia di Alzheimer

Tratto da: Joseph E. Pizzorno jr and Michael T. Murray: "Trattato di Medicina Naturale", UTET, 2001

La carenza di Zinco è uno dei deficit nutritivi più comuni nell'anziano e, per alcuni, uno dei maggiori fattori implicati nell'insorgenza della malattia di Alzheimer ([1728]). Tra gli enzimi contenenti Zinco, ci sono la maggior parte di quelli implicati nella replicazione, riparazione e trascrizione del DNA. Si è ipotizzato che la demenza possa essere dovuta a protratte alterazioni enzimatiche della sintesi del DNA nelle cellule nervose, legate a una carenza di Zinco ([1729]). Inoltre, lo Zinco è un cofattore di molti enzimi antiossidanti, tra cui la Superossido Dismutasi. La sua carenza potrebbe essere la causa di distruzione neuronale, della formazione di neurofibrille gangliari e placche. I livelli di Zinco nelle cellule cerebrali e nel liquor di pazienti affetti da Alzheimer sono marcatamente ridotti e c'è una forte correlazione tra i livelli sierici di Zinco e placche senili ([1730]).

Si è dimostrato che l'integrazione con Zinco produce buoni risultati in caso di Alzheimer. Sperimentalmente, sono stati somministrati a dieci pazienti affetti da Alzheimer, 27 milligrammi al giorno di Zinco organico; solo due di essi non hanno avuto miglioramenti nella memoria, comprensione, comunicazione e contatti sociali. In un paziente di 79 anni, la risposta è stata ritenuta "incredibile" sia dalla famiglia che dallo staff medico ([1731]). Sfortunatamente, pare non esservi interesse da parte della comunità scientifica….

Il Floop dello *Studio Cronos* contro l'*Alzheimer*

Lo studio Cronos è stato condotto in Italia nella più vasta indagine di valutazione mai svolta al mondo sugli esiti, nel bene e nel male, dei trattamenti con gli INIBITORI della ACETIL-COLINESTERASI, cioè con : *Donepezil*, *Rivastigmina* e *Galantamina.*
I dati sono stati raccolti su circa 5.500 casi italiani.
Su un numero dell'Espresso del 2005 si è affermato: "*Dopo 9 mesi, solo un paziente su 6 di quelli che non hanno abbandonato lo studio mostra un miglioramento clinicamente significativo….Tutti gli sforzi per trovare qualcosa di curativo e non palliativo sono, per il momento, in stallo...Negli anziani dementi, inoltre, triplicano i casi di ictus e raddoppia la mortalità*…"

Eppure, Mc Lachlan, in Ontario, ha già riscontrato dieci anni fa, in oltre 600 autopsie di pazienti morti di Alzheimer, concentrazioni molto alte di Alluminio ai gangli della base ([1289]), e di recente si è anche indicato nel Fluoro un altro dei killer silenziosi che preparano la malattia….

Trovare studi ben dettagliati che abbiano considerato tutte le alternative possibili al fallimento farmaceutico attuale contro questa malattia non è facile a causa della scarsità del rigore scientifico.
La via più logica, quella degli anti-ossidanti per proteggere e riparare i delicati endoteli vasali e per eliminare le sostanze tossiche potenzialmente accumulabili nel cervello, è ovviamente la strada più sicura, anche riguardo ad altre patologie simili ([721, 722, 1350, 1706-1716]).
Effettivamente, questi studi dimostrano un effetto positivo sul decorso della malattia, che meriterà un sempre più approfondito dibattito sull'impiego delle vitamine naturali anche per la cura di questa malattia. Si è visto che la presenza nel sangue di vitamina A, vitamina D, di Licopene e di Beta-carotene, sono sempre molto bassi nei malati di Alzheimer, rispetto alle persone sane.
In particolare, si è visto che è proprio il basso livello di vitamina C il fattore maggiormente correlato con la malattia, in particolare con l'aspetto cognitivo del paziente (*cognitive impairment*). Su quest'ultimo punto si riporta l'ottimo lavoro di Riviere ([1219]).

Interessante anche la misurazione dei lipidi perossidati nel sangue ([1716])
Si è anche visto, in uno studio su 633 pazienti di età superiore a 65 anni, che l'alimentazione con dosi elevate di vitamina C determinava un decremento effettivo sul rischio di sviluppo della malattia ([1220]).
Altre vitamine promettenti sono il Selenio organico, il Coenzima Q10, e soprattutto il Magnesio.
Ritornando agli inibitori dell'acetil-colinesterasi, si è visto che la *Huperzia serrata* non presenta gli effetti collaterali della Prostigmina, Tacrina e Donepezil, pur agendo ottimamamente come inibitore dell'acetil-colinaesterasi, e ottenendo csì in questa malattia considerevoli miglioramenti sia della memoria, sia della funzione cognitiva, sia del comportamento in oltre la metà dei casi ([1341]).
Anche la radice di liquirizia (ricca di Glicirrizina), assieme ai semi di *Miristica fragrans* diminuisce drasticamente l'azione dell'acetil-colinaesterasi ([1705]).
Interessanti risultati si sono anche avuti con il DHEA e con il *Ginkgo biloba* ([1344-1347]). Quest'ultimo ha dimostrato di stabilizzare la malattia e di migliorare la funzionalità mentale nel 64% dei casi, senza effetti collaterali. Ma dev'essere assunto per almeno 4 mesi.

Sull'Alzheimer, vedi anche in INTERNET: "*Prevention and Treatment of Alzheimer's Disease with Natural Therapeutics*" (riferimento LINKS perduto).

Nota: Sclerosi Laterale Amiotrofica
E' definita anche Morbo di Lou Gehrig, o Malattia del Calciatore, o Malattia di Charcot ([722, 1350, 1706-1715])
La ricerca di base ha oggi chiarito che il motoneurone nelle midolla spinali e il suo lungo prolungamento al muscolo, di fatto, non lavora isolato ma in intimo accoppiamento metabolico con almeno due altre cellule del sistema nervoso, cioè l'astrocita, una volta ritenuto cellula di sostegno, e la cellula microgliale, esecutore immunologico del sistema Nervoso Centrale. L'obiettivo dell'attuale ricerca clinica è quello di proteggere la cellula motoneuronale in degenerazione.

Molto interessanti i possibili sviluppi sullo Zinco organico (vedi dati bibliografici sopra indicati) e altre ricerche che sono mirate alla ricerca della cosiddetta vitamina-chiave, che in molte malattie genetiche, considerate inguaribili dalla Medicina Ufficiale, possono invece determinare la soluzione cercata o arrivarci abbastanza vicino come ad esempio nel caso della Uperizina A (contenuta nella *Huperzia serrata*) per una possibile soluzione del Morbo di Alzheimer. Ma su oltre 600.000 specie di piante conosciute, non è possibile sapere quale vitamina potrebbe risolvere il difetto enzimatico di questa patologia, anche se è possibile ritenere che su una media di circa 100 vitamine per specie arborea conosciuta, le probabilità di trovare la vitamina enzimatica "giusta" appare molto promettente. Del resto la biochimica umana si è sviluppata nel corso di milioni di anni attingendo alle migliaia di vitamine naturali contenute nelle normali fonti alimentari delle specie animali di transizione: non resta quindi che cercare nell'immenso patrimonio naturale di oltre 6-10 milioni di vitamine o di sostanze pro-vitaminiche contenute nelle frutta e nella verdure biologiche del pianeta.

Morbo della Mucca Pazza, morbo di *Kuru* o di *Creutzfeldt-Jacob*.

Si è molto discusso in passato sull'origine virale di alcune patologie del cervello, come il Morbo della Mucca Pazza, il Morbo di *Kuru* o quello di *Creutzfeldt-Jacob*, il Morbo di *Pick*, il Morbo di *Alpes*, etc….

In realtà molti di questi sembrerebbero essere nomi inerenti ad una stessa origine: il virus Visna o virus della Pecora Pazza, ciò in riferimento alle seguenti patologie che potrebbero essere in realtà la stessa cosa: Morbo della Mucca Pazza, il morbo di *Kuru* o quello di *Creutzfeldt-Jacob.*

L'infezione virale di una cellula è stata descritta come la penetrazione di un sistema genetico (virus) nella sfera d'azione (DNA) di un altro sistema (cellula eucariota umana o animale).
L'infezione di una cellula con un virus citocida provoca la morte della cellula, ma l'infezione può anche portare ad una coesistenza sincrona virus-cellula, che determina un profondo cambiamento delle proprietà delle cellule infette.
Questo fenomeno, chiamato *trasformazione cellulare*, è stato indagato a fondo fin dagli anni '60 e '70.

I virus appartenenti alla famiglia dei *Retroviridae* possiedono una *trascrittasi inversa* (DNA polimerasi RNA-dipendente), con la quale possono trascrivere il loro RNA virale nel DNA della cellula ospite.
Successivamente sintetizzano molecole di DNA a doppio filamento, dopo che le molecole di DNA a singolo filamento sono state liberate dall'ibrido RNA-DNA da un altro enzima (RNAasi H).
Questi reperti avvalorano l'ipotesi che l'RNA di questi virus si replichi in vivo nell'uomo attraverso un DNA intermediario.
La *trascriptasi inversa* è stata purificata e si è visto che è una proteina della parte interna dei virus, con un peso molecolare di circa 60.000-80.000 Dalton, separabile dagli antigeni gs dei virus.

Diversi tipi di virus a RNA, che causano infezioni latenti nel loro ospite d'origine, possiedono l'enzima. Questo è certo per virus antigenicamente correlati che inducono infezioni "lente" delle pecore (Visna-virus [simile clinicamente alla "sindrome della Mucca Pazza"]), e virus che formano sincizi (foamy) e hanno origine dai primati, dai bovini e dai felini.
Famoso è pure l'HIV, che sembrerebbe correlato con l'insorgenza dell'AIDS (Sindrome da Immuno-Deficienza Acquisita), sindrome comunque non ancora chiarita nella sua origine, essendo stata ipotizzata anche altra origine virale (il ben noto virus oncogenico a DNA "SV40").

Encefalopatie spongiformi dell'uomo e degli animali

Quattro malattie degenerative del SNC (*Kuru*, la malattia di *Creutzfeldt-Jakob* dell'uomo, la *Scrapie delle Pecore* e l'*Encefalopatia Trasmissibile del Visone*), hanno quadri anatomo-patologici simili, ma i loro agenti eziologici sono stati studiati con molta difficoltà, perché non è stato ancora dimostrato che inducano anticorpi circolanti o una risposta immunitaria cellulare.

Pertanto si suppone che essi siano simili, ma ciò non può essere ancora confermato.

Un altro aspetto enigmatico di questi agenti è agenti è la loro invisibilità nei ripetuti tentativi di osservazione al microscopio elettronico, malgrado i calcoli del loro diametro, basati sulla loro

ritenzione da parte di filtri con pori di dimensioni note, dimostrino che le dimensioni sono tali da poter essere evidenziate con tale metodo.

Un'altra caratteristica è il loro alto grado di resistenza all'inattivazione con il calore, la formalina, la nucleasi e le radiazioni ultraviolette; tuttavia, l'infettività è distrutta dal fenolo o dall'etere.

E' stato supposto che questi agenti possano rappresentare una classe totalmente nuova, diversa dai veri virus, e che contengano acido nucleico molto piccolo, probabilmente di dimensioni simili a quello contenuto nei viroidi.

La Scrapie (retrovirus Visna) si comporta come un carattere genetico recessivo degli ovini, mostrando differenze marcate nella suscettibilità delle varie razze.

Si è osservato che la sensibilità alla Scrapie trasmessa sperimentalmente varia da zero a oltre 80% nelle pecore, mentre le capre sono suscettibili quasi al 100%.

La trasmissione della Scrapie ai topolini, nei quali il periodo d'incubazione è notevolmente ridotto, ha facilitato lo studio della malattia.

La Scrapie è stata trasmessa in laboratorio ad una scimmia; questa capacità d'infettare i primati fa ritenere che possano essere necessarie precauzioni volte ad evitare l'uso umano della carne infetta dalla scrapie poiché l'agente **resiste alla temperatura di cottura**.

In topolini da esperimento, si è osservato che la durata del periodo d'incubazione è influenzata dalla dose del virus e dal genotipo dell'animale, e varia da soli 100 giorni a l'intero corso della vita del topo.

Lo sviluppo della malattia sperimentale mostra una precisione quasi cronometrica: in determinate condizioni d'infezione il tempo d'incubazione può essere misurato con un errore standard di appena l'1-2%, mentre il comportamento di altri virus neurotropi è di gran lunga più imprevedibile.

E' quasi certo che l'incubazione prolungata è dovuta alla lentezza con la quale il virus si moltiplica nel cervello, forse a causa del numero limitato di siti disponibili per la replicazione.

La insolita stabilità dell'agente della scrapie potrebbe essere legata alla sua intima associazione con le membrane cellulari. I più piccoli frammenti di membrana che mostrano infettività vengono asportati da filtri con un diametro medio dei pori di 25 nanometri.

Successivi studi definirono l'agente della Scrapie come una molecola di DNA infettivo con un peso molecolare di 70.000-100.000 Dalton, cioè di dimensioni simili a quelle dei viroidi delle piante, spesso impiegati per la creazione di Organismi Genticamente Modificati.

NOTA: il pericolo OGM : molte piante OGM (e anche alcuni animali da allevamento, come polli e salmoni) sono anche modificate proprio immettendo al loro interno dei virus di questo tipo (*Retroviridae*), cioè muniti di *trascriptasi inversa* per modificare il DNA della pianta stessa (o per indurre la produzione dell'ormone della crescita o di altri ormoni in animali da allevamento).
Molti di questi virus impiegati dalle Multinazionali per produrre OGM vengono classificati nella famiglia dei *Retroviridae,* poiché oltre alla presenza della *trascriptasi inversa* (caratteristica dei *Retroviridae*) hanno in comune altre proprietà biologiche e biofisiche.
Sarebbe quindi opportuno indagare meglio i *Retroviridae* impiegati dalle Multinazionali GMO per fare piante OGM (o per indurre la produzione dell'ormone della crescita o di altro tipo in animali da allevamento, come polli e salmoni).

Reazioni agli agenti chimici e fisici dei Retrovirus

A causa del loro involucro che contiene lipidi, i Retrovirus a RNA sono sensibili all'etere.
Essi vengono inattivati dal riscaldamento a 56 gradi Celsius per 30 minuti, dal trattamento con acidi deboli (pH 4,5) e dalla formalina 1: 4.000.
Possono essere conservati a temperature inferiori ai 70 gradi Celsius sottozero.

Virus Visna (o Scrapie delle pecore dell'islanda)

E' un virus che determina demielinizzazione del Sistema Nervoso Centrale, con quadro clinico compatibile a quello della "sindrome della mucca pazza".

Il periodo d'incubazione varia da pochi mesi a molti anni.
Colpisce le pecore dell'Islanda.
A causa delle notevoli somiglianze tra questo virus e i virus tumorali a RNA, è stato assegnato alla famiglia dei *Retroviridae*.
Le somiglianze comprendono: montaggio e maturazione del virione per gemmazione, il diametro del virione (70-100 nm), la presenza di una DNA-polimerasi RNA-dipendente (trascrittasi inversa), di RNA 40S e 70S e di un corredo polipeptidico simile.
Inoltre contiene proiezioni e aculei sulla membrana esterna, e le particelle colorate negativamente somigliano a quelle del virus del sarcoma di Rous.
Sono state anche notate strutture interne filamentose (particelle C) simili a quelle descritte per i Retrovirus del complesso aviario, murino e felino.

Il virus Visna è, probabilmente, lo stesso virus del *Morbo della Mucca Pazza*, o *malattia di Kuru* o di *Creutzfeldt-Jacob*.

Durante la Seconda Guerra Mondiale, nel campo di prigionia 731 in Manciuria, i militari giapponesi fecero esperimenti di guerra batteriologica usando come cavie molti prigionieri di guerra americani e inglesi.
Da tali esperimenti, i Giapponesi acquisirono profonde conoscenze nella guerra batteriologica. Famoso, a tale riguardo, rimase il tentativo in extremis, nell'estate del 1945, di infettare le principali città della costa californiana con germi della Peste bubbonica, impiegando palloni-sonda recanti topi o ratti appositamente infettati con tale germe (di cui alcuni ceppi risultano oggi essere estremamente infettivi, diventando patogeni per l'uomo addirittura a concentrazioni minime di un solo germe, se inalato nei polmoni).
Ma la guerra nel Pacifico terminò prima che l'operazione contro le città americane californiane venisse approvata e condotta.
Nel 1942, i Giapponesi avevano allestito un centro per la guerra batteriologica in Nuova Guinea, nel quale eseguirono anche esperimenti sulla tribù indigena Fore, inoculando ai suoi membri una versione triturata di cervello di pecora infettata, forse, proprio dal retrovirus Visna.

Cinque anni più tardi, finita la guerra, gli indigeni locali iniziarono a sviluppare una strana malattia, che loro chiamarono "*Kuru*", che era la loro definizione dei seguenti sintomi: deperimento, tremori, perdita dell'appetito e infine morte.

Le autopsie rilevarono che i cervelli si erano letteralmente trasformati in poltiglia: avevano contratto quello che sarebbe in seguito stato chiamato in Occidente come il "*morbo della mucca pazza*".

Al termine della Seconda Guerra Mondiale, venne catturato il medico giapponese che era stato nominato generale medico dell'esercito giapponese affinché potesse assumere la guida del programma di guerra batteriologica.

Dopo la cattura, scelse di collaborare con l'esercito degli Stati Uniti, per dimostrare tutto ciò che aveva imparato sugli stessi prigionieri di guerra americani e inglesi e anche sui membri della tribù indigena Fore, infettati, questi ultimi, proprio dal virus della pecora pazza Visna, endemico in Islanda.

Nel 1957, quando ormai la malattia aveva preso uno sviluppo quasi epidemico in Nuova Guinea, il dr. Carleton Gajdusek si recò in Nuova Guinea dove scoprì, dopo due anni di studio, la nuova malattia locale che fu chiamata ufficialmente come *malattia di Kuru.*

Il *Kuru* si caratterizza per i seguenti sintomi: rigidità, atassia cerebellare progressiva, tremori, disartria e istabilità emotiva, senza significativi segni di demenza.

La lesione fondamentale a livello cellulare è la vacuolizzazione intra-citoplasmatica nell'assone e nei dendriti dei neuroni, fusione dei vacuoli, rigonfiamento e distruzione delle cellule.

L'infiltrazione perivascolare di cellule mononucleate è scarsa o assente, e manca l'interessamento meningeo, la demielinizzazione primaria, la pleiocitosi liquorale, nonché alterazioni consistenti della VES, di altri valori del sangue e reazioni febbrili (in qualsiasi stadio dell'affezione).

Verso la fine degli anni '70 fu documentato un caso di trasmissione della malattia di *Creutzfeld-Jacob* da uomo a uomo, attraverso il trapianto di cornea.
Il paziente presentò i sintomi della malattia di *Kuru* 18 mesi dopo il trapianto e morì successivamente.
Parti del suo cervello furono prelevate al momento dell'esame autoptico, e furono conservate in soluzione fisiologica al 10% di formolo (4% di formaldeide) per 7 mesi.
Una sospensione di tessuto cerebrale fu successivamente iniettata in uno scimpanzè, che mostrò i sintomi della malattia di *Creutzfeld-Jacob*, o *Kuru*.

Nota: l'incapacità delle soluzioni fisiologiche al 10% di formolo, usate ordinariamente negli studi di anatomia patologica, di distruggere l'infettività del virus della malattia di *Creutzfeld Jacob* suggerisce la necessità di usare cautela nella manipolazione di questi tessuti.

Malattie cardio-vascolari

L'eziologia di queste malattie è, ovviamente, multifattoriale, compresa quella più comunemente associata all'infarto: la malattia coronaria. Tuttavia vi sono dati fondamentali che dimostrano come lo stress ossidativo sia una componente fondamentale nella genesi di questa malattia ([1231,1234]).
Le lipoproteine a bassa densità (LDL) sono soggette allo stress ossidativo se non protette dagli antiossidanti: l'elemento che perossida le LDL è il tiolattone di Omocisteina, un composto ciclico che deriva dall'autossidazione spontanea della Omocisteina.
Se l'ossido nitrico ed altri anti-ossidanti del siero, come il Glutatione e l'acido ascorbico (vitamina C) sono consumati dallo stress ossidativo, si creano le premesse per il danno endoteliale diretto, la proliferazione delle cellule muscolari lisce e la perossidazione delle LDL ([1227]).
All'interno di ogni macromolecola di LDL ci sono 1700 molecole di esteri di colesterolo e 700 molecole di colesterolo libero. Sono anche presenti 6 molecole di alfa-tocoferolo (vedi vitamina E) e altri carotenoidi liposolubili come il gamma-tocoferolo (vitamina E). Questi antiossidanti proteggono le LDL dai danni ossidativi della per ossidazione lipidica. Questa però non può avvenire fino quando il contenuto sierico di alfa-tocoferolo è stato esaurito. Però subisce un'accelerazione di danno che diventa lineare a partire dal momento in cui tutti gli antiossidanti liposolubili si sono esauriti.
Un aumento del contenuto di alfa-tocoferolo prolunga la durata della protezione per le particelle di LDL, anche se, in questo caso, i carotenoidi lavorano meno efficacemente. La vitamina C ricostituisce l'alfa-tocoferolo di superficie delle LDL ([1223, 1224,1232,1233]).

Come dimostrato dal premi Nobel Goldstein e Brown, in circostanze normali le cellule assorbono particelle di LDL attraverso una endocitosi mediata da recettori, una macromolecola di LDL alla volta. Tuttavia, quando perossidate, le LDL diventano aggregati di corpi estranei che sono fagocitati dai macrofagi endoteliali, creando grandi concentrati di cellule schiumose. Quando queste ultime muoiono, producono detriti cellulari e contenuti lipidici tossici concentrati al centro di una lesione evolutiva della parete vasale, denominata "placca vulnerabile". Mediatori pro-coagulanti e infiammatori abbondano nel microambiente di queste placche vascolari endoteliali. La rottura di questa placca vulnerabile produrrà in certi casi la trombosi coronaria con possibile infarto e/o morte improvvisa per arresto cardio-circolatorio ([1225,1227, 1228,1230,1235]).

Nel libro di Charlotte Gerson, "La Terapia Gerson" ([749]), al capitolo 17, si afferma che "*…diversamente da quanto creduto e insegnato dalla Medicina Ufficiale, nel malato sottoposto a dieta Gerson la formazione e l'invasione della placca ateromasica è reversibile (non irreversibile), e quindi le pareti delle arterie torneranno ad essere pulite…*".
Macroedizioni www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3698
In questo concorrono moltissime vitamine, come i carotenoidi, e la vitamina C.

Sulle proprietà della vitamina E nella protezione degli endoteli vascolari vedi anche: Dayuan LI: *y-Tocopherol decreases OX-LDL-mediated activation of nuclear factor –kB and apoptosis in human coronary artery endothelial cells*, Biochemical and Biophysical Research Communications, 259, pp.: 157-161, 1999.

Sulle proprietà delle proto-antocianidine come fattori cardioprotettori vedi anche ([1255]): Debasis Bagchi: *Molecular mechsanism of cardioprotection by a novel grape seed proanthocyanidin extract*, Mutation Research, 523-524, 2003, pp.: 87-97.

19.4 : MEDICINA D'URGENZA

E' comunque importante sottolineare come, nella MEDICINA D'URGENZA, ove è massimale lo stress ossidativo, costituendo questo uno dei maggiori processi patologici del paziente acuto ([1250]), vi sia una deficienza cronica di vitamine: la maggior parte dei pazienti in terapia intensiva, sottoposti a Nutrizione Parenterale Totale, ricevono in genere fiale contenenti non oltre una dozzina di vitamine, ma in diversi Centri ospedalieri, per motivi di costo e disponibilità, ne vengono spesso somministrate quantità decisamente inferiori ([1248]). In sostanza, delle migliaia di vitamine naturali di valore noto o prevedibile, a questi pazienti critici si danno solo alcune vitamine e spesso con dosaggi decisamente inferiori a quelli raccomandati per le persone sane come dose giornaliera minima raccomandata (RDA). Sembrerebbe che pazienti in terapia intensiva, sottoposti a stress ossidativo elevato, se non massimale, non abbiano a disposizione neppure le quantità di antiossidanti sufficienti per far fronte ad una situazione normale.
Più recentemente lo stress ossidativo e gli effetti degli antiossidanti sono stati studiati nello shock settico e nella malattia da insufficienza respiratoria acuta, con dimostrazione di potenziali benefici ([1238,1249]). Lo stress ossidativo e la perossidazione lipidica, associate alla Nutrizione Parenterale Totale, sono state dimostrate ([1245]). La necessità di una maggiore attenzione alle terapie vitaminiche naturali è quindi ben chiara ([1247]). Il riconoscimento quindi dello stress ossidativo e della terapia antiossidante dovrebbero diventare pratica comune anche nella MEDICINA D'URGENZA ([1251]).
Ad esempio, dovrebbe essere normale somministrare DIECI grammi di vitamina C per endovena ogni 12 ore a tutti i pazienti ricoverati per traumi da incidente stradale, infortunio sul lavoro, infartuati, ictus, etc…(vedi www.laleva.org "*Come far dare vitamina C endovena a un paziente in ospedale*", tratto dal libro "*Doctor Yourself*", pagine 194-197, di Andrei W.Saul

Vedi anche: http://orthomolecular.org/library/jom/2000/pdf/2000-v15n04-p201.pdf)

Cap. 19.5: Il falso mito del Colesterolo cattivo, la verità della carenza di vitamina C e la questione farmaceutica delle Statine

In merito al Colesterolo, è importantissimo considerare quanto segue.
Ancora oggi si insegna nelle Università che sia l'alto livello di colesterolo il principale fattore scatenante degli infarti e degli ictus cerebrali.
Se il colesterolo alto danneggiasse realmente le pareti dei vasi sanguigni, questo avverrebbe in tutto il sistema circolatorio, e vi sarebbero danni non solo al cuore e al cervello: in altre parole, dovremmo andare incontro non solo all'infarto miocardio (del cuore) o all'infarto cerebrale (del cervello), ma anche agli infarti del naso, delle orecchie, delle ginocchia, dei gomiti, delle dita, etc…del fegato, delle ossa, degli occhi…
Tutto ciò non avviene mai. Viceversa, un altro dato dev'essere compreso: la carenza cronica nell'uomo e nella scimmia della vitamina C.
L'uomo e la scimmia non sono in grado di produrre vitamina C, a differenza di quasi tutti gli altri animali, e questo spiega la loro particolare suscettibilità ad andare incontro a patologie vascolari come l'infarto miocardio e ictus.
L'organismo umano tenda allora a sopperire alle carenze croniche di vitamina C mediante applicazione di colesterolo sui tessuti connettivali deficitari.
La carenza di vitamina C, nella dieta moderna, obbliga quindi l'organismo del paziente a utilizzare il colesterolo per "tenere insieme" le fibre di collagene dei tessuti, ma questo espone a particolari rischi, soprattutto in particolari e delicate zone "di usura" come le pareti arteriose, che tendono così a formare placche ateromatosiche (la letteratura medica dimostra che queste placche possono regredire in presenza di elevatissime quantità di vitamina C e altre vitamine).

La minaccia delle statine

Lipobay e altre statine eliminano il colesterolo dall'organismo in maniera innaturale, esponendolo così a rotture di importanti pareti arteriose (essendo venuto a mancare il "collante" che le teneva unite e non essendoci abbastanza vitamina C da sopperire come "collante").

Nota: l'improvvisa e innaturale deprivazione di colesterolo dall'organismo potrebbe però essere causa anche di altre patologie come forse la stessa Sclerosi Multipla (VEDI cap.19.2).

L'interesse commerciale delle statine

Uno studio scientifico ha analizzato 163 articoli tratti da riviste mediche in merito all'utilizzo delle statine, trovando che diversi autori hanno legami di connivenza con l'industria farmaceutica.
In un articolo pubblicato dalla *Medical News Today* oltre 36 milioni di Americani assumono farmaci per il controllo del colesterolo. Esperti del settore dicono che grazie a nuove "linee-guida" per il trattamento del colesterolo alto (leggi "Statine"), il numero di questi pazienti lieviterà di ulteriori 7 milioni.
Il fatturato attuale di questi farmaci era già di 26 miliardi di dollari per il 2003.

Cap. 19.6.:Lo scandalo dei nuovi farmaci anti-infiammatori COX 2

Nel 2006, vi è stata la prima condanna per la Multinazionale chemio-farmaceutica Merck, produttrice del farmaco anti-doloriico *Vioxx* (*Rofecoxib*), ritirato dal mercato nel settembre del 2005 dopo dopo uno studio che ne dimostrava i potenziali rischi cardio-vascolari.
La sentenza, emessa negli USA, da un tribunale di Angleton, nel Texas, invita l'azienda a risarcire con oltre 253 milioni di dollari la moglie di R.E., manager e atleta 59 enne, morto nel 2001 a causa di una aritmia cardiaca.
Si tratta del primo verdetto su un totale di oltre 4.000 cause in corso contro Merck.

Il 'caso *Vioxx*' non e' affatto isolato, ma anzi potrebbe essere esteso all'intera classe di farmaci, compresi molti altri prodotti tutt'ora in vendita nelle farmacie.

L'allarme arriva dagli Usa. Garret Fitz Gerald, cardiologo dell'universita' della Pennsylvania, sostiene infatti, sul *New England Journal of Medicine* (2005) che "*…tutti i farmaci simili al Vioxx potrebbero dare seri problemi cardiaci, inclusi infarto e ictus*…".

Per questo il ricercatore chiede alla *Food and Drug Administration* di rivedere le proprie conclusioni e di avvisare del pericolo sia i medici che i pazienti.

All'indomani del ritiro del farmaco della Merck, infatti, la FDA aveva dichiarato che i problemi cardiaci osservati rappresentavano effetti collaterali legati a quel solo prodotto.

E che il meccanismo all'origine dell'allarme era sconosciuto. "*Invece il meccanismo alla base del Vioxx, che combatte l'infiammazione e non fa male allo stomaco* - spiega - *è lo stesso che blocca una sostanza in grado di prevenire i problemi cardiaci*.
E - aggiunge - *funziona allo stesso modo in tutta quella classe di farmaci*…". Il che significa che le stesse avvertenze dovrebbero riguardare altri prodotti ancora sul mercato, suggerisce il medico, "*…tra cui il Celebrex, il farmaco simile della Pfizer. Come pure del nuovo prodotto della stessa azienda farmaceutica Usa, cioe' il Bextra, entrambi ancora in vendita..".*

A prova delle sue dichiarazioni il cardiologo ricorda i risultati di diversi studi, condotti gia' nel 1999 e nel 2001, che suggerivano come *"questi farmaci, chiamati inibitori delle Cox-2, blocchino alcune prostaglandine che determinano l'infiammazione salvando lo stomaco ma a spese del cuore*….

Mentre sullo stesso numero del NEJM è pubblicato un altro articolo di Eric Topol, della *Cleveland Clinic* che rimprovera aspramente la FDA Usa *"…per non aver obbligato la Merck a condurre subito ulteriori studi sul Vioxx, visto che i primi segnali di danni cardiaci erano apparsi anni fa…".*

NOTA: Ricercatori del *National Heart and Lung Institute dell'Imperial College* di Londra (*Federation of American Societes for Experimental Biology*) hanno rilevato che i farmaci a base di inibitori di COX-2 impediscono la produzione anche dell'enzima COX-1 che a sua volta presiede la produzione della Prostaciclina: da qui l'aumentato rischio di trombosi (*Federation of American Societes for Experimental Biology*- febbraio 2007)

Nota: sullo scandalo VIOXX vedi anche trasmissione TV "REPORT", RAI 3, del 20 aprile 2008

Cap.20

Controindicazioni assolute e relative all'uso di Piante

Cap. 20.a :

Effetti collaterali e controindicazioni assolute o relative all'impiego di piante ad uso medico, riportate nel testo o comunque d'uso comune in Fito-Terapia.

1) *Achillea millefolium* (Achillea): non deve essere usata in pazienti che necessitano di una terapia anticoagulante.
2) *Acorus calamus* (Calamo): il suo rizoma fresco, se preso in forti dosi, risulta emetico
3) *Actea spicata* (Actea): i suoi frutti (tossici) sono molto simili ai frutti maturi di *Ribes nigrum*.
4) *Aesculus hippocastanum* (Ippocastano): i suoi semi e frutti (tossici) sono simili a quelli del *Castanea vesca* (Castagno).
5) *Aethusa cynapium* (Cicuta minore): Ombrellifera velenosa, molto simile ad altre Ombrellifere: *Anthriscus cerefolium* (Cerfoglio), *Apium petroselinum* (Prezzemolo), *Apium graveolens* (Sedano), *Angelica arcangelica, Daucus carota*(Carota).
6) *Agropyron repens* (Gramigna) può provocare reazioni allergiche in pazienti con diatesi allergica alle *Graminacee*.
7) *Allium cepa* (Cipolla): controindicata nel paziente gastropatico e in quello anemico.
8) *Allium sativum* (Aglio): può essere dannoso al paziente gastropatico; può potenziare l'azione di farmaci anti-coagulanti e anti-aggreganti piastrinici.
9) *Aloe arborescens* (Aloe arborescente): controindicata in gravidanza.
10) *Aloe vera* (Aloe vera o indiana): controindicata in gravidanza.
11) *Anagallis arvensis* (Anagallide): pianta -tossica, facilmente confondibile con la *Stellaria media* (Centocchio).
12) *Angelica arcangelica*: non toccare la pianta a mani nude: il succo è irritante per le mucose e per la pelle.
13) *Apium graveolens*: non mangiare crudo; è diuretico.
14) *Aquilegia vulgaris*: tossica.
15) *Arctium lappa* (Bardana): non confondere la sua radice con quella di *Atropa belladonna*.
16) *Arctostaphilos uva ursi* (Uva ursina, Ramoliva, Uva dell'Orso): ad alte dosi può provocare disturbi gastro-enterici, talora anche con vomito. Non sono rari i fenomeni allergici.
17) *Arnica montana* (Arnica, Panacea delle Cadute, China dei Poveri): da usarsi con prudenza nelle nefropatie di tipo infiammatorio, poichè potrebbe causare ematuria e danno all'epitelio tubulare; può provocare aumento delle transaminasi e della gammaGT, ma soltanto a dosi elevate.
18) *Artemisia species* : accanto all'Artemisina, vitamina utile poiché capace di determinare Apoptosi in molte linee tumorali, alcune di esse contengono quantità apprezzabili anche di Tuione, (sostanza tossica contenuta anche nella *Salvia officinalis*, nella *Thuja occidentalis*, nel *Tanacetum vulgare*). In particolare è contenuto nell'*Artemisia absinthium, annua* e nell'*Artemisia pontica*.
19) *Artemisia absintium, annua*: proibita alle donne gravide. Rende amaro il latte.
20) *Artemisia maritima*: tossica.
21) *Artemisia vulgaris*: proibita alle donne gravide.
22) *Arum maculatum* (Aro, Ghigero, Gigaro): le sue bacche rosse (tossiche) possono essere scambiate pe r comuni bacche rosse (terapeutiche) di *Berberis vulgaris* (Uva spina), *Smilax species* (Sarsapariglia), *Arctostaphilos uva ursi* (Uva ursina), *Vaccinium vitis idaea* (Mirtillo rosso).
23) *Atropa belladonna* (Belladonna): pianta tossica, impiegata in passato per impiego medico (azione atropinizzante); da non confondere con la commestibile *Physalis alkekengi* (Alchechengio)

24) *Bellis perennis* (Pratolina, Margheritina) come tutte le Composite, può dare allergia in pazienti sensibili ad esse (*Taraxacum officinalis, Echinacea pallida, angustifolia, purpurea, Calendula officinalis*….) ; analogamente all'*Arnica montana*, è da usarsi con prudenza nelle nefropatie di tipo infiammatorio, poichè potrebbe causare ematuria e danno all'epitelio tubulare; può provocare aumento delle transaminasi e della gammaGT, ma soltanto a dosi elevate.
25) *Borrago officinalis*: eliminare i peli. I suoi alcaloidi sono epatotossici e cancerogeni. Viceversa, l'olio dei suoi semi è privo di questi alcaloidi.
26) *Brassica nigra (Senape nera)*: non assumere se irritazione delle vie urinarie e digestive; non dare ai dispeptici; non immergere in acqua con temperatura superiore a 50 gradi Celsius.
27) *Bryonia dioica* (Brionia, Zuccamatta): le sue bacche rosse (tossiche) possono essere scambiate pe r comuni bacche rosse (terapeutiche) di *Berberis vulgaris* (Uva spina), *Smilax species* (Sarsapariglia), *Arctostaphilos uva ursi* (Uva ursina), *Vaccinium vitis idaea* (Mirtillo rosso).
28) *Calendula officinalis*: come tutte le Composite, può dare allergia in pazienti sensibili ad esse (*Taraxacum officinalis, Echinacea pallida, angustifolia, purpurea, Bellis perennis,* …).
29) *Carduus marianus* (Cardo mariano): non consumare i semi senza prescrizione medica.
30) *Carum carvi* (Cumino dei Prati): la sua essenza può essere tossica.
31) *Cetraria islandica* (Lichene d'Islanda): non consigliabile a pazienti malati di cancro; da evitare anche ai pazienti sofferenti di ulcera.
32) *Cnicus benedictus* (Cardo santo): non superare mai le dosi prescritte, e interrompere in caso di nausea o di irritazione dell'apparato digerente.
33) *Combretum micranthum* (Combreto): a dosi elevate può causare dolori epigastrici, vomito biliare e diarrea con feci liquide e ricche di bile.
34) *Conitum maculatum* (Cicuta maggiore): pianta molto velenosa; come tutte le Ombrellifere si può confondere con le Ombrellifere commestibili: *Angelica arcangelica*, *Daucus carota*(Carota), *Anthriscus cerefolium* (Cerfoglio), *Apium petroselinum* (Prezzemolo) e *Apium graveolens* (Sedano).
35) *Convallaria majalis* (Mughetto): le sue bacche sono tossiche. E' comunque impiegata in ambito cardiologico, ma sempre sotto controllo medico (rallenta e rinforza i battiti)
36) *Cornus sanguinea* (Corniolo o Sanguinello): può potenziare l'azione di farmaci anti-coagulanti e anti-aggreganti piastrinici.
37) *Dafne laureola* (Laureola): le sue foglie (tossiche) possono essere scambiate per comuni foglie di *Laurus nobilis* (Alloro).
38) *Dafne mezereum* (Mezero): le sue bacche rosse (tossiche) possono essere scambiate per comuni bacche rosse (terapeutiche) di *Berberis vulgaris* (Uva spina), *Smilax species* (Sarsapariglia), *Arctostaphilos uva ursi* (Uva ursina), *Vaccinium vitis idaea* (Mirtillo rosso).
39) *Datura stramonium* (Stramonio, Erba del Diavolo): pianta estremamente velenosa (vedi cap.19.c), e insidiosa: le sue foglie sono molto simili alle foglie di Spinacio, di Acetosa e di altri ortaggi.
40) *Delphinium consolida aut staphysagria*: pianta tossica.
41) *Dryopterisfilix-mas*: non dare ai bambini; rispettare le dosi; non assumere in associazione ad alcool.
42) *Ecballium elaterium* (Cocomero asinino): assumere solo su prescrizione medica; non toccare a mani nude.
43) *Echinacea angustifolia, pallida, purpurea*: come tutte le Composite, può dare allergia in pazienti sensibili ad esse (*Taraxacum officinalis, Calendula officinalis, Bellis perennis,* ….)
44) *Ephedra vulgaris* (Efedra): è controindicata in caso d'insonnia, tachicardia e aritmie cardiache, psicopatie di tipo ansioso e diabete mellito. L' Efedra, tipica pianta cinese, fonte di farmaci e sostanze attive a livello cardiovascolare e del sistema nervoso, è fuori legge, ormai da molti Veniva utilizzata come antiasmatico, dimagrante, e stimolante muscolare, tanto è che l'efedrina risulta oggi tra le sostanze dopanti. In Italia fuori legge perché gravata da molti effetti collaterali tra i quali la morte. Anche la *Sida cordifolia* appartenente alla famiglia delle Malvaceae,

contiene ugualmente gli alcaloidi dell'Efedra, in particolare l'Efedrina, con tutti i rischi annessi e connessi. I rischi maggiori sono per i pazienti cardiopatici, gli ipertesi, e coloro che stanno assumendo psicofarmaci o altre erbe stimolanti.

45) *Erythraea centaurium* (Centaurea minore): non abusarne: in forti dosi è irritante per l'apparato digerente.
46) *Eucalyptus globulus* (Eucalipto): può avere azione tossica, che si manifesta con epigastralgie, nausea, vomito, vertigini, astenia spiccata, pallore con estremità fredde e cianotiche, miosi, confusione mentale e, nei casi più gravi, delirio e convulsioni. Terapia: effettuare il più presto possibile una lavanda gastrica e risolvere la depressione respiratoria con analettici e, se necessario, Ossigeno.
47) *Evonymus europaeus* (Fusaggine): pianta tossica. Solo per uso esterno
48) *Ficariara nunculoides* (Favagello): è consentito l'uso delle giovani foglie fresche, ma solo per applicazioni esterne (es.: emorroidi).
49) *Filipendula ulmaria*: aut *Spiraea ulmaria* (Olmaria, Regina dei Prati): non bollire mai
50) Semi di *Foeniculum vulgare* (Finocchio): a dosi elevate può essere tossico per il Sistema Nervoso Centrale.
51) *Frangola alnus* (Frangola): non si mangiano le drupe.
52) *Fucus vesiculosus*: è controindicato in tutte le malattie da iperfunzione della tiroide, quali il Morbo di von Basedow, l'Adenoma di Plummer, e tutti gli strumi ghiandolari; pericoloso l'impiego anche in tutti i casi di aritmie cardiache di tipo ipercinetico; non dev'essere usato in tutti i casi di diatesi allergica allo Iodio; prudenza in caso d'ipertensione. Da non impiegare in pazienti neoplastici per presenza di vitamina B12.
53) *Fumaria officinalis* (Fumaria): non prepare in contenitori di ferro
54) *Galega officinalis*: assumere la pianta solo se essiccata, mai fresca.
55) *Gentiana lutea*: non superare mai le dosi e la posologia prescritte dal medico.
56) *Geum urbanum* (Cariofillata): non utilizzare in recipienti di ferro.
57) *Ginkgo biloba*: controindicato in soggetti con turbe della coagulazione; l'uso combinato con anti-aggreganti piastrinici è sconsigliato; i suoi frutti (tossici) sono molto simili alle susine gialle.
58) *Globularia vulgaris* (Globularia): non superare mai le dosi prescritte.
59) *Glycirrhiza glabra* (Liquirizia, Radice dolce, Legno dolce): controindicato nell'ipertensione; può indurre ipo-potassiemia. Può determinare ipertensione dopo 2-3 settimane di assunzione.
60) *Hedera helix* (Edera): non mangiarne i frutti.
61) *Heracleum sphondylium* (Panace): fotosensibilizzante
62) *Hyssopus officinalis* (Issopo, Erba odorosa, Soleggio): l'olio essenziale può provocare crisi epilettiche in soggetti predisposti.
63) *Humulus lupulus* (Luppolo, Cupola, Livertizio): sostanza estrogenica; può anche dare sonnolenza e/o cefalea.
64) *Ilex aquifolium* (Agrifoglio): non mangiare mai le bacche (tossiche)
65) *Iris pseudacorus* (Acoro falso, Iris d'Acqua): non adoperare mai il rizoma fresco (purgativo ed emetico) senza autorizzazione medica.
66) *Juniperus communis* (Ginepro nero, Petron): assolutamente controindicato nelle malattie infiammatorie del rene, qualsiasi causa ne sia: può infatti determinare: stranguria, ematuria, albuminuria, emorragie intestinali. Non somministrare durante la gravidanza.
67) *Juniperus sabina* (Sabina): pianta notoriamente tossica; da non confondere con *Juniperus communis* (Ginepro nero, Petron), pianta relativamente poco tossica.
68) *Laburnum anagyroides* (Maggiociondolo): pianta velenosa.
69) *Lavandula officinalis* (Lavanda): pianta insetticida. Non impiegare con Ferro e/o Iodio.
70) *Ligustrum vulgare* (Ligustro): pianta tossica.
71) *Linum angustifolium* (Lino): non usare mai farina di lino rancida, o ammuffita per preparare cataplasmi.

72) *Lonicera caprifolium aut periclynenum* (Caprifoglio): le bacche non devono essere consumate; viceversa, in Cina, si usa il fiore come infuso per i carcinomi polmonari. Ma anche in Europa se ne raccomandava l'uso come infuso di foglie.
73) *Lycium europaeum* (Spinacristi): le sue bacche rosse (tossiche) possono essere scambiate pe r comuni bacche rosse (terapeutiche) di *Berberis vulgaris* (Uva spina), *Smilax species* (Sarsapariglia), *Arctostaphilos uva ursi* (Uva ursina), *Vaccinium vitis idaea* (Mirtillo rosso).
74) *Mandragora officinarum*: le sue radici (tossiche) sono molto simili alle radici delle Rape(*Cruciferae*).
75) *Matricaria chamomilla* (Camomilla): da bere sempre lontano dai pasti
76) *Melissa officinalis* (Melissa, Citronella, Erba Bergamotta, Erba Limone): antagonizza l'azione del TSH sulla tiroide.
77) *Mentha piperita* (Menta): non dovrebbe essere usata in pazienti affetti da gastro-duodeniti e/o ulcera peptica.
78) *Mercurialis annua aut perennis* (Mercorella): pianta purgativa, potenzialmente tossica (in valutazione).
79) *Narcissus pseudo-narcissus* (Giunchiglia maggiore): non toccare il bulbo.
80) *Nasturtium officinale* (Crescione): interrompere la cura se c'è irritazione dolorosa alla vescica; pericoloso anche per possibile infezione epatica da *Fasciola*.
81) *Nerium oleander* (Oleandro) : le sue foglie (tossiche) possono essere scambiate per comuni foglie di *Laurus nobilis* (Alloro).
82) *Oenanthe phellandrium aut crocata* (Cicuta virosa): pianta molto velenosa; come tutte le Ombrellifere si può confondere con le Ombrellifere commestibili: *Angelica arcangelica*, *Daucus carota*(Carota), *Anthriscus cerefolium* (Cerfoglio), *Apium petroselinum* (Prezzemolo) e *Apium graveolens* (Sedano).
83) *Oxalis acetosella* (Acetosella): incompatibile per pazienti gottosi o con litiasi renale.
84) *Parisquadrifolia* (Uva di Volpe): le sue bacche blu-nero (tossiche) sono molto simili ai frutti di alcuni *Prunus*.
85) *Papaver rhoeas* (Rosalaccio): tossico.
86) *Phytolacca decandra* aut *americana* (Fitolaccia): risulta pericolosa per effetti depressivi sulle attività respiratoria, circolatoria e cardiaca (probabile azione a livello bulbare); tossica.
87) *Plantago psyllium* (Psillio): controindicato in pazienti con diatesi allergica : reazione anafilattica IgE mediata, con broncospasmo.
88) *Polygonum bistorta*: non mettere a contatto con ferro. Incompatibile con China e Cola.
89) *Polygonum hydropiper* (Pepe d'acqua): rispettare le dosi prescritte dal medico
90) *Polygonum officinale* (Sigillo di Salamone): vietate le bacche.
91) *Popolus nigra* (Pioppo nero): può potenziare l'effetto dei farmaci anti-coagulanti.
92) *Potentilla anserina aut reptans* (Cinquefoglio): a causa dell'alto contenuto di tannino, non impiegare in recipienti di ferro, e/o alcali, e/o Iodio, e/o piante medicinali come Aloe, Camomillla romana.
93) *Prunus laurocerasus* (Lauroceraso): le sue foglie (tossiche) possono essere scambiate per comuni foglie di *Laurus nobilis* (Alloro).
94) *Pulsatilla vulgaris*: pianta tossica.
95) *Punica granatum* (Melograno): potenzialmente tossica per paralisi del Sistema Nervoso Centrale, e morte per paralisi respiratoria (in dosi elevate).
96) *Rhamnus frangula* o *Frangula alnus* (Frangula): contenendo anch'esso composti simili a quelli dell'Aloe, presenta le stesse contro-indicazioni di massima.
97) *Rhamnus sagrada* o *purshiana* (Cascara): presenta le stesse contro-indicazioni dell'Aloe; analogamente ad essa, contiene Emodina, aloe-emodina, iso-emodina, barbaloina, etc….
98) *Rheum officinale* (Rabarbaro): contenendo anch'esso composti simili a quelli dell'Aloe, presenta le stesse contro-indicazioni di massima.

99) *Ribes nigrum* (Ribes nero): dev'essere usato con prudenza nel paziente iperteso, a causa della sua azione DOCA-simile. Presenta le stesse contro-indicazioni d'suo dei Cortisonici.
100) *Robinia pseudacacia* (Robinia, Falsa Acacia): radici, semi e corteccia sono tossiche. Utili invece i fiori, da cui si ricava il miele, e le foglie.
101) *Rumex acetosa* (Acetosa): vietata agli artritici, gottosi, soggetti predisposti a litiasi. Incompatibile con acque minerali.
102) *Ruta graveolens* (Ruta): pianta tossica, da non confondere con l'*Artemisia annua* e/o *absentium* (Assenzio)
103) *Salvia officinalis* (Salvia): presenta le medesime contro-indicazioni delle sostanze estrogeniche; sembrerebbe controindicata nel tumore della mammella; evitare anche alle donne in allattamento.
104) *Sambucus ebulus* (Ebbio): non mangiarne i frutti.
105) *Saponaria officinalis* (Saponaria): non far macerare nell'acqua; somministrare rapidamente.
106) *Scrophularia nodosa* (Scrofularia): pur presentando proprietà immuno-stimolanti, presenta anche attività cardioattiva, simile alla *Digitalis purpurea* (Digitale), cautela; altre piante della stessa famiglia sono: *Gratiola officinalis* (Graziola), *Digitalis purpurea* (Digitale), *Veronica beccabunga* (Beccabunga), *Euphrasia officinalis* (Eufrasia), *Verbascum thapsus* (Verbasco).
107) *Sida cordifolia* (Bala): contiene Efedrina, sostanza tossica, particolarmente pericolosa per cardiopatici e ipertesi; tale pianta può essere quindi somministrata solo a dosaggi che il medico ritiene sicuri per il paziente.
108) *Smilax aspera* (Salsapariglia): non confondere la sua radice con quella di Brionia o Tamaro.
109) *Solanum nigrum* (Morella): le bacche sono tossiche, attenzione a non confonderle con i piselli.
110) *Spiraea ulmaria*: è controindicata nei pazienti sensibili ai salicilati a agli antipiretici in genere; cautela in pazienti affetti da gastrite acuta e/o ulcera peptica, ai quali va dato solo a stomaco pieno; potenzia l'effetto dei salicilati di sintesi e dei farmaci anti-coagulanti e anti-aggreganti piastrinici.
111) *Stachys officinalis* (Betonica): la sua radice, talvolta, provoca il vomito.
112) *Tamus communis* (Tamaro): le sue bacche rosse (tossiche) possono essere scambiate pe r comuni bacche rosse (terapeutiche) di *Berberis vulgaris* (Uva spina), *Smilax species* (Sarsapariglia), *Arctostaphilos uva ursi* (Uva ursina), *Vaccinium vitis idaea* (Mirtillo rosso).
113) *Taraxacum officinalis*: come tutte le Composite, può dare allergia in pazienti sensibili ad esse (*Calendula officinalis, Echinacea pallida, angustifolia, purpurea, Bellis perennis*…).
114) *Teucrium chamaedrys* (Camedrio o Querciola): tossicità al fegato ([2015-2034]).
115) *Teucrium scordium* (Scordio): in valutazione la sua potenziale tossicità
116) *Teucrium flavum* (Teucrio giallo): in valutazione la sua potenziale tossicità.
117) *Thymus serpillum* (Timo serpillo): a dosi elevate può provocare nausea, vomito, bradicardia, astenia, bradipnea e ipotermia (reversibili alla sospensione del fito-farmaco).
118) *Thymus species*: a dosi elevate può provocare nausea, vomito, bradicardia, astenia, difficoltà respiratorie e ipotermia. Cautela negli ipotiroidismi o in pazienti in terapia con farmaci anti-tiroidei
119) *Tragopogon pratensis* (Barba di Becco): non mangiarne i semi.
120) *Urtica dioica* (Ortica): non mangiarne i semi.
121) *Vaccinium vitis idaea* (Mirtillo rosso): a dosi elevate può dare disturbi gastro-enterici a causa dell'azione irritante dei Tannini; inoltre può insorgere meta-emoglobina a causa dell'Idrochinone.
122) *Vaccinium myrtillus* (Mirtillo nero): non dev'essere usato in pazienti con stipsi ostinata o con sub-occlusione intestinale.
123) *Veratrum album* (Veratro): pianta estremamente tossica; da non confondere con la *Gentiana lutea* (Genziana maggiore)

124) *Verbascum thapsus* (Candela regia, Guaraguasco, Tasso barbasso): i preparati devono essere sempre filtrati con una garza, per eliminare i peli che possono dare irritazione gastro-intestinale.
125) *Viburnum lantana* (Viburno): da impiegare con prudenza nelle menometrorragie, poiché ad azione rilassante sulla muscolatura uterina; prestare particolare attenzione alle aritmie ipercinetiche sopraventricolari, a causa della sua supposta azione beta-bloccante.
126) *Viola tricolor* (Violetta, Viola del Pensiero): da usarsi con cautela in pazienti con ulcera peptica a causa del suo contenuto in salicilati.
127) *Viscum album* (Vischio): può provocare ipotensione ortostatica e spiccata bradicardia; non può essere usato in pazienti portatori di gravi bradicardie o di blocchi seno-atriali o atrio-ventricolari di branca. Le sue bacche sono tossiche per l'uomo. Si utilizzano le foglie solo per infusi e mai per decotti. (Nell'*infuso* la pianta viene immmersa in acqua bollente; nel *decotto* la pianta viene posta in acqua tiepida e successivamente portata alla bollitura).

Cap. 20.b:

Piante potenzialmente efficaci su tumori, ma di cui si conoscono già, o si sospettano, pesanti contro-indicazioni all'impiego.

1) Radice secca di *Asclepias tuberosa* (Cotone d'Egitto Tuberoso, Pleuresy-root, Radice da Pleurite): contiene glicoside asclepiadeina, asclepione; in valutazione la sua potenziale capacità apoptosica, purchè selettiva verso le sole cellule tumorali, con esclusione di danni collaterali simili alla Chemio-Terapia Impiegato in passato per curare pleuriti. Simile alla *Bryonia cretica.*
2) *Baptisia tinctoria* (Indaco selvatico): sembrerebbe agire su base immuno-stimolante; in valutazione la sua potenziale capacità apoptosica, purchè selettiva verso le sole cellule tumorali, con esclusione di danni collaterali simili alla Chemio-Terapia
3) Radice fresca di *Bryonia cretica*, colta prima della fioritura: contiene diverse Cucurbitacine amare, Bryoside, Triterpene brionolo, acido crisofanico, polisaccaridi; in valutazione la sua potenziale capacità apoptosica, purchè selettiva verso le sole cellule tumorali, con esclusione di danni collaterali simili alla Chemio-Terapia Simile alla *Asclepias tuberosa.*
4) *Consolida regalis* [Ranuncolaceae] : Speronella, Erba cornetta. Pianta tossica il cui impiego attualmente è però consentito sotto controllo medico. In passato fu menzionata da Castore Durante contro i “tumori”. Da parte dell’autore del presente lavoro, è in valutazione la sua potenziale capacità apoptosica, purchè selettiva verso le sole cellule tumorali, con esclusione di danni collaterali simili alla CH.T
5) *Clematis recta* (Clematide Retta), gambo con fiore e foglie: contiene Anemonina, Canfora di Anemone; le foglie e il fusto sono tossici; agisce sulle ghiandole linfatiche, mammarie, testicoli, prostata, uretra; in valutazione la sua potenziale capacità apoptosica, purchè selettiva verso le sole cellule tumorali, con esclusione di danni collaterali simili alla Chemio-Terapia
6) *Daphne mezereum* (Mezereo): corteccia fresca dei rami, raccolta prima della fioritura; contiene Dafnina, Umbelliferone,, acido malico, resina mezerea; sospettata attività immuno-stimolante; curativa nei confronti dell'Herpes Zoster; in valutazione la sua potenziale capacità apoptosica, purchè selettiva verso le sole cellule tumorali, con esclusione di danni collaterali simili alla Chemio-Terapia
7) Il lattice di *Euphorbia resinifera*: contiene Euforbono, acido euforbinico; in valutazione la sua potenziale capacità apoptosica, purchè selettiva verso le sole cellule tumorali, con esclusione di danni collaterali simili alla Chemio-Terapia
8) Estratto di *Euphrasia officinalis* (Erba degli Occhi): contiene Rinantina, Acubina; in valutazione la sua potenziale capacità apoptosica, purchè selettiva verso le sole cellule tumorali, con esclusione di danni collaterali simili alla Chemio-Terapia
9) Radice essiccata di *Helleborus niger* (Rosa di Natale): contiene Elebrina, Elleborina e glicosidi simili alla Digitale; è stata impiegata empiricamente negli stati adinamici da cachessia da cancro; agisce anche a livello cardio-circolatorio; dimostrata funzione emuntoria sui reni; in valutazione la sua potenziale capacità apoptosica, purchè selettiva verso le sole cellule tumorali, con esclusione di danni collaterali simili alla Chemio-Terapia
10) *Hyoscyamus niger* (Quisquiamo): contiene Scopolamina, Atropina; impiegata in passato per affezioni respiratorie e vescicali; in valutazione la sua potenziale capacità apoptosica, purchè selettiva verso le sole cellule tumorali, con esclusione di danni collaterali simili alla Chemio-Terapia
11) *Kreosotum* (legno di Faggio): contiene Guajacolo e Creosolo; impiegato in passato empiricamente nella cura di carcinomi; sospetta azione immuno-stimolante; in valutazione la sua potenziale capacità apoptosica, purchè selettiva verso le sole cellule tumorali, con esclusione di danni collaterali simili alla Chemio-Terapia

12) *Lophophytum leandri* (Fiore di Pietra): contiene corpi leucoanto-cianidici, sostanze concianti, catechinici, sostanze amare, tracce di Iodio e Bromuro; impiegato empiricamente per patologie epatiche, tiroidee (strumi), *angina pectoris*; in valutazione la sua potenziale capacità apoptosica, purchè selettiva verso le sole cellule tumorali, con esclusione di danni collaterali simili alla Chemio-Terapia
13) *Juniperus sabina*: contiene Sabinolo, Cadinene, Pinene; impiegato empiricanente per i condilomi; in valutazione la sua potenziale capacità apoptosica, purchè selettiva verso le sole cellule tumorali, con esclusione di danni collaterali simili alla Chemio-Terapia

Cap. 20.c :

Piante di cui si ritiene contro-indicazione assoluta all'impiego

1) *Aethusa cynapium* [Umbrellifereae] : Cicuta minore (potenzialmente tossica)
2) *Aconitum nepellus* (Aconito): pianta tossica; nota: le sue radici (tossiche, come tutta la pianta), sono molto simili a quelle della Rapa
3) *Alpinia officinarum* (Galanga): contiene Anfetamine ([621]).
4) *Anagallis arvensis* [Primulaceae] : Anagallide (potenzialmente tossica)
5) *Arum maculatum* [Araceae] Aro, Ighero, Gigaro (Tossica)
6) *Bryonia dioica* [Cucurbitaceae] : Brionia, Zucca matta (potenzialmente tossica)
7) *Camptotheca acuminata* : da essa si ricava la camptotecina, che determina inibizione della topoisomerasi I, con gravi effetti immuno-depletori.
8) *Cannabis sativa indica* (Marjuana) : noto stupefacente, e come tale caratterizzato da gravissimi danni cerebrali a lungo termine non rimediabili in alcun modo.
9) *Centaurea solstizialis* [fam. *Compositae asteraceae*] : il principio attivo Cantauriaidina attinge agli stessi recettori per la tubulina della colchicina, impedendo la polimerizzazione con blocco metafasico (Hokanson, Diss.Abstr. Int.B, 37, pp. 1265, 1976); agisce quindi sia a livello di cellule malate che di cellule sane, impedendo la polimerizzazione del DNA con blocco metafasico.
10) *Chelidonium majus* (Chelidonia, Erba porraia): contiene Chelidonina, Chelidoxantina, Fumarina; determina gravi danni al DNA cellulare, comprese le cellule sane. Da esso è stato ottenuto un principio semi-sintetico dell'alcaloide Chelidonina. Da esso è infine derivato l'*Ukrain*, per addizione di 3 atomi di fosforo. Sempre comunque tossico.
11) *Cicuta virosa* [Umbrelliferaeae] : Cicuta acquatica (molto tossica)
12) *Cinoglossum officinale* (Boraginaceae) : contiene alcaloidi pirrolizidinici, utilizzati in terapia gastroenterologica e nella cura delle piaghe. Nota: epatotossico. Sembrerebbe però rivestire attività anti-neoplastica anche se su base non nota.
13) *Claviceps purpurea* aut *Secale cornutum* (Segale cornuta) : fortemente tossica.
14) *Clematis vitalba* (Vitalba): pianta velenosa
15) *Colchinum autumnale* [fam. delle *Liliaceae*] (Colchico, Freddolina) : agisce sia a livello di cellule malate che di cellule sane, impedendo la polimerizzazione del DNA con blocco metafasico, i principi attivi di tale pianta sono attualmente sfruttati in Chemio-Terapia.
16) *Colchicum luteum* [Liliaceae]: Collirio d'Oro; (molto tossico)
17) *Colubrina texensis* [fam. delle *Ramnaceae*] : il suo principio attivo, Maytansina, blocca le cellule in metafase, analogamente alla *Vinca rosea*.
18) *Conium maculatum* [Umbrelliferaeae]: Cicuta maggiore (molto tossica)
19) Semi essicati di *Croton tiglium*: contengono diestere di acido grasso di Forbolo, proteina crotina tossica, glicoside crotonoside; danni simili alla Chemio-Terapia
20) Il lattice rosso-scuro del *Croton draconoides* : agisce sia a livello di cellule malate che di cellule sane, impedendo la polimerizzazione del DNA con blocco metafasico: danni simili alla Chemio-Terapia
21) *Cupressus species* (*sempervirens*, *lusitanica*) : agisce sia a livello di cellule malate che di cellule sane, impedendo la polimerizzazione del DNA con blocco metafasico: danni simili alla Chemio-Terapia
22) *Daphne laureola* [Timeleaceae]: Laureola (molto tossica)
23) *Daphne mezereum* [Timeleaceae]: Dafne, Mezereo (Tossica)
24) *Digitalis purpurea* [Scrofulariaceae] : Digitale; (molto tossica)
25) *Dieffenbachia picta* [Araceae] : Dieffenbachia (Tossica)
26) *Euphorbia marginata* [Euphorbiaceae] : Euforbia marginata (Tossica)
27) *Euphorbia pulcherrima* [Euphorbiaceae] : Stella di Natale (Tossica)
28) *Ferula communis* (*narthex scorodosma foetida*)[]Umbrelliferae]: Ferula o Assa fetida (tossica)

29) *Ferula Juniperus sabina* [Cupressaceae] : Sabina (potenzialmente tossica)
30) *Linum album* [fam.delle *Linaceae*] : contiene la podofillotossina (vedi *Podophyllum peltatum*). Si ritiene che il meccanismo d'azione sia analogo a quello rivestito dalla colchicina. Agisce quindi sia a livello di cellule malate che di cellule sane, impedendo la polimerizzazione del DNA con blocco metafasico, i principi attivi di tale pianta sono attualmente sfruttati in Chemio-Terapia.
31) *Lonchocarpus nicou* [fam.*Leguminosa*e] : da questa pianta si estrae il Rotenone, che compete con la colchicina per il sito di legame per la tubulina avendo lo stesso meccanismo d'azione; agisce quindi sia a livello di cellule malate che di cellule sane, impedendo la polimerizzazione del DNA con blocco metafasico.
32) *Mandragora officinarum*: impiegata in CH.T; dalla Podofilotossina si estraggono noti chemioterapici, quali l' Etoposide (VP-16) e il Teniposide.
33) *Oenanthe aquatica* [Umbrelliferaeae] : Finocchio acquatico (molto tossica)
34) *Oenanthe crocata* [Umbrelliferaeae] : Enante (molto tossica)
35) *Oenanthe phellandrium* [Umbrelliferaeae]: Fellandrio o Finocchio acquatico (molto tossica)
36) *Paris quadrifolia* (Liliaceae) : Uva di Volpe (potenzialmente tossica)
37) *Podophyllum peltatum* [fam. delle *Berberidaceae*]: nelle sue radici è presente una resina caratterizzata da lattoni isomeri dell'acido podofillico, identificati come podofillotossina, costituendo assieme ad altre molecole il complesso della podofillina. Da quest'ultima si ottengono attualmente chemioterapici noti, quali il teniposide e l'etoposide. Si ritiene che il meccanismo d'azione sia analogo a quello rivestito dalla colchicina. Agisce quindi sia a livello di cellule malate che di cellule sane, impedendo la polimerizzazione del DNA con blocco metafasico, i principi attivi di tale pianta sono attualmente sfruttati in Chemio-Terapia.
38) *Prunus laurocerasus* [Rosaceae] : Lauroceraso (Tossica)
39) *Rhus cotinus* [Anacardiaceae] : Cotino (Tossica)
40) Rhus toxicodendron (Sommacco velenoso): fortemente tossica
41) *Ruta graveolens* [Rutaceae] : Ruta; (potenzialmente tossica)
42) *Salvia divinorum* : tossica; caratterizzata da gravissimi danni cerebrali a lungo termine non rimediabili in alcun modo.
43) *Sambucus nigra* (Sambucaro, Sango): tutte le parti verdi del Sambuco (foglie, rami)sono potenzialmente tossici.
44) *Sanguinaria canadensis* [fam. delle *Papaveraceae*] : contiene diversi alcaloidi, in particolare Sangiunarina, acido chelidonico, Cheleritrina; meccanismo d'azione colchicino-simile; agisce quindi sia a livello di cellule malate che di cellule sane, impedendo la polimerizzazione del DNA con blocco metafasico.
45) Senecio aureus aut *vulgaris* [fam. delle *Compositae*] : azione simile agli alcaloidi della segale cornuta e contiene anch'esso alcaloidi pirrolizidinici (mutageni e cancerogenici epatotossici).
46) *Spartium juniceum* [Papilionaceae] : Ginestra di Spagna (Tossica)
47) *Steganotaenia araviacea* : pianta africana contenente Steganacina che, idrolizzando il guanosin-trifosfato, blocca la polimerizzazione della tubulina con siti recettoriali analoghi alla Colchicina; agisce quindi sia a livello di cellule malate che di cellule sane, impedendo la polimerizzazione del DNA con blocco metafasico.
48) *Strychnos ignatii* (o *Ignatia amara*) (Fava di San Ignazio): contiene Stricnina.
49) *Strychnos nux-vomica* (Noce vomica): contiene Stricnina.
50) *Taxus baccatus* (fam. delle *Taxaceae*) (Tasso, Albero della Morte) : il suo meccanismo d'azione è analogo alla Colchicina.
51) *Veratrum album* [Liliaceae]: Veratro bianco, Elleboro bianco (Tossica)
52) *Veratrum nigrum* [Liliaceae]: Veratro nero (Tossica)
53) *Vinca rosea* (Pervinca) [fam. *Apocyanaceae*]: da esso sono derivati i noti chemioterapici Vinblastina, Vincristina, Vinleurosina e Vinrosidina impiegati in Chemio-Terapia

Famiglie di piante pericolose o vietate:

Tutte le piante della famiglia delle Apocinaceae
Nerium oleander [Apocinaceae]: Oleandro (Tossica)
Vinca major [Apocinaceae] : Pervinca maggiore (Tossica)
Vinca minor [Apocinaceae] : Pervinca (Tossica)
Vinca rosea [Apocinaceae] : Vinca (Tossica)

Tutte le piante della famiglia delle *Ranuncolacee*: (di cui quasi tutte menzione nel presente paragrafo: Aconito nepello, Actea, Adonide, Anemone, Aquilegia, Calta, Elleboro, Epatica, Favagallo, Pulsatilla, Ranuncolo, Speronella, Vitalba):
Aquilegia vulgaris [Ranuncolaceae]: Aquilegia, Amor nascosto
Aconitum delphinifolium [Ranuncolaceae]: Monkshood (Tossica)
Aconitum ferox [Ranuncolaceae]: Aconito indiano; (Tossica)
Aconitum heterophyllum [Ranuncolaceae]: Eterofillo (Tossica)
Aconitum napellus [Ranuncolaceae]: Aconito napello (molto tossica)
Actea spicata [Ranuncolaceae] : Actea (Tossica)
Adonis spinosa (aut *Ononis vernalis*) [Ranuncolaceae] : Adonide, Ononide spinosa (Tossica)
Anemone hepatica [Ranuncolaceae]: Erba del Tron, Erba Trinità (potenzialmente tossica)
Anemone nemorosa [Ranuncolaceae]: Anemone dei Boschi (potenzialmente tossica)
Anemone pulsatilla (aut *Pulsatilla nigricas*) [Ranuncolaceae] : Anemone dei Prati (tossica)
Consolida regalis [Ranuncolaceae]: Speronella, Erba cornetta.
Helleborus niger [Ranuncilaceae] : Elleboro nero (Tossica)
Ononis spinosa (aut *Adonis vernalis*) [Ranuncolaceae] : Adonide, Ononide spinosa (Tossica)
Ranunculus acris [Ranuncolaceae] : Ranuncolo, Bottone d'Oro (potenzialmente tossica)

Quasi tutte le piante della famiglia delle *Solanaceae*, ad esclusione della *Solanum lycopersicum* (Pomodoro), *Solanum melongena* (Melanzana), *Solanum tuberosus* (Patata), di cui quasi tutte menzione nel presente paragrafo (Nota : diverse Solanaceae sono ancora in valutazione):
Atropa acuminata [Solanaceae]: Belladonna indiana (molto tossica)
Atropa belladonna [Solanaceae]: Belladonna (molto tossica)
Datura stramonium [Solanaceae]: Stramonio, Erba del Diavolo (molto tossica)
Hyoscyamus niger [Solanaceae]: Quisquiamo, Giusquiamo; (molto tossica)
Lycium chinense [Solanaceae]: chinese Wolfberry, (tossica)
Lycium europaeum [Solanaceae]: Spinacristi; (Tossica)
Mandragora officinarum [Solanaceae] : Mandragora (potenzialmente tossica)
Nicotiana alata : Nicotiana, Fiore del Tabacco; Tobacco (potenzialmente tossica)
Nicotiana tabacum [Solanaceae] : Tabacco (potenzialmente tossica)
Solanum nigrum [Solanaceae] : Morella; (potenzialmente tossica).
Solanum quitoense[Solanaceae] : Lulo; (in valutazione)
Solanum photeinocarpum [Solanaceae] : black Nightshade (in valutazione)
Solanum surattense, xanthocarpum [Solanaceae] : Kantakari (in valutazione)

Libri utili: Frantisek Stary: *Piante velenose,* Istituto Geografico De Agostini

Cap.21

NOMI DI PIANTE d'interesse medico, menzionate o meno nel testo

Nota 1: non riportate le eventuali contro-indicazioni. Soltanto per le piante discusse nel presente lavoro sono state riportate, al capitolo 15, le eventuali contro-indicazioni relative e assolute.

Nota : I nomi popolari sono in italiano e/o inglese, e/o tedesco, e/o francese, e/o spagnolo, e/o giapponese, e/o cinese, e/o sanscrito.

1. *Abelmoschus moschatus* (or *Hibiscus abelmoschus*) : musk Mallow, Lataksturikam (Sanskrit)
2. *Abies alba*[Abietaceae] : abete bianco
3. *Abies excelsa* or *Picea excelsa* : Abete rosso
4. *Abies pectinata* : Abete vero
5. *Abroma augusta* : Cotone del Diavolo, Devil's Cotton, Abrome, Pinchaskarpas (Sanskrit)
6. *Abrus precatorius* : Jequirity, Paternostererbsen (Deutsch), Gunja (Sanskrit)
7. *Abutilon vitifolium* : Abutilo
8. *Acacia arabica*, or *nilotica*, or *indica* : Albero di Babul, Babul Tree, Babool Baum, Babhoola (Sanskrit)
9. *Acacia catechu* : Terra Cattù, Catecù; Catechu, Katechubaum (Deutsch), Cachoutier, Khadira (Sanskrit);
10. *Acacia farnesiana* : Mimosa, Gaggia, Acacia falsa, Cassia (Italian and English), Akazie (Deutsch) (Sanskrit)
11. *Acacia horrida* : Acacia del Senegal, Acacia gommifera, Acacaia della Gomma.
12. *Acalupha hispida* : red-hot Cattail
13. *Acalypha indica* : Ortica indiana, Ortica cinese, Ortica dell'Abissinia
14. *Acanthopanax senticosus* (*Eleuterococcus senticosus*) : Ginseng siberiano, Eleuterococco
15. *Acca sellowiana* : Feijoa
16. *Acantus mollis* : Acanto
17. *Acer campestris canadensis* : Acero canadese
18. *Achillea borealis* : Yarrow
19. *Achillea clytedata* : golden Yarrow
20. *Achillea herba-rota* : Achillea Erba Rotta, Achillee blanche
21. *Achillea millefolium* : Achillea Millefoglie, Erba del Soldato, Sanguinella, pink Yarrow, Achillee blanche
22. *Achillea moscata* : Camomilla di Montagna
23. *Achillea nana* : Achillea nana
24. *Achyrathes aspera* : Achiranto, rough chaff Tree, Apamarga (Sanskrit)
25. *Achyrocline satureoides* :Macela
26. *Aconitum delphinifolium* : Monkshood (TOSSICO)
27. *Aconitum ferox* : Aconito, Aconito indiano; indian Aconite; Wilder Sturmhut (Deutsch), Vatsanaba, (Sanskrit) (TOSSICO)
28. *Aconitum heterophyllum* : Atees; Eisenhut (Deutsch), Ativisha (Sanskrit) (TOSSICO)
29. *Aconitum napellus* : Aconito napello ((TOSSICO)
30. *Acorus calamus* : Acoro, Calamo, Calamo aromatico; sweet Flang, sweet Rush; Kalmus (Deutsch), Vacha (Sanskrit);
31. *Actea spicata* : Actea (Tossica)
32. *Actinidia chinensis* : Kiwi
33. *Adhatoda vasica*, *zelanica* (*Justicia adhatoda*): Malabar Nut; Malabar Nuss; Adotada (Japanese); Vasaka (Sanskrit).
34. *Adhyranthia bidentata* : Adiranzia
35. *Adianthum capillus veneris* : Adianto, Capovenere, Capelvenere
36. *Adianthum philippense*, *lunulatum* : Felce di Capelvenere, Maiden-hair Fern, Hansaraj (Sanskrit)
37. *Adianthum podatum* : Capelvenere del Canada
38. *Adlumia fungosa* : Fumaria
39. *Adonis flammeus* : Camomilla rossa (TOSSICO)
40. *Adonis vernalis* (or *Ononis spinosa*) : Anonide, Ononide, Ononide spinosa, Adonide (potenzialmente tossica)
41. *Adonxa moschatelina* : Moschatel
42. *Aegle marmelos* : bael Fruit, Bela-Fruchte (Deutsch), Bilva-shriphala (Sanskrit)
43. *Aesculus carnea* : Ippocastano rosso , red Chestnut
44. *Aesculus hippocastanum* : Ippocastano bianco, Castano d'India, white Chestnut .
45. *Aethusa cynapium* : Cicuta minore (potenzialmente tossica)
46. *Agaricus bisporus* : Mushroom, Mo Gu

47. *Agave americana* : Agave
48. *Agnus castus* (*Vitex trifoglia*; *Vitex agnus castus*) : Agnocasto, Pepe dei Monaci
49. *Agrimonia equatorium, eupatoria* : Agrimonia, Erba vettonica; Agrimony
50. *Agropyrum repens* : Gramigna, Dente di Cane, Grano delle Formiche
51. *Ailantus glandulosa* : Ailanto, Albero del Paradiso
52. *Ajuga piramidalis* : Aiuga
53. *Ajuga reptans* : Bugula
54. *Alangium salviifolium, lamarkii* : Foglia di Salvia; Sage Leaves, Ankola (Sanskrit)
55. *Albizzia lebbek* : Siris, Shirish (Sanskrit)
56. *Alchemilla vulgaris* : Alchimilla, Alchemilla, Erba rossa, Ventaglina
57. *Alchimilla alpina* : Alchemilla argentina
58. *Alchornea castaneifolia* : Iporuro
59. *Alhagi pseudalhagi, camelorum* : Persischemanna (Deutsch), Jawasa (Sanskrit)
60. *Alisma plantago* : Piantaggine d'Acqua o Mestolaccia
61. *Alliaria petiolata* : Alliaria
62. *Alliaria officinalis* : Alliaria
63. *Allium ascalonicum* : Scalogno
64. *Allium cepa* : Cipolla; Onion; Zwiebel; Oignon; Yang Cong (Chinese), Palandu (Sanskrit);
65. *Allium chinese* : chinese Onion, Xie
66. *Allium fistulosum* : spring Onions, Scallions, welsh Onion, Cong
67. *Allium porrum* : Porro
68. *Allium sativum* : Aglio, Garlic, Lauch, Ail, Suan (Chinese), Rasonam (Sanskrit)
69. *Allium schoenosprasum* : Erba cipollina
70. *Allium tuberosum* : chinese Chives, Jiu Cai
71. *Allium ursinum* : Aglio orsino
72. *Allium vineale* : Aglio delle Vigne
73. *Alnus crispa* : Alder
74. *Alnus glutinosa* : Alno, Ontano nero
75. *Alnus incana* : Alno, Ontano bianco
76. *Alocasia macrorrhiza* : Caladio a Grande Foglia, Great-leaved Caladium, Taro (Sanskrit)
77. *Aloe arborescens* : Aloe africana, Aloe arborescente, Aloe del Capo; Kidachi Aloe.
78. *Aloe vera or barbadensis or ferox* : Aloe vera, Aloe delle Barbados, Aloe delle Antille, Aloe indiana; indian Aloe, Subara, Luhui, Faigra, Kattavala, Rattabolam, Komarika, Kumari, Ghrit Kumari, Ghikanuar, Ghicuar, Kunhur (Sanskrit);
79. *Alpinia galanga, calcarata, officinarum* : Galanga, Java glangal, Malayavach (Sanskrit);
80. *Alpinia officinarum* : Galanga minore;
81. *Alstonia scholaris* : Corteccia di Dita, Dita bark, Dita-Riude, Saptaparna (Sanskrit)
82. *Althaea officinalis* :Altea, Bismalva, Malvaccione, Marsh-Mallow, Eibisch (Deutsch), Khatmi (Sanskrit);
83. *Althaea rosea* : Malvarosa
84. *Altingia excelsa* (*Styrax officinalis*) : Storace, Storax, Rasamala (Deutsch), Sillhaka (Sanskrit)
85. *Amaranthus caudatus* : Love Lies Bleeding
86. *Amaranthus hypocondriacus* : Amaranto; Amaranth; Amarante (French)
87. *Amaranthus retroflexus* : Amaranto
88. *Amaranthus ticolor* : Amaranth, Xian Cai
89. *Amaryllis zeylanicum* (*Crinum defixum, latifolium, asiaticum, bracteatum, toxicarium*) : Tubero velenoso, poison Bulb, Gift-Zwiebel, Sudarshan (Sanskrit)
90. *Ammi maius* : Rizzomolo
91. *Ammi visnaga* : Visnaga
92. *Amomum subulatum* : Grande Cardamomo; greater Cardamon, Kardmemeu (Deutsch), Elabari (Sanskrit)
93. *Amorphophallus campanulatus* : Telgu potato, Kunda (Sanskrit)
94. *Ampelopsis quinquefolia* : Vite del Canada
95. *Amygdalus communis* (or *Prunus amygadinus*) : Mandorle, Mandorle dolci; Almond; Mandelbaum; Amandier; Badama (Sanskrit).
96. *Anacardium occidentale* : Anacardio
97. *Anacyclus pyrethrum* : Pellitory root, Speidetwurzel (Deutsch), Akarava (Sanskrit)
98. *Anagallis arvensis* : Anagallide, Bellichina (potenzialmente tossica)
99. *Anagallis caerulea* : Occhi della Madonna
100. *Ananas sativus or comosus* : Ananas, Pinneaple, Ananas (Sanskrit);
101. *Anchusa officinalis* : Buglossa
102. *Andrographis paniculata* : King of Bitters, Andrographis Kraut , Kirta (Sanskrit)
103. *Andromeda polifolia* : bog Rosemary
104. *Anemone coronaria* : Anemone, Anemolo (potenzialm. tossica).

105.*Anemone hepatica* : Erba del Tron, Erba Trinità, Occhi di Gatto (potenzialmente tossica)
106.*Anemone hortensis* : Fiore Stella(TOSSICO)
107.*Anemone nemorosa* : Anemone dei Boschi (potenzialmente tossica)
108.*Anemone pulsatilla* (or *Pulsatilla nigricas*) : Anemone dei Prati (potenzialmente tossica)
109.*Anethum foeniculum* (*Foeniculum vulgare*, *capillaceum*) : Finocchio selvatico, Anice dolce, Erba buona, Fennel, Garten Feuchel (Deutsch), Uikyo (Japanese), Hui-hsiang (Chinese), Satupuspa (Sanskrit).
110.Anethum graveolens o *Peucedanum graveolens*: Aneto, Finocchio bastardo, Finocchio fetido; Dill; Shi Luo (Chinese), Aneth (French)
111.Anethum sowa (*Peucedanum graveolens*) : indian Dill (English); garten Dill; Indndo (Japanese); Misroya Satapushpi (Sanskrit).
112.*Angelica archangelica* or *officinalis* : Arcangelica, Erba degli Angeli, Erba dello Spirito Santo, Erba di Boemia, Angelika; Angelique
113.*Angelica dahurica* : Daurica
114.*Angelica glauca* : Glauca, Angelica, Angelika, Choraka (Sanskrit)
115.*Angelica silvestris* : Angelica, Angelika
116.*Angelica sinensis* : Dong Quai
117.*Aniba roseadora* : Bois de Rose
118.*Anigozanthos manglesii* : purple and red, red and green Kangaroo Paw
119.*Anigozanthos humilis* : Catspaw
120.*Annona muricata* : Guanàba,Graviola
121.*Annona squamosa* : Custard apple , Zuckerapfel, Sitaphalam (Sanskrit)
122.*Antennaria dioica* : Sempiterni
123.Anthemis arvensis : Camomilla falsa
124.Anthemis cotula : Camomilla, Chamomille
125.*Anthemis nobilis* : Camomilla romana, Antemide, Appiolina, Bambagella, Camomilla Inglese, Camomilla di Boemia
126.*Anthyllis alpestris* or *vulneraria* : Vulneraria; Kidney-Vetch, Lady's-Finger
127.*Anthriscus cerefolium* : Cerfoglio
128.*Antirrhinum majus* : Gola di Lupo; Snapdragon (English); Goule de Loup (French)
129.*Anthocephalus indicus*, *cadamba* : Wild cinchona, Kadamb, Katamba (Sanskrit)
130.*Aphanizomenon flosaquae* [*Algae*] : Alghe di Klamath
131.*Apium graveolens* : Sedano selvatico, Appio dolce, Appio palustre, Appio delle Paludi, Celery, Sellerie, Ajmoda, Han Qin
132.*Apium graveolens rapaceum* : Sedano-Rapa
133.*Apium graveolens dulce* : Sedano da Coste
134.*Apium petroselinum* (*Petroselinum hortense* or *Carum petrioselinum*) : Prezzemolo
135.*Aquilaria agallocha* : Aquilaria, Aloe Wood, Adperhopz (Deutsch), Agalloche, Agaru (Sanskrit)
136.*Aquilegia formosa* : Columbine
137.*Aquilegia vulgaris* : Aquilegia, Amor nascosto(TOSSICO)
138.*Arachis hypogaea* : Nocciolina americana, Spagnoletta, Peanut, Groundnut, Hua Sheng (Chinese)
139.*Aralia racemosa*, *quinquefolia* : Aralia, Nardo americano
140.*Araucaria imbricata* : Araucaria
141.*Arbutus unedo* : Corbezzolo, Albatro, Rossello
142.Arctium lappa : Bardana, Erba tignosa, Lappa, Lappola, Lappolaccio
143.*Arctostaphilos uva ursi* : Uva ursina, Ramoliva, Uva dell'Orso
144.*Arctostaphilos viscida* : Manzanita
145.*Areca catechu* : Areca; Areca nut; Betelnusse; Arequier-Nox d'arec; Pooga (Sanskrit)
146.*Argemone mexicana* : Argemone messicana, yellow Thistle, Prickly Poppy, mexican Poppy, Stachel Mohn (Deutsch), Satyanasi (Sanskrit).
147.Argyreia speciosa (or *Lettsomia nervosa*) : Elephant creeper, Vridha daraka (Sanskrit)
148.*Arisarum vulgare* [Araceae] : Arisaro, Gilico
149.*Aristolochia bracteata* : Wormkiller, Aristoloch (Deutsch), Kitamari (Sanskrit) (TOSSICO)
150.*Aristolachia chilensis* : Erba della Vergine (TOSSICO)
151.*Aristolochia clematitis*, *trilobata* : Aristolachia, Stralloggi (TOSSICO)
152.*Aristolachia elegans or littoralis* : Aristolachia (TOSSICO)
153.*Aristolochia gigantea* : Noaro(TOSSICO)
154.*Aristolachia grandifolia*, *gigas* : Aristolachia(TOSSICO)
155.*Aristolochia indica* : Indian birthwort, Indische Ostertuzei, Ishwari, Sunanda (Sanskrit). (TOSSICO)
156.*Aristolochia rotunda* : Erba astrologa(TOSSICO)
157.Aristotelia maqui : Aristotelia
158.*Aritiguitia bollii* :Asmachilea
159.*Armoracia rusticana* (*Cochlearia armoracia*) : Rafano, Cren, Barbaforte; Radish(English)

160.*Arnica montana, mollis* : Arnica, Panacea delle Cadute, China dei Poveri;Arnica (French)
161.*Artemisia abrotanum* : Abrotano
162.*Artemisia absinthium* : Assenzio, Assenzio maggiore, Assenzio romano
163.*Artemisia cina* : Fiori di Santonico
164.*Artemisia douglassiana* : Mugwort
165.*Artemisia dracunculus* : Dragoncello, Estragone, Tarragon(English)
166.*Artemisia genipi* : Genepì maschio, Genepì nero
167.*Artemisia glacialis* : Genepi
168.*Artemisia lactiflora* : duck foot Vegetable, Ya Jiao Cai
169.*Artemisia maritima, brevifolia* : Worm seed, Meersrand Beiful (Deutsch), Chauhar (Sanskrit)
170.*Artemisia mutellina* : Genepi
171.*Artemisia pontica*.: Assenzio pontico o gentile (tossico)
172.*Artemisia tilesii* : mountain Wormwood
173.*Artemisia tridentata* : Artemisia tridentata, Sage-brush
174.*Artemisia spicata* : Genepi
175.Artemisia vulgaris : Artemisia, Amarella, Fiore di Santa Giovanna, Mugwort, Indian Worm-wood, Beiful (Deutsch), Nagadamni (Sanskrit);
176.*Artocarpus integrifolia , heterophyllus* : indian Jack, Indischerbrod (Deutsch), Panasa (Sanskrit)
177.*Arum maculatum* Aro, Ighero, Gigaro, Giaro, Pan di Serpe (Tossica)
178.*Arum triphyllum* : Rapa indiana
179.*Arundo donax* : Canna comune, Canna rigata
180.*Arundo phragmites* : Canna di Palude
181.*Asarum europaeum* : Baccaro
182.*Assa foetida* (or *Ferula*) : Assa fetida
183.*Asclepias cordifolia* : Milkweed
184.*Asclepias gigantea* (*Calotropis gigantea*) : Mudar, bowstring hemp, Herbe Lirondelle, Alarka (Sanskrit)
185.*Asclepias tuberosa* : Cotone d'Egitto tuberoso, Radice da Pleurite, Pleuresy-root
186.Asparagus acutifolium : Asparago spinoso
187.*Asparagus adscendens* : Musli
188.*Asparagus cochinensis* : Asparago cinese,Tian Men Dong
189.*Asparagus officinalis, racemosus* : Asparago, Asparagus, Spargel, Asperge, Shatavari (Sanskrit);
190.*Asperula odorata* : Asperula, Stellina odorosa
191.*Aspidosperma quebracho* : Quebraco
192.*Asphodelus albus* : Asfodelo, Porraccio
193.*Asplenium trichomanes* : Asplenio, Erba rugginina
194.*Aster alpinus* : Astro delle Alpi
195.*Asteracantha longifolia* (*Hygrophila auriculata*) : Langblathriger Sterndorn (Deutsch), Kokilaksha (Sanskrit).
196.*Astragalus chrysopterus* : Astragalo
197.*Astragalus floridus* : Astragalo
198.Astragalus membranaceus : Astragalo
199.Astragalus tongolensis : Astragalo
200.Atractylodes ovata
201.Atriplex hortensis : Atriplice
202.*Atropa acuminata* : Belladonna indiana; indian Belladonna, Tolkkivacha (Deutsch), Suchi (Sanskrit) (molto tossica)
203.*Atropa belladonna* : Belladonna (molto tossica)
204.*Auricularia auricula* : wood Ear, Mu Er (Chinese)
205.*Avena sativa* : Avena; Oats (English)
206.*Averrhoa carambola* : Chinese gooseberry, Karmaranga (Sanskrit)
207.Azadirachta indica, Melia azadirachta : Albero sacro, Persian Lilac, Indischer Zedrach, Margousier, Arishta, Nimba, Neem (Sanskrit).
208.Baccharis rosmarinifolia or *genistelloides* : Baccaride
209.Bacopa monniera, Herpestis monniera, Monniera cuneifolia : Bacopa, Brahmi (Sanskrit);
210.*Bactris gasiaes* : Contaduro, Chontaduro
211.*Bauhinia forficata* :Pata de Vaca
212.*Balanites aegyptiaca or roxburghii* : Ingudi-vraksha (Sanskrit)
213.*Baliospermum montanum* : Danti
214.*Ballotta foetida* (or *nigra*) : Marrubio fetido
215.*Balsamita major* : Erba di San Pietro, Erba della Bibbia, Erba amara
216.Balsamodendron mukel (*Commiphora mukul*) : Mirra, Gum gugal, Myrrhe (Deutsch), Guggulu (Sanskrit).
217.*Balsamum peruvianum* : Balsamo del Perù.
218.Balsamum toluiferum : Balsamo di Tolù.

219. *Bambusa arundinacea, bambos* : Bamboo, Bambus (Deutsch), Bambou commun, Vasna (Sanskrit)
220. *Bambusa beecheyana* : bamboo Shoot, Tian Zhu (Chinese).
221. *Banskia menziesii* : menzies Banskia
222. *Baptisia tinctoria* : Indaco selvatico
223. *Barleria prionitis* : Kurantaka (Sanskrit)
224. *Barringtonia acutangula* : Hijjala (Sanskrit)
225. *Basella rubra* : Basella, ceylon Spinach, La Kui (Chinese)
226. *Bassia longifolia* (*Madhuca longifolia*) : indian Butter Tree; Madhuka (Sanskrit)
227. *Bauhinia forficata* : Pata de Vaca
228. *Bauhinia tomentosa* : Mountain Ebony, Aswamantaka (Sanskrit)
229. *Bauhinia variegata* : Kanchanara (Sanskrit)
230. *Bellis perennis* : Pratolina, Margheritina; Paquerette (French);
231. *Benincasa hispida*, *cerifera* : Zucca bianca, winter Melon, wax Gourd, white Pumpkin, Wachsgurkensamen (Deutsch); Dong Gua (Chinese); Courge (Sanskrit).
232. *Berberis aquifolium* : Oregon Grape
233. *Berberis aristata*, *floribunda*, *coriaria* : Turmeric, Berberitze, Daruharidra.
234. *Berberis vulgaris* : Crespino, Spina acida, Spino santo, Berberi, Berbero, Uva spinetta .
235. *Bergenia ligulata* (*Saxifraga ligulata*) : Steinbrech (Deutsch), Pashanbheda (Sanskrit).
236. *Bertholletia excelsa* :Noce del Brasile
237. *Beta vulgaris* : Barbabietole ; sugar beets
238. *Beta vulgaris cruenta* : Barbabietole rosse
239. *Beta vulgaris* var. *cycla* : Bieta; swiss Chard, Leaf-Beet, Jun Da Cai
240. *Betonica officinalis* (or *Stachys officinalis*) : Betonica
241. *Betula alba* : Betulla bianca, Betulla pelosa
242. *Betula papyrifera* : paper Birch
243. *Betula utilis* : Birch, Birke, Bhurjapatra (Sanskrit)
244. *Bidens pilosa* : Picao Preto
245. *Bigonia catalpa* : Bigonia
246. *Bixa orellana* : Annatto
247. *Blepharis edulis* : Utangan (Sanskrit)
248. *Blumea lacera* : Blume, Blumecampher, Kukurandru (Sanskrit)
Boerhaavia diffusa : Spreading hogweed, Punarnava (Deutsch), Herlee a cochons (French), Erva tostagno(Espanol), Punarnava
249. *Bombax buonopozense* : Papula
250. *Bombax ceiba* : Silk cotton Tree, yellow silk Cotton; Malabarischer wollbaum (Deutsch), Kapokur (Sanskrit).
251. *Borassus flabellifer*, *flabelliformis* : Palma di Palmira, Palmyra Palm, Palmyrapalm (Deutsch), Tala (Sanskrit)
252. *Boronia megastigma* : brown Boronia
253. *Barosma crenulata* : Bucco
254. *Borrago officinalis* (*Borago officinalis*) : Borragine, Borrana, Lingua rada; Borage (English); Bourrache (French);
255. *Boswellia serrata* : indian Olibaum, Salaibaum, Bswellie-dentee, Shallaki
256. *Bouganvillaea* : Bouganvillaea
257. *Brasenia schreberi* : Watershield, Chun Cai
258. *Brassica alboglabra* (it's variety of *Barassica oleracia*) : chinese Kale, Gai Lan
259. *Brassica campestris* (var. *oleifera*) : chinese Cabbage, bird Rape, Flowering, You Cai
260. *Brassica caulorapa* : Kohlrabi , Qiu Jinig Gan Lan
261. *Brassica juncea* : Senape indiana; brown Mustard, leaf Mustard, indian Mustard, chinese Mustard, Gai Cai (Chinese), Grunersenf (Deutsch), Rajika (Sanskrit)
262. *Brassica napus* : Ravizzone
263. *Brassica nigra* : Senape nera
264. *Brassica oleracea* : Cavolo, Cabbage, Cauliflower, Gan Lan
265. *Brassica oleracea botrytis* : Cavolfiore; Cauliflower
266. *Brassica oleracea bullata or gemmifera* : Cavoletti di Bruxelles
267. *Brassica oleracea capitata* : Cavolo-Cappuccio verde
268. *Brassica oleracea botrytis or italica* : Broccoli
269. *Brassica pekinensis* : chinese Cabbage, Bai Cai
270. *Brassica rapa*, *campestris* : Rapa ;Turnip(english)
271. *Brayera anthelmithica* (or *Hagenia abyssinica*) : Braiera o Cusso
272. *Briza maxima* : quaking Grass
273. *Bromus ramosus* : Avena selvatica, wild Oat
274. *Bromus stamineus* : Bromo
275. *Brunfelsia uniflorus* : Manacà
276. *Bryonia alba* : Brionia bianca

277. *Bryonia dioica* : Brionia, Zucca matta (potenzialmente tossica)
278. *Buddleja species* : yresine weberbrueri (English), Flor blanco (Espanol).
279. Bupleurum stellatum : Orecchio di Lepre
280. Buchanania lanzan, latifolia : Cuddapa almond, Chirongiol (Deutsch), Piyala (Sanskrit)
281. Butea frondosa, monosperma : Legno bastardo; Parrot, bastard Teak; Palasbaum (Deutsch), Palasa (Sanskrit).
282. Buxus chinensis : Bosso cinese
283. Buxus sempervirens : Bosso; Buis
284. *Cactus grandiflorus* : Regina della Notte
285. *Caenomeles speciosa* : Quince
286. Caesalpina bonducella, bonduc, crista : Noce di Bonducella, Bonducella Nut, Kugelstrauch Samen, Latakaranja (Sanskrit)
287. Caladenia aphylla : leafless Orchid
288. *Caladenia dilitata* : fringer mantis Orchid
289. *Caladenia flavia* : cowslip Orchid
290. *Caladenia gemmata* : blue china Orchid
291. *Caladenia latifolia* : hybrid pink Fairy, pink fairy Orchid
292. *Caladenia menziessi* : rabbit Orchid
293. *Caladenia patersonii* : Orchidea del Ragno bianco; white Spider Orchid
294. *Calamintha nepeta or sylvatica* : Mentuccia, Nepetella, Poleggio
295. Calamintha officinalis : Calaminta
296. Calandrinia discolor : Calandrina
297. Calandrinia polyandra : Parakeelya
298. Calectasia (or *Ornithogalum umbellatum*) : Stella di Betlemme; Star of Bethlehem
299. *Calendula officinalis* : Calendula, Calendola, Calta, Fiorrancio, Fioraccio, Garofano di Spagna; Calendula (English);
300. Calendula silvestis: Calendula
301. Calicopteris floribunda : Ukshi
302. Calliandra surinamensis : Tassel
303. *Callicarpa macrophylla* : Pringu (Sanskrit)
304. *Callistemon polandi* : queensland Bottlebrush
305. Calluna vulgaris : Scopiccio, Brentolo, Brugo, Brughiera, Erica, Heather
306. *Calochortus albus* : Lanterna delle Fiabe; fairy Lantern
307. *Calochortus lechtlinii* : Giglio di Mariposa; Mariposa Lily
308. *Calochortus monophylius* : yellow star Tulip
309. *Calochortus tolmiei* : star Tulip
310. *Calophyllum inophyllum* : Albero di Pannay, Pannay Tree, Tacama Hacharz (Deutsch), Laurier d'Alexandria, Punnaga (Sanskrit)
311. *Calothamnus myrticae* : one-sided Bottlebrush
312. *Calotropis gigantea* (*Asclepias gigantea*) : Canapa da Corda, Mudar, Swallow Wart, bowstring Hemp, Herbe Lirondelle, Alarka (Sanskrit)
313. *Calotropis procera* : Mudar, Aeribe hirondeille, Arbre-a-sofa, Arka (Sanskrit)
314. *Calycophyllum spruceanum* : Mulateiro
315. *Camellia sinensis* : The verde; green Tea(english)
316. Campanula barbata : Campanula barbata
317. Campanula lasiocarpa : Harebell
318. Campanula latifolia : Arcangelica
319. Campanula rapunculus : Raperonzolo
320. *Campanula trachelium* : Imbutini
321. *Campsis tagliabuana* : trumpet Vine
322. *Cananga odorata, genuina* : Cananga, Ylang ylang
323. *Canarium album* : Chinese olive, Lan Chi (Chinese)
324. *Canavalia gladiata* : sword Bean, Dao Dou
325. *Canavalina ensiformis* : Fagiolo nero, Fagiolo rosso, Fagiolo messicano; Mexican beans
326. *Cannabis sativa* : Canapa indiana (tossico)
327. *Capparis spinosa* : Capperi
328. Capsella bursa pastoris : Capsella, Borsa del Pastore; shepherd's Purse, Ji Cai (Chinese)
329. *Capsicum frutescens* or *annuum* : Capsico, Peperoncino rosso, Peperoncino piccante, Pepe di Caienna, Paprika, Spanish pepper, Cayenne, hot Peppers, Chilli, cayenne Pepper, Paprika , Paptika (Deutsch), Pimment annuel, La Jiao (Chinese), Katuvira (Sanskrit);
330. *Caralluma negevensis* : Caralluma (Tossica)
331. Carapa guianensis : Andiroba
332. Cardamine pratensis : Cardamine

333.Carduus defloratus : Cardo rosso
334.Carduus marianus (or *Silybum marianum*) : Cardo mariano, Cardo di Maria, Cardo asinino, Cardo lattato .
335.*Careya arborea* : slow Match
336.*Carex arenaria* : Carice
337.*Carica papaya* : Papaia, Papaya, Papaw, Melonenbaum (Deutsch), Fan Mu Gua (Chinese), Popayer commun (Sanskrit)
338.*Carlina acaulis* : Carlina
339.Carthamus tinctorium : Cartamo
340.Cardamine pratensis : Cardamine
341.Carinus betulus : Carpino, Hornbeam
342.Carpinus betulus : Carpino bianco
343.*Caryophyllus aromaticus* :Garofano,o Chiodo di Garofano
344.Carum carvi : Carvi, Cumino dei Prati, Comino dei Prati, Cumino bianco, Cumino tedesco, Comino tedesco, Cumin, Caraway, Gemeiner Kummel (Deutsch), Cuminnoir, Krishna jira (Sanskrit);
345.Carum nigrum (*Nigella sativa*) : Melanzio nero, Cumino nero, Comino nero; black Cumin; Schwarzkummel; Cumin noir; Nigera (Japanese); Upakunchika (Sanskrit);
346.Carum copticum (*Trachyspermum ammi, Ptychotis ajowan*) : Aiovano, Omum, Ajowan Kummel, Yamani
347.*Carum petrioselinum (*or *Apium petroselinum* or *Petroselinum hortense*) : Prezzemolo
348.*Cassia absus* : Chaksu (Sanskrit)
349.Cassia angustifolia (or *acutifolia*, or *obovata*): Senna indiana, Senna Tinnevelly; Tinnevelly Senna, Indian Senna, Sennes Blatter, Markandika (Sanskrit); .
350.Cassia fistula : Cassia cava, Cassia purgativa, Laburno indiano; indian Laburnum, Rohrkassie, Cassie purgative, Argbhada (Sanskrit); .
351.*Cassia foetida* (or *obtusifolia, tora, toroides*) : Cassia fetida, Fetid Cassia (Sanskrit).
352.*Cassia occidentalis* : Cassia occidentale, Caffè nero, Negro coffee, coffee Senna, Rinde-Tedegoso (Deutsch), Cassier, Wangjiang Nan (Chinese), Kasmard (Sanskrit).
353.*Castanea sativa* : Castagno dolce; sweet Chestnut .
354.*Castanea vesca* : Castagno; Chestnut.
355.*Castilleja minata* : Pennello indiano; indian Paintbrush.
356.*Catharanthus roseus:* (TOSSICO)
357.*Cayaponia tayuya* : Tayuya
358.Ceanothus integerrimus : deer Brush
359.*Cedrus libani, deodora* (or *Pinus deodara*) : Cedro del Libano, Deodar, Cedre deodar (Sanskrit)
360.*Celastrus montana, multiflora, nutans, paniculatus* : Albero del Bastone; Staff tree, Dudukol Celasterol (Deutsch), Kanguni
361.*Centaurea cyanus* : Fiordaliso, Ambretta, Muneghetta
362.Centaurea erythreum : Centaurea
363.Centaurea solstitialis : star Thistle
364.Centaurium umbellatatum : Cacciafebbre, Centaury
1) Centella asiatica : Centella, asiatic Centella, Lei Gong Gen (Chinese)
365.Centratherum anthelminticum (*Vernonia anthelminticum*) : Vernonia, Aranjajira (Sanskrit)
366.*Cephaelis ipecacuanha* : Ipecacuana
367.Cerastium alpinum : Cerasio
368.Ceratonia siliqua : Carruba ; Carob (english)
369.Ceratostigma wilmottiana : Cerato
370.Cercis siliquastrum : Albero di Giuda
371.Cereus giganteus : Saguaro
372.Cerinthus minor : Erba Tortora
373.Cestrum diurnum : Day blooming jessamine
374.*Ceterach officinarum* : Spaccapietra, Cedracca, Erba ruggine, Erba dorata
375.*Cetraria islandica* (or *Lichen islandicus*) : Lichene islandese
376.*Chaenomeles speciosa* : Quince
377.Chamaelirium luteum : Elonia
378.Chamelaucium uncinatum : geraldton Wax
379.Chamomilla recutita : Camomilla
380.*Chamaedaphne calyculata* : Cassandra
381.Cheilanthes pruinata :Kuti-Kuti
382.Cheirantus cheiri : Violaciocca
383.Chelidonium majus : Chelidonia, Celidonia, Erba porraia, Erba nocca, Erba da Porri Ukrain (TOSSICO)
384.Chenopodium album : Farinaccio; Lamb's Quarters
385.Chenopodium ambrosioides : Chenopodio, Ambrosia, The messicano, Mexican tea, Scho Kraut, Sugandhavastuk (Sanskrit)

386. *Chenopodium bonus henricus* : Buon Enrico
387. *Chimaphila umbellata* : Pirola ombrellifera, Chimafilla
388. *Chrysantellum americanum* : Crisantemo americano
389. *Chrysanthemum balsamita* : Balsamite odorosa, Erba di San Pietro
390. *Chrysanthemum leucanthemum* : Margherita
391. *Chrysanthemum maximum* : shasta Daisy
392. *Chrysanthemum morifolium* : Crisantemo, Chrysanthemum
393. *Chrysanthemum segetum* : Crisantemo, Ingrassabue; Chrysanthemum, Carland; Tong Hao Cai (Chinese)
394. *Chrysothamnus nauseosus* : Rabbitbrush
395. *Cicer arietinum* : Ceci; chick peas
396. *Cicerbita alpina* Lattuga alpina
397. *Cichorium intybus* : Cicoria, Cicoria selvatica, Radicchio, Cicorella; Chicory, Zichorie (Deutsch); Hasni ;
398. *Ciclamen europaeum* : Ciclamino
399. *Cicorium endivia latifolium* : Endivia
400. *Cicuta virosa* : Cicuta acquatica, Cicuta minore (molto tossica)
401. *Cimicifuga racemosa* : Cimifuga; black Cohosh
402. *Cinchona calisaya* or *micrantha*, or *legderiana*, or *officinalis*, or *succirubra* : China
403. *Cinnamomum camphora* : Canfora; Camphor; Kampher (Deutsch); Camphre; Karpoor (Sanskrit)
404. *Cinnamomum cassia*, or *zeylanicum* : Cannella, Cannella bella, Cannella di Ceylon, Cannella del Madagascar; Cinnamon; Zimt; Cannelle; Nikkei (Japanese), Twak (Sanskrit);
405. *Cinnamomum tamala* : Cassia cinnamomon; Zimtbaum; Cannelle; Tejpatra (Sanskrit)
406. *Cirsium arvense* : Scardaccione
407. *Cirsium spinosissimum* : Spinon
408. *Cirsium vulgare* : Cirsio, Scardaccione
409. *Cissampelos pareira* : Pareira, Foglia vellutata; Velvet Leaf; Talsche Pareivawurzel (Deutsch), Pareira (Japanese), Laghu Patha (Sanskrit)
410. *Cissus quadrangularis* (*Vitis quadrangularis*, *Heliotropium indicum*) : Conciaossa; Bone Setter, Dixanh young (Chinese), Asthisanhari (Sanskrit)
411. *Cistus incanus* : Rosalaio
412. *Citrullus colocynthis* : Coloquintide, Mela amara; bitter Apple, Koloquinte, Conchomlere amer, Koroshinto (Japanese), Hsikua (Chinese), Indravaruni (Sanskrit) (TOSSICO)
413. *Citrullus vulgaris* : Cocomero, Anguria, Melone rosso; Pasteque (French).
414. *Citrus aurantium* : Arancia
415. *Citrus aurantium bergamia* : Bergamotto
416. *Citrus decumana* , or *grandis* : Pompelmo
417. *Citrus deliciosa* : Mandarino
418. *Citrus limonium*, or *medica* : Limone; Citronner (French)
419. *Claviceps purpurea* (or *Secale cornutum*) : Segale cornuta
420. *Clematis recta* : Clematide retta, Fiammola
421. *Clematis vitalba* : Vitalba; Clematis(TOSSICO)
422. *Clerodendrum infortunatum* : Bhandira (Sanskrit)
423. *Clitoria ternatea* : Butterfly pea, Clitore-deternate (French), Chomama (Japanese), Aparajita (Sanskrit)
424. *Cnicus benedictus* : Cardo santo, Cardo benedetto, Erba benedetta.
425. *Coccinia indica*, *cordifolia*, *grandis* : Bimba (Sanskrit)
426. *Cochlearia armoracia* (*Armoracia rusticana*) : Rafano, Cren, Barbaforte; Radish(English)
427. *Coclearia officinalis* : Coclearia; Radish(English)
428. *Cocos nucifera* : Noce di Cocco; Coconut plant; Echte kokospalme (Deutsch), Coctier, Yashi (Japanese), Narikela (Sanskrit)
429. *Codonopsus pilosula*
430. *Coffea arabica* : Caffè verde
431. *Cola acuminata* : Noce di Cola
432. *Colchicum autumnale* : Colchico, Freddolina, Falso Zafferano (molto tossico).
433. *Colchicum luteum* : Collirio d'Oro, Golden Collyrium, Gelbe Herbastzeitlose, Hiranyatutha (Sanskrit); (molto tossico)
434. *Collinsonia canadensis* (*Pareira brava*) : Radice di Pareira
435. *Colutea arborescens* : Erba vescicaria
436. *Combretum caffrum* : Salice africano
437. *Combretum micranthum* : Combreto
438. *Commiphora mirra* : Mirra
439. *Commiphora mukul* (*Balsamodendron mukul*) : Gum gugal, Myrrhe (Deutsch), Guggulu (Sanskrit)
440. *Commiphora gileadensis* : Mirra
441. *Conium maculatum* : Cicuta maggiore (molto tossica)

442. *Conospermum stoechadis* : west australian Smokebush
443. *Conostylis aculeata* : yellow Cone
444. *Consolida regalis* : Speronella, Erba cornetta. (TOSSICO)
445. Convallaria majalis : Convallaria, Mughetto (**tossica**)
446. Convallaria polygonatum (or *Polygonatum officinale*) : Poligonato, Sigillo di Salomone
447. Convolvulus arvensis : Vilucchio
448. Convolvulus turpethum (*Ipomoea turpethum*; *Operculina turpethum*) : indian Jalap; Brast Liauische; Trivrit (Sanskrit).
449. Convolvulus purga : Convolvolo purgativo
450. Convolvolus scammonia : Scammonea
451. Convolvulus sepium : Vilucchio bianco, Campanello, Vilucchione
452. Copaifera officinalis :Copaiba
453. Coptis teeta : Gold thread, Mishamitika (Sanskrit)
454. *Corallina officinalis* : Corallina di Corsica
455. *Cordia myxa* : Cordia, Sebesten plum, Cordia (Deutsch), Seleastan (French), Sleshmataka (Sanskrit)
456. *Coriandrum sativum* : Coriandolo, Erba cimice, Coriander, Gemeiner coriender (Deutsch), Biles cereales (French), Yan Sui (Chinese), Dhanyaka (Sanskrit) .
457. *Corylus avellana* : Nocciolo, Avellana; hazelnuts(English)
458. *Corynanthe yohimbe* : Yohimbe
459. *Cornus canadensis* : Bunchberry
460. Cornus mas : Corniolo
461. Cornus sanguinea : Sanguinello
462. Cornus nuttalii : Legno di Cane, Dogwood
463. Correa pulchella : Correa (Italian and English)
464. Cosmos bipinnatus : Cosmos
465. Costus speciosus : Costus, Pritge Kostwurz (Deutsch), Costus elegant (French), Kemuka (Sanskrit)
466. *Courouptia guaianensis* : cannon Ball
467. *Crassocephalum crepidioides* : false crowndaisy Chrysanthemum, Jia Tong Hao
468. *Crataegus azarolus* Azzeruola
469. *Crataegus oxyacantha* or *monogyna* : Biancospino, Bossolino, Spino bianco; Thorn-tree, Hawhorn; Aubepine (French)
470. *Crepis aurea* : Radichella amara
471. Crepis vesicaria : Crepide
472. *Crinum defixum, latifolium, asiaticum, bracteatum, toxicarium* (*Amaryllis zeylanicum*) : Tubero velenoso; Nilgiri longy St. John's Iliy, Cape Iily, poison Bulb; Gift-Zwiebel, Indohamayu (Japanese), Sudarshan (Sanskrit) (TOSSICO)
473. *Crithmum maritimum* : Finocchio di Mare, Bacicci, Cretamo
474. Crocus sativus : Zafferano, Castagnole, Croco; Saffron; Safran; Kumkumapu (Japanese), Fan Hunghau (Chinese), Kumkuma (Sanskrit)
475. Crocus vernus : Zafferano selvatico
476. *Croton draconoides* or *lechleri* : Sangue di Drago; Sangre de Grago (TOSSICO)
477. *Croton eluteria* : Eleuteria, Cascarilla (TOSSICO)
478. *Croton oblongifolium* : Croton lungo; Nagdanti (Sanskrit) (TOSSICO)
479. *Croton philippensis* (*Mallotus philippensis*) : Rottlera (English); Kamala (Deutsch); Kamola (French); Kampillaka (Sanskrit). (TOSSICO)
480. *Croton tiglium* : Crotonolo, Croton, Crotontiglio; Purgative-Croton; Krotonol (Deutsch); Huile dectiglium (French), Hazu (Japanese), Jayapala (Sanskrit) (TOSSICO)
481. Cucumis melo : Melone; Melon
482. *Cucumis sativus* : Cetriolo, Common-Cucumber; Gurke (Deutsch); Kyuri (Japanese); Huang Gua (Chinese); Trapusha (Sanskrit);
483. *Cucurbita maxima or moscata* : Zucca, Cocuzza; Pumpkin, Nan Gua (Chinese)
484. *Cucurbita pepo* : Zucchine; Courgette, zucchini/courgettes
485. Cuminum cyminum : Cumino romano, Comino romano, Cumin-Seed, Kumin, Kreuz Kummel, Anisacre (French), Kumin (Japanese), Jeeraka (Sanskrit);
486. *Cupressus sempervirens* : Cipresso
487. *Curculigo orchiodes* : Musli nero, Musli di Kalì, black Musalie, Kinbai zassa (Japanese),Talamulika (Sanskrit) (TOSSICO)
488. *Curcuma amada* : Zenzero di Mango, Mango-Ginger, Mangeingwer (Deutsch), Karpura haridra (Sanskrit)
489. *Curcuma angustifolia* : Appretta di Curcuma, Curcuma-Starch, Schmal-blattrige Kurkume (Deutsch), Tavakshiri (Sanskrit)
490. *Curcuma longa, domestica* : Curcuma, Zafferano delle Indie, Zafferano dei Poveri, Turmeric, Kurkuma Gelbwurzel (Deutsch), Ukon (Japanese), Yii-chin (Chinese), Haridra (Sanskrit);

491. *Curcuma xanthorrhiza* : Curcuma
492. *Curcuma zedoaria* : Zedoaria, Zedoaria rotonda, Round-Zedoary, Zittwer (Deutsch), Zedoaire long (French), Gajutsu (Japanese), Shati (Sanskrit);
493. Cuscuta chinensis : Cuscutacinese
494. *Cuscuta corymbosa* : Cuscuta
495. *Cuscuta epithymum* : Cuscuta
496. *Cuscuta reflexa* : Cuscuta; Dodder; Amaravela (Sanskrit)
497. *Cusparia febrifuga* or *officialis* (or *Galipea officialis*) : Angostura
498. *Cyamopsis tetragonolobus* : Guar
499. *Cyanicula amplexans* : shy blue Orchid
500. *Cyclamen europaem* : Ciclamino
501. *Cyclamen neapolitanum* : Ciclamino o Porporino
502. *Cyclanthera pedata* : Caigua
503. Cydonia oblonga, vulgaris : Mela Cotogna, Cotogno; Cognassier
504. Cymbopogon citratus : Verbena delle Indie,
505. Cymbopogon nardus : Citronella,
506. *Cynancum vincetoxicum* : Vincetossico
507. *Cynara cardunculus* : Cardo
508. Cynara scolymus : Carciofo, globe Artichoke
509. *Cynodon dactylon* : Erba del Cane; Dog Grass, Wucherndeu Hundszahn (Deutsch), Chiendent (French), Kyogishiba (Japanese), Doorwa (Sanskrit)
510. *Cynoglossum grande* : Cinoglosso, Lingua di Segugio; Hound's Tongue
511. *Cyperus rotundus* : Erba Noce, Nut Grass, Grasmandel, Souchet, Hamasuge (Japanese), Hiang Fou (Chinese), Mustaka (Sanskrit)
512. *Cyphomandra betacea* : Tamarillo
513. *Cyprepedium guttatum* or *parviflorum* : Lady's Slipper
514. *Cypripedium passerinum* : northern Lady's Slipper
515. *Cypripedium pubescens* : Cipripedio
516. *Cytisus laburnum* : Avorniello
517. *Cytisus scoparius* : Ginestra dei Carbonai (tossica)
518. *Dactylorhiza sambucina* : Orchidea sambucina
519. *Dahlia variabilis* : Dalia
520. *Dampiera linearis* : Dampiera
521. *Daphne laureola* : Laureola (molto tossica)
522. *Daphne mezereum* : Dafne, Mezereo (Tossica)
523. *Darlingtonia californica* : Darlingonia; california pitcher Plant
524. *Datura alba, metal* : Mela spinosa, Tromba degli Angeli; Thornapple, Angel's Trumpet; Weichhaaariger Stechapfel (Deutsch), Pomme epineuse (French), Yoshuchosen asaga (Japanese), Chan kiue Tse (Chinese), Dattura (Sanskrit).
525. *Datura candida* : Tromba degli Angeli; Angel's Trumpet
526. *Datura stramonium* : Stramonio, Erba del Diavolo, Noce spinosa (**molto tossica**)
527. *Daucus carota* : Carota selvatica, Pizzo della Regina Anna (Fiore); Carrot, Queen Ann's Lace; Karotte (Deutsch), Garotte cultive, Carotte sauvage (French), Hu Luo (Chinese) Bo Ninjin (Japanese), Garijara (Sanskrit)
528. *Davieasa divaricata* : orange spiked Pea
529. *Delphinium ajacis* : Speronella, Fior Cappuccio
530. *Delphinium denudatum* : Ritterspoon (Deutsch), Nirvishi (Sanskrit)
531. *Delphinium depauperatum* : Larkpur
532. *Dendrobium macraei* (*Ephemerantha macraei*) : Jivanti (Sanskrit)
533. *Dentaria enneaphyllos* : Dentaria
534. *Deonix regia* : Gulmohar
535. *Desmodium ascendens* : Desmodio
536. *Dianthus barbatus* : Garofano a Mazzetti
537. *Dianthus monspessulanus* : Garofanino
538. *Dicentra chysantha* : golden ear Drops
539. *Dicentra formosa* : bleeding Heart
540. *Dicleptera chinensis* : dog liver Vegetable, Gou Gan Cai (Chinese)
541. *Dictamus albus* : Dittamo, Frassinella, Limonella.
542. *Digitalis purpurea* : Digitale; Foxglove, Roter Fingerhut (Deutsch), Mao-ti-huang (Chinese), Hatapatri (Sanskrit); (molto tossica)
543. *Dillenia indica, speciosa* : Chalta (English), Biwamodoki (Japanese), Dok shan (Chinese), Avartaki (Sanskrit)
544. *Dioscorrea bulbifera, crispata, pulchella, sativa, versicolor* : Igname; Yam; Brotwurel, Barahi (Sanskrit)
545. *Dioscorrea hypoglauca* : Bie Xie
546. *Dioscorrea opposita* : chinese Potato, Chinese Yam, Shan Yao

547.*Dioscorrea villosa* : Igname selvatico, Wild Yam
548.*Diospyros kaki* : Cachi
549.*Diplotaxis tenuifolia* : Diplotaxide, Ruchetta selvatica
550.*Dipsacus fulloum* : Cardo dei Lanaioli
551.*Dipterocarpus indicus, turbinatus, laevis, alatus* : Albero dell'Olio di Bosco, Wood Oil Tree, Gurjunbalsam (Sanskrit).
552.*Diuris longifolia* : wallflower donkey Orchid
553.*Dodanaea viscosa* : hops Bush
554.*Dodecatheon frigidum* : shooting Star
555.*Dodecatheon hendersonii* : shooting Star
556.*Dolichos biflorus, uniflorus* : Ceci di Cavallo, Horse Gram, Pferde Bohne (Deutsch), Dolique (French), Kulitha (Sanskrit).
557.*Draba aizoides* : Draba
558.*Dracontium loretense* : Sacha
559.Drimys chilensis, or *winteri* : Drimide
560.*Drosera rotundifolia*, or *anglica*, or *intermedia* : Drosera, Rosolida, Rugiada del Sole; roud-leaved Sudew .
561.*Drosera pallida* : pale Sundew
562.*Dryandra polycephalus* : many headed Dryandra
563.*Dryandra praemorsa* : urchin Dryandra
564.*Dryas drummondii* : yellow Dryas
565.*Dryas octopetala* : Driade, Camedrio alpino
566.*Dryobalanops aromatica* (Borneolo),
567.*Dryopteris filix-mas* : Felce maschio (soggetta a restrinzioni legali in paesi)
568.*Dudleya cymosa* : Canyon dudleya
569.*Ecballium elaterium* : Cocomero asinino
570.*Echinacea purpurea, angustifolia*, or *pallida* : Echinacea, Pianta Pettine, Rudbeckia rossa, pallida
571.*Echium vulgare* : Erba viperina, Viperina azzurra, Serpentina, Erba rogna, Echio.
572.*Eclipta alba* : Bhringaraj, Bhringaraj (English), Takasaburo (Japanese), Lichang (Chinese), Takasaburo (Japan) (Sanskrit)
573.*Eichornia crassipes* : Giacinto d'Acqua
574.*Elephantopus scaber* : Piede d'Elefante, Prickly leaves, Pied d'Elephant, Gojihiva (Sanskrit)
575.*Elettaria cardamomum* : Cardamomo, Lessere cardamom, Cardamom (English), Kardamome (Deutsch), Cardamome (French), Karudemon (Japan), Ela Chhoti (Sanskrit);
576.*Eleuteria* : Cascarilla
577.*Eleuterococcus senticosus* (*Acanthopanax senticosus*) : Eleuterococco, Ginseng siberiano
578.*Elythranthera brunonis* : purple enamel Orchid
579.*Embelia ribes, glandulifera* : Embelia, Embelia Fruchte (Deutsch), Vidanga (Sanskrit)
580.*Emblica officinalis* (*Phyllanthus emblica*) : Emblic myrobalan (English), Amla (German), Amara (Japan), An Mole (Chinese), Amalik (Sanskrit).
581.*Embotrium coccineum* : Embotrio.
582.*Enothera biennis (Oenothera biennis*) : Enotera, Rapunzia.
583.Ephedra vulgaris : Efedra
584.*Epilobium angustifolium* : Epilobio; Fireweed, white Fireweed; Epilobe (French)
585.*Epilobium latifolium* : river Beauty
586.*Epilobium parviflorum* : Epilobio; Epilobe, willow-Herb; Epilobe (French)
587.*Epimedium saggitatum* : Yin Yang Huo
588.*Equisetum arvense* : Coda di Cavallo, Coda cavallina, Setolone; Horsetail
589.*Equisetum hiemale* : Asprella, Equiseto invernale.
590.*Equisetum maximum* : Coda di Cavallo, Coda cavallina, Setolone; Horsetail
591.*Erica arborea* : Scopa
592.*Erica vulgaris* : Erica
593.*Erigeron alpinus* : Cespola
594.*Erigeron canadensis* : Erigero.
595.*Eriodictyon californicum* : Erba santa; Yerba santa.
596.*Eriodictyon crassiflorium* : Eriodicto.
597.*Eriophorum sp.* : cotton Grass
598.*Eriophorum vaginatum* : Erioforo
599.*Erithrea antaurium* : Centaurea minore
600.*Erithronium purpurascens* : Giglio di Daino; fawn Lily
601.*Eritichium nanum* : Eritico
602.*Erodium cicutarium* : Filarea
603.*Erodium moschatum* : Erodio moscato, Erba muschio.

604.*Erthrina indica* : indian Coral
605.*Eruca sativa* : Rucola
606.*Ervum lens* (*Lens culinaris*) : Lenticchie
607.*Eryngium campestre* : Calcatreppolo
608.*Eryngium foetidum* : thorny Coriander, Ci Yan Sui
609.*Erysimum officinale* : Erisimo
610.*Erythraea centaurium* : Centaurea minore
611.*Erythraea chilensis* : Eritrea cilena
612.*Erythrina mulungu* : Mulungu
613.*Erythrina variegatis orientalis* : Corallo bianco; white Coral.
614.*Erythrina variegata*, *indica*, *stricta*, *corallodendron* : Albero del Corallo indiano, indian Coral Tree, Indisher Korallen Baum (Deutsch), Arbre immorte (French), Deigo (Japanese), Paribhadra (Sanskrit).
615.*Erithronium dens-canis* : Dente di Cane
616.*Erytroxylon coca* : Coca
617.*Erythroxylum catuaba* : Catuaba
618.*Eschscholtzia californica* : Escolzia; california Poppy
619.*Eucalyptus caesia* : silver princess Gum
620.*Eucalyptus erythrocorys* : Illaria, Illyarrie
621.*Eucalyptus forresiana* : fuchsia Gum
622.*Eucalyptus globulus* : Eucalipto, Albero della Febbre
623.*Eugenia caryophyllata* (or *Caryophyllus aromaticus*) : Garofano, Chiodi di Garofano (fiori), Eugenia aromatica;. Cloves(English)
624.*Eugenia jambolana* (*Syzygium jambolanum*) : Jambul; black Berry, Gewarz Nelke, Pomme Rose, Natsume (Japanese), Tsao (Chinese), Jambu (Sanskrit)
625.*Euonymus europaeus* : Fusaggine, Berretto da Prete, Corallini, Evonimo.
626.*Eupatorium cannabium* : Canapa acquatica, Eupatoria
627.*Eupatorium perfoliatum* : Canapa acquatica
628.*Eupatorium purpureum* : Canapa acquatica rossa
629.*Eupatorium triplinerve*, *ayapana* : Ayapana (Sanskrit)
630.*Euphorbia cyparissia* : Erba cipressina
631.*Euphorbia hirta*, or *pilulifera* : Euforbia; Pillenwolfsmilch (Deutsch), Dadakeeriya (Japanese), Dugadhika (Sanskrit);
632.*Euphorbia marginata* : Euforbia marginata (Tossica
633.*Euphorbia milli* : Christ's Thorn
634.*Euphorbia nerifolia* : common Milk Hedge, Enpurge (French), Kirinkaku (Japanese), Snoohi (Sanskrit)
635.*Euphorbia peplus* : Euforbia (Tossica)
636.*Euphorbia plentissima* : pill-bearing Spurge
637.*Euphorbia pulcherrima* : Stella di Natale (Tossica)
638.*Euphorbia resinifera* : Euforbia
639.*Euphrasia alpina* : Eufrasia
640.Euphrasia officinalis : Eufrasia, Erba degli Occhi; Euphraise (French)
641.Euspongia officinalis : Spugna di Mare
642.*Evodia rutaecarpa* : Evodia
643.*Evonymus atropurpureus* : Fusaggine nera
644.*Evonymus europaus* : Fusaggine
645.*Evolvulus alsinoides* : Vishnukraanti (Sanskrit)
646.*Fabiana imbricata* : Pichi-Pichi
647.*Fagopyrum dibotrys* : false Buckwheat, Ye Qiao Mai
648.*Fagopyrum esculentum* : Grano saraceno, Grano nero; Buckwheat or black Wheat
649.*Fagus sylvatica* : Faggio, Beech
650.*Ferula communis* : Ferola, Ferolaggine, Finocchiaccio
651.*Ferula narthex* (or *scorodosma*) : Ferula o Assa fetida
652.*Ferula foetida* : Assa fetida; Asafetida (Englisch), Perunkayam (Deutsch), Hingu (Sanskrit)
653.*Ficaria ranuncoloides* : Ficaria
654.*Ficus benghalensis or indica* : Banyan Tree, Figuier due bengal (French), Vata (Sanskrit)
655.Ficus carica : Fico; Figuier (French) .
656.Ficus racemosa, *glomerata* : country Fig Tree, Figuier du dialile; Attikka (Japanese), Udumbara (Sanskrit)
657.Ficus religiosa : sacred Fig, Bobaum Peepal (Deutsch), Figuier-ou-arbe despagodes (French), Tenjikubodaiju (Japanese), Pou tichou (Chinese), Aswatha (Sanskrit).
658.Ficus vesiculosus : alga bitorzoluta
659.Filipendula ulmaria or *Spiraea ulmaria* [Rosaceae] : Olmaria, Ulmaria, Regina dei Prati .
660.Flaveria contrayerba : Flaveria

661. *Foeniculum dulce* : Finocchio dolce
662. *Foeniculum officinale* : Finocchio
663. *Foeniculum sylvestre* : Finocchio selvatico
664. *Foeniculum vulgare*, or *capillaceum* (or *Anethum foeniculum*) [Umbrelliferae] : Finocchio selvatico, Anice dolce, Erba buona, Fennel, Garten Feuchel (Deutsch), Uikyo (Japanese), Hui Xiang, Hui-hsiang (Chinese), Satupuspa (Sanskrit).
665. *Fragaria vesca* : Fragola selvatica
666. *Frangula alnus* (or *Rhamnus frangula*) : Frangola, Frangula
667. *Fraxinus excelsior* : Frassino comune .
668. *Fraxinus ornus* : Frassino orniello, Manna
669. *Fritillaria cirrhosa* : Fritellaria; Crown
670. *Fritillaria imperialis* : Fritellaria imperiale, imperial Crown
671. *Fuchsia hybrida*, or *macrostemma* : Fucsia; Fuchsia
672. *Fucus vesiculosus* : Alga bruna, Fucus, Quercia marina .
673. *Fumaria indica* or *parviflora* : common Fumitory, Erdrauch (Deutsch), Tuysha Tu Chian (Chinese), Parpata (Sanskrit)
674. *Fumaria officinalis* : Fumaria, Fumosterno, Fumitory
675. *Galanthus nivalis* : Bucaneve
676. *Galega officinalis* : Galega
677. *Galeopsis grandiflora* : Galeopside
678. *Galipea officialis* (or *Cusparia febrifuga* or *officialis*) : Angostura
679. *Galium mollugo* : Caglio
680. *Galium verum* : Gallio; Gaillet (French);
681. *Gallium aparina* (*Galium aparine*) : Coglio, Aparine, Attaccamani, Attaccavesti
682. *Ganoderma lucidum* : Fungo-Fantasma, Reishi
683. *Garcinia cambogia* : Garcinia di Cambogia
684. *Garcinia indica, purpurea* : Mango rosso, red Mango, Kokumol (Deutsch), Brikshamia (Sanskrit)
685. *Garcinia morella* : Garcinia indiana; indian Gamboge, Gokatu (Deutsch), Tamal (Sanskrit)
686. *Gardenia jasminoides* : Gardenia
687. *Gelsemium sempervirens* : Gelsemio
688. *Genista hispanica* :Aulaga, Argelago
689. *Gentiana acaulis* or *clusii* : Genzianella, Genziana di Clusio
690. *Gentiana amarella* : Genzianella autunnale, Gentian
691. *Gentiana asclepiadea* : Genziana
692. *Gentiana germanica* : Genziana autunnale
693. *Gentiana lutea* : Genziana maggiore, Genziana gialla
694. *Gentiana rochiana* : Genzianella
695. *Gentiana verna* : Genzanella di Primavera
696. *Geocaulon lividum* : Comandra
697. *Geranium erianthum* : sticky Geranium
698. *Geranium robertianum* : Geranio robertiano, Erba roberta, Erba cimicina, Cicuta rossa, Erba di Roberto; (**potenzialmente tossica**).
699. *Geranium silvaticum* : Geranio selvatico
700. *Geum urbanum* : Erba benedetta, Benedetta, Cariofillata di Monte, Ambretta
701. *Ghee* : Burro chiarificato
702. *Ginkgo biloba* : Ginkgo
703. *Gladiolus caryophyllaceus* : pink Trumpet
704. *Gladiolus segetum* : Spadacciola
705. *Glechoma hederaceum* : Edera terrestre .
706. *Gliciridia maculata* : spotted Gliciridia
707. *Globularia cordifolia* : Globularia strisciante
708. *Globularia vulgaris* : Morine
709. *Gloriosa superba* : superb Lily, Gloriosa Knollen (Deutsch), Glorieus du Malalier (French), Yurigurama (Japanese), Langalika (Sanskrit)
710. *Glycine maxima* : soia gialla, yellow Soybean, soya Bean, Huang Dou
711. *Glycine soja* : soia nera, black Soybean, Hei Dou
712. *Glycirrhiza glabra* : Liquirizia, Radice dolce, Legno dolce; sweet Root; Sussholz (Deutsch), Kanzo (Japanese), Kan-ts'ao (Chinese), Yashtimadhu (Sanskrit) ;
713. *Gmelina arborea* : Gambhari (Sanskrit)
714. *Gnaphalium polycephalum* or *gira-gira* : Gnafalio, Verbasco
715. *Gnaphalium supinum* : Zampa di Gatto
716. *Gonolobus condurango* (*Marasdenia cundurango*): Condurango

717. *Gossypium herbaceum, indicum* : indian Cotton, indische Baumwollenstaude (Deutsch), Cotoiner de-l'Inde, Wata (Japanese), Bong (Chinese), Karpas (Sanskrit).
718. *Gratiola officinalis* : Graziola
719. *Grevillea bipinnatifida* : fuchsia Grevillea
720. *Grevillea tenuiloba* : golden Glory Grevillea
721. *Grewia hirsuta, polygama, pilosa* : Gulsakri (Englisch), Nagbala (Sanskrit)
722. *Grifola frondosa* : Fungo danzante; Maitake
723. *Grindelia robusta* : Grindelia
724. *Guajacum officinale* : Guaiaco
725. *Guarea rusbyi* : Cocillana
726. *Guazuma ulmifolia* : Mutamba
727. *Gymnema silvestre* (*Asclepias geminata*) : Gimnema; Meshasringi (Sanskrit);
728. *Gynostemma pentaphyllum* : Pianta dell'Immortalità
729. *Gynura bicolor* : red back Vegetable, Hong Bei Cai (Chinese)
730. *Gypsophila repens* : Velo da Sposa
731. *Hagenia abyssinica* (or *Brayera anthelmithica*) : Braiera o Cusso
732. Hakea laurina : pincushion Hakea
733. *Hamamelis virginiana* : Amamelide, Nocciolo delle Streghe
734. *Hammarbya paludosa* : green Fairy Orchid
735. *Harpagophytum procumbens* : Arpagofito, Artiglio del Diavolo
736. *Hebe speciosa* : Veronica
737. *Hedera helix* : Edera comune, Ellera, Edera rampicante, Edera Helix
738. *Hedychium coronarium koenig* : Butterfly Lily
739. *Helianthemum nummularium* : Eliantemo, Rosa di Roccia; Rock Rose; Heliantheme (French)
740. *Helianthus annuda* : Sunflower
741. *Helianthus annuus* : Girasole ; Sunflower (English)
742. *Helianthus tuberosus* : Carciofo di Gerusalemme, Topinambur; Jeruralem Artichoke ;
743. *Helichrysum italicum* : Elicriso italico .
744. *Helicteres isora* : east indian Screw Tree, Caydotron (Chinese)
745. *Heliotropium angiospermum* :Erba dell'Alacrano
746. *Heliotropium indicum* (*Cissus quadrangularis, Vitis quadrangularis*) : Conciaossa; Bone setter, Hirassa, Asthisanhari (Sanskrit).
747. *Heliotropium peruvianum* : Eliotropio peruviano.
748. *Helipterum roseum* : pink everlasting Straw
749. Helleborus niger : Elleboro nero (Tossica)
750. *Helleborus fetidus* : Elleboro puzzolente (Tossica)
751. *Helleborus viridis* : Erba Nocca(Tossica)
752. *Hemiandra pungens* : Snakebush.
753. Hemidesmus indicus : Sarsaparilla indiana, indian Sarsaparilla, Ostindische Sarsaparilla, Salsepareille indienne, Indosarusa (Japanese).
754. Heracleum lanatum : Cow Parsnip
755. Heracleum sphondylium : Panace, Ginseng italiano.
756. Hibbertia scadens : Snakevine.
757. Hibiscus abelmoschus o *Abelmoscythus moschatus* : Ambretta
758. Hibiscus alba : Ibisco bianco; white Hibiscus
759. *Hibiscus abelmoschus* (*Abelmoschus moschatus*) : musk Mallow, Lataksturikam (Sanskrit)
760. *Hibiscus sabdariffa* : Ibisco, Carcadè; Hibiscus
761. *Hibiscus syriacus* : Rose of Sharon, Mu Jin Hua
762. *Hieracium pilosella* : Pilosella, Pelosella
763. *Hierochloe odorata* : Sweetgrass
764. *Hinthostachys setosa* :Muna-Muna
765. Holarrhena antidysenterica : Kurchi Tree, Kurchirinde (Deutsch), Ecore-d'Codagapala (French), Konetsushi (Japanese), Kutaja (Sanskrit)
766. *Hordeum vulgare* : Orzo; Barley
767. *Houttuynia cordata* : Ottinia; cordate Houttuynia, stinking Fish Plant, Yu Xing Cao (Chinese)
768. *Hottonia palustris* : Violetta d'acqua, Water violet
769. *Humulus lupulus* : Luppolo, Cupola, Livertizio; Houblon (French);
770. *Hurtica dioica* (or *Urtica dioica*) : Ortica grande; Ortie (French);
771. *Hybathhs calycinus* : wild Violet
772. *Hydnocarpus laurifolia, wightiana* : jangli Almond, Chaulmoogra (Deutsch), Daifushi (Japanese) Ta-feng-tzu (Chinese), Tuvaraka (Sanskrit).
773. *Hydrangea arborescens* : Idrangea.

774. *Hydrastis canadensis* : Idraste, Sigillo d'Oro, golden Seal
775. *Hydrocotile asiatica* : Centella asiatica, indian Pennywort, Asiotischer Wassernabel, Tsubokura (Japanese), Mandukaparni (Sanskrit).
776. *Hygrophila auriculata* (*Asteracantha longifolia*) : Langblathriger Sterndorn (Deutsch), Kokilaksha (Sanskrit).
777. *Hymenaea courbaril* :Jatoba
778. *Hyoscyamus niger* : Quisquiamo, Giusquiamo, Henbane, Bilsenkraut, Hiyosu (Japanese), Lao Lang Hoa (Chinese), Yavani (Sanskrit); (**molto tossica**)
779. *Hyoseris radiata* : Ioseride
780. *Hypericum perforatum* : Iperico, Pilatro, Cacciadiavoli, Erba di San Giovanni, Mille Buchi, Saint John's Wort
781. *Hypericum richeri* : Iperico montano, Pilatro, Scacciadiavoli, Erba di San Giovanni
782. *Hypochaeris radicata* : Piattello
783. *Hypoxis hemerocallidea* : Patata africana
784. *Hippophae rhamnoides* : Olivello spinoso
785. *Hyssopus officinalis* : Issopo, Erba odorosa, Soleggio, Hyssop, Kleinblatt-Rigerysop, Yanagihakuga (Japanese), Zupha (Sanskrit);
786. *Kaempferia aethiopica* : Kinkelibà
787. *Kaempferia galanga* : sand Ginger, Galanga, Sha Jiang
788. *Kingia argentia* : goddess Grasstree
789. *Krameria triandra* : Ratania
790. *Iberis amara* : Raspo amaro
791. *Ignatia amara* (or *Strychnos ignatii*) : Fava di San Ignazio
792. *Ilex aquifolium* : Agrifoglio, Holly
793. *Ilex paraguariensis* : Matè
794. *Illicium verum* : Anice stellato
795. *Impatiens glandulifera* : Non Mi Toccare; Impatiens
796. *Inesinae calea* : Aranto
797. *Inula helenium* : Inula, Enula campana, Elenio, Erbella
798. *Ipomoea aquatica* : water Spinach, hollow Vegetable, swamp Cabbage, Weng Cai
799. *Ipomoea batatas* : Batata rossa, Patata americana, Batata, sweet Potato, Hong Shu
800. *Ipomoea nil, hederacea, pharbitis* : pharbitis Seeds, Kaladana Harz (Deutsch), Krishnavijani
801. *Ipomoea purpurea* : Gloria del Mattino; morning Glory; Ipomee .
802. *Ipomoea turpethum* (*Operculina turpethum*; *Convolvulus turpethum*) : indian Jalap; Brast Liauische; Trivrit (Sanskrit).
803. *Iris douglasiana* : Iride, Giaggiolo; Iris.
804. *Iris florentina* : Iride bianco, Giaggiolo bianco; white Iris
805. *Iris germanica* : Iride, Ireos, Giaggiolo
806. *Iris pseudo-acorus* : Iride giallo, Giaggiolo giallo, Coltellaccio; yellow Iris
807. *Iris setosa* : wild Iris
808. *Iris versicolor* : Iride multicolore, Iride comune, Giaggiolo comune
809. *Isatis tinctoria* : Guado
810. *Ixeris denticulata* : chinese vegetable, Bitter, Ku Mai Cai (Chinese)
811. *Ixora* : Ixora
812. *Isopogon formosus* : rose Cone
813. *Jasmine officinalis* : Jasmin (French).
814. *Jasmine arborescens* : night Jasmine
815. *Jasminum sambac* : arabian Jasmine, Arabischer Jasmin, Matsurika (Japanese), Moli (Chinese), Mallika (Sanskrit).
816. *Jateorrhiza columba* : Colombo
817. *Jatropa manihot* (or *Manihot utilissima*) : Manioca amara
818. *Junglans nigra* : Noce nero
819. *Junglans regia* : Noce comune, Walnut, Nut Tree;
820. *Juniperus communis* : Ginepro, Petron, Juniper Berry; Wacholder Beere (Deutsch), Baie de genevrier, Hapusa (Sanskrit);
821. *Juniperus sabina, zelanica*) : Malabar Nut; Malabar Nuss; Adotada (Japanese); Vasaka (Sanskrit).
822. *Laburnum anagyroides* : Laburno, Maggiociondolo; Laburnum; (tossica)
823. *Lactuca sativa* : Lattuga, Celtuce, Lettuce, asparagus Lettuce , Wo Ju
824. *Lactuga sativa capitata* : Lattuga a cappuccio
825. *Lactuga scariola* : Lattuga scariola
826. *Lactuga virosa* : Cavolaccio
827. *Lagenaria sinceraria* : Calabash, bottle Gourd, Hu Lu (Chinese)
828. *Laminaria digitata* : Laminaria; Kelp
829. *Lamium album* : Lamio, Ortica bianca, Milzadella.
830. *Lamium purpureum* : Lamio rosso

831.*Lapsana communis* : Lassana, Erba delle Mammelle
832.*Larix decidua* : Larice
833.*Larix europaea* : Trementina
834.*Larix laricina* : Tamarack
835.*Larrea mexicana* : Chaparral
836.*Larrea nitida* : Larrea
837.*Lathyrus latifolius, odoratus* : Pisello odoroso, sweet Pea (English)
838.*Laurus camphora, Dryobalanops aromatica* : Lauro della Canfora
839.*Laurus nobilis* : Alloro
840.*Lavandula officinalis, angustifolia, spica* : Lavanda, Spigo, Nardo, Spigonardo.
841.*Lavandula stoechas* : Steca o Sticadosso
842.*Lawsonia inermis* : Hennè .
843.*Lens culinaris* (*Ervum lens*) : Lenticchie.; Lentils
844.*Lentinus edodes* : Shitake
845.*Ledum palustre* : Rosmarino selvatico, Ramerino di Palude, The del Labrador; Labrador Tea
846.*Leontodon taraxacum* (*Taraxacum officinalis*) : Tarassaco, Dente di Leone, Cicoria matta, Soffione
847.*Leontodon tuberosus* : Leontodo
848.Leonurus cardiaca : Cardiaca
849.*Lepidium meyenii* : Maca-Maca
850.*Lepidium sativum* : Agretto, Crescione inglese, Crescione comune
851.*Leschenaultia biloba* : blue Leschenaultia
852.*Lechenaultia formosus* : yellow, red, orange Leschenaultia.
853.*Leontopodium alpinum* : Stella alpina
854.*Lepidium latifolium* : Mostardina
855.*Lepidium sativum* : Agretto, Cardamomo
856.*Leptandra virginiana* : Leptandra
857.*Lespedeza capitata* : Lespedeza
858.*Leucanthemopsis alpina* : Crisantemo delle Alpi
859.*Leucojum aestivum* : Campanelle
860.*Leucojum vernum* : Campanellino o Bucaneve maggiore
861.*Levisticum officinale* (*Meum mutellina*) : Levistico, Sedano di Montagna
862.*Libertia coerulescens* : Libertia
863.Lichen islandicus : Lichene islandico
864.*Ligustrum lucidum* or *vulgare* : Ligustro
865.*Lilium candidum* : Giglio
866.*Lilium humboldtii* : Giglio della Tigre; Tiger Lily
867.*Lilium longiflorium* : Giglio dell'Est; eastern Lily
868.*Lilium martagon* : Lis martagon (French);
869.*Lilium parvum*: Giglio alpino; alpine Lily
870.*Linaria alpina* : Linaria di Monte
871.*Linaria vulgaris* : Linaria, Linaiola
872.*Linnanea borealis* : Twinflower
873.*Linum catharticum* : Lino catartico
874.*Linum usitatissimum* : Lino, Linosa; Linseed (English); Flachs (Deutsch); Lin (French); Ana (Japanese); Hou ma tse (Chinese); Uma (Sanskrit).
875.*Lippia citridora* : Verbena odorosa, Erba eloisia, Erba Luigia
876.*Liriosma ovata* or *Ptychopetalum olacoides* : Muira Puama .
877.*Listera borealis* : northern Twayblade
878.*Listera cordata* : Tundra Twayblade
879.*Lithospermum officinale* : Migliarino .
880.*Litsea glutinosa, chinensis, sebifera* : Maidasak (Sanskrit)
881.*Lobelia inflata* : Lobelia .
882.*Lobelia nicotianaefolia* : Lobelic (Deutsch); Nala (Sanskrit)
883.*Loiselluria procumbes* : Azalea alpina; alpine azalea
884.*Lolium temulentum* : Loglio
885.*Lonicera caprifolium* : Madreselva, Caprifoglio, Honeysuckle.
886.*Lophophytum leandri* : Fiore di Pietra
887.*Lotus alpina* : Ginestrino di Monte
888.*Lotus corniculatus* : Ginestrina, Ginestrino; five-finger (english)
889.*Luffa acutangula* : Ribbed gourd; Scharfeckige Gurke (Deutsch); Pipangua (French); Tokadochechima (Japanese); Szukua (Chinese); Koshataki (Sanskrit)

890. *Luffa aegyptiaca*, or *operculata* : Luffa; sponge Gourd; Luffa Schwammlobelic (Deutsch); Mechima (Japanese); Szu skua (Chinese); Dhamargava (Sanskrit).
891. *Luffa cylindrica* : Towel Gaourd, silk Melon, Loofah, Si Gua (Chinese)
892. *Lupinus albus* : Lupino ;Lupin(english)
893. *Lychnis alba* : Licnide bianca
894. *Lychnis flos-cuculi* : Fior di Cuculo
895. *Lychnis rubra* : Licnide rosa
896. *Lycium chinense* : chinese Wolfberry, Gou Qi Cai, or Cou Qi Zhi (Chinese)
897. *Lycium europaeum* : Spinacristi; Wolfberry (Tossica)
898. *Lycopersicum esculentum* : Tomato, Fan Qie
899. *Lycopodium clavatum* : Licopodio
900. *Lygustrum vulgare* : Ligustro
901. *Lypercanthus nigricans* : red beak Orchid
902. *Lythrum salicaria* : Salicaria, Salcerella
903. *Macropidia fuliginosa* : black Kangaroo Paw
904. *Macrozamia reidlei* : Macrozamia
905. *Madia elegans* : Madia
906. *Madia sativa* : Melosa
907. *Madhuca longifolia* (*Bassia longifolia*) : indian Butter Tree; Madhuka (Sanskrit)
908. *Majorana hortensis* (*Oreganum majorana* : Maggiorana; Marjoram(English)
909. *Mallotus philippensis* (*Croton philippensis*) : Rottlera (English); Kamala (Deutsch); Kamola (French); Kampillaka (Sanskrit)
910. *Malpighia punicifolia* or *glabra* : Acerola
911. *Malus communis* (or *Pirus malus*) : Mela; Apple ; Pommier (French);
912. *Malus sylvestris* : Melo ornamentale; crab Apple ;
913. *Malva crispa* : cluster Mallow, Dong Jui (Chinese)
914. *Malva silvestris, vulgaris, nelecta* : Malva
915. *Mandragora officinarum* : Mandragora (potenzialmente tossica)
916. *Manihot utilissima* (or *Jatropa manihot*) : Manioca amara
917. *Marasdenia cundurango* (*Gonolobus condurango*) : Condurango
918. *Mardenbergia comptoniana* : happy Wanderer
919. *Margycarpus setosus* : Margicarpo
920. *Marrubium vulgaris* : Marrobio bianco, Marrubio bianco, Erba arpiola
921. *Matricaria chamomilla* : Camomilla comune, Camomilla vera, Camomilla volgare
922. *Matricaria inodorosa* : Camomilla bastarda
923. *Matricaria matricaroides* : pineapple Weed
924. *Matricaria parthenum* : Matricaria, Amoreggiola
925. *Maytenus illicifolia* : Espineira santa
926. *Maytenus krukovit* :Chuchuhuasi
927. *Medicago sativa* : Erba medica, Alfa Alfa ;Lucerne(english)
928. *Megastigma lutea* : yellow Boronia
929. *Melaleuca alternifoglia* : Albero del The
Melaleuca leucodendron or *minor* (Cajeput),
Melaleuca quinquenervia viridiflora (Niaouli),
930. *Melaleuca thymafolia* : mauve Melaleuca
931. *Melia azadirachta, azedarach* : persian Lilac; Gemeiner Zedrach; Margosier; Nimba (Sanskrit).
932. *Melilotus officinalis* : Meliloto, Erba vetturina ; yellow melilot(english)
933. *Melissa monarda, officinalis, calamintha* : Melissa, Citronella, Cedronella, Erba bergamotta, Erba Limone; balm-Mint (English).
934. *Melittis melissiphyllum* : Melitta
935. *Mentha arvensis* : Corn mint; Mint (English); Minze (Deutsch); Midorihakka (Japanese); Puthea (Sanskrit).
936. *Mentha haplocalyx* : Peppermint, Bo He
937. *Mentha piperita, viridis* : Menta; Peppermint .
938. *Mentha pulegium* : Menthe pouliot (French)
939. *Mentha spicata* : Spearmint, Liu Lan Xiang
940. *Menyanthes trifoliata* : Trifoglio d'Acqua, o Trifoglio fibrino
941. *Mercurialis annua* : Mercorella
942. *Merremia hederacea* : morning Glory, Pa Li Cai (Chinese)
943. *Mertensia paniculata* : chiming Bells
944. *Mesembryantheum chilense* : Mesembriantemo
945. *Mespylus germanica* : Nespola comune

946.*Mesua ferrea* : Croco di Cobra; Cobra's Saffron; Nagassamen (Deutsch);Tagayasan (Japanese); Thiet lucmoc (Chinese); Nagkeshara (Sanskrit).
947.*Meum athamanticum* : Finocchiella
948.*Meum mutellina* (*Levisticum officinale*) : Levistico, o Sedano di Monte
949.*Michelia champaca* : yellow Champa; Wohlrieshen-de Michele (Deutsch); Champac (French); Kinkoboku (Japanese); Champaka (Sanskrit).
950.*Milium effusum* : Miglio; Millet(English)
951.*Mimosa cavenia* : Mimosa
952.*Mimosa tenuiflora* : Mimosa, Albero della Pelle; Tepezcohuite
953.*Mimulus aurantiacus* : sticky Monkey
954.*Mimulus cardinalis* : scarlet Monkey
955.*Mimulus guttatus* : Mimolo giallo; Mimulus
956.*Mimulus lewisii* : pink Monkey
957.*Mimusops elengi* : Affengesict (Deutsch); Karanicim (French); Bakula (Sanskrit).
958.*Mirabilis jalapa* : Bella di Notte
959.*Moehringia lateriflora* : grove Sandwort
960.*Molucella laevis* : green Bells of Ireland
961.*Momordica balsamica* : Mela balsamica
962.*Momordica charantica* : Cocomero d'Africa, Balsam-Pear, bitter Melon, Ku Gua
963.*Monardella odoratissima* : mountain Pennyroyal ;
964.*Moneses uniflora* : single Delight
965.Morinda citrifolia : Bumbo africano, Gelso indiano, Gran Morinda, Lada, Mengkudo, Nhau, Nonu, Noni, Nono).
966.*Moringa oleifera, pterygosperma* : Moringa; Horseradish Tree, Drumstick; Moronguier; Sigru (Sanskrit).
967.*Morus alba* : gelso bianco, indian Mulberry
968.*Morus celsa* : Gelso
969.*Morus nigra* : Gelso nero
970.*Mucuna pruriens* : Cow-itch Plant; Jackbohne (Deutsch); Hatsushomame (Japanese); Kapikachchha (Sanskrit).
971.*Muehenbeckia volcanica* or *Physalis angulata*:Mullaca
972.*Multifida dilitata* : Brachyome
973.*Murdannia braceata* : spit fire Vegetable, Tan Huo Cai
974.*Murraia Koelgu Spreng* : Curry Leaf
975.*Musa sapientum, acuminata, paradisiaca* : Banana, Platanos (Espagnol).
976.*Muscari botryoides* : Pentolini, Muschini.
977.Muscari camosus : Cipollaccio
978.Myosotis sylvatica or *alpestris* : Forget-me-Not
979.Myrcia salicifolia : Pedra Hume Caa
980.*Myrciaria paraensis* or *dubia* : Camu-Camu, Kamu-Kamu
981.*Myrica gale* : Sweetgale
982.*Myrica salicifolia* :Pedra Hume Caa.
983.*Myristica fragrans, sebifera* : Noce moscata, Miristica odorosa; Nutmeg (English) Echtermuscatnussbaum (Deutsch); Nikuzuku (Japanese); Jatiphalam (Sanskrit).
984.Myroxylon balsamum or *pereirae* : Tolù, Balsamo di Tolù
985.*Myrrhis odorata* : Mirra odorata, Miride, Finocchiella
986.*Myrtus communis* : Mirto, Mortella, Pepe della Corsica
987.*Narcissus poeticus* : Fior Maggio, Narciso silvestre
988.*Narcissus pseudonarcissus* : Narciso silvestre, Trombone, Giunchiglia, Tazzinella
989.*Narcissus tazzetta* : Tazzetta
990.*Nardostachys jatamansi* : Nardo indiano; Musk root (English); Indische Narde; Jata-manchi (French); Kan Sung (Chinese); Jatamansi (Sanskrit).
991.*Nasturtium officinale* : Nasturzio, Crescione, Watercress, Xi Yang Cai
992.*Nelumbium nelumbo, speciosum* (*Nelumbo nucifera, Nymphaea nelumbo*) : Loto sacro, Loto indiano; sacred Lotus, lotus Root, Indische Lotosblume; Lotus sacre; Hasu (Japanese); Lienou , Ou (Chinese); Kamal (Sanskrit).
993.*Nemophila menziesii* : Occhi Blu di Bambino; Baby Blue Eyes
994.*Nepeta cataria* : Erba gatta, Cataria, Erba gattaia, Nepitella, Menta dei Gatti, Menta selvatica
995.*Nerium indicum, odorum* : Roseberry Spurge; Wahlriechender Oleandes (Deutsch); Kenera (Japanese); Kyochikuto (Chinese); Karavira (Sanskrit).
996.*Nerium oleander* : Oleandro (Tossica)
997.*Nicotiana alata* : Nicotiana, Fiore del Tabacco; Tobacco
998.*Nicotiana tabacum* : Tabacco (potenzialmente tossica)
999.*Nigella damascaena* : Damigella o Fanciullaccia (Tossica)
1000. *Nigella sativa* (*Carum nigrum*) : Melanzio nero, Cumino nero; black Cumin; Schwarzkummel; Cumin noir; Nigera (Japanese); Upakunchika (Sanskrit);

1001. *Nuytsia floribunda* : Cristo dell'Australia; west australian Christmas Tree.
1002. *Nux moschata* : Noce moscata
1003. *Nymphaea alba* : Ninfea, Carfano; water Lily.
1004. *Nymphaea nelumbo* (*Nelumbium nelumbo, speciosum*; *Nelumbo nucifera*) : Loto sacro, Loto indiano; sacred Lotus, Indische Lotosblume; Lotus sacre; Hasu (Japanese); Lienou (Chinese); Kamal (Sanskrit).
1005. *Nymphaea violacea* : purple nymph Waterlily
1006. *Nyctanthes arbor-tristis* : Night Jasmine; Parijata (Sanskrit)
1007. *Ochrocarpus longifolius* : Alexandrian Laurel; Punnaga (Sanskrit).
1008. *Ocimum basilicum* : Basilico dolce, Erba reale, Arancio dei Ciabattini; sweet Basil, Basil (English); Basilic (Frenc); Luo Le (Chinese).
1009. *Ocimum sanctum* : Basilico odoroso; Holy Basil; Basttikum (Deutsch); Basilic odorant; Tulssi (Sanskrit).
1010. *Oenanthe aquatica* : Finocchio acquatico (tossico)
1011. *Oenanthe crocata* : Enante (molto tossica)
1012. *Oenanthe javanica* : water Celery, water Dropwort, Shui Qin
1013. *Oenanthe phellandrium* : Fellandrio o Finocchio acquatico (molto tossica)
1014. *Oenothera acaulis* : Enotera
1015. *Oenothera biennis* (*Enotera biennis*) : Enotera
1016. *Oenothera hookery* : Primavera della Sera; evening Primrose
1017. *Oenothera multicaulis* :Saya-Saya
1018. *Olea europaea* : Olivo; Olive
1019. *Oninis repens* : Bulinaca (potenzialmente tossica)
1020. *Ononis spinosa* (or *Adonis vernalis*) : Anonide, Ononide, Ononide spinosa (potenzialmente tossica)
1021. *Operculina turpethum* (*Ipomoea turpethum*; *Convolvulus turpethum*) : indian Jalap; Brast Liauische; Trivrit (Sanskrit)
1022. *Ophrys apifera* : Vesparia
1023. *Orchis maculata* : Concordia
1024. *Orchis morio* : Giglio caprino, Pan di Cuculo
1025. *Origanum dictamnus* : Dittamo
1026. *Origanum majorana* (*Majorana hortensis*) : Maggiorana; Marjoram(English)
1027. *Origanum vulgare* : Origano, Menta bastarda, Erba acciuga, Maggiorana selvatica; Oregano(English)
1028. *Ornithogalum umbellatum* (or *Calectasia*) : Latte di Gallina, Cipollone bianco, Stella di Betlemme, Star of Bethlehem.
1029. *Oroxylum indicum* : Ch'len Tseng (Chinese); Shyonaka (Sanskrit)
1030. *Orthosiphon stamineus* : Ortosifon, The di Giava
1031. *Oryza sativa* : Riso; Rice (English)
1032. *Oxalis acetosella* : Acetosella
1033. *Paederia foetida* : Pianta del Fiore cinese; chinese Flower Plant; Prasarini (Sanskrit).
1034. *Paeonia officinalis* : Peonia
1035. *Papaver rhoeas* : Papavero rosso, Rosalaccio
1036. *Papaver somniferum* : Oppio; Papevero del Sonno, Papavero sonnifero
1037. *Paris quadrifolia* : Uva di Volpe (potenzialmente tossica)
1038. *Passiflora incarnata* or *edulis* : Passiflora, Maracuja
1039. *Passiflora mollissima* : Curuba
1040. *Pastinaca sativa* : Pastinaca; parsnips(english)
1041. *Patersomia occidentalis* : purple Flag
1042. *Panax ginseng* : Ginseng coreano, Radice della Vita, Radice d'Uomo
1043. *Panax quinquefolium* : Ginseng americano
1044. *Pandanus odoratissimus, tectorius* : Fragrant Screwpine; Schrauben Palme; Togenashiadan (Japanese); Kataki (Sanskrit).
1045. *Panicum miliaceum* : Miglio
1046. *Papaver icelandica* : Papavero islandese, icelandic Poppy
1047. *Papaver rhoeas* : Rosalaccio (**potenzialmente tossico**)
1048. *Papaver somniferum* : Papavero dell' Oppio; Opium Poppy; Mohn (Deutsch); Keshi (Japanese); Ya-pin (Chinese); Affiun; Ahiphenam (Sanskrit).
1049. *Parietaria officinalis* : Parietaria
1050. *Parnassia palustris* : Erba di Parnasso; Grass of Parnassus
1051. *Passiflora edulis* or *incarnata* :Passiflora, Maracuja, Passiflore (French)
1052. *Pastinaca sativa* : Pastinaca
1053. *Patersonia xanthina* : yellow Flag
1054. *Pachyrhizus erosus* : Yam Beam, Liang Shu
1055. *Paullinia sorbilis* or *cupana* : Guaranà
1056. *Paw anigozanthos manglesii* : yellow and green Kankgaroo

1057. *Pedicularis rostrato-capitata* : Pedicolare
1058. *Peganum harmala* : syrian Rue; Harmelraute; Harmal (Sanskrit)
1059. *Pelargonium graveolens* : Geranio
1060. *Penstemon davidsonii* : Penstemon
1061. *Penstemon newberry* : mountain Pride
1062. *Perilla frutescens* : Perilla; purple Perilla, Zi Su (Chinese)
1063. *Persea amaericana* : Avocado
1064. *Persea gratissima* : Pero avocato
1065. *Petasites hybridus, officinalis* : Petasite, Farfaraccio, Cavolaccio
1066. *Petrophile linearis* : pixie Mops
1067. *Petroselinum crispum* or *sativum* : Prezzemolo riccio
1068. *Petroselinum hortense* (or *Apium petroselinum* or *Carum petrioselinum*) : Prezzemolo
1069. *Peucedanum graveolens* (*Anethum sowa*) : indian Dill (English); garten Dill; Indndo (Japanese); Misroya Satapushpi (Sanskrit).
1070. *Peucedanum officinale* : Finocchio porcino
1071. *Peucedanum ostruthium* : Erba rena, Imperatoria.
1072. *Peumus boldus* : Boldo
1073. *Pfaffia paniculata* : Suma
1074. *Phaseolus vulgaris* : Fagiolo ; Beans(English).
1075. *Phellodendron pertusum* (or *Philodendron pertusum*) : Filodendro o Monstera.
1076. *Phitolacca decandra* : Fitolacca.
1077. *Phoenix dactylifera* : Dattero
1078. *Phyllanthus emblica* (*Emblica officinalis*) : Emblic myrobalan (English), Amla (German), Amara (Japan), An Mole (Chinese), Amalik (Sanskrit)
1079. *Phyllantus fraternus, niruri* : Spaccapietra, Chanca Pietra (Espagnol) Niruri (French); Kidachimikanso (Japanese); Bhumyaamlaki (Sanskrit).
1080. *Phyrus communis* : Pera; Pear
1081. *Physalis alkekengi* : Alkekengi, Alchechengio, Chichingero.
1082. *Physalis angulata* or *Muehenbeckia volcanica* :Mullaca
1083. *Phyteuma hemisphaericum* : Fiteuma
1084. *Phyteuma spicatum* : Fiteuma spigata
1085. *Phytolaccia decandra* : Fitolaccia
1086. *Picca mariana* : black Spruce
1087. *Picea sitchensis* : sitka spruce Pollen
1088. *Picrorrhiza kurroa* : Kooren (Japanese); Hu Huang Line (Chinese); Katula (Sanskrit).
1089. *Picea abies* : Epicea (French)
1090. *Picea excelsa* (or *Abies excelsa*) : Abete rosso
1091. *Picea glauca* : white Spruce
1092. *Picea marina* (or *Pinus maritima*) : Pino marittimo
1093. *Pieris echioides* : Aspraggine
1094. *Pilea cavalieriei* : stone oil Rape, Shi You Cai (Chinese)
1095. *Pilocarpus jaborandi* : Jaborandi
1096. *Pimenta racemosa* (Pimento),
1097. *Pimpinella anisum* : Anice, Anice verde, Aice comune, Cumino dolce; Anise(English)
1098. *Pimpinella magna* : Tragoselino
1099. *Pimpinella major* : Pimpinella, Tragosellino
1100. *Pimpinella saxifraga* : Pimpinella
1101. *Pinguicula villosa* : hairy Butterwort
1102. *Pinguicula vulgaris* : Pinguicola
1103. *Pinus deodara* (*Cedrus libani, deodora*) : Cedro del Libano, Deodar, Cedre deodar (Sanskrit)
1104. *Pinus maritima* (or *Picea maritima*) : Pino marittimo
1105. *Pinus mughus, pumilius* : Pino mugo, Mugo
1106. *Pinus pinea* :Pino;Pine(English)
1107. *Pinus sylvestris* : Pino silvestre, Pino della Scozia; Pine (English)
1108. *Piper angustifolium* : Matico
1109. *Piper longum* : Pepe lungo; Long Pepper; Racines de poivre long; Hihatsu (Japanese); Pipo (Chinese); Pipali (Sanskrit).
1110. *Piper methysticum* : Kava Kava, Pepe kawa
1111. *Piper nigrum* : Pepe nero; black Pepper; Schwartzer Pfeffer; Poivre noir; Hu Jiao, Huchio (Chinese); Maricha (Sanskrit).
1112. *Piper sarmentosum* : false Pepper, Jia Ju (Chinese)
1113. *Pirola rutundifolia* : Limonio

1114. *Pirus malus* (or *Malus communis*) : Mela; Apple; Pommier (French);
1115. *Piscidia erythrina* : Piscidia
1116. *Pistacia lentiscus* : Lentisco, Lentischio.
1117. *Pistacia vera* : Pistacchio;Pistachios
1118. *Pisum sativum* : Piselli, Pea, (English) Wan Dou (Chinese)
1119. *Pittosporum tobira* : Pitosporo
1120. *Platanthera obtusta* : green Bog Orchid
1121. *Plantago arenaria* : Psillio
1122. *Plantago coronopus* : Coronopo
1123. *Plantago lanceolata* : Piantaggine femmina
1124. *Plantago major* : Piantaggine maggiore, Pentacciola pelosa; Ripplegrass, Waybread, Plantain, Che Qian Cao (Chinese).
1125. *Plantago ovata* : Ispaghul, Psillo indiano; Spogel Seeds, Ispaghula; Indische Psylli-samen (Deutsch); Obeko (Japanese); Ch'-Ch'ientzu (Chinese); Ashwagolam (Sanskrit).
1126. *Plantago psyllium* : Psillio
1127. *Platanus orientalis* : Platano
1128. *Plygonum bistorta* : Bistorta
1129. *Plumbago zeylanica* : white Leadwort; Bleiwurz; Dentalaire de Cylon; Indo matsuri (Japanese); Pai Hau (Chinese); Chitraka (Sanskrit).
1130. *Plumeria alba* : Fiore della Pagoda, Fiore del Tempio, Pagoda Flower.
1131. *Plumeria rubra* : Temple
1132. *Phoenix dactylifera* : Datteri
1133. *Poinciana pulcherrima* : Peacock
1134. *Polemonium pulcherrima* : Jacob's Ladder
1135. *Polygala amara* : Poligala amara
1136. *Polygala chinensis* : Poligala cinese
1137. *Polygala senega* or *virginiana* : Poligala senega, Poligala della Virginia
1138. *Polygonum alaskanum* : wild Rhubarb
1139. *Polygonum aviculare* : Coreggiola, Correggiola, Centinodia, Sanguinaria
1140. *Polygonum bistorta* : Bistorta, Serpentina
1141. *Polygonum hydropiper* : Pepe d'Acqua
1142. *Polygonatum officinale* (or *Convallaria polygonatum*) : Poligonato, Sigillo di Salomone
1143. *Polypodium lepidopteris* : Samambaia
1144. *Polypodium vulgare* : Felce dolce, Polipodio
1145. *Polyporus officinalis* : Agarico bianco
1146. *Polysticum filix*-mas : Felce maschio
1147. *Populus balsamifera* : balsam Poplar
1148. *Populus nigra* : Pioppo nero
1149. *Populus tremula, tremuloides* : Pioppo tremulo; Aspen;
1150. *Portulara grandiflora* : office Flower
1151. *Portulaca oleacea* : Portulaca, Porcellana, Purslane, Ma Chi Xian (Chinese)
1152. *Potentilla anserina* : Anserina, Argentina
1153. *Potentilla aurea* : Pontentilla dorata
1154. *Potentilla erecta* : Tormentilla
1155. *Potentilla fruticosa* : Rosa della Tundra; Tundra Rose
1156. *Potentilla grandiflora* : Tormentilla
1157. *Potentilla reptans* : Cinquefoglio
1158. *Potentilla tormentilla* : Tormentilla.
1159. *Poterium sanguisorba* : Meloncello, Salvastrella
1160. *Poterium spinosum* : Spinaporci
1161. *Premna corymbosa, integrifolia, obtusifolia* (*Cornutia corymbosa*): Corimbosa; Agnimantha (Sanskrit)
1162. *Primula acaulis* : Primavera ad Occhio di Civetta
1163. *Primula hirsuta* : Primula irsuta, o viscosa
1164. *Primula officinalis, veris* : Primula, Primavera
1165. *Prosopis pallida* :Algarroba
1166. *Prunella vulgaris* : Brunella; self-Heal ; Brunelle
1167. *Prunus africana* : Pygeum africano
1168. *Prunus amygdalus* (or *Amygdalus communis*) : Mandorla, Mandorle, Mandorle dolci; Almond; Mandelbaum; Amandier; Badama (Sanskrit).
1169. *Prunus armeniaca* : Albicocca, Apricot (French)
1170. *Prunus avium* : Ciliegia selvatica
1171. *Prunus cerasifera* : Mirabolano; Cherry Plum

1172. *Prunus cerasus* : Ciliegia, Amarasco, Ciliegia visciola, Marasca-Cherry
1173. *Prunus domestica* : Susino, Pruno domestico
1174. *Prunus laurocerasus* : Lauroceraso (potenzialmente tossica)
1175. *Prunus mumus* : Pruno cinese
1176. *Prunus nigra* : Prugna nera
1177. *Prunus persica* : Pesca; Pecher (French).
1178. *Prunus puddum* : bird-cherry (English); Traubenkirsche; Padmaka (Sanskrit).
1179. *Prunus spinosa* : Prugna selvatica, Prugnolo
1180. *Prunus subhirtella* : Ciliegio del Giappone
1181. *Psidium guajava* :Guava
1182. *Psoralea corylifolia* : Babchi Seeds; Bawchan (Deutsch); Vakuchi (Sanskrit).
1183. *Pteleopsis habeensis* : Emba-Tule
1184. *Pterocarpus marsupium* : Malabarkino (English and Deutsch); Pterocarp (French); Pitasala (Sanskrit).
1185. *Pterocarpus santalinus* : red Sandalwood; Dunkelrothe Flugel- Fruct; Santal rouge (French); Tan hasiang (Chinese); Rakta chandana (Sanskrit)
1186. *Ptychopetalum olacoides* or *Liriosma ovata* : Muira puama
1187. *Pulmonaria angustifolia* : Polmonaria a Foglie strette
1188. *Pulmonaria officinalis* : Polmonaria
1189. *Pulsatilla nigricas* (or *Anemone pulsatilla*) : Anemone dei Prati
1190. *Pulsatilla vulgaris* : Pulsatilla
1191. *Punica granatum* : Melograno; Pomegranate; Granatbaum; Grenadier; Zakuro (Japanese); An-shih-liu (Chinese); Dadima (Sanskrit).
1192. *Ptychotis ajowan* (*Carum copticum*, *Trachyspermum ammi*) : Aiovano; Omum, Ajowan Kummel, Yamani
2) *Pueraria thomsonii* : sweet kudzu Vine, Gan Ge (Chinese)
1193. *Pulicaria dysenterica* : Pulicaria
1194. *Pyrethrum coronarium* : Piretro
1195. *Pyrethrum partenium* : Erba di Santa Maria
1196. *Pyrola secunda* : one-sided Witergreen
1197. *Pyrus communis* : Pera
1198. *Pyrus cydonia* : Pera cotogna
1199. *Pyrus sorbus* : Sorbo
1200. *Quassia amara* or *excelsa* : Quassia
1201. *Quercus alba* : Quercia bianca
1202. *Quercus peduncolata* : Farnia, Eschio
1203. *Quercus robur* : Quercia comune, Rovere; Oak
1204. *Quillaia saponaria* or *smeghaderina* : Quillaia
1205. *Quisqualis indica* : ragoon Creeper
1206. *Ranunculus acris, acer* : Ranuncolo, Bottone d'Oro; Bouton d'Or (potenzialmente tossica)
1207. *Ranunculus bulbosus* : Lappio
1208. *Ranunculus ficaria* : Favagello o Celidonia minore
1209. *Ranunculus glacialis* : Erba camozzera
1210. *Ranunculus occidentalis* : Ranuncolo di Palude, Buttercup
1211. *Raphanus sativus niger* : Rafano nero, Ravanello nero, Radice nera
1212. *Raphanus sativus* : Ramolaccio; Radish; Riibenrettig (Deutsch); Raifort cultivé; Daikon (Japanese); Lai fu (Chinese), Luo Bo (Chinese); Moolaka (Sanskrit).
1213. *Raphanus sativus parvus* : Ravanello
1214. *Rauwolfia serpentina* : Serpentina (Italian and English); Rauwalfia (Deutsch); Indojaboku (Japanese); Sarpagandha (Sanskrit); .
1215. *Reseda odorata* : Reseda
1216. *Rhamnus cathartica* : Spino cervino .
1217. *Rhamnus frangula* or *Frangula alnus* : Frangola, Frangula .
1218. *Rhamnus sagrada* or *purshiana* : Cascara, Sagrada, Cascara sagrada.
1219. *Rheum emodi* : Rabarbaro indiano; indian Rhubarb; Chosendaio (Japanese); Yunn-anta-huang (Chinese); Amlavetasa (Sanskrit).
1220. *Rheum officinale* : Rabarbaro; Rhubarb; Rhabarber; Rhubrabde
1221. *Rheum sinense* or *palmatum* : Rabarbaro cinese; chinese Rhubarb;
1222. *Rhodiola rosea* : Radice d'Oro, o Radice artica
1223. *Rhododendron campylocarpum*, *aureum*, *chrysanthum* : Rododendro, Rosa alpina
1224. *Rhododendron ferrugineum* : Rhododendron (French).
1225. *Rhus aromatica* : Rhus aromatica
1226. *Rhus cotinus* : Cotino (Tossica)
1227. *Rhus diversiloba* : poison Oak

1228. *Rhus succedanea* : Sommacco; Galls; Sumach (Deutsch); Hazenoki (Japanese); Lu (Chinese); Karkatashringi (Sanskrit)
1229. *Ribes nigrum* : Ribes nero
1230. *Ribes rubrum* : Ribes rosso
1231. *Ricinus communis* : Ricino comune; Castor oil Plant; Rhizinus (Deutsch); Ricin (French); Togoma (Japanese); Peima (Chinese); Eranda (Sanskrit).
1232. *Robinia pseudo acacia* : Falsa Acacia, Robinia; false Acacia, locust Tree
1233. *Rorippa indica* : indian Fieldcress, Hang Cai
1234. *Rosa acicularis* : prickly wild Rose
1235. *Rosa californica* : Rosa californiana, california wild Rose
1236. *Rosa canina* : Rosa canina, Rosa selvatica, Rosa spina, Rosa di Macchia, Scarnigia, Sweet brier, Wild Rose; .
1237. *Rosa centifolia* : Rosa pallida
1238. *Rosa gallica* or *damascena* : Rosa rossa
1239. *Rosa moschata* : Rosa muschiata
1240. *Rosmarinus officinalis* : Erba da Corone, Erba dei Trovatori, Ramerino, Tresomarino; Rosemary; Rosmarin (French); .
1241. *Rottlera tinctoria* or *Mallotus philippinensis* : Rottlera
1242. *Rubia cordifolia* : indian Madder; Farberwurzel (Deutsch); Garance (French); Akane (Japanese); Ch'ien-ts'oa (Chinese); Manjista (Sanskrit).
1243. *Rubia tinctorium* : Robbia
1244. *Rubus fruticosus, orsinus* : Mora, Rovo; Blackberry; Mure sauvage
1245. *Rubus idaeus* : Lampone
1246. *Rudbeckia hirta* : black-eyed Susan
1247. *Rumex acetosa* : Acetosa
1248. *Rumex crispus* : Romice comune, Lapazio
1249. *Rumex patentia* : Lapazio
1250. *Ruscus aculeatus* : Rusco, Pungitopo, Asparago pazzo
1251. *Ruta graveolens* : Ruta; Garden Rue; Raute (Deutsch); Matskareso (Japanese); T'sao (Chinese); Sadapaha (Sanskrit); (potenzialmente tossica)
1252. *Saccharomyces cerevisiae* : Lievito di Birra
1253. *Sagittaria trifolia* : Arrowhead , Ci Gu
1254. *Salix alba* : Salice bianco
1255. *Salix bebbiana* : Willow
1256. *Salix purpurea* : Salice rosso
1257. *Salix vitellina* : Salice giallo; Willow
1258. *Salmalia malbarica* : red silk Cotton
1259. *Salvadora persica* : Salvatore di Persia; Tooth brush Tree; Perische (Deutsch); Salvadore de Persa; Pilu (Sanskrit).
1260. *Salvia lavandulifolia, officinalis* : Salvia, Erba gobba, Erba sacra; Sage (English); Sauge (French);
1261. *Salvia militiorrhiza* : Salvia cinese
1262. *Salvia pratensis* : Salvia dei Prati
1263. *Salvia sclarea* : Salvia slarea .
1264. *Sambucus ebulus* : Ebbio
1265. *Sambucus nigra* : Sambuco, Sambucaro, Sango .
1266. *Sanguinaria canadensis* : Sanguinaria .
1267. *Sanguisorba officinalis* or *Poterium sanguisorba* : Sanguisorba, Pimpinella, Salvastrella;
1268. *Sanguisorba stipulata* : sitka Burnet
1269. *Sanicula europaea* : Erba fragolina
1270. *Santalum album* : Sandalo; white Sandalwood; Weisses Sandelholz (Deutsch); Santal (French); Byakudan (Japanese); Tan hsiang (Chinese); Chandanam (Sanskrit).
1271. *Santolina chamaecyparissus* : Santolina
1272. *Santureja hortensis* : Peverella Satureia, Santoreggia
1273. *Santureja montana* : Santoreggia montana
1274. *Saponaria officinalis* : Saponaria .
1275. *Saraca indica* : Asoka; Muyuju (Japanese); Asoka (Sanskrit).
1276. *Sarothamnus scoparius* (or *Spartium scoparium*) [Papilionaceae] : Ginestra dei Carbonai (Tossica).
1277. *Sassifrax officinale* or *varifolium* : Sassofrasso
1278. *Saussurea lappa* : Costus; Kostwurz (Deutsch); Kushtha (Sanskrit).
1279. *Saxifraga aizoides* : Sassifraga dei Ruscelli
1280. *Saxifraga ligulata* (*Bergenia ligulata*) : Steinbrech (Deutsch), Pashanbheda (Sanskrit).
1281. *Saxifraga oppositifolia* : Sassifraga a Foglie opposte
1282. *Scabiosa lucida* : Scabbiosa, Scabiosa

1283. *Scabiosa succisa* : Scabbiosa, Scabiosa
1284. *Schinus molle*: Pepe rosa, Albero del Pepe del Brasile; Brazilian peppertree
1285. *Schizandra sinensis* : Schisandra; Wu Wei Zi;
1286. *Schkuhria pinnata* :Canchalahua
1287. *Scrophularia nodosa* : Scrofularia maggiore
1288. *Scilla maritima* (or *Urginea maritima*) : Scilla o Cipolla marina
1289. *Scilla nutans* : Giacinto a Campanelle
1290. *Scleranthus annuus* : Centigrani; Scleranthus
1291. *Scolopendrium officinale* : Scolopendrio
1292. *Scoparia dulcis* : Vassourinha
1293. *Scorzonera hispanica* : Scorzonera
1294. *Scrophularia nodosa* : Castagnola
1295. *Scutellaria baicalensis* or *latiflora* : Scutellaria, Zucchetto, Papalina
1296. *Scutellaria bardana* : Menta della Sila
1297. *Secale cereale* : Segale Rye(english)
1298. *Sedum album* : Erba pignola
1299. *Sedum dasyphyllum* : Porcellana
1300. *Semecarpus anacardium* : Anacardio orientale; Marking Nut Tree; Ostindis Chertintenbaum (Deutsch); Noix a marquer (French); Sumiurushinoki (Japanese); Bhallataka (Sanskrit).
1301. *Sempervivum aracnoideum* : Semprevivo
1302. *Sempervivum tectorum* : Semprevivo, Barba di Giove.
1303. *Sempervivum montanum* : Semprevivo montano
1304. *Senapsis alba* : Senape
1305. *Senecio aureus* : Senecione
1306. *Senecium incanus* : Senecione canuto.
1307. *Sequoia gigantea* : Sequoia
1308. *Serapias longipetala* : Bocca di Gallina
1309. *Serenoa repens* : Palma nana, saw Palmetto.
1310. *Serenoa serrulata* : Sabal
1311. *Sesamum indicum* or *orientale* : Sesamo; Sesamum; Sesam (Deutsch); Sesame (French); Goma (Japanese); Hu ma (Chinese); Tila (Sanskrit).
1312. *Sheperdia canadensis* : Soapberry
1313. *Sida cordifolia* : Sida; Country Mallow; Marubakingojikuwa (Japanese); Kedong (Chinese); Bala (Sanskrit).
1314. *Sidalcea sp.* : Mallow
1315. *Silene californica* : indian Pink;
1316. *Silene cucubalus* : Verzol, Verzini
1317. *Silene inflata* : Silene
1318. *Silene vulgaris* : Strigoli
1319. *Silybum marianum* (or *Carduus marianus*) : Cardo mariano, Cardo di Maria, Cardo asinino, Cardo lattato
1320. *Simarouba amara* or *Simaruba officinalis* : Simaruba
1321. *Simmondsia chinensis* : Jojoba
1322. *Sinapis alba* : Senape bianca
1323. *Sinapsis arvensis* : Senape selvatica; Mustard (English)
1324. *Sisymbrium officinale* : Erisimo
1325. *Smilax aspera, sarsaparilla officinalis* or *utilitis* : Smilace, Salsapariglia, Barba di Magnano, Erba serretta, Rogo cervino, Sarsaparilla
1326. *Smilax china* : Salsapariglia cinese.
1327. *Solanum dulcamara* : Dulcamara
1328. *Solanum indicum* : indian Nightshade; Indische Nachtschatten; Shirosuzume-nasubi (Japanese); Housang kiue (Chinese); Brahati vanavrinktaki (Sanskrit).
1329. *Solanum lycopersicum* : Pomodoro ;tomato(english)
1330. *Solanum melongena* : Melanzana, Eggplant, Aubergine, Jia (Chinese)
1331. *Solanum nigrum* : Morella; black Nightshade; Alpkraut (Deutsch); Inubozuki (Japanese); Ti'en kui tse (Chinese); Kakamachi (Sanscrit); (potenzialmente tossica)
1332. *Solanum quitoense* : Lulo
1333. *Solanum paniculatum* :Jurubeba
1334. *Solanum photeinocarpum* : black Nightshade, Long Kui
1335. *Solanum surattense, xanthocarpum* : Kantakari (English); Nacutsebattin (Deutsch); Kinginnasubi (Japanese); Kantakari (Sanscrit).
1336. *Solanum tuberosus* : Patata, Potato, Ma Ling Shu
1337. *Soldanella alpina* : Soldanella
1338. *Solidago virga aurea, canadensis* : Solidago, Verga d'Oro; Golden rod

1339. *Sonchus oleraceus* : Sonco
1340. *Sorbus aucuparia* : Sorbo degli Uccellatori
1341. *Sorbus domestica* : Sorbo domestico
1342. *Spartium scoparium* (or *Sarothamnus scoparius*) : Ginestra dei Carbonai
1343. *Spartium juniceum* : Ginestra di Spagna, di Maggio (Tossica)
1344. *Spathodea campanulata* : Tulipano, Tulip
1345. *Specularia speculum* : Specchio di Venere
1346. *Sphaeranthus indicus* : east indian Globe Thistle; Munditika (Sanskrit)
1347. *Sphagum sp*. : Sphagum Moss
1348. *Spigalia anthelmia* : Spigalia
1349. *Spinacia oleracea* : Spinacio; Spinach; Bo Cai (Chinese)
1350. *Spiraea aruncus* : Spirea
1351. *Spiraea beauverdiana* : Spiraca
1352. *Spiraea filipendula* : Erba peperina
1353. *Spiraea ulmaria* or *Filipendula ulmaria* : Olmaria, Ulmaria, Regina dei Prati
1354. *Spiranthes romanzoffiana* : Lady's Tresses
1355. *Spirulina maxima* : Spirulina
1356. *Stachys arvensis* : Erba del Cancro
1357. *Stachys officinalis* (or *Betonica officinalis*) : Betonica
1358. *Stachys sieboldi* : chinese Artichoke, japanese Artichoke, Gan Lu Zi
1359. *Stachytarpheta jamaicensis* :Gervagno
1360. *Stellaria media* : Stellaria, Centonchio, goose intestine Vegetable, Chickweed, E Chang Cai (Chinese)
1361. *Sterculia acuminata* : Cola noci, Noci di Cola.
1362. *Stevia rebaudiana* : Stevia
1363. *Sticta pulmonaria* (or *Lobaria pulmonaria*) : Lichene polmonaria
1364. *Stirax officinalis* : Benzoino,
1365. *Strophanthus hispidus* or *kombe* or *gratus* : Strofanto
1366. *Strychnos nux-vomica* : Noce vomica (Stricnina); Gemeinerbrech Nussbaum (Deutsch); Noizvomique (French); Machin (Japanese); Fan Mu Pieh (Chinese); Kupilu (Sanskrit); .
1367. *Stylidium schoenoides* : Cowkicks
1368. *Styrax benzoin* : Benzoino
1369. *Styrax officinalis* (*Altingia excelsa*) : Storace, Storax, Rasamala (Deutsch), Sillhaka (Sanskrit)
1370. *Sutherlandia frutescens* : Cespuglio del Cancro; Cancer Bush
1371. *Swertia chirata* : Chiretta; Chireta (English), Chirata-kraut (Deutsch), Senburi (Japanese), Toyaku (Chinese), Kirata tikta (Sanskrit)
1372. *Symphytum officinale* : Consolida maggiore, Erba del Cardinale; Consoude (French)
1373. *Symplocos racenosa* Lodh Tree, Hainoki (Japanese) Lodhra (Sanskrit).
1374. *Sysymbrium officinale* : Erisimo, Cima amarella, Erba cornacchia, Rapa selvatica, Rapino
1375. *Syringa vulgaris* : Serenella, Siringa, Lilas ; Lilas (French).
1376. *Tabebuia avellanedae* : Lapacho
1377. *Tabebuia species (impetiginosa, heptaphylla, avellanedae, rosea, serratifolia, cassinoides)*: Pau d'Arco, Ipe Roxo, Taheebo, Lapacho
1378. *Tacca aspera* : Tacca
1379. *Tamarix gallica* : Tamerice
1380. *Tamarindus indica* : Tamarindo, Tamarind, Tamarindenbaum (Deutsch), Tamarinier (French), Tomarindo (Japanese), Makkham (Chinese), Amlika (Sanskrit);
1381. *Tamus communis* : Tamaro.
1382. *Tanacetum parthenium* : Partenio
1383. *Tanacetum vulgare* : Tanaceto; Tansy .(tossico)
1384. *Taraxacum officinalis* (or *Taraxacum dens leonis*, or *Leontodon taraxacum*) : Tarassaco, Dente di Leone, Cicoria matta, Soffione, Pisciacane; Dandelion (English), Lowenzahn (Deutsch), Pissenli (French); Seiyotanpope (Japanese), P'u kung ying (Chinese), Dugdha feni (Sanskrit); .
1385. *Taxus baccata* : Tasso, Albero della Morte; Biemi, Tree of Death (English); Eilec (Deutsch), Talispatra (Sanskrit); (Tossica)
1386. *Tecoma undulata* : Tecoma
1387. *Tectona grandis* : Teakwood
1388. *Telosma cordata* : Cordate Telosma, Ye Lai Xiang (Chinese)
1389. *Tephrosia purpurea, maxima, laceolata* : Tefrosia, Purple tephrosia (English), Nabankusafuji (Japanese), Nah troi (Chinese), Sarapunkha (Sanskrit).
1390. *Terminalia arjuna* : Arjuna myrobalan (English), Arjuna (Sanskrit)
1391. *Terminalia belerica* : Belerica, Belleric myrobalan (English), Myrobalane (Deutsch), Bererikamiro baran (Japanese), Bang nut (Chinese), Vibhitaka (Sanskrit).

1392. *Terminalia chebula* : Chebula, Chebulic myrobalan (English), Rispiger Myrobalanenbaum (Deutsch), Shirobarannoki (Japanese), He lile (Chinese), Haritaki (Sanskrit).
1393. *Tessaria integrifolia* :Pajarobobo
1394. *Teucrium chamaedrys* : Camedrio o Querciola
1395. *Teucrinum marum* : Maro, Erba dei Gatti
1396. *Teucrium scorodonia* : Scorodonia
1397. *Teucrium scordium* Scordio
1398. *Thalictrum foliolosum* : Gold thread, Tryamana (Sanskrit)
1399. *Thapsia garganica* : Tapsia
1400. *Theobroma cacao* : Cacao ; Cocoa (English)
1401. *Thuya occidentalis* : Tuia, Albero della Vita (contiene turione, tossico)
1402. *Thymus serpillum* : Timo Serpillo, Erba soltorella, Timo cedrato; Time(English)
1403. *Thymus vulgaris* : Timo comune, Pepolina, Timo dei Giardini ; Time(English)
1404. *Thysanonthus manglesianus* : Fringer Lily Twiner
1405. *Tiarella trifoliata* : Laceflower
1406. *Tilia cordata, europaea, platyphilla, vulgaris* :Tiglio; Tilleul (French)
1407. *Tilia tomentosa, argentea* : Tiglio argenteo
1408. *Tinospora cordifolia* : Tinospora, Ibonashitsu zurabuji (Japanese), Kuan chu hisng (Chinese), Guduchi (Sanskrit).
1409. *Trachyspermum ammi* (or *Carum copticum*, or *Ptychotis ajowan*): Aiovano; Omum, Ajowan Kummel, Yamani
1410. *Tragopogon pratensis* : Barba di Becco
1411. *Trapaeolum maius* : Nasturzio
1412. *Tribulus terrestris* : Albero sacro, small Caltrops; Croix de chevalier; Hamabishi (Japanese); Xinnao Shu Tong, Chili (Chinese); Gokshura (Sanskrit).
1413. *Trifolium alpinum* : Trifoglio alpino; Claver
1414. *Trifolium pratensae* : Trifoglio pratense, Clover
1415. *Trifolium rubeus*: Trifoglio rosso, Red Clover
1416. *Trigonella foenum graecum*: Fieno greco; Fenugreek; Fenugre (French); Koroha (Japanese); Medhika (Sanskrit); .
1417. *Trillium chloropetalum* : Trillium
1418. *Triteleia ixioides* : pretty Face
1419. *Triticum durum* : Frumento duro, Grano duro; wheat(English)
1420. *Triticum spelta* :Farro;spelt(English)
1421. *Triticum turgidum* : Frumento kamut (antico Egitto)
1422. *Triticum aestivum* or *vulgare* : Frumento tenero, Grano tenero; soft wheat(English)
1423. *Tropaeolum majus* : Nasturzio; Nasturtium; Capucine (French).
1424. *Tulipa clusiana* : Lancetta
1425. *Tulipa silvestris*: Tulipano bolognino
1426. *Turnera aphrodisiaca* or *diffusa* : Damiana
1427. *Tussilago farfara* : Farfara, Farfaro, Tussilagine
1428. *Typha latifolia* : Stancia; cattail Pollen
1429. *Ulex europaeus* : Ginestrone, Gorse
1430. *Ulmus campestris* : Olmo
1431. *Ulmus fulva* or *rubra* : Olmo rosso
1432. *Ulmus glabra* : Olmo
1433. *Ulmus procera* : Olmo inglese, Elm
1434. *Uncaria guianensis* or *tomentosa*: Unghia di Gatto
1435. *Uragoga emetica* : Ipecacuana
1436. *Urginea indica* : indian Squill; Indische Meerzwiebel; Vana palandam (Sanskrit).
1437. *Urginea maritima* (or *Scilla maritima*) : Scilla o Cipolla marina
1438. *Ursinia anthemoides* : Ursinia
1439. *Urtica dioica* (or *Hurtica dioica*) : Ortica grande; Ortie (French);
1440. *Urtica urens* : Ortica
1441. *Utricolario vulgaris* : Bladderwort
1442. *Vaccinium myrtillus* : Mirtillo nero
1443. *Vaccinium uliginosum* : blueberry Pollen; bog Blueberry
1444. *Vaccinum vitis idaea* : Mirtillo rosso, Vite del Monte Ide
1445. *Valeriana jatamansi or wallichii* : Valeriana indiana; indian Valerian; Indische Baldrian; Thuwarala (Japanese); Tagara (Sanskrit)
1446. *Valeriana officinalis* : Valeriana, Amantilla, Erba gatta, Nardo selvatico; Valerian; Baldrian (English); Valeriane (French);
1447. *Valerianella olitoria* : Valerianella

1448. *Vanda roxburghii or tessellata* : Vanda; Rasna (Sanskrit)
1449. *Vanilla planifolia, aromatica, fragrans* : Vaniglia
1450. *Veratrum album* : Veratro bianco, Elleboro bianco (Tossica)
1451. *Veratrum nigrum* : Veratro nero
1452. *Verbascum densiflorum* : Verbasco
1453. *Verbascum thapsus* : Verbasco, Candela Regia, Guaraguasco, Tasso Barbasso; Mullein
1454. *Verbena officinalis* : Verbena, Berbena, Erba crocetta, Erba grana, Erba sacra, Menta di San Pietro; Vervain .
1455. *Vernonia aenulans* : Vatke
1456. *Vernonia anthelminticum* (*Centratherum anthelminticum*) : Vernonia, Aranjajira (Sanskrit).
1457. *Vernonia cinerea* : Ash-colored fleabane; Yanbaruhikodai (Japanese); Sahadevi (Sanskrit).
1458. *Vernonia senegalensis* : Omo-Kuka
1459. *Veronica alpina* : Veronica
1460. *Veronica beccabunga* : Beccabunga
1461. *Veronica chamaedrys* : Veronica
1462. *Veronica officinalis* : Veronica, The svizzero
1463. *Verticordia mitcheliana* : red Feather
1464. *Viburnum lantana* : Viburno, Lentaggine
1465. *Viburnum prunifolium* : Viburno
1466. *Vicia faba* : Fave, broad Bean, Can Dou (Chinese)
1467. *Vigna radiata* : mung Bean, black Gram, green Gram, Lu Dou (Chinese)
1468. *Vigna unguiculata* : black-eyed Pea, Cowpea, Dou Jiao (Chinese)
1469. *Vigna unguiculata* : rice Bean (a variety of Cowpea), Fan Dou (Chinese)
1470. *Vinca alba*: old Maid
1471. *Vinca major* : Pervinca maggiore (**Tossica**)
1472. *Vinca minor* : Pervinca (**Tossica**)
1473. *Vinca rosea* : Vinca (**Tossica**)
1474. *Viola calcarata* : Viola Farfalla
1475. *Viola odorata* : Viola mammola, Violetta; wild Violet; Wildnechendes Veilchen; Niosumaire (Japanese); Banaphsha (Sanskrit).
1476. *Viola renifolia* : white Violet
1477. *Viola tricolor* : Violetta, Viola del Pensiero; blu elf Viola; Pensee (French);
1478. *Viscum album* : Vischio .
1479. *Viscum album crataegi* : Vischio di Biancospino
1480. *Vitex agnus castus* (*Agnus castus*, *Vitex trifoglia*) : Agnocasto, Pepe dei Monaci
1481. *Vitis quadrangularis* (*Cissus quadrangularis*, *Heliotropium indicum*) : Conciaossa, Bone setter, Hirassa, Asthisanhari (Sanskrit)
1482. *Vitis vinifera rubra* : Vite rossa, Uva nera; Grapes (English); Rosinen (Deutsch); Raisin (French); Budo (Japanese); P'u t'ao (Chinese), Draksha (Sanskrit);
1483. *Wahlenbergia capensis* : Cape Bluebell
1484. *Wisteria sinensis* : Glycine (French);
1485. *Withania somnifera* : Winter cherry; Aswangandha (Japanese); Ashvagandha (Sanskrit).
1486. *Yucca schidigera* : Yucca
1487. *Xanthorrea preissi* : Balga blackboya
1488. *Xanthosia rotundifolia* : southern Cross
1489. *Xanthoxilum fraxineuem* : Frassino spinoso
1490. *Zantedeschia sp.* : callia Lily
1491. *Zanthoxylum alatum* : Gelbholz (Deutsch); Asakurazansho (Japanese); Chiao (Chinese); Tejpal (Sanskrit)
1492. *Zea mays* : Mais, Granturco; sweet Corn, Corn, Maize; Mais doux (French); .
1493. *Zingiber officinalis* : Zenzero; Ginger (English); Inguere (Deutsch); Gingembre (French); Shoga (Japanese); Chiang, Jiang (Chinese); Ardhrakam (Sanskrit);
1494. *Zinnia elegans* : Zinnia
1495. *Zizania caduciflora* : wild rice Stem, Jiao Bai (Chinese)
1496. *Zizyphus jujuba or martiana* : Jijube Fruit; Stumpfblattriger Judendorn (Deutsch); Jujubier (French); Gnumatsume (Japanese); Hong tsao (Chinese), Badri (Sanskrit).
1497. *Zizyphus vulgaris* : Giuggiolo; Jujube; Brustbeeren; Natsume (Japanese); Suan tsao (Chinese); Unnab (Sanskrit).

Bibliografia

Sono qui riportati circa 1700 lavori scientifici indicati nel libro, in nome della "*Evidence Based Medicine*", o "Medicina basata sulle Prove" che risponde al seguente percorso formativo del medico:

1. Formulare un quesito clinico;
2.Cercare le migliori prove scientifiche disponibili;
3. valutare criticamente le prove scientifiche;
4. Agire sulla base delle prove raccolte;
5. Valutare i propri risultati

1) Aapro MS: *Retinoids in oncology*, Eur J Cancer.; 31A(5): 834-835, 1995.
2) Abel U.: *Chemio-Terapia di carcinomi in stadio avanzato: un inventario critico*, in: Biomed and Pharmacother, vol. 46, 1992, aggiorn. 1995, pp. 439-452 www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3231
3) Adamson PC: *Clinical and pharmacokinetic studies of all-trans-retinoic acid in pediatric patients with cancer*, Leukemia.; 8, pp: 1813-1816, 1994 .
4) Ahmad N.: *Green Tea constituent epigallocatechin-3-gallate and induction of apoptosis and cell cycle arrest in Human Carcinoma Cells*, Journal of the National Cancer Institute Vol 89 No.24, 1997.
5) Ahmad N: *Green Tea polyphenols and cancer: biological mechanism and pratical implications*, Nutrition Review. pp: 78-83, 1999
6) Albanes D: *Alpha-Tocopherol and beta-carotene supplements and lung cancer incidence in the alpha-tocopherol, beta-carotene cancer prevention study: effects of base-line characteristics and study compliance*, J Natl Cancer Inst.; 88, pp: 1560-1570, 1996.
7) Alexander H.L. : *Cancro, principi e pratica dell'oncologia*, Lippincott and Co., Philadelphia, 1993, 4.a ediz.
8) Anscher M.S., *Short comunication: Normal tissue injury after cancer therapy is a local response exacerbated by an endocrine effect of TGF*, "British Journal of Radiology", 68, 331-333, 1995.
9) Arca MJ.: *Diverse manifestations of tumorigenicity and immunogenicity displayed by the poorly immunogenic B16-BL6 melanoma transduced with cytokine genes*, Cancer Immunology, Immunotherapy, 42, pp.: 237-245, 1996
10) Arnold A: *Phase II trial of 13-cis-retinoic acid plus interferon alpha in non-small-cell lung cancer*, J. Natl. Cancer Inst.; 86, pp: 306-309, 1994
11) Aruga E.: *Immune responsiveness to a murine mammary carcinoma modified to express B7-1, Interleukin-12, or GM-CSF*, Cancer Gene Therapy, 4, pp.: 157-166, 1997
12) Ashley F.: *The use of Aloe vera in the treatment of thermal and irradiation burns in laboratory animals and humans*, Plastic Reconstr. Surg., 20, 383-396
13) Atiba JO: *Correction malignant glioma*, J Clin Oncol.; 15: pp.1286-1287, 1997
14) Ault A: *Retinoids promising in Kaposi's sarcoma trials*, Lancet; 351, pp. 1185. 1998
15) Baccarani M.: *D-Verapamil down-modulates P170-associated resistance to doxorubicin, daunorubicin and idarubicin*, "Anti-Cancer Drugs", 4, pp 173-180, 1993.
16) Bakowski M.T.: *Chemio-Terapia del cancro del polmone non a piccole cellule: una rassegna e uno sguardo al futuro*, Cancer Treatments Reviews, vol.10, pp. 159-172, 1983
17) Band PR: *Retinoids and breast cancer*, Prog. Clin. Biol. Res. 354A, pp: 361-377, 1990
18) Barthet M: *Vitamins A and E in digestive cancers*, C R Acad Sci III.; 309, pp: 101-104, 1989, French.
19) Barton DL: *Prospective evaluation of vitamin E for hot flashes in breast cancer survivors*, J Clin Oncol.; 16, pp: 495-500. 1998.
20) Barth TJ: *Redifferentiation of oral dysplastic mucosa by the application of the antioxidants beta-carotene, alpha-tocopherol and vitamin C*, Int J Vitam Nutr Res.; 67, pp: 368-376, 1997.
21) Belfi C.A.: *Comparison of the effects of Hydralazine on tumor and normal tissue blood perfusion by MRI*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys." Vol. 29, pp. 473-479, 1994.
22) Bella M.: "Regime di cisplatino convenzionale confrontato con cisplatino a intenso dosaggio nei casi di carcinoma ovarico avanzato", Abstract No. 706, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol., vol.11, pp.223, 1992
23) Benner SE: *Retinoid chemoprevention of second primary tumors*, Semin Hematol.; 31(4 Suppl 5), pp: 26-30, 1994.
24) Benner SE: *Current status of retinoid chemoprevention of lung cancer*, Oncology (Huntingt); 9, pp. 205-210, 1995.
25) Bertram JS: *Rationale and strategies for chemoprevention of cancer in humans.*
Cancer Res ; 47, pp:3012-31, 1987

26) Bisi G., *Rest Technetium-99m Sestamibi Tomography in Combination With Short-Term Administration of Nitrates: Feasibility and Reliability for Prediction of Postrevascularization Outcome of Asynergic Territories*, "J. Am. Coll. Cardiol.", 24, pp. 1282-1289, 1994.
27) Bissett D., *Phase I and pharmacokinetic study of D-verapamil and doxorubicin*, "Br. J. Cancer ", pp.1168-1171,1991.
28) Blazsek I: *Combined differentiation therapy in myelodysplastic syndrome with retinoid acid, 1 alpha,25 dihydroxyvitamin D3, and prednisone*, Cancer Detect Prev.; 16, pp: 259-264, 1992.
29) Bloom H.J.: "*Storia naturale del carcinoma della mammella non trattato*", in: Brit. Med. J., Vol. 28, pp. 213-221, 1962
30) Blot WJ: *Vitamin/mineral supplementation and cancer risk: international chemoprevention trials*, Proc Soc Exp Biol Med. Nov; 216, pp: 291-296. 1997.
31) Bonomi P.: *Studi randomizzati con 3 diverse dosi di cisplatino nei carcinomi a cellule squamose del collo dell'utero*, in: J. Clin. Oncol., vol.3, pp. 1079-1085, 1985
32) Boon T.: *Tumor antigens recognized by T lymphocytes*, Ann. Rev. Immunol., 12, pp.: 337-365, 1994;
33) Bowen PE: *Evidence from cancer intervention and biomarker studies and the development of biochemical markers*, Am J Clin Nutr; 62(6 Suppl), pp:1403S-1409S, 1995
34) Bower M: *Phase II trial of 13-cis-retinoic acid for poor risk HIV-associated Kaposi's sarcoma*. Int J STD AIDS; 8, pp: 518-521, 1997
35) Brawley OW: *Cancer chemoprevention trials*, Oncology (Huntingt); 10, pp. 324-327, 1996.
36) Brodkin CA: *Lobe of origin and histologic type of lung cancer associated with asbestos exposure in the Carotene and Retinol Efficacy Trial (CARET*), Am J Ind Med.; 32, pp: 582-591, 1997
37) Breccia A., in: Bistolfi F., "*Campi magnetici in Medicina*", pp 146, 1986.
38) Brennan M.F.: "*Cancro del pancreas*", in: De Vita: "*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*", Lippincott and Co, Philadelphia, 4 a. edizione, pp. 849-882, 1993
39) Browen M.: "*Cancro dei polmoni*", in: Rosenthal S.: "*Supporto medico del paziente con cancro*", W.B. Saunders Co, Philadelphia, pp. 200-215, 1987
40) Brown J.M.: *Tumor Hypoxia can be exploited to preferentially sensitize tumors to fractionated irradiation*, "Int. J. Radiat.Oncol.Biol.Phys.", 20, pp. 457-461, 1991.
41) Brown J.M., *Therapeutic Advantage of Hypoxic Cells in Tumors: A Theoretical Study*, "J.Natl. Cancer Inst.", 83, pp. 178-185, 1991.
42) Brown J.M., *Keynote Address: Hypoxic cell radiosensitizers: where next ?*, Session 2, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys." Vol. 16, pp. 987-993, 1988.
43) Brown J.M., *Hypoxic cell radiosensitizers: the end of an era ?*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys." Vol. 32, No.3, pp. 883-885, 1995.
44) Bruserud O., *Effect of Verapamil on T-Lymphocyte Activation in vitro*, "Scand. J. Immunol." 21, pp. 73-79, 1985.
45) Buring JE: *The alpha-tocopherol, beta-carotene lung cancer prevention trial of vitamin E and beta-carotene: the beginning of the answers*, Ann Epidemiol.; 4, pp: 75, 1994.
46) Busetto M.: *Variazione dei subset linfocitari dopo radioterapia*, "La Radiologia Medica", 80, pp. 909-911, 1990.
47) Bussey HJ: A randomized trial of ascorbic acid in polyposis coli, Cancer, 50, pp:1434-9, 1982.
48) Bussing A., *Therapeutic study on the immunological parameters in cancer patiens after vhigh -dose intravenous administration of Viscum album l. extracts*, Zeitschrift fur onkologie, n. 28, pp. 54-59, 1996.
49) Bussing A., *Therapeutic study on the immunological parameters in cancer patiens after vhigh -dose intravenous administration of Viscum album l. extracts*, Anticancer Drugs suppl., n. 8, pp-1-2, 1997.
50) Butturi M.: *Effetti dell'immunomodulazione nella radioterapia antineoplastica. Studio cinico controllato*, "La Radiologia Medica", 86, pp. 327-335, 1993.
51) Buyse M.: "*Terapia di sostegno del cancro colon-.rettale. Perché non c'è ancora niente di definitivo*", in: J. Amer. Med. Assoc., vol. 259, pp. 3571-3578, 1988
52) Cairnie: *Adverse effects of radioprotector WR2721*, "Radiat. Research", 94, pp. 221-226, 1983.
53) Cameron R.B.: *Synergistic Antitumor activity of Tumor-infiltrating Lymphocytes, interleukin 2, and local Tumor irradiation*, "The Journal of Eperimental Medicine", Volume 171, pp. 249-263, 1990.
54) Cameron E: *Vitamin C and cancer: an overview*, Int J Vitam Nutr Res Suppl 23:115-27, 1982;
55) Carmeliet P.: *angiogenesis in Cancer and other Diseases*, in Nature, 407, pp. 249-257, 2000
56) Carter CA: *Effects of retinoic acid on cell differentiation and reversion toward normal in human endometrial adenocarcinoma (RL95-2) cells*, Anticancer Res., 16, pp: 17-24, 1996
57) Casalini: *Tumor pretargeting: Role of avidin/streptavidin on monoclonal antibody internalization*, "J. Nuclear Med.", 38/9, pp. 1378-1381, 1997.
58) Cera LM.: *The therapeutic efficacy of Aloe Vera cream in thermal injuries: two case reports*, J. Am. Anim. Hosp. Assoc., 16, 768-772.
59) Challem JJ: *Risk factors for lung cancer and for intervention effects in CARET, the Beta-Carotene and Retinol Efficacy trial*, J Natl Cancer Inst., 19; 89: pp.325-326., 1997
60) Chalmers T."*Meta-analisi di studi randomizzati con controllo applicati alla terapia del cancro*", in: De Vita: "*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*", Lippincott and Co, Philadelphia , 4.a edizione, pp 235-241, 1993.

61) Chang AE: *Current status of Immunotherapy of cancer*, Crit. Rev. Oncol.-Hematol, 22, pp.: 213-228, 1996;
62) Chang H.M: " *Pharmacology and Applications of Chinese Materia Medica*", Vol 1 Singapore World Scientific 1986
63) Chang R: *Effective Dose of Ganoderma in Humans*, Proceedings of Contributed Symposium 59A, B 5th International Mycological Congress, Vancouver: pp. 117-121 1994.
64) Chang R: *Limitations and Potential applications of Ganoderma and related fungal polyglycans in clinical oncology*, First International Conference on Mushroom Biology and Mushroom products: 96, 1993
65) Chang, R.*: Potential application of ganoderma polysaccharides in the immunosurveillance and chemoprevention of cancer,* In: Mushroom Biology and Mushroom Products, Proceedings of the 2nd International Conference, Royse DJ (ed), Penn State U. Press, University Park, pp. 153-9, 1996.
66) Chandler J.: *Coley's toxins and chemotherapy in treatment of breast carcinosarcoma: case report*, Am. Surg., vol. 35, pp. 377-383, 1969.
67) Cheever MA: *Specific adoptive therapy of murine leukemia with cells secondarily in vitro and expanded in IL-2*, Progress Cancer Research and Therapeutics, 22, pp: 127-133, 1982
68) Chen K.: *Advances in anti-aging herbal medicines in China*, Abstracts of Chinese Medicine 1, pp.:309-330, 1987
69) Chen YH.: *Modulation of interleukin-6/interleukin-6 receptor cytokine loop in the treatment of multiple myeloma*, Leuk Lymphoma.; 27, pp.: 11-23, 1997.
70) Chilton J.S.: *The first international Conference on mushroom biology and mushroom products*, Herbalgram, 31:57. 1994
71) Chlebowski R.T.: *A decade of breast cancer clinical investigation: results as reported in the program/proceedings of the American Society of Clinical Oncology, Journal of Clinical Oncology*, Vol. 12, No.9, 1994, pp.: 1789-1795. (*Un decennio di indagini cliniche sul cancro della mammella: risultati presentati nei verbali della American Society of Clinical Oncology*).
72) Choski A.J.: *Chemio-Terapia di supporto per cancro della testa e del collo. Passato, presente e futuro*, in: Seminars in Oncology, vol. 15, Suppl. 3, pp. 45-49, 1998
73) Chuwers P: *The protective effect of beta-carotene and retinol on ventilatory function in an asbestos-exposed cohort*, Am J Respir Crit Care Med.; 155, pp: 1066-1071, 1997
74) Clark J.R.: *Strategie chemioterapiche nel trattamento multidisciplinare del cancro del collo e della testa*, in: Seminars in Oncology, vol. 15, Suppl. 3, pp. 35-44, 1988
75) Cliffe S., *Combining bioreductive drugs (SR-4233 or SN-23862) with the vasoactive agents flavone acetic acid or 5,6-Dimethylxanthenone acetic acid*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 29, pp 373-377, 1994.
76) Cobleigh MA: *Breast cancer and fenretinide, an analogue of vitamin A*, Leukemia; 8 Suppl 3: S59-S63, 1994.
77) Collins C.: *Roentgen dermatitis treated with fresh whole leaf of Aloe Vera*, Am. J. Roentgenal 33, 396-397.
78) Colombo N.: *Uno studio randomizzato di Chemio-Terapia a dosi convenzionali confrontato con intensi dosaggi di cisplatino per il cancro ovarico in stadio avanzato*, Abstract No. 614, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncology, vol. 12, pp 255, 1993.
79) Combs GF Jr: *Reduction of cancer risk with an oral supplement of selenium*, Biomed Environ Sci., 10(2-3): pp.227-234, 1997.
80) Comline, " Biotechnology Medical", pag.1, 26 apr. 1989.
81) Conte P.F.: *Elevate dosi confrontate con dosi standard di cisplatino in combinazione con epidoxorubicina e ciclofosfamide nei pazienti con cancro ovarico in fase avanzata: uno studio randomizzato*, Abstract No. 880, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol. 12, pp 273, 1993.
82) Coveney E.: *Active immunization using dendritic cells mixed with tumor cells inhibits the growth of primary breast cancer*, Surgery, 122, pp.: 228-234, 1997
83) Creagan ET: *Failure of high-dose vitamin C (ascorbic acid) therapy to benefit patients with advanced cancer. A controlled trial*. N Engl J Med;301, pp:687-90, 1979
84) D'Arrigo C.:*Nuove prospettive di chemioterapia anti-neoplastica cobn spostanze estratte da piante farmacologicamente sconosciute in campo oncologico*, Minerva Med., Vol. 84, 1993, pp 275-289
85) Davis RH, *Biological activity of Aloe Vera*. Se. fen. Oele, Fette, Wachse, 119, 646, pp 648-649, 1993
86) Davis RH: *Anti-inflammatory and wound healing activity of growth substance in Aloe Vera*, J. Am. Podiatric Med. Assoc. 84 (2), pp77-81, 1994
87) Davis RH: *processed Aloe Vera administered topically inhibits inflammation*, J. Am. Podiatric Med. Assoc., Vol. 79, ISS 8, pp. 395-397, 1989
88) Davis RH: *Aloe Vera, Hydrocortisone, and steral influence on wound tensile strenght and anti-inflammation*, J. Am. Podiatr. Med. Assoc. 84 (12) pp. 614-621, 1994
89) Davis RH.: *Anti-Inflammtory activity of Aloe Vera against a spectrum of irritans*, J. Am. Podriatr. Med. Assoc., Vol. 79, ISS 6, pp 263-276, 1989
90) Deacon J.M.: *Experimental pharmacokinetics of RSU-1069 and its analogues: high tumor/plasma ratios*. Session 1, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 12, pp. 1087-1090, 1986.
91) DeCosse JJ: *Effect of wheat fiber and vitamins C and E on rectal polyps in patients with familial adenomatous polyposis*, J. Natl. Cancer Inst.; 81, pp: 1290-1297, 1989.

92) Degos L: *Differentiation therapy in acute promyelocytic leukemia: European experience*, J Cell Physiol.; 173, pp 285-287, 1997
93) De Palo G: *Controlled clinical trials with fenretinide in breast cancer, basal cell carcinoma and oral leukoplakia*, J Cell Biochem Suppl.; 22, pp: 11-17, 1995.
94) de Vos S: *Effects of retinoid X receptor-selective ligands on proliferation of prostate cancer cells*, Prostate; 32, pp: 115-121, 1997
95) Dimery IW: *Phase I trial of alpha-tocopherol effects on 13-cis-retinoic acid toxicity*, Ann Oncol.; 8, pp: 85-89, 1997.
96) Dishe S.: *Concentrations achieved in human tumors after administration of misonidazole, SR-2508 and RO 03-8799*, Session 1, " Int.J. Radiat.Oncol. Biol.Phys." Vol. 12, pp 1109-1111, 1986.
97) Dische S., *Keynote Address: Hypoxic cell sensitizers : clinical developments*, Session 3,"Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 16, pp 1.057-1.060, 1988.
98) Dodion P.: *Cancro della testa e del collo*, in: Slevin and Staquet, *Studi randomizzati del cancro: un inventario critico per locazioni*, Raven Press, New York, pp. 525-547, 1986
99) Doherty N.: *Muscle Cramping in phase I clinical trials of Tirapazamine (SR-4233) with and without radiation*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 29, pp. 379-382, 1994.
100) Dolivet G: *Current knowledge on the action of retinoids in carcinoma of the head and neck*, Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord).; 117, pp. 19-26, 1996 .
101) Dorie M.J.: *Comparison of the enhancement of tumor responses to fractionated by SR-4233 (Tirapazamine) and by nicotinamide with carbogen*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys." Vol. 29, pp. 145-150, 1994.
102) Dreosti I.E.: *Inhibition of carcinogenesis by Tea the evidence from experimental studies*, Crit. Rev. Food. Sci. Nutr.; 37 pp.:761-70 1997.
103) Durrant K.R.: *Confronto delle scelte di trattamento in carcinoma bronchiale inoperabile*, in: The Lancet, vol. I, PP. 715-719, 1971
104) Echizen H.: *The effect of dextro-, levo-, and racemic verapamil on atrioventricular conduction in humans*, "Am. Heart J.", 109, pp. 210, 1985.
105) EI, Hanna N., *Role of Natural killer cells in the destruction of cirulating tumor emboli*, Journal National Cancer Institute, VOL. 65, 1980, pp.: 801-809
106. Eisenhauer EA: *Combination 13-cis-retinoic acid and interferon alpha-2a in the therapy of solid tumors*, Leukemia; 8, pp: 1622-1625, 1994.
107) Eisenhauer E: *A phase II study of spirogermanium as second line therapy in patients with poor prognosis lymphoma. An NCI Canada Clinical Trials Group Study*, Invest New Drugs, 3:3, pp: 307-310, 1985.
108) el-Bayoumy K: *Evaluation of chemopreventive agents against breast cancer and proposed strategies for future clinical intervention trials*, Carcinogenesis; pp: 2395-2420, 1994.
109) Ellenberg S.: *Surrogate endpoints in clinical trials*, in : Cancer Statist. In Med., vol. 8, pp. 405-413, 1989
110) Ettinger DS: *Phase II study of N-methylformamide, spirogermanium, and 4-demethoxydaunorubicin in the treatment of non-small cell lung cancer (EST 3583): an Eastern Cooperative Oncology Group study*, Med Pediatr Oncol, 17:3, pp: 197-201, 1989.
111) Evans AG: *A trial of 13-cis-retinoic acid for treatment of squamous cell carcinoma and preneoplastic lesions of the head in cats*, Am J Vet Res.; 46, pp: 2553-2557, 1985
112) Fair WR: *Cancer of the prostate: a nutritional disease*?, Urology.; 50, pp: 840-848. 1997.
113) Folkman J.: *Angiogenesis*, in "Harrison's Principles of Internal Medicine", XV Ed. , Braunwald E., Mc Graw-Hill, 2001
114) Forbes J.F.: *Oforectomia confrontata con Chemio-Terapia citotossica: unostudio randomizzato in donne in premenopausa con cancro della mammella in fase avanzata*, Abstract No. 146, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol., vol. 11, p 80, 1992
115) Fox S.: *Angiogenesis: Pathological, Prognostic and Growth-Factor Pathways and Their Link to trial Design and anticancer Drugs*, Lancet, 2001
116) Franz H.: *Misletoe Lectins and their A and B chain*, Oncology, 43, Suppl. 1, pp.: 1-70, 1986
117) *French Epirubicin Study Group: A prospective randomized trial comparing Epirubicin monochemotherapy to two Fluorouracil, Cyclophosphamide, and Epirubicin regimens differing in Epirubicin dose in advanced breast cancer patients*, Journal of Clinical Oncology, vol.9, No.2, 1991, pp.: 305-312 (*Uno studio randomizzato che confronta la semplice Chemio-Terapia con epirubicina alla poliChemio-Terapia con fluorouracile, ciclofosfamide ed epirubuicina per pazienti con avanzato cancro della mammella*).
118) Frey C.: *Studio randomizzato di 5-FU e CCNU per il cancro pancreatico*, in: Cancer, vol. 47, pp. 27-31, 1981
119) Fukazawa H: *Multidisciplinary treatment of head and neck cancer using BCG, OK-432, and Ge-32 as biologic response modifiers*, Head Neck, 16:1, pp.: 30-8, 1994
120) Fukushima T.: *Current situation and perspective for treatment of acute myelogenous leukemia in adults*, Gan To Kagaku Ryoho.; 25, pp: 295-302, 1998, Japanese.
121) Fukutani H: *Isoforms of PML-retinoic acid receptor alpha fused transcripts affect neither clinical features of acute promyelocytic leukemia nor prognosis after treatment with all-trans retinoic acid*, Leukemia, 9: pp. 8-1482, 1995.

122) Gallmeier WM: *Vitamin C and cancer*, MMW Munch Med Wochenschr;124, pp: 31-2, 1982
123) Gao YT: *Reduced risk of esophageal cancer associated with green thea consumption*, Journal of the National Cancer Institute Vol. 86, 855-858.
124) Garetto G., *La Nuova Medicina d'Urgenza: Riconoscimento-Gestione-Trattamento delle Urgenze Extra ed Intra-ospedaliere*, C.G. Edizioni Medico-Scientifiche s.r.l., Torino.
125) Garewal HS: *Emerging role of beta-carotene and antioxidant nutrients in prevention of oral cancer*, Arch Otolaryngol Head Neck Surg.; 121, pp: 141-144. 1995.
126) Geiger J.D.: *Generation of T-cells reactive to the poorly immunogenic B16-BL6 melanoma with efficacy in the treatment of spontaneous metastases*, J. Immunotherapy, 13, pp.: 153-165, 1993.
127) George TK: *Sopravvivenza a lungo termine per il carcinoma polmonare a piccole cellule*, in : Cancer, vol. 568, pp. 1193-1198, 1986
128) Gescher A: *Suppression of tumour development by substances derived from the diet mechanisms and clinical implications*, Br J Clin Pharmacol.; 45, pp. 1-12. . 1998
129) Gerweck E.L., *PO_2 in irradiated versus non-irradiated tumors of mice breathing oxygen at normal and elevated pressure*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys." 32, pp. 695-701, 1995.
130) Gey KF: *Vitamins E plus C and interacting conutrients required for optimal health. A critical and constructive review of epidemiology and supplementation data regarding cardiovascular disease and cancer*, Biofactors. 7, pp: 113-174, 1998.
131) Giannini F: *All-trans, 13-cis and 9-cis retinoic acids induce a fully reversiblegrowth inhibition in HNSCC cell lines: implications for in vivo retinoic acid use*, Int J Cancer, 17; 70: pp.194-200, 1997
132) Gilboa E.: *Immunotherapy of cancer with genetically modified tumor vaccines*, Sem. Oncol., 23, pp.: 101-107, 1996.
133) Giovannucci E: *Selenium and risk of prostate cancer (selenio e rischio di cancro alla prostata)*, Lancet. 5; 352(9130): pp.755-756, 1998.
134) Goldstein A.L., *Thymosins*, "Clin. Immunnol. Allerg." 3, pp. 119, 1983.
135) Gomes A.: *Anti-hyperglyemic effect of black tea (Camellia sinensis) in rat*, J. Ethnopharmacol., 45, pp.: 223-226. 1995.
136) Gonzalez PM: *Clinical studies in head and neck cancer chemoprevention*, Cancer Metastasis Rev., 15: pp. 113-118, 1996 .
137) Goodman GE: *The clinical evaluation of cancer prevention agents*, Proc Soc Exp Biol Med.; 216, pp: 253-259, 1997
138) Goodman GE: *Pharmacokinetics of 13-cis-retinoic acid in patients with advanced cancer*, Cancer Res.; 42, pp: 2087-2091, 1982
139) Goodman S: *Therapeutic effects of organic germanium*, Med Hypotheses, 1988 Jul, 26:3, 207-15
140) Gottshall RY: *Substances in seed plants actaive against Tubercule bacilli*, American Review of tubercolosis 1950, Vol. 62
141) Govallo V.: *Trenta cinque casi, una compliazione di casi clinici*, Lewin B., Genes V., Oxford University Press, New York 1994
142) Greenberg ER: *A clinical trial of antioxidant vitamins to prevent colorectal adenoma*, Polyp Prevention Study Group, N Engl J Med.; 331(3): 141-147, 1994.
143) Greenwald P: *Preventive clinical trials. An overview*, Ann. N.Y. Acad Sci.; 768, pp: 129-140, 1995.
144) Greiner J.W., *Recombinant Interferon Enhances Monoclonal Antibody-Targeting of Carcinoma Lesions in Vivo*, "Science", Vol. 235, 20 febr. 1987.
145) Greiner, *Intraperitoneal administration of interferon-gamma to carcinoma patients enhances expression of tumor-associated glycoprotein-72 and carcinoembryonic antigen on malignant ascites cells*, "J. Clin. Oncol.", 10, 5, pp. 735-746, 1992.
146) Gribrel N.V.: *Antimetastatic properties of Aloe Jiuce*, Onkol, 32, pp 38-40, 1986
147) Gurchot C: La teoria dei trofoblasti del cancro, Revisited Oncology, Vo. 31, pp. 310-333, 1975
148) Guskova A.K., *Acute radiation effects in victims of the Chernobyl nuclear power plant accident*, In: "*Sources, Effects and Risks of ionizing Radiation: United Nations Scientific Committee of the Effects of Atomic Radiation*". UNSCEAR 1988 Report.
149) Hagi A.: *Antibradykinin active material in Aloe Saponaria*, J. Pharm. Sci. 71 (10) 1172-4, 1982
150) Hahn S.M., *Potential Use of Nitroxides in Radiation Oncology*, "Cancer Res. Suppl.", 54, pp. 2006s-2010s, 1994.
151) Haimovici N., in Bistolfi F., "*Campi magnetici in medicina*", Minerva, pp.465, 1986.
152) Hajito T.: *NK and ADCC and LGL frequencies in Viscum album. Treated Breast Patients*, in: Oncology, 43, Suppl. 1, pp.: 51- 65; pp. 93-97, 1986.
153) Hajito T.: *Increased secretion of tumor necrosis Factor alpha Interleukin 1 and Interleukin 6 by Human Mononuclear Cells exposed to beta-Galactoside-Specific Lectin from Clinically Applied Mistletoe extract*, Cancer Research, vol. 50, pp. 3322-3326, 1990.
154) Hallissey M.T.: *Secondo studio britannico sul cancro dello stomaco con radioterapia o Chemio-Terapia in cancro gastrico operabile*, in : The Lancet, vol. 343, pp. 1309-1312, 1994.

155) Han C.: *Screening of anticarcinogenics ingredients in Tea polyphenols*, Cancer Lett; 114, pp.: 153-8 1997.
156) Han J: Highlights of the cancer chemoprevention studies in China, Prev Med.; 22, pp: 712-722, 1993.
157) Hansen CM.: *EB 1089, a novel vitamin D analog with strong antiproliferative and differentiation-inducing effects on target cells*, Biochem Pharmacol.; 54, pp: 1173-1179. Review. 1997.
158) Hansen: *Cancro polmonare non a piccole cellule in fase avanzata: trattare o non trattare?*, in: J.Clin. Oncol., vol. 5, pp. 1711-1712, 1987.
159) Harris J.R.: *Cancro della mammella, in: De Vita: Cancro, principi e pratica dell'oncologia*, Lippincott and Co, Philadelphia , 4.a edizione, pp. 264-1332, 1993.
160) Hassan HT: *Recombinant human interleukin-3 opposes the effects of vitamins A and D on HL-60 human myeloid leukaemia cells*, Anticancer Res.; 12, pp: 821-825, 1992
161) Hayes M.P.: *Regulation of Interleukin-12 expression in human Monocytes: selective priming by interferon of Lipopolysach rideinducible p35 p40 genes*, Blood, 86, pp. 646-650, 1995
162) Hart LA: *Two functionally and chemically distinct immunomodulatory compounds in the gel of Aloe*, J. Ethnopharmacol., , 23 (1), pp. 61-71, 1988
163) Hart LA, : *Effects of low molecular constituents from Aloe Vera gel on oxidative metsabolism and Cytotoxic and bactericidal activities of human neutrophils*, Int. J. Immunopharmacol., Vol. 12, ISS 4, pp. 727-434, 1990
164) Heggers J.P.: *Beneficial effects of Aloe in wound healing*, Phytotherapy Research Vol.7, No. Special issue, pp. S48-S52, 10 pl, (5 col. pl.), 1993
165) Heinonen OP: *Prostate cancer and supplementation with alpha-tocopherol and beta-carotene: incidence and mortality in a controlled trial*, J. Natl. Cancer Inst.; 90, pp: 440-446, 1998
166) Henk J.M., *Radiotherapy and hyperbaric oxigen in Head and Neck cancer,* "The Lancet", 16, 1977.
167) Hennekens CH: *Antioxidant vitamins and cancer*, Am. J. Med.; 97(3A): 2S-4S. 1994
168) Herman T.S.: *A phase I-II trial of cisplatin, hyperthermia and radiation in patients with locally advanced malignancies*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys." 17, pp. 1273-1279, 1989.
169) Herman T.S.: *Interaction of hyperthermia and radiation: hypoxia and acidosis in vitro, tumor subpopulations in vivo*, "Cancer Research", 49, pp. 3338-3343, 1989.
170) Herman T.S.: *Interaction of SR-4233 with Hyperthermia and Radiation in the FSaIIC Murine Fibrosarcoma Tumor System in Vitro and inVivo*, "Cancer Research", 50, pp. 5.055-5059, 1990.
171) Hermans J.: *Terapia di supporto per cancro gastrico dopo intervento chirurgico: meta-analisi di trial randomizzati*, in: J. Clin. Oncol. Vol. 11, pp. 1441-1447, 1993
172) Herscher L.L., *Protection against SR4233 (Tirapazamine) aerobic cytotoxicity by the metal chelators Desferrioxamine and Tiron*, "Int.J.Radiat.Oncol.Biol.Phys." Vol.30, pp.879-885, 1994.
173) Hibasami H: *Induction of apoptosis in human stomach cancer cell by Green Tea catechins*, Oncol Rep; 5, pp: 527-9 1998.
174) Hill BT: *Identification of synergistic combinations of spirogermanium with 5-fluorouracil or cisplatin using a range of human tumour cell lines in vitro*, Invest New Drugs, 2:1, pp: 29-33, 1984
175) Hine K.R.: Hine K.R.: *Prospective randomised trial of early cytotoxic therapy for recurrent colorectal carcinoma detected by serum CEA*, Gut 25, pp.: 682-688, 1984 (*Studi randomizzati di terapia citotossica anticipata per cancro colon-rettale secondario rilevato attraverso CEA*).
176) Hiranmoy D.: *Vgamma2 V delta 2 T-cell receptor-mediated recognition of aminobisphosphonates*, Blood, 98: 1616-1618, 2001.
177) Hirst D.G.: *Oxygen delivery to tumors*, Session 4, "Int.J. Radiat. Oncol. Biol. Phys." Vol. 12, pp. 1271-1277, 1986
178) Hockey M.S.: *Cancro gastrico*, in: Slevin and Staquet, *Studi randomizzati del cancro: un inventario critico per locazioni*, Raven Press, New York, pp. 221-240, 1986
179) Hoeji: Anticancer effects of Aloe on Sarcoma 180 in ICR Mouse and on Human Cancer Cell Lines, 38, pp.: 311-321, 1994
180) Holladay FP.: *Cytotoxic T Lymphocytes, but not Lymphokine activated killer Cells, exhibit anti-tumor activity against established intracerebral Gliomas*, J. Neurosurgery 77, pp 757-762, 1992.
181) Holloway C: *A randomized trial of vitamins C and E in the prevention of recurrence of colorectal polyps*, Cancer Res,48, :4701-5, 1988.
182) Honma H: *Clinical efficacy of schizophyllan (SPG) in treatment of lung cancers. A Randomized controlled study*, Haigan 22, pp: 499-512, 1992
183) Hoogstraten B.: *Combination chemotherapy and adriamycin in patients with advanced breast cancer, a Southwest Oncology Group Study*, Cancer, 38, pp.. 13-20, 1976 (*Chemio-Terapia multipla con Adriamicina in pazienti con cancro della mammella in fase avanzata*).
184) Horrisman M.R.: *Relationship between the Hydralazine-induced Changes in murine Tumor Blood supply and mouse blood Pressure*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 22, pp 455-458.
185) Hoskin P.J.: *Administration of Nicotinamide during chart: Pharmacokinetics, dose escalation, and clinical toxicity*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 32, pp 1111-1119, 1995.
186) Hoskins WJ.: *Tumori ginecologici*, in De Vita: , *Cancro, principi e pratica dell'oncologia*, Lippincott and Co, Philadelphia , 4.a edizione, pp. 1125-1152, 1993

187) Hsu MC: *Systemic treatment of neoplastic conditions with retinoids*, J. Am. Acad. Dermatol. 39, pp. S108-S113, 1998
188) Hu O.Y: *Determination of anticancer drug vitamin D3 in plasma by high-performance liquid chromatography*, J Chromatogr B Biomed Appl.; 666, pp: 299-305, 1995.
189) Hutter J.A.: *anti-inflammatory C-Glucosyl Chromone from Aloe Barbadensis*, J. Nat. Prod., Vol. 59, ISS 5, PP 541-543, 1996
190) Huttunen JK: *Why did antioxidants not protect against lung cancer in the Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer Prevention Study?* , I.A.R.C. Sci. Publ. 136, pp: 63-65, 1996;
191) Ikekawa, T: *Antitumor action of some basidiomycetes, especially Phellinus linteus*, Gann. 59, pp: 155-157, 1968.
192) Inoue, M: *Improvement of long-term prognosis in patients with ovarian cancers by adjuvant sizofilan immunotherapy: a prospective randomized controlled study*, Biotherapy, 6, pp:13-8, 1993.
193) Ishiwata Y: *Effects of proxigermanium on interferon production and 2',5'-oligoadenylate synthetase activity in the lung of influenza virus-infected mice and in virus-infected human peripheral blood mononuclear cell cultures*, Arzneimittelforschung, , 40:8, pp: 896-899, 1990
194) Ito H.: *Protection of acute and late radiation damage of the gastrointestinal tract by WR-2721*,"Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 12, pp. 211-219, 1986.
195) Jacobs C.: *Efficacia della Chemio-Terapia di supporto per pazienti con tumore operabile della testa e del collo*, in: J. Clin. Oncol., vol. 8 pp. 838-847, 1990
196) Jaeckle K.A. : *Evaluation of Serratia marcesenses extract for malignant astrocytomes*, J. Clin. Oncol., vol. 8, pp. 1408-1418, 1990
197) Jaffey M: *Vitamin C and cancer: examination of the Vale of Leven trial results using broad inductive reasoning*, Med Hypotheses , 8, pp:49-84, 1982.
198) Jakubowski A: *Phase I Study of Continuous-Infusion Recombinant Macrophase Colony-stimulating Factor in Patients with Metastatic Melanoma*, Vol 2, pp. 295-302, 1996.
199) Jirtle R.: *Chemical modification of tumor blood flow*, "Int. J. Hiperthermia", Vol.4, pp. 355-371, 1988.
200) Jozan S.: *Cytotoxic effect of interferon-alpha2a in combination with all-trans retinoic acid or cisplatin in human ovarian carcinoma cell lines*, Anticancer Drugs; 9, pp.229-238. 1998
201) Kaanders: *A convenient and reliable method for carbogen breathing in man*, "Radiotherapy and Oncology", 29, pp. 341-343, 1993.
202) Kaegi E: *Unconventional therapies for cancer: 5. Vitamins A, C and E. The Task Force on Alternative Therapies of the Canadian Breast Cancer Research Initiative*. CMAJ.; 158, pp: 1483-1488. Review, 1998
203) Kalemkerian GP: *Growth inhibition and induction of apoptosis by fenretinide in small-cell lung cancer cell lines*, J Natl Cancer Inst.; 87, pp: 1674-1680, 1995.
204) Kane M.J.: *Trattamento di supporto per il carcinoma del colon e del retto*, in: Seminars in Oncology, vol. 18, pp. 421-442, 1991.
205) Kaufmann M.: *Interview in Cancer Care*, volume 1, edizioni MMV, p.8, 1994
206) Kearsley J.H.: *Cytotoxic chemotherapy for common adult malignancies: "the emperor's new clothes" revisited*, British Medical Journal, Vol. 293, 1986, pp.: 871-876 (*Chemio-Terapia citotossica per carcinomi comuni negli adulti*).
207) Kelleher D.K.: *Nicotinamide exerts different acute effects on microcirculatory function and tissue oxygenation in rat tumors*, Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., Vol. 26, pp. 95-102, 1993.
208) Kelloff GJ: *Clinical development plan: vitamin D3 and analogs*, J. Cell. Biochem. Suppl.; 20: 268-281, 1994.
209) Kelloff GJ.: *New agents for cancer chemoprevention*, J. Cell. Biochem Suppl.; 26: 1-28, 1996
210) Kelsen D.: *Terapia di supporto per cancri del tratto superiore gastro-intestinale*, in: Seminars in Oncol., vol. 18, pp. 543-559, 1991
211) Ken'ichi I.: *Aloctin A, an active substance of Aloe arborescens Miller as an immunomodulator*, Phytotherapy Research, Vol. 7, S20-22, 1993
212) Kessler JF: *Isotretinoin and cutaneous helper T-cell lymphoma (mycosis fungoides)*, Arch Dermatol.; 123, pp: 201-204, 1987.
213) Khuri FR: *Molecular epidemiology and retinoid chemoprevention of head and neck cancer*, J. Natl. Cancer Inst. 5; 89: pp 199-211, 1997.
214) Khuri FR: *Chemoprevention of respiratory tract cancer*, Hematol Oncol Clin North Am. Jun; 11, pp: 387-408, 1997.
215) Kiang D.T.: *Uno studio randomizzato su Chemio-Terapia e ormono-terapia per il cancro avanzato della mammella*, in: The New Engl. J. Med., vol. 313, pp. 1241-1246, 1985
216) Kim JW: *Effect of 13-cis-retinoic acid with neoadjuvant chemotherapy in patients with squamous cervical carcinoma*, Am. J. Clin. Oncol.; 19, pp.442-444, 1996.
217) Kim YH: *Chemopreventive effect of green tea (Camellia sinensis) among cigarette smokers*, Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev., 4 pp.: 387-389, 1995
218) Kimura K: *What remaining questions regarding Helicobacter pylori and associated diseases should be addressed by future research? View from the Far East*.Gastroenterology;113(6 Suppl), pp:S155-7, 1997
219) Kimura Y.: *Clinical evaluation of sizofilan as assistant immunotherapy in treatment of head and neck cancer*, Acta Oto-Laryngologica - Suppl. 511, pp:92-5, 1994.

220) Kupin, V.: *A new biological response modifier - ganoderma lucidum - and its application in oncology*, In Proceedings from the 6th international symposium on ganoderma lucidum. Seoul, II Yang, pp.36-37, 1994.
221) Kingston R.D.: *Il trial del West Middlands per la Chemio-Terapia del carcinoma gastrico: impostazioni e risultati*, in: Clinical Oncology, vol. 4, pp. 55-69, 1978
222) Kitamura K: *All-trans retinoic acid therapy in acute promyelocytic leukemia current status and prospect*, Rinsho Ketsueki.; 37, pp:760-765,1996, Japanese.
223) Klastersky J.: *Cancro dei polmoni a piccole cellule: possono i risultati della Chemio-Terapia essere migliorati ulteriormente ?* , in Seminars in Oncology, vol. 22, Suppl. 2, pp. 11-12, 1995.
224) Klaunig JE: *Chemopreventive Effects of Green Tea Components on Hepatic Carcinogenesis*, Prev Med, 21 pp: 510-9 1992 .
225) Klein AD. *Aloe Vera*, J.Am. Acad. Dermatol. , 18 (4 Pt 1), pp.:714-720, 1988
226) Klingerman, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 14, pp 1119-1122, 1988.
227) Klingerman, "Cancer Clin. Trial.", 3, pp. 217-221,1980.
228) Knekt P: *Vitamin E and cancer prevention*, Am J Clin Nutr.; 53(1 Suppl): 283S-286S, 1991.
229) Knekt P: Role of vitamin E in the prophylaxis of cancer, Ann Med.; 23, pp: 3-12. 1991
230) Kohda, H.: *The biologically active constituents of Ganoderma Lucidum. Histamine release-inhibitory triterpenes*, Chem. Pharm. Bull. 33, pp.:1367-1374; 1985.
231) Koike M.: *19-nor-hexafluoride analogue of vitamin D3: a novel class of potent inhibitors of proliferation of human breast cell lines*, Cancer Res.; pp: 4545-4550, 1997
232) Kokron O.: *Ifosfamide confrontata con Ifofosfamide + CCNU nel trattamento del cancro inoperabile dei polmoni a piccole cellule*, in : Onkologie , vol. 5, pp. 56-59, 1982.
233) Kozin S.V., *Hydralazine at thermoradiotherapy : tumor size and blood flow effects*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 29, pp. 505-510, 1994 .
234) Kristjansen P.E.G., Dexamethasone Reduces the Interstitial Fluid Pressure in a Human Colon Adenocarcinoma Xenograft, "Cancer Research", 53, pp. 4764-4766, 1993.
235) Kudelka AP: *Metastatic adenocarcinoma of the endometrium treated with 13-cis-retinoic acid plus interferon-alpha*, Anticancer Drugs; 4, pp: 335-337, 1993.
236) Kuhn J.A.: *Interferon Enhancement of Radioimmunotherapy for Colon Carcinoma*, "Cancer Research" 51, pp. 2335-2339, 1991.
237) Kumano N: *Effect of Carboxyethylgermanium Sesquiossid on the methylcholonthrene induced tumorigenesis in mice*, Sci Rep Res Inst Tohoku Univ [Med], 25: 3-4, pp.: 89-95, 1978
238) Kunzmann F.: *Stimulation of gamma-delta T cells by aminobisphosphonates and induction of antiplasma cell actiivity in multiple -myeloma*, Blood, 96: 384-392, 2000;
239) Kupchan SM*: Tumor inhibitors Aloe Emodin: antileukemic Principle isolated from Rhamnus Frangula L.*, 39, pp 223-224, 1976.
240) Kyle RA: *Effect of sodium fluoride, calcium carbonate, and vitamin D on the skeleton in multiple myeloma*, Cancer.; 45, pp: 1669-1674, 1980.
241) Lad T.E.: *Immediate versus postponed combination chemotherapy (CAMP) for unresectable Non-Small Cell Lung Cancer: a randomized trial*, Cancer Treatment Reports, Vol. 65, No.11-12, 1981 (*Chemio-Terapia immediata confrontata con Chemio-Terapia ritardata per il cancro inoperabile dei polmoni non a piccole cellule*).
242) Laing A.H.: *Trattamento di carcinoma bronchiale a piccole cellule*, in: The Lancet, vol. II, pp.. 1161-1165, 1975B
243) Lamberts: *The role of somatostatin and its analogs in the diagnosis and treatment of tumours*, "Endocr. Rev.", 12, pp. 450-482, 1991.
244) Lamm DL: *Megadose vitamins in bladder cancer: a double-blind clinical trial*, J. Urol;151, pp:21-6, 1994.
245) Langmuir V.K.: *The combined Use of 131-I-Labeled Antibody and the Hypoxic Cytotoxin SR-4233 in Vitro and in Vivo*, "Radiation Research", 132, pp. 351-358, 1992.
246) Launoy G*: Diet and squamous-cell cancer of the oesophagus: a French multicentre case-control study*, Int J Cancer;76, pp:7-12 , 1998.
247) Lee H.Z.: *Effects and mechanisms of emodin on cell death in human lung squamous cell carcinoma*, Br. J. Pharmacol., 134, pp.11-20, 2001.[07042050a.pdf]
248) Lee I., *Changes in tumor bood flow, oxygenation and interstitial fluid pressure induced by pentoxifylline*, "Br. J. Cancer", 69, pp. 492-496, 1994.
249) Lee CH: *Effects of Germanium oxide and other chemical compounds on phenylmercury acetate-induced genotoxicity in cultured human lymphocytes*, Environ Mol Mutagen, 31:2, pp:157-162, 1998,
250) Lee, SS.: *In vivo anti-tumor effects of crude extracts from the myeelium of ganoderma lucidum*, J. of Chinese Oncology Society 5: 22-28, 1984.
251) Lee JM.: *Inhibition of lipid peroxidation and oxidative DNA damage by Ganoderma lucidum*, Phytother Res., 15, pp. 245-249, 2001
252) Lenartz D., *Immunoprotective activity of the galactoside-specific lectin from mistletoe after tumor destructive therapy in glioma patients*, Anticancer Research, pp.: 3799-3802, 1996
253) Lin J.M.: *Evaluation of the anti-inflammatory and Liver-protective effects of Anoectochilus formosanus, Ganoderma Lucidum and Gynostemma pentaphylum in rats*, Amer.J. Chin. Med. 21, pp:59-69, 1993.

254) Lipkin M.: *Calcium and the prevention of colon cancer*, J. Cell. Biochem. Suppl.; 22, pp: 65-73. Review, 1995
255) Lippman SM: *The effect of 13-cis-retinoic acid chemoprevention on human serum retinol levels*, Cancer Detect Prev.; 22, pp. 51-56, 1998
256) Lippman SM: *Retinoid-interferon therapy of solid tumors*, Int J Cancer. 7; 70: pp.481-483. 1997.
257) Lippman SM: Treatment of advanced squamous cell carcinoma of the skin with isotretinoin, Ann Intern Med.; 107, pp.499-502, 1987
258) Lissoni P., *Immunonoendocrine Therapy with Low-Dose Subcutaneous Interleukin-2 plus Melatonin of Locally Advanced or Metastatic Endocrine Tumors*, Oncology, 52, pp. 163-166, 1995.
259) Liu R.J.: *Risultati della Chemio-Terapia nei carcinomi dei polmoni non apiccole cellule*, in : Seminars in Oncol., vol. 20, pp. 296-301, 1993
260) Liu T.: *Use of radiation with or without WR-2721 in advanced rectal cancer*, "Cancer", 69, pp. 2820-2825, 1992.
261) London RS: *The effect of vitamin E on mammary dysplasia: a double-blind study*. Obstet Gynecol.; 65, pp: 104-106, 1985
262) Lorenzetti: *Bateriostatic Property of Aloe Vera*, Journal of Pharmaceutical Sciences, 1964, Vol. 53, pp. 1287
263) Lotan R: *Retinoids as modulators of tumor cells invasion and metastasis*, Semin.Cancer Biol.; 2, pp: 197-208, 1991.
264) Lovas JG.: *Beta-carotene and lung cancer?*, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.; 82, pp. 236-237, 1996
265) Lovat PE: *Concentration-dependent effects of 9-cis retinoic acid on neuroblastoma differentiation and proliferation in vitro*, Neurosci Lett.; 182, pp: 29-32, 1994.
266) Lovat PE: *Apoptosis of N-type neuroblastoma cells after differentiation with 9-cis-retinoic acid and subsequent washout*, J Natl Cancer Inst., 19; 89, pp: pp.446-452, 1997
267) Lushbaugh C.C.: *Experimental acute radiodermatitis following beta irradiation of nuclear fallout*, USS. Atomic Energy Commission , pp 698, 1953.
268) Macaulay V.: *Cancro della Mammella in fase avanzata*, in: Slevin and Staquet, *Studi randomizzati del cancro: un inventario critico per locazioni*, Raven Press, New York, pp. 273-357, 1986

269) Mainwaring MG: *Complete remission of pulmonary spindle cell carcinoma after treatment with oral germanium sesquioxide*, Chest, 117, pp. 591-593, 2000; Chest, 117, pp. 307-308, 2000
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Germanium%20132%20un%20caso%20clinico%20di%20cancro%20polmonare.pdf

270) Malone WF: *Chemoprevention of bladder cancer*, Cancer; 60 (3 Suppl), pp: 650-7, 1987.
271) Mannel D.: *Induction of tumor necrosis factor expression by a lectin from Viscum album*, Cancer Immunology Immutherapy, vol. 33, pp. 177-182, , 1991.
272) Marschner N: *valutazione della rilevanza dell'intensità del dosaggio nella Chemio-Terapia con epirubicina e ciclofosfamide per il cancro metastatico della mammella*,in: Semin in Oncol., vol. 21, Suppl. 1, pp. 10-16, 1994
273) Masafumi O.: *Mechanism of anti-inflammatory and antithermal burn action of CPase from Aloe arborescens Miller var. Natalensis Berger in rats and Mice*, Phytotherapy Research, Vol. 7, S30-S33, 1993.
274) Matsumoto H.: *Inhibition of lipid peroxidation as a biomarker of carcinogenesis by Green Tea Polyphenols* (Meeting abstracts): Proc. Annu. Meet. Am. Assoc. Cancer Res.; 38: A 2448 1997
275) Matsushita S., *Radioprotection by WR-151327 against the late normal tissue damage in mouse hind legs from gamma ray radiation*, "Int.J.Radiat.Oncol.Biol.Phys.", Vol. 30, pp. 867-872, 1994.
276) McCarty MF: *An antithrombotic role for nutritional antioxidants: implications for tumor metastasis and other pathologies*, Med Hypotheses; 19: 345-357, 1986. .
277) Mc Donald: *Chemio-Terapia del cancro gastrico in fase avanzata: stato presente e prospettive future*, in : Seminars in Oncology, vol. 15, Suppl. 3, pp. 42-49, 1988
278) Mc Donald S.: *Combined Betaseron R (Recombinant Human Interferon Beta) and Radiation for inoperable non-small cell lung cancer*, "Int.J. Radiat. Oncol. Bio. Phys." Vol. 27, pp. 613-619, 1993.
279) Mc Dougall C.J.: *Reduced expression of HLA class I and II antigens in colon cancer*, "Cancer Research", 50, pp. 8023, 1990.
280) Mc Keown-Eyssen G: *A randomized trial of vitamins C and E in the prevention of recurrence of colorectal polyps*, Cancer Res.; 48, pp: 4701-4705, 1988
281) Mc Millan TJ.: *Può la Chemio-Terapia aumentare il comportamento maligno dei tumori ?*, in Cancer and Metastatic Review, vol. 6, pp. 503-520, 1987
282) Meister B.: *Antiproliferative activity and apoptosis induced by retinoic acid receptor-gamma selectively binding retinoids in neuroblastoma*, Anticancer Res., 18, pp: 1777-1786. 1998
283) Mende S.: *Wandel der Therapieziele beim metastasierten Mammakarzinoma, in: Schmid and Wilmanns*, in: *Praktische Onkologie*, vol. II, Zuckschwerdt Verlag Munchen, pp 115-122, 1992
284) Meroni P.L., *In vivo Immunopotentiating Activity of Thymopentin in Aging Humans: Increase of IL-2 Production*, "Clinical Immunology and immunopathology", 42, pp. 151-159, 1987.

285) Meyer J.: *Therapieergebnisse beim Papillem und Pankreaskarzinom*, in : *Tumor Diagnostic and Therapie*, vol. 8, pp. 54-58, 1987
286) Meyskens FL: *Role of topical tretinoin in melanoma and dysplastic nevi*, J Am Acad Dermatol.; 15, pp: 822-825, 1986
287) Mezzetti M: *Population attributable risk for breast cancer: diet, nutrition, and physical exercise*, J Natl Cancer Inst.; 90, pp.389-394, 1998
288) Mielke V: *Systemic treatment for cutaneous lymphomas*, Recent Results Cancer Res.; 139, pp: 403-408, 1995.
289) Milas L., *Effect of tumor type, size, and endpoint on tumor radioprotection by WR-2721*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys." Vol. 10, pp 41-48, 1984
290) Milas L., *Need for studies on factors that influence radioprotection of solid tumors by WR-2721*, " Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys." Vol. 10, pp. 163-165, 1984.
291) Miller T.P., *P-Glycoprotein Expression in Malignant Lymphoma and Reversal of Clinical Drug Resistance with Chemotherapy Plus High-Dose Verapamil*, Journal of Clinical Oncology, Vol. 9, No.1, pp 17-24, 1991.
292) Minchinton A.I., *A comparison of tuor and normal tissue levels of acidic, basic and neutral 2-nitroimidazole radiosensitizers in mice*, Session 1, "Int.J. Radiat. Oncol. Biol. Phys." Vol. 12, pp. 1117-1120, 1986.
293) Mitomi T.: *Randomized controlled study on adjuvant immunochemotherapy with PSK in curatively resected colorectal cancer*, Diseases of the Colon & Rectum. 35, pp:123-30, 1992.
294) Mizuno, T.: *Antitumor Active Substances of Mushroom Fungi, Based Science and Latest Technology on Mushroom*, Nohson Bunka Sha, Tokyo, pp. 121-135, 1991.
295) Mizuno T.: *Oriental Medicinal tradition of Ganoderma lucidum (Reishi) in China*.T. Mizuno & B. -K. Kim (Eds.), "Ganoderma lucidum" (pp.101-106). Seoul, Korea: II-Yang Pharm. Co. Ltd. 1996
296) Mitrou P.S.: *Chemotherapy der nicht-Kleinzellingen Bronchialkarzinome*, in : *Atemw.-Lungenkrhk.*, vol. 12, pp. 544-549, 1986
297) Mitsuhashi N., Clinical study of radioprotective effects of amifostine (YM-08310, WR-2721) on long-term outcome for patients with cervical cancer, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys." Vol. 26, pp 407-411, 1993.
298) Modiano MR: *Phase II study of fenretinide (N-[4-hydroxyphenyl]retinamide) in advanced breast cancer and melanoma*, Invest New Drugs.; 8, pp: 317-319, 1990
299) Moertel CG: *High-dose vitamin C versus placebo in the treatment of patients with advanced cancer who have had no prior chemotherapy. A randomized double- blind comparison*, N. Engl. J. Med.;312, pp:137-41, 1985.
300) Moertel CG.: *Gestione clinica di cancro gastro-intestinale avanzato*, in: Cancer, vol. 36, pp. 675-682, 1975
301) Moertel CG.: *Chemio-Terapia del cancro colon-rettale*, in : The New Engl. J. Med., vol. 330, pp. 1136-1142, 1994
302) Momparler RL: *Interaction of 5-aza-2'-deoxycytidine with amsacrine or 1,25-dihydroxyvitamin D3 on HL-60 myeloid leukemic cells and inhibitors of cytidine deaminase*, Leukemia, 7, Suppl. 1: 17-20, 1993
303) Moon RC: Vitamin A, retinoids and breast cancer, Adv Exp Med Biol.; 364, pp: 101-107, 1994.
304) Moon TE : *Retinoids in prevention of skin cancer*, Cancer Lett., 19; 114, pp: pp. 203-205, 1997
305) Moore DM:Retinoic acid and interferon in human cancer: mechanistic and clinical studies, Semin Hematol.; 31(4 Suppl 5), pp: 31-37, 1994.
306) Morassuti S.: *Aspetti radiologici del torace durante terapia con interleukina 2*, "La Radiologia Medica", 84, pp. 368-371, 1992.
307) Moriwaki H: *Prevention and treatment of solid tumors with retinoids*, Gan To Kagaku Ryoho; 23, pp: 1625-1628, 1996, Japanese.
308) Moro M., *Tumor cell targeting with antibody-avididin complexes and biotinylated tumor necrosis factor alfa*., "Cancer Res.", 57, pp. 1922-1928, 1997
309) Mukhtar H: *Green Tea Polyphenols induce apoptosis and alter the progresion of cell cycle in humana epidermoid carcinoma cells*. A 431 (Meeting abstracts)
Proc. Annu. Meet. Am. Assoc. Cancer Res.; 38: A 3892, 1997
310) Munshi N.C., *Effect of Tumor Irradiation on the Uptake of Lymphokine -activated Killer Cells in a Murine Tumor Model*, " Cancer Research", 54, pp. 1657-1659, 1994.
311) Murata A: Prolongation of survival times of terminal cancer patients by administration of large doses of ascorbate, Int J Vitam Nutr Res Suppl;23:103-13, 1982.
312) Murayama C., *Radiosensitization by a new potent nucleoside analog: 1-(1',3',4'-Trihydroxy-2'-butoxy)methyl-2-nitroimidazole (RP-343)*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys." 26, pp. 433-443,1993.
313) Muto Y: *Preventive use of retinoids for occurrence of liver neoplasm*, Nippon Naika Gakkai Zasshi; 84, pp: 2032-2037, 1995. Japanese.
314) Nakasugi: *antimutagen of Aloe plants*, Kinki Daigaku Nogakubu Kiyo, 27, pp 47-54, 1994.
315) Nelson PS: Chemoprevention for prostatic intraepithelial neoplasia, Eur Urol. 30, pp. 269-278, 1996.
316) Newman H. F., *A phase I study of the combination of two hypoxic cell radiosensitizers, Ro 03-8799 and SR-2508 :toxicity and pharmacokinetics. Session 1*., "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys." Vol. 12, pp. 1113-1116, 1986.
317) Nicholls J.: *Cancro dell'intestino crasso*, in : Slevin and Staquet, *Studi randomizzati del cancro: un inventario critico per locazioni*, Raven Press, New York, pp. 241-271, 1986
318) Niibe H., *An evaluation of the clinical usefulness of amifostine (YM-08310), radioprotective agent: a double-blind placebo-controlled study. 1. Head and Neck tumor*, "J. Japanese Soc. Cancer Ther.", 20, pp. 984-993, 1985.

319) North R.J.: *The murine anti-tumor immune response and its therapeutic manipulation*, Adv Immunol. 35, pp.: 89-122, 1984.
320) Nunn A., *Nitroimidazoles and Imaging hypoxia*, Eur. J. Nucl. Med., Vol. 22, No. 3, 1995.
321) O' Connel M.J.: *Stato attuale della Chemio-Terapia per il cancro del collo uterino*, in: Seminars in Oncol., vol. 3, pp. 1032-1039, 1985
322) Ohno R: *Progress in the treatment of adult acute myeloid leukemia*, Gan To Kagaku Ryoho; 24, pp: 1053-1058, 1997, Japanese.
323) Olson RE: *Vitamins and carcinogenesis: an overview*, J. Nutr. Sci. Vitaminol. (Tokyo), pp: 313-316, 1992.
324) Omenn GS: *Chemoprevention of lung cancer: the rise and demise of beta-carotene*, Annu Rev Public Health.; 19: pp.73-99, 1998
325) Omenn GS: *Interpretations of the Linxian vitamin supplement chemoprevention trials*, Epidemiology; 9, pp: 1-4, 1998
326) Omenn GS: *Chemoprevention of lung cancer: the beta-Carotene and Retinol Efficacy Trial (CARET) in high-risk smokers and asbestos-exposed workers*, IARC Sci Publ.; 136: pp.67-85, 1996.
327) Omura G.A.: *Chemio-Terapia per il cancro del collo uterino*, in : Seminars in Oncol. Vol. 21,pp. 54-62, 1994
328) Osti E.: *Ustioni cutanee di vario grado. Nostra esperienza con Burnshield*, Pronto Soccorso Nuovo, No. 6, pp: 24-27, 2000.
329) Ozols R.F, *Verapamil and Adriamycin in the Treatment of Drug-Resistant Ovarian Cancer Patients*, "Journal of Clinical Oncology", Vol. 5, pp 641-647, 1987.
330) Ozols R.F.: *Trattamento del cancro ovarico*, in : Seminars in Oncol., vol. 21, Suppl. 2, pp. 1-9, 1994
331) Pagano F., *BCG Immunotherapy in superficial bladder cancer*, Cleup, Padova, 1993
332) Palan PR: *Plasma concentrations of micronutrients during a nine-month clinical trial of beta-carotene in women with precursor cervical cancer lesions*, Nutr Cancer; 30, pp: 46-52, 1998

333) Palù G.: *Aloe-Emodin is a new type of anticancer agent with selective activity against neuroectodermal tumors*, Cancer Research, 60, pp.2800-2804, 2000.
http://cancerres.aacrjournals.org/egi/content/full/60/11/2800

334) Papadimitrakopoulou VA: *Retinoids in head and neck chemoprevention*, Proc Soc Exp Biol Med.; 216, pp. 283-290, 1997.

335) Park CH: *Growth modulation of human leukemic, preleukemic, and myeloma progenitor cells by L-ascorbic acid*, Am J Clin Nutr; 54 (6 Suppl), pp:1241S-1246S, 1991.
336) Parris M.: *Germanium-32: homeostatic normalizer and immunostimulant a of its preventive and therapeutic efficacy*, International Clinic Nutrition , Vol 7, No 1, January 1987.
337) Patel J.K.: *Migliora la sopravvivenza media nei pazienti con cancro della mammella usando un trattamento palliativo ancora più intenso ?*, in : Cancer, vol. 57, pp. :567-570, 1986
338) Patterson BH: *Naturally occurring selenium compounds in cancer chemoprevention trials: a workshop summary*, Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 6(1): pp. 63-69, 1997
339) Patterson RE: *Vitamin supplements and cancer risk: the epidemiologic evidence*, Cancer Causes Control.; 8, pp. 786-802, 1997.
340) Pedersen H: *Combined modality therapy for oesophageal squamous cell carcinoma*, Acta Oncol.; 26, pp.175-178, 1987
341) Pellegrini R: Modulation of markers associated with tumor aggressiveness in human breast cancer cell lines by N-(4-hydroxyphenyl) retinamide, Cell Growth Differ., 6: pp. 863-869, 1995.
342) Peters C.E.: *Blood fow modification in the SCCVII tumor : effects of 5-hydroxytryptamine, hydralazine and propranolol*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 22, pp 463-465.
343) Peters C.E., *Mechanisms of action of the radiosensitizer nicotinamide: a physiological study*, "The British Journal of Radiology", pp. 554, 1995.
344) Petru E.: *No relevant influence on overall survival time in patients with metastatic breast cancer undergoing combination chemotherapy*, J.Cancer Res.Clin.Oncol., 1988, No: 114, pp.: 183-185 (*Nessun effetto sulla sopravvivenza totale nei pazienti con cancro metastatico della mammella sottoposti a Chemio-Terapia multipla*).
345) Petterson A.V., *The role of DT-Diaphorase in determining the sensitivity of human tumor cells to Tirapazamine (SR4233)*,"Int. J. Radiat .Oncol. Biol. Phys.", Vol.29, pp. 369-372, 1994
346) Phillips N.C.: *Immunoliposome Tareting to CD4+ Cells in Human Blood*, "Cancer Det. and Prev.", 1990.
347) Pienta KJ: *Phase II chemoprevention trial of oral fenretinide in patients at risk for adenocarcinoma of the prostate*, Am J Clin Oncol.; 20: pp.36-39, 1997
348) Pierce JP: *Feasibility of a randomized trial of a high-vegetable diet to prevent breast cancer recurrence*, Nutr. Cancer; 28, pp. 282-288, 1997

349) Pigott K.: *Short communication: The addition of carbogen and nicotinamide to a palliative fractionation schedule for locally advanced breast cancer, "*The British Journal of Radiology", 68, pp. 215-218, 1995.
350) Pizza Giancarlo: *Immunotherapy of metastatic kidney cancer*, Int. J. Cancer, 94, pp.109-120, 2001.
351) Plautz GE.: *Treatment of murine gliomas by adoptive transfer of ex vivo activated tumor draining lymph node cells*. Cellular Immunology, 178, pp: 101-107, 1997.
352) Ponzoni M: *Differential effects of N-(4-hydroxyphenyl) retinamide and retinoic acid on neuroblastoma cells: apoptosis versus differentiation*, Cancer Res.; 55, pp: 853-861, 1995.
353) Possinger K., *Theraiefolgsbewertung nach WHO-kriterien und Brunner Score*, in : Nagel and Sauer, Aktuelle Onkologie, W. Zuckschwerdt Verlag, Munchen, pp. 580-582, 1993
354) Potter JD: *beta-Carotene and the role of intervention studies*, Cancer Lett. 19; 114, pp: 329-331, 1997
355) Prasanna P.G., *Modification of WR-2721 Radiation Protection from Gastrointestinal Injury and Death in Mice by 2-Mercapto-propionyl-glycine*, "Radiation Research", 133, pp. 111-115, 1993.
356) Price G.S., *Effect of whole-body hyperthermia on the pharmacokinetics and toxicity of lonidamine in dogs*, "Int. Journal Hyperthermia", Vol. 11. pp. 531-544, 1995.
357) Pronai L.: *Protective effect of carboxyethyl-germanium sesquioxide (Ge 32) on superoxide generation by ^{60}Co-irradiated leukocytes*, Biotherapy; 3(3):273-9 1991
358) Queiber W.: *Chemio-Terapia del carcinoma gastrico in fase avanzata*, in: Onkologie, vol. 9, pp. 319-331, 1986
359) Qun Xu, *Leukocyte Chemotactic Activity of Cyclophilin*, "The Journal of Biological Chemistry", pp. 11968-11971, 1992.
360) Randazzo A., *L'urgenza in medicina interna. Clinica e terapia*, Piccin editore.
361) Rankin E.M.: *Cancro dei polmoni non a piccole cellule*, in : Slevin and Staquet, Studi randomizzati del cancro: un inventario critico per locazioni, Raven Press, New York, pp. 447-492, 1986
362) Rautalahti M: *Antioxidants and carcinogenesis*, Ann Med.; 26, pp.:435-441. 1994.
363) Ravi RK.: *Induction of gastrin releasing peptide by all-trans retinoic acid in small cell lung cancer cells*, Oncol Rep.; 5, pp. 497-501. 1998
364) Reddy BS: *Micronutrients as chemopreventive agents*, IARC Sci Publ.,139: pp.221-235, 1996.
365) Redlich CA: *Vitamin A chemoprevention of lung cancer. A short-term biomarker study*, Adv Exp Med Biol.; 375, pp: 17-29, 1995.
366) Regnard F.B.: *La terapia dei sintomi nel cancro in fase avanzata*. Manuale di medicina palliativa, CIS Editore
367) Riboli E*: Identifiability of food components for cancer chemoprevention*, IARC Sci Publ; pp:23-31, 1996.
368) Rice CD.: *Ex vivo expansion of tumor-draining lymph node cells using compounds whith activate intracellular signal transduction. II. Cytokine production and in vivo efficacy of glioma-sensitized lymphocytes*, J. Neuro-Oncology, 32, pp. 29-38, 1997
369) Robbins R.J., *Somatostatin and Cancer*, "Metabolism" 45 (8) suppl. 1, pp. 98-100, 1996.
370) Robinson S.P., *Non-invasive monitoring of Carbogen-induced changes in tumor blood flow and oxygenation by functional magnetic resonance imaging*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 33, pp. 855-859, 1995.
371) Roffler S., *Potentiation of Radioimmunotherapy by Inhibition of Topoisomerase I*, "Cancer Research", 54, pp. 1276-1285, 1994.
372) Rolamboranto L.: *Immunomodulating properties of an extract isolated and partially purified from Aloe Vahombe study of antitumoral properties and contribution to the chemical nature and active principle*, Arch. Inst. Pasteur Madagascar, 50 (1), pp. 227-256, 1982.
373) Romero P.: *Cytotoxic T lymphocyte responses of cancer patiens to tumor-associated antigens*, Springer Semin. Immunopath. 18, pp.: 185-198, 1996.
374) Romieum R.: *Passive but not active CD8+ T cell-basd immunotherapy interferes with liver tumor progression in a transgenic mouse model*, J. Immunology, 161, pp.: 5133-5137, 1998
375) Rosenberg S.A., *Antitumor Efficacy of Lymphokine-activated Killer Cells and Recombinant Interleukin-2 In Vivo*, "Cancer Research", 46, pp. 676--683, 1986.
376) Rosenberg S.A, *Lysis of autologous melanoma cells by tumor-infiltrting lymphocytes: association with clinical response*., "J.N.C.I.", 83, 932, 1991.
377) Rosenberg S.A., *Interferon-gamma and tumor necrosis factor have a role in tumor regressions mediated by murine CD8+ tumor-infiltrating lymphocytes*, " J. Exp. Med.", 173, 647, 1991.
378) Rosenberg S.A., *Common expression of melanoma tumor-associated antigens recognized by human tumor infiltrating lymphocytes: analysis by human lymphocyte antigen restriction*. "J. Immunother.", 10, 153, 1991.
379) Rosenberg S.A., *Specific release of cytokines by lymphocytes infitrating human melanomas in response to shared melanoma antigens*, "J. Immunotherapy", 1992
380) Rosenberg S.A., *Specific release of granulocyte-macrophage colony-stimulating factor, tumor necrosis factor alfa, and IFN Gamma by human tumor infiltrating lymphocytes after autologous tumor stimulation*, "Immunol.", 146.
381) Rosenberg S.A., *Specific immune recognition of autologous tumor by lymphocytes infiltrating colon carcinomas: analysis by cytokine secretion*, "Cancer Immunology Immunotherapy", "Springer Verlag", 1993.
382) Roth AD: *13-cis-retinoic acid plus interferon-alpha: a phase II clinical study in squamous cell carcinoma of the lung and the head and neck*, Oncology; 51, pp: 84-86, 1994

383) Ruidi C.: *Chemoprevention of cancer of uterine cervix: a study on chemoprevention of retinamide II from cervical precancerous lesions*. J Cell Biochem Suppl. 1997; 28-29: 140-143.
384) Ruoslahti E.: *an address System in the Vasculature of Normal Tissues and Tumors*, in: Annual Review of Immunology, 18, pp. 813-827, 2000
385) Sacchi S: *All-trans retinoic acid in hematological malignancies, an update*, GER (Gruppo Ematologico Retinoidi), Haematologica.; 82: pp.106-121, 1997.
386) Saito MT: *Germanium research of surgical patients*, International medical convention of surgeons, 1976
387) Saito, *Purification of active substances of Aloe arborescens Miller and their biological and Pharmaceutical activity*, Phytotherapy Research, 7, S14-S19, 1993,
388) Saito H.: *Effects of Aloe extracts, Aloctin A, on gastric secretion and on experimental gastric lesions in rats*, Yakugaku Zasshi, 109 (5), pp. 335-339, 1989.
389) Plant. Med., 55, pp. 509-512, 1989
390) Sankaranarayanan R:*Chemoprevention of oral leukoplakia with vitamin A and beta carotene: an assessment*, Oral Oncol.; 33, pp: 231-236, 1997
391) Sasaki A., *Low Deformability of Lymphokine-activated Killer Cells as a Possible Determinant of in Vivo Distribution*, "Cancer Research", 49, pp. 3742-3746, 1989.
392) Sato Y.: *Studies on chemical protectors Radiation XXXI. Protection effects of Aloe arborescens on Skin Injury induced by X-irradiation*, Yakagaka Zasshi , 110 (1), pp. 876-884, 1994
393) Sato Y.: *Studies on chemical protectors Radiation XXXI. Protection effects of various extracts on crude drugs on skin injury induced by X-irradiation* Yakagaka Zasshi , 109, iss2, pp. 113-118, 1989
394) Saxton ML.: *Adoptive transfer of anti-CD3- activated CD4+ T cells plus cyclophosphamide and liposome-encapsulated interleukin-2 cure murine MC-38 and 3 LL tumors and establish tumor-specific immunity*, Blood 89, pp: 2529-2536, 1997
395) Schafer E., *Imaging pattern of radiolabelled lymphokine-activated killer cells in patients with metastatic malignant melanoma*, "European Journal of Nuclear Medicine", 18, pp. 106-110, 1991.
396) Schalhorn A.: *Chemotherapie von Kopf-Hals-Tumoren* , in : Schmid and Wilmanns, in : *Praktische Onkologie*, vol.: III, W. Zuckschwerdt Verlag Munchen, 1993, pp. : 52-63
397) Schantz S.P. : *Cancro della testa e del collo*, in : De Vita V. "*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*", Lippincott and Co, Philadelphia, 4 a. edizione, pp. 574-630, 1993
398) Sheikh MS: *N-(4-hydroxyphenyl)retinamide (4-HPR)-mediated biological actions involve retinoid receptor-independent pathways in human breast carcinoma*, Carcinogenesis, 16, pp: 2477-2486, 1995.
399) Schein PS: *Phase I clinical trial of spirogermanium*, Cancer Treat Rep, 64:10-11, pp: 1051-1056, 1980
400) Scheithauer W., *Pharmacokinetic interaction between epirubicin and the multidrug resistance reverting agent D-verapamil*, "Br. J. Cancer", 68, pp. 8-9, 1993.
401) Scheithauer W.: *Chemotherapie des metastasierenden PankreasKarzinoms*, in : Tumor Diagnostik and Therapie, vol. 5, pp. 44-48, 1984
402) Scher RL.: *Fenretinide-induced apoptosis of human head and neck squamous carcinoma cell lines*, Otolaryngol Head Neck Surg.; 118, pp: 464-471, 1998
403) Schniztler G.: *Prospektiv randomisierte Prufung von 5-fluorouracil, Adriamicin, BCNU, versus Beobachtung beim metastasierten Pankreatiskarzinom*, in: Dt. Med. Wschr., vol. 114, pp. 935-938, 1986
404) Schwartz LH: *Antioxidant minerals and vitamins. Role in cancer prevention. Vitamines et mineraux anti-oxydants. Role dans la prevention du cancer*, Presse Med;23, pp:1826-30, 1994.
405) Schwartz JL: *The dual roles of nutrients as antioxidants and prooxidants: their effects on tumor cell growth*, J. Nutr.; 126 (4 Suppl) pp.1221S-1227S, 1996.
406) Searle PF.: *Immunotherapy II: Antigens, receptors and costimulation*, Cancer Met Rev., 15, pp:329-349, 1996;
407) Seigel DG: *Selenium, retinol, retinol-binding protein, and uric acid: from epidemiology to clinical prevention trials*, Ann Epidemiol.; 2, pp: 343-344, 1992.
408) Senan S., *Vasoactivity, a potentially important variable in the sequencing of tirapazamine (SR-4233) and radiation*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 29, pp. 209, 1994 .
409) Serri F: *Combination of retinoids and PUVA (Re-PUVA) in the treatment of cutaneous T cell lymphomas*, Curr Probl Dermatol., 19, pp: 252-257, 1990.
410) Shalinsky DR: *A novel retinoic acid receptor-selective retinoid, ALRT1550, has potent antitumor activity against human oral squamous carcinoma xenografts in nude mice*, Cancer Res.; 57, pp: 162-168, 1997
411) Shih L.B., *The processing and Fate of Antibodies and Their Radiolabels Bound to the Surface of Tumor Cells in Vitro: A Comparison of Nine Radiolabels*, "J. Nuclear Medicine", 35, pp. 899-908, 1994.
412) Shimizu Y., *Effects of cytokines on in vitro growth of tumor -infiltrating lymphocytes obtained from human primary and metastatic liver tumors*, "Cancer Immunol. Immunother." 32, 280, 1991.
413) Shin-Hwa Yeh, *Fluorine-18 fluoromisonidazole tumour to muscle retention ratio for the detection of hypoxia in nasopharyngeal carcinoma*, "European Journal of Nuclear Medicine", Vol. 23, No. 10, pp. 1378-1383, 1996.
414) Schneider A: *The role of vitamins in the etiology of cervical neoplasia: an epidemiological*, Arch Gynecol Obstet; 246, pp:1-13, 1989

415) Schorah CJ: *Ascorbic acid metabolism and cancer in the human stomach*., Acta Gastroenterol Belg; 60, pp:217-9, 1997
416) Schorah CJ: *Micronutrients, antioxidants and risk of cancer*, Bibl Nutr Dieta, pp.: 92-107, 1995
417) Shorr R.G.L., D.I.C. Enzon Inc. 40 Kingsbridge Road, Piscataway, NJ 08854.
418) Shu S.. *Tumor Immunology*, JAMA, 278: 1972-1981, 1997;
419) Shu S.: *Lymphocytes generated by in vivo priming and in vitro sensitization demonstrate therapeutic efficacy against a murine tumor that lacks apparent immunogenicity*, J. Immunology 143, pp.: 740-748, 1989
420) Siegfried JM: *Biology and chemoprevention of lung cancer*, Chest.; 113(1 Suppl) pp: 40S-45S, 1998
421) Silvestrini B., "Oncology", 41, Supplement 1, pp 1-124, 1984.
422) Skargard L.D., *The effect of low pH and hypoxia on the cytotoxic effects of SR-4233 and Mitomycin C in vitro*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 29, pp. 363-367, 1994.
423) Skargard L.D., *Radiosensitization of Hypoxic cells at low doses. Session 1*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 12, pp 1075-1078, 1986.
424) Sledge G.W.: *Sviluppi della Chemio-Terapia per il cancro della mammella metastatizzato*, in: Seminars in Oncol., vol. 19, pp. 317-332, 1992
425) Smith MA: *Phase I and pharmacokinetic evaluation of all-trans-retinoic acid in pediatric patients with cancer*, J Clin Oncol.; 10, pp: 1666-1673, 1992.
426) Smith MA: *Retinoids in cancer therapy*, J Clin Oncol.; 10, pp: 839-864, 1992.
427) Soloway MS: *Systemic therapy for superficial bladder cancer*, Urology, 23(4 Suppl) pp: 88-93. 1984.
428) Song C.W., *Cytotoxic and radiosensitivity of biological systems*, IAEA Ed., pag. 39, 1976.
429) Soybel D.L.: *Carcinoma del colon e del retto*, in : Current Problems in Cancer, vol. 11, pp. 257-356, 1987
430) Srivastava PK: *Do human tumors contain shared protective antigens ? Or the necessity of remembrance of things past*, Semin. immunol., 8, pp. 295-302, 1996
431) Stavinoha, W.: *Short term dietary supplementation with ganoderma lucidum slows development and growth of microadenomatous lesions in the colon of rats treated with the carcinogen 1,2 dimethylhydrazine*, Presented at the 5th international symposium on ganoderma lucidum, Seoul, Korea on June 17, 1993.
432) Stavinoha W.: *Study of the anti-inflammatory action of Ganoderma Lucidum*,
Research paper presented at the Third Accademic/Industry Joint Conference in Sapporo, Japan on Aug, 18-20, 1990.
433) Stavinoha W.: *Study of the antiinflammatory efficacy of Ganoderma lucidum*,
In : B.-K. Kim, & Y.S. Kim (Eds.), *Recent Advances in Ganoderma lucidum research*, pp. 3-7, Seoul Korea: The Pharmaceutical Society of Korea, 1995.
434) Stavinoha W.: *The Antiinflammatory activity of Ganoderma lucidum*, Third International Symposium on Ganoderma lucidum, pp.: 9-21, 1991
435) Stell P.M.: *Chemio-Terapia di supporto per il cancro della testa e del collo*, in: Br. J. Cancer, vol. 61, pp. 779-787, 1990
436) Stone H.B., *Sensitization by SR-2508 Plus Ro 03-8799. Session 1*, "Int.J. Radiat.Oncol.Biol.Phys.", Vol.12, pp. 1097-1100, 1986.
437) Stewart L.A.: *Meta analisi della letteratura o si dati clinici individuali di pazienti: c'è una diffferenza?*, in : The Lancet, vol. 341 i, pp. 418-422, 1993
438) Stewart L.A.: *Una meta-analisi di dati clinici sull'uso di Chemio-Terapia nel cancro dei polmoni non a piccole cellule*, Abstract No. 1117, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncology, Vol. 13, p 336, 1994
439) Suga T.: *Antitumor activity of lentinan in murine syngeneic and autochthonous hosts and its suppressive effect on 3methylcholanthrene induced carcinogenesis*, Cancer Res. 44, pp.:5132-7, 1994.
440) Suzuki F.: *Importance of T-cells and macrophages in the antitumor activity of carboxyethylgermanium sesquioxide (Ge 32)*, Anticancer Res; 5, pp: 479-483, 1985
441) Suzuki F.: *Cooperation of lymphokines and macrophages in expression of antitumor activity of carboxyethylgermanium sesquioxide (Ge 32)*
Anticancer Res; 6, pp:177-182, 1986
442) Suzuky I.: *Purification and characterization of two Lectins from Aloe arborescens Miller*, J. Biochem (Tokyo), 85 (1), pp 163-171, 1979
443) Szarka CE: *Chemoprevention of cancer*, Curr Probl Cancer.; 18, pp: 6-79, 1994 .
444) Tafuto S.: *A Comparison of Two GM-CSF Schedules to Counteract the Granulo-mono-cytopenia of Carboplatin - Etoposide Chemotherapy*, "Eur. J. Cancer", Vol. 31A, pp. 46-49, 1995.
445) Tallman MS: *Differentiating therapy in acute myeloid leukemia*, Leukemia; 10, pp.1262-1268. 1996.
446) Tallman MS: *Differentiating therapy with all-trans retinoic acid in acute myeloid leukemia*, Leukemia; 10 Suppl. 1: S12-S15, 1996.
447) Tallman MS: *All-trans-retinoic acid in acute promyelocytic leukemia and its potential in other hematologic malignancies*, Semin Hematol.; 31(4 Suppl 5), pp: 38-48, 1994.
448) Tallman MS: *Acute promyelocytic leukemia: a paradigm for differentiation therapy with retinoic acid*, Blood Rev.; 8: 70-78, 1994.

449) Tannock I.F.: "*Uno studio randomizzato di Chemio-Terapia con due diversi dosaggi di ciclofosfamide, methotrexate e fluorouracile per pazienti con cancro metastatico della mammella*", J.Clin. Oncol. , Vol. 6, pp.1337-1387, 1984
450) Tattersall M.H.: "*Trial randomizzato di Chemio-Terapia con epirubicina e cisplatino seguito da radiazione pelvica in cancri avanzati del collo dell'utero*", J.Clin. Oncol., Vol. 13, pp. 444-451, 1995
451) Taylor I.: "*Un inventario critico del trattamento di metastasi del fegato di carcinomi colon-rettali*", Clin. Oncol., Vol. 8, pp. 149-158, 1982.
452) Taylor PR: *Selenium, vitamin E, and prostate cancer ready for prime time?*
J Natl Cancer Inst.; 90, pp: 1184-1185, 1998
453) Teicher B.A.: *Therapeutic effect of infused Fluosol-DA/Carbogen with Ephedrine, Flunarizine, or Nitroprusside*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 26, pp 103-109, 1993.
454) Thestrup-Pedersen K: Treatment of mycosis fungoides with recombinant interferon-alpha 2a2 alone and in combination with etretinate, Br J Dermatol.; 118, pp: 811-818, 1988.
455) Thigpen J.T.: : "*Chemio-Terapia di cancri ginecologici avanzati e secondari*", Cancer, Vol. 60, pp. 2104-2116, 1987
456) Thomas G.E., *Gamma-interferon administration after 90 Yttrium radiolabeled antibody therapy: survival and hematopoietic toxicity studies,* "Int. J. Radiat. Oncol. Bio. Phys.", Vol.31, pp. 529-534, 1995.
457) Tobita T: *Treatment with a new synthetic retinoid, Am80, of acute promyelocytic leukemia relapsed from complete remission induced by all-trans retinoic acid*, Blood; 90, pp: 967-973. 1997
458) Toma S: *Effectiveness of beta-carotene in cancer chemoprevention*, Eur J Cancer Prev. ; 4, pp: 213-224, 1995.
459) Tripathy D.: "*Cancro della mammella*", in : Kirkwood and Yasko: *Attuale approccio terapeutico al cancro*, Current Medicine, Philadelphia, pp. 82-86
460) Tropé C: *Phase II study of spirogermanium in advanced ovarian malignancy*, Cancer Treat Rep, , 65:1-2, 119-120, 1981
461) Trump DL: *Retinoids in bladder, testis and prostate cancer: epidemiologic, pre-clinical and clinical observations*, Leukemia. 1994; 8 Suppl 3, pp: S50-S54, 1994
462) Tsujitani S., *Infiltation of Dendritic Cells into Regional Lymph Nodes*, "Cancer", 75, pp. 1478-1483, 1995.
463) Tsurusawa M: *Treatment results in childhood acute myeloblastic leukemia--a report of clinical trials of a past decade from the Japanese children's Cancer and Leukemia Study Group*, Rinsho Ketsueki; 38, pp: 505-512. 1997
464) Tuttle S.W.: *Bioreductive metabolism of SR-4233 (win 59075) by whole cell suspensions under aerobic and hypoxic conditions*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 29, pp. 357-362, 1994.
465) Udupa SL: *anti-inflammatory and wound healing properties of Aloe Vera*, Fitoterapia, 65 (2), pp.141-145, 1994.
466) Urano M.: *The advantageous use of hypoxic tumour cells in cancer therapy*, "Int. J. Hyperthermia", Vol. 11, No 5, pp. 379-388, 1995.
467) Utles J.F., *Distribution of ^{35}S-Labeled WR-2721 in Normal and Malignant Tissues of the Mouse*, "Radiation Research", 68, pp. 284-291, 1976.
468) Vainio H.: *An international evaluation of the cancer preventive potential of carotenoids.*
Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.; 7, pp. 725-728. 1998
469) Valanis B: *Mailing strategies and costs of recruiting heavy smokers in CARET, a large chemoprevention trial*, Control Clin Trials. 1998 Feb; 19, pp. 25-38; 1998
470) van der Leede BM: *Retinoids: use in combating cancer*, Ned Tijdschr Geneeskd.; 141, pp. 1183-1188, 1997
471) Veronesi U: *Chemoprevention of breast cancer with fenretinide*, IARC Sci Publ.; 136, pp. 87-94, 1996.
472) Immunobiology Vol. 156, pp. 309-319, 1979
473) Villablanca JG: *Phase I trial of 13-cis-retinoic acid in children with neuroblastoma following bone marrow transplantation*, J Clin Oncol., 13, pp. 894-901, 1995
474) Visco G., "*Sostanze immunomodulanti: Il levamisole* ", Edizioni L. Pozzi, Roma, 1981.
475) Vogelgesang B., *Stereoselective first-pass metabolism of highly cleared drugs: studies of the bioavailability of L- and D-verapamil examined with a stable isotope technique*, "Br. J. Clin. Pharmac." 18, pp. 733-740, 1984
476) Vogelzang NJ: *A phase II study of spirogermanium in advanced human malignancy*, Am J Clin Oncol, 8:4, pp: 341-344, 1985
477) Voravud N: *Phase II trial of 13-cis-retinoic acid plus interferon-alpha in recurrent head and neck cancer*, Invest New Drugs, Feb; 11, pp: 57-60, 1993.
478) Wadler S: *All-trans retinoic acid and interferon-alpha-2a in patients with metastatic or recurrent carcinoma of the uterine cervix: clinical and pharmacokinetic studies*, Cancer. 15; 79, pp: 1574-1580, 1997.
479) Wali RK.: *1 alpha,25-Dihydroxy-16-ene-23-yne-26,27-hexafluoro cholecalciferol, a non-calcemic analogue of 1 alpha,25-dihydroxyvitamin D3, inhibits azoxymethane-induced colonic tumorigenesis*, Cancer Res.; 55, pp: 3050-3054, 1995.
480) Walling J.M., *Studies on the mechanisms of the radiosensitizing and cytotoxic properties of RSU -1069 and its analogues. Session 1*, "Int.J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol.12, pp. 1083-1086, 1986.

481) Walters R.: Walters R.S.: *Arandomized trial of two dosage schedules of mitomycin C in advanced breast carcinoma*, Cancer,1992, Vol. 69, No.2, pp.:476-481 (*Uno studio randomizzato di due protocolli con mitomicina C per i carcinomi avanzati della mammella*).
482) Warr D.: "*Influenza degli errori di valutazione sulle percentuali di risposta*", Cancer Treatment Reports, Vol. 69, pp. 1127-1130, 1985.
483) Washburn L.C., *Predication of the Effective Radioprotective Dose of WR-2721 in Humans through an Interspecies Tissue Distribution Study*, "Radiation Research", 66, pp. 100-105, 1976.
484) Washburn L.C., *Distribution of WR-2721 in Normal and Malignant Tissues of Mice and Rats Bearing Solid Tumors : Dependence on Tumor Type, Drug Dose and Species*, "Radiation Research", 59, pp. 475-483, 1974.
485) Weber W.: "*Infusione diretta nel fegato di fluoracil e mitomicina per il cancro colon-rettale*", SAKK Anticancer Research, Vol. 13, pp. 1839-1840, 1993.
486) Wendell D.: *Immunoreactive lectins in leaf gel from Aloe barbadensis Miller*, Phytotherapy Research , Vol. 7, S23-S25, 1993
487) Werner L., *Pharmacokinetic-Metabolic Studies with ^{14}C-Aloe Emodin after Oral Administration to Male and Female Rats*, Pharmacology, 47, suppl. 1, pp. 110-119, 1993
488) Wheatley C.: *Vitamin trials and cancer*, Lancet, 21; 349: pp. 1844-1845, 1997.
489) White E: Relationship between vitamin and calcium supplement use and colon cancer, Cancer Epidemiol Biomarkers Prev., pp: 769-774, 1997.
490) Wilder R.B., *The hypoxic cytotoxin SR-4233 increases the effectiveness of radioimmunotherapy in mice with human non-Hodgkin's lymphoma xenografts*, "Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", Vol. 29, pp. 119-126, 1994.
491) Wilder R.B., Local Hyperthermia and SR-4233 Enhance the Antitumor Effects of Radio-immunotherapy in Nude Mice with Human Colonic Adenocarcinoma Xenografts, "Cancer Research", 53, pp. 3.022-3.027, 1993.
492) Williams, C.J.: "Cancro cervicale, endometriale e vulvale" in: Slevin and Staquet, Studi randomizzati del cancro: un inventario critico per locazioni, Raven Press, New York, pp. 417-446, 1986
493) Windbichler GH: *Increased radiosensitivity by a combination of 9-cis-retinoic acid and interferon-y in breast cancer cells*, Gynecol Oncol.; 61, pp.387-394, 1996
494) Wolf R: *Vitamin E: the radical protector*, J Eur Acad Dermatol Venereol.; 10, pp: 103-117, 1998
495) Wood P.J., *Calcium antagonists as radiation modifiers: site specificity in relation to tumor response*, Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., Vol. 16, pp. 1141-1144, 1989.
496) Yamanaka WK: *Vitamin C and cancer. How convincing a connection ?* Postgrad Med; 78, pp:47-9, 52-3, 1985.
497) Yihas, "Cancer Research", 40, pp. 1519-1524, 1980.
498) Yoon T.J.: *Inhibithory effect of korean mistletoe (Viscum album coloratum) extract on tumour angiogenesis and metastasis of haematogenous and non-haematogenous tumour cells in mice*
Cancer Letters, Vol. 97, pp. 83-91, 1995
499) Yoshimoto R.: *Plant lectin, ATF1011, on the tumor cells surface augments Tumor-specific immunity through activation of T cells specific for the Lectin*, Cancer Immun. Immunother., 25, pp. 25-30, 1987
500) Yoshizawa H.: *Specific adoptive immunotherapy mediated by tumor-draining lymph node cells sequentially activated with anti-CD3 and IL-2*, J. Immunology 147, pp: 729-737, 1991
501) Yu SY: *Intervention trial with selenium for the prevention of lung cancer among tin miners in Yunnan, China. A pilot study*, Biol Trace Elem Res.; 24(2): 105-108, 1990.
502) Yun TK: *A case control study of ginseng intake and cancer*, International Journal of Epidemiology, 19, pp. 871-876, 1990
503) Yun TK: *Preventive effects of ginseng intake against various human cancers: a case-control study on 1987 pairs.* Cancer Epidemiol., Biomarkers, Prevention , 4, pp. 401, 1995
504) Yun TK: *Saponin contents and anticarcinogenic effects of ginseng depending on types and ages in mice*, Acta Pharmacologica Sinica, 17, pp. 293-298, 1996
505) Yun TK: *Anticarcinigenic effect of long-term oral administration of red ginseng on newborn mice exposed to various chemical carcinigens*, Cancer Detection and Prevention , 6, pp. 515-525, 1983
506) Xiaoguang C.: *Cancer chemopreventive and therapeutic activities of red ginseng*, J.Ethnopharmacol, 60, pp.71-78, 1998
507) Zadra F., "*Biologia dei Tumori*", Masson, Italia, 1986.
508) Zhang XK: Retinoid receptors in human lung cancer and breast cancer, Mutat Res.,19; 350, pp. 267-277, 1996.
509) Zeman E.M., *Pre-and Post-irradiation radiosensitization by SR-4233*," Int.J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.", 16, 4, pp. 967-971, 1989.
510) Ziegler RG: *Nutrition and lung cancer*, Cancer Causes Control.; 7, pp: 157-177, 1996
511) Ziegler RG: *Health claims about vitamin C and cancer*, J. Natl. Cancer Inst. ;86, pp:871-2, 1994
512) Zou CP: *Higher potency of N-(4-hydroxyphenyl)retinamide than all-trans-retinoic acid in induction of apoptosis in non-small cell lung cancer cell lines*, Clin. Cancer Res.; 4, pp.: 1345-1355, 1998
513) HTTP: // CANCERTRIALS.NCI.NIH.GOV
514) New England Journal of Medicine, 28 gennaio 1982, pp 236;
515) New England Journal of Medicine, Vol. 299, 1978, pp. 549-552

516) *Workshop on alternative Medicine. Coley Toxins. Alternative Medicine: expanding Medical Horizons. A report to the National Institutes of Health on Alternative Medical Systems and Practices in the United States* , Washington, DC, US Government Printing Office, 1992
517) Enciclopedia delle piante medicinali, Idea Libri, Rimini.
518) *Shark catilage contains inihibitors of tumor angiogenesis*, Science, 221, pp. 185-187, 1983
519) Ontario Breast Cancer Information Exchange Project. Guide to unconventional cancer therapies. 1st ed. Toronto: Ontario Breast Cancer Information Exchange Project, pp. 166-169, 1994.
520) Guarneri L.: *La formula di Renè Caissè, un rimedio per difendersi dal cancro e dalle malattie degenerative, Storia di una tisana di erbe degli indiani d'America che ha guarito migliaia di persone dal cancro , raccontata dal primo italiano che ne ha tratto beneficio*, M.I.R. Edizioni, via Montelupo, 147, CAP. 50025 Montespertoli, Firenze.
521) Preziosi A.: *Relazione sull'esame di cartelle cliniche relative a casi di pazienti con neoplasie mammarie e sottopostesi volontariamente a MDB,* Riflessione-Rivista Scientifica della SISTE. Anno II Numero 1 2000.
522) Preziosi A: *Importante risultato positivo in un caso di recidiva di neoplasia mammaria trattata con MDB*, Riflessione-Rivista Scientifica della SISTE. Anno II Numero 1 2000
523) Preziosi A: *Evidenza di efficacia terapeutica in due casi di carcinoma polmonare a piccole cellule trattati con la sola MDB*, Riflessione-Rivista Scientifica della SISTE. Anno II Numero 1 2000.
524) Norsa A: *Sarcoma osteogenico con metastasi polmonari: diverse impostazioni terapeutiche e relativi risultati*, Riflessione-Rivista Scientifica della SISTE. Anno II Numero 1 2000.
525) Valeri A: *Il MDB aumenta del 30% la sopravvivenza nel carcinoma del pancreas: deve quindi essere proposto come terapia di elezione in questa neoplasia*, Riflessione-Rivista Scientifica della SISTE. Anno II Numero 1 2000.
526) Preziosi A.: *Relazione sull'esame di cartelle cliniche relative a casi di Linfomi sottopostisi volontariamente a MDB*, Riflessione-Rivista Scientifica della SISTE. Anno I- Numero 1 1999.
527) Preziosi A.: *Trattamento con MDB di un Linfoma non Hodgkin Centroblastico-centrocitico follicolare a bassa malignità*, Riflessione-Rivista Scientifica della SISTE. Anno I- Numero 1 1999.
528) Pollak MN & Schally AV: *Mechanism of the antineoplastic action of somatostatin analogs*, Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine, 217, pp 143-152.
529) Abbott A: *Italy pulls plug on unproven cancer 'cure'*, Nature; 394(6693) pp: 514, 1998.
530) Ippoliti C: *Octreotide in the management of diarrhea induced by graft versus host disease*, Oncol. Nurs. Forum.; 25, pp: 873-878, 1998.
531) Pollak M: *Cancer controversy*, Nature; 392(6678), pp: 752, 1998.
532) Simini B: *Frenzy mounts in Italy over assessment of the Di Bella regimen*, Lancet ; 351(9106) pp: 891, 1998.
533) Di Bella L.: *Il Metodo Di Bella nelle patologie linfatiche oncologiche*, La Med. Biol., pp: 41-45, 1998.
534) Rosenberg L.: *Treatment of pancreatic cancer. Promises and problems of tamoxifen, somatostatin analogs, and gemcitabine*, Int. J. Pancreatol.; 22, pp: 81-93, 1997.
535) Thapar K*: Antiproliferative effect of the somatostatin analogue octreotide on growth hormone-producing pituitary tumors: results of a multicenter randomized trial*, Mayo Clin Proc.; 72, pp: 893-900, 1997.
536) Sulkowski U.: *Regression of a distal bile duct carcinoma after treatment with octreotide for 6 months*, Digestion; 58: 407-409, 1997
537) Vainas G.: *The role of somatostatin analogues in complete antiandrogen treatment in patients with prostatic carcinoma*, J. Exp. Clin. Cancer Res.; 16, pp: 119-126, 1997.
538) Pelley R.J.: *Recent advances in diagnosis and therapy of neuroendocrine tumors of the gastrointestinal tract*, Curr Opin Oncol.; 9, pp: 68-74, 1997.
539) Rieger A.: *Somatostatin receptor scintigraphy in patients with pituitary adenoma*, Neurosurg Rev.; 20, pp: 7-12, 1997
540) Kopf D.: *Octreotide scintigraphy and catecholamine response to an octreotide challenge in malignant phaeochromocytoma*, Clin Endocrinol (Oxf); 46, pp: 39-44, 1997
541) Zimmer T.: *Endoscopic ultrasonography and somatostatin receptor scintigraphy in the preoperative localisation of insulinomas and gastrinomas*, Gut; 39, pp: 562-568, 1996.
542) Ahren B: *The treatment of carcinoid of the small intestine with octreotide and alpha-interferon. A call for participation in a randomized study*, Dtsch Med Wochenschr.; 121, pp: 744-745, 1996, German.
543) Morris D.L.: *A phase III evaluation of a somatostatin analogue (octreotide) in the treatment of patients with asymptomatic advanced colon carcinoma*, Cancer.; 77, pp: 1956-1957, 1996.
544) Arnold R.: *Medical treatment of metastasizing carcinoid tumors*, World J Surg.; 20, pp: 203-207, 1996
545) Feu F: *Somatostatin and its analogs in the treatment of gastrointestinal and liver diseases*, Gastroenterol Hepatol.; 19, pp: 68-77, 1996, Spanish.
546) Bangerter M.: *New diagnostic imaging procedures in Hodgkin's disease*,Ann. Oncol.; 7 Suppl 4, pp: 55-59, 1996
547) Davies N: *Therapeutic potential of octreotide in the treatment of liver metastases*, Anticancer Drugs; 7 Suppl 1, pp: 23-31, 1996.
548) Bax ND: *Octreotide therapy in carcinoid disease*, Anticancer Drugs; 7, Suppl 1, pp: 17-22, 1996.
549) Pandha H.S.: *Octreotide in malignant intestinal obstruction*, Anticancer Drugs.; 7, Suppl 1, pp: 5-10, 1996.
550) Bajetta E: *The role of somatostatin analogues in the treatment of gastro-enteropancreatic endocrine tumours*, Digestion; 57, Suppl 1, pp: 72-76, 1996.

551) Meropol N.J.: *Metastatic colorectal cancer: advances in biochemical modulation and new drug development*, Semin Oncol.; 22, pp: 509-524, 1995.
552) Figg W.D.: *A phase I study of the somatostatin analogue somatuline in patients with metastatic hormone-refractory prostate cancer*, Cancer; 75, pp: 2159-2164,1995.
553) Vacher P.: *Gn-RH agonists in the treatment of prostatic carcinoma*, Biomed. Pharmacother.; 49(7-8), pp: 325-331, 1995.
554) Kvols L.: *Medical oncology considerations in patients with metastatic neuroendocrine carcinomas*, Semin Oncol.; 21(5 Suppl 13), pp: 56-60, 1994.
555) Mosdell K.W.*: Emerging indications for octreotide therapy, Part 1*., Am J Hosp Pharm.; 51, pp: 1184-1192, 1994.
556) Phlipponneau M.: *Somatostatin analogs for the localization and preoperative treatment of an adrenocorticotropin-secreting bronchial carcinoid tumor*, J. Clin. Endocrinol. Metab.; 78, pp: 20-24, 1994.
557) Bajetta E.: *Medical treatment of neuroendocrine tumors*, Tumori; 79, pp: 380-388, 1993.
558) Saltz L.: *Octreotide as an antineoplastic agent in the treatment of functional and nonfunctional neuroendocrine tumors*, Cancer; 72, pp: 244-248, 1993.
559) Eriksson B.: *An update of the medical treatment of malignant endocrine pancreatic tumors*, Acta Oncol.; 32, pp: 203-208, 1993.
560) Barrie R.: *Inhibition of angiogenesis by somatostatin and somatostatin-like compounds is structurally dependent*, Journal of Surgical Research 55, pp.: 446-450, 1993.
561) Pollak M.: *Potential role for somatostatin analogues in breast cancer: rationale and description of an ongoing trial*, Metabolism.; 41(9 Suppl 2), pp: 119-120, 1992.
562) Peyrat J.P.: *Insulin-like growth factor 1 receptors (IGF1-R) and IGF1 in human breast tumors*, J Steroid Biochem Mol Biol.; 37, pp: 823-827, 1990.
563) Conte PF: *In vivo manipulation of human breast cancer growth by estrogens and growth hormone: kinetic and clinical results*, J. Steroid. Biochem. Mol. Biol.; 37, pp: 1103-1108, 1990
564) Klijn JG: *Growth factor-receptor pathway interfering treatment by somatostatin analogs and suramin: preclinical and clinical studies*, J. Steroid. Biochem. Mol. Biol.; 37, pp: 1089-1095, 1990.
565) Manni A: *Endocrine effects of combined somatostatin analog and bromocriptine therapy in women with advanced breast cancer*, Breast Cancer Res Treat.; 14, pp: 289-298, 1989.
566) Cheson BD: *Clinical trials referral resource. Adjuvant treatment of colon cancer*, Oncology (Huntingt); 3, pp: 98-101, 1989
567) Vinik AI: *Somatostatin analogue (SMS 201-995) in patients with gastrinomas*, Surgery; 104, pp: 834-842, 1988
568) Kvols LK: *Metastatic carcinoid tumors and the carcinoid syndrome. A selective of chemotherapy and hormonal therapy*, Am. J. Med.; 81(6B), pp: 49-55, 1986.
569) Eriksson B: *Treatment of malignant endocrine pancreatic tumours with human leucocyte interferon*, Lancet. Dec 6; 2(8519) pp: 1307-1309, 1986.
570) Klapdor R: *The effect of somatostatin on bronchial obstruction in carcinoid*,
Prax Klin Pneumol. 36, pp: 202-205, 1982 German.
571) Wout A.P., *Evaluation in vitro and in rats of 161 Tb-DTPA-octreotide, a somatostatin analogue with potential for intraoperative scanning and radiotherapy*, "European Journal of Nuclear Medicine", Vol 22, No. 7, 1995.
572) Hematol. Oncol. Clin. North. Am., 11, pp.: 159-172, 1997
573) Immunity 1999, 10, pp.: 105-115);
574) Blood, 89, pp.: 227-234, 1997
575) Int. J. Hematology, 66, pp.: 367-371, 1997
576) Broumand D.M., Immunopharmacology, 3, pp. 229-235, 1997

577) Hirazumi A.: *An immunomodulatory polysaccaride -rich substance from the fruit juice of Merinda citrifolia (Nomi) with anti-tumour activity*, Phytotherapy Res., 13, pp. 380-387, 1999.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/articolo%20sul%20NONU%20(morinda%20citrifolia)%20attiva%20contro%20tumore%20al%20cervello(3).pdf

578) Hiramatsu T.: *Induction of normal phenotipes in ras-transformed cells by damnacanthal from Morinda citrifolia*, Cancer Lett, 73, pp. : 161-166, 1993

579) Hiwasa T.: *Stimulation of ultraviolet-induced apoptosis of human fibroblast Uvr-1 cells by tyrosine kinase inhibitors*, FEBS Lett., 444, pp. 173-176, 1999
580) Della Loggia R.: Piante Officinali per infusi e tisane, Manuale per Farmacisti e Medici, OEMF, Organizzazione Editoriale Medico Farmaceutica, Via Edolo 42, Milano, Edizione italiana TEEDROGEN
581) Bettger W.: Life Sci., 28, pp.: 1425-1438, 1981.
582) Keusch G.T.: *Nutrition, host defenses, and the lymphoid system*. In: Gallin J.I.: "Advances in Host Defense Mechanisms", Vol.2 (A.S.Eds), New York, Raven Press, 1963
583) Rossi M.: "*Partenio*", Erboristeria Domani, Maggio 1990

584) Makheja A.: *A platelet phospholipase inhibitor from the medicinal herb tanacetum parthenium*, Prostaglandins - Len Kotiens Med., 8, pp. 653-660, 1982.
585) Cartleman M.: Le Erbe Curative, Ed. tecniche nuove.
586) Salimath B.P.: *Dietary components inhibit peroxidation in erythrocyte membrane*, Nutrition Research 6: 10, pp. 1171-1178, 1986.
587) Nunez G.A.: *Ascorbic acid in canned red peppers. Estimation by high performance liquid chromatography*, Alimentaria, n.228, pp. 53-56, 1992.
588) De Froment P.: *Unsaponifiable substance from alfalfa for pharmaceuticals and coemetic use*, French Patent 2, 187, 328, 1974.
589) Gestetner B.: *Lucerne saponins. IV. Relation between their chemical constitution and hemolytic and antifungal activities*, Journal of Science, Food and Agriculture, 22, pp. 168-172, 1971
590) Autori vari: *Further screening for antioxidant activity of vegetable plants and its activity principles from zanthoxylum schinifolium*, Journal of the Korean Society of Food and Nutrition, 23, pp. 466-471, 1994
591) Levy S.M., *Persistently low natural killer cell activity in normal adults: immunological Hormonal and mood correlates, in natural and immunological cell growth regulation*, Vol. 8, 1988, pp. 173-186.
592) Levy S.M., *Perceived social support and tumor estrogen /progesteron e receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients*, Psychosomatic Medicine, vol. 52, 1990, pp. 73-85
593) Irwin M., *Plasma cortisol and natural killer cell activity during bereavement*, Biological Psychiatry, Vol. 24, 1988, pp. 173-178
594) Irwin M., *Electroencephalographic Sleep and natural killer activity in depressed patients and control subjects*, Psychosomatic Medicine, vol. 54, 1992, pp. 10-21.
595) Graham, IM.: *Plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease*, JAMA, 277, pp: 1775 - 1776, 1997.
596) Messina M.: *Modern applications for an ancient bean: soybeans and the prevention and treatment of chronic disease*. J. Nutr., 125, 3 Suppl. 1995, 567S-569S.
597) Giuseppe Rama: *Orto. Le schede con le tecniche culturali, le malattie, i parassiti. Calendario lunare delle semine.* Demetra S.R.L. PP. 190, 2002
598) *Erbe buone per la salute*, Demetra s.r.l., pp. 432, 2002
599) Bosisio E.: *Effect of the flavanolignans of Sylibum marianum on lipid peroxidation in rat liver microsomes and freshly isolated hepatocytes*. Pharmacol. Research 25, 147-154, 1992.
600) Ferenci P.: *Randomized controlled trial of silymarin treatment in patients with cirrhosis of the liver*, J. Hepatol. 9, 105-113, 1989
601) Flora K.: *Milk thistle (Sylibum marianum) for the therapy of liver disease*, Am. J. Gastroenterol., 93, 2, pp.: 139-143, 1998.
602) Held C. *Therapy of toxic hepathopaties: Mary's thistle extract lowers the fibrosis activity*. Therapiewoche 43, 2002-2009, 1993.
603) Hikino H.: *Antihepatotoxic actions of flavonolignans from Silybum marianum fruits*, Planta Med. 248-250, 1984.
604) Valenzuela A.: *Selectivity of silymarin on the increase of the glutathione content in different tissuee of the rat*, Planta Med. 55, 420-422, 1989.
605) Valenzuela A.: *Sylimarin protection against lipid peroxidation induced by acute ethanol intoxication in the rat*, Biochem. Pharmacol. 34, 2209-2212, 1985.
606) Wang M.: *Hepatoprotective properties of Sylibum marianum herbal preparation on ethanol induced liver damage*, Fitoterapia, 67, 166- 171, 1996.
607) International Journal of Pharmacology, Vol. 35, No.4, pp. 288-296, 1997
608) Sharma H.: *Maharishi Ayurveda: Modern insights into ancient sistem of medicine*, JAMA, 20 May 1991, pp.: 2633-2637
609) Dhar M.L.: *Screening of indian medicinal plants for their biological activity*, Ind. Journ. Of Exp. Biology, 6, 232, 1968.
610) Sato Y.: *Studies on chemical protectores against radiation XXVI. Protective effect of various extracts on crude drugs on skin injury induced by X-irradiation*, Yakugata Zasshi, Vol. 109, ISS2, pp. 113-118, 1989.
611)*: Limone Mele e Uva per non parlare dell'Aglio e del Peperoncino. Il libro delle tre cure*, Demetra Edizioni, S.r.l., marzo 1996, 37012 Bussolengo, VR
612): Solis P.N.: *Bioactive anthraquinone glycosides from Picramnia antidesma SPP. Fessonia*, Phytochemistry 38 (2), pp. 477-480, 1995, Jan
613): Kuzuya M.: *Mechanochemical solid state reactions of natural products for medical use contaning hydroxyanthraquinone derivatives*,Yakugaki Zasshi 111 (11), pp. 665-671, 1991
614): *Il miele, un miracolo della natura, proprietà curative, uso e ricette con miele, polline e pappa reale*", Demetra S.R.L, Edizione marzo 1997, 3712 Bussolengo, VR, pp. 21-24
615) Margherita Neri: *Curarsi con il limone. Con ricette al limone*. Edizioni Demetra S.r.l., marzo 1997, 37012 Bussolengo, VR
616) Hayashi K.: Chem. Pharm. Bull. 28, pp.1954 , 1980
617) Hayashi K.: Chem. Pharm. Bull. 29, pp. 2725, 1981
618) Koch H.: Pharm. Act. Helv. 53, pp. 56, 1978

619) Graham I.M.: *Plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease*, JAMA, 277: 1775 - 1776, 1997
620) Kapoor L.D.: *CRC Handbook of Ayurvedic Medicinal Plants*, CRC Press, Inc. Boca Raton, Florida
621) Bhakuni D.: *Screening of Indian plants for biological activity*, II, Indian J. Exp. Biol., 7, 250, 1969
622 Carlo Alberto Zaccagna: *Quel gran piacere che viene dallo star bene*, Stampa MARIOGROS Industrie grafiche S.P.A, marzo 2002
623) Paolo Pigozzi: *Il Cibo che cura: 100 disturbi 100 soluzioni*, Demetra S.R.L, Edizione agosto 1994, 37030, Colognola ai Colli, VR
624) Block G.: *Friut, Vegetables, and cancer prevention: a review of the epidemiological evidence*, Nutr. Cancer 1992, 18, pp. 1-29.
625) Gerster H.: *The potential role of Lycopene for human health*, J. Am.Coll. Nutr., 1997, 16, pp. 109-126
626) Ribaya-Mercado J.D.: *Skin Lycopene is destroyed preferentially over beta-Carotene during ultraviolet irradiation in humans*, J. Nutr. 1995, 125, pp. 1854-1859
627) de Pes S.: *Lack of improvement in vitamin A status with increased consumption of dark-green leafy vegetables*, Lancet 1995, 346 (8967), pp.: 75-81
628) Brown E.D.: *Plasma carotenoids in normal men after a single ingestion of Vegetables or purified beta-Carotene*, Am. J. Clin. Nutr., 1989, 49, pp.: 1258-1265
629: Palozza P.: *Beta-Carotene and alpha-Tocopherol are synergistic antioxidants*, Arch. Biochem. Biophys 1992, 297, pp.: 184-187
630) Inserra P.F.: *La supplementazione di succhi concentrati di Frutta e verdura migliora le funzioni immunitarie, Integrative medicine*, 1999, 2, pp.: 3-10
631) Smith J.M.: *La supplementazione di succhi concentrati di Frutta e Verdura riduce il danno ossidativo al DNA dei linfociti periferici*, Nutr. Research, 1999, 2, pp. 3-10
632) Graziano J.M.: *Discrimination in absorption or trasport of beta-Carotene isomers after oral supplementation with either all-trans- or 9-cis-beta Carotene*, Am. J. Clin. Nutr., 1995, 61, pp.: 1248-1252
633) Giovannucci E.: *Intake of carotenoids and retinol in relation to risk of prostate cancer*, J. Natl. Cancer Inst., 1995, 87 (23), pp. 1767-1776
634) Lim B.P.: *Antioxidant activity of Xanthophylls on peroxyl radical-mediated phospholipid peroxidation*, Biochim Biophys Acta, 1992, 1126, pp-: 178-184
635) Gerster H.: *Anticarcinogenic effect of common carotenoids*, Int. J. Vitam. Res., 1993, 63, pp.93-121
636) Wise J.A.: *Variazione dei livelli plasmatici di Carotenoidi, alfa-Tocoferoli e Perossidi lipidici in seguito all'integrazione dietetica con succhi concentrati di Frutta e Vegetali.*
637) Leeds A.R.: *disponibilità di micro-nutrienti da preparati di Frutta e Verdura essiccate e incapsulate: uno studio in volontari sani*, J. Hum. Nutr. Dietet 1999, 13, pp. 21-27
638) Abbey M.: *Antioxidant vitamins and low-density-lipoprotein oxidation*, Am. J. Clin. Nutr., 1993, 58, pp.: 525-532
639) Jifka C.: *In vivo antitumor activity of the Bitter Melon (Momardica charantia)*, Cancer Research, 43, 5151-5155, 1983
640) Bhakuni D.S.: *Screening of Indian plants for biological activity*, II, Indian J. Exp. Biol., 7, 250, 1969.
641) Taussing S.J.: *Inhibition of Tumour Growth in vitro by Bromelain, an extract of the Pineapple Plant* (*Ananas comosus*), Planta Medica, 52, pp. 538-539, 1985.
642) : AA.VV.: *La spesa biologica in Italia*
643) Giuseppe Capano: *La cucina mediterranea delle Verdure*; TECNICHE NUOVE
644) Sara Honegger Chiari: *Cucina naturale*; TECNICHE NUOVE, pagine 344
645) Claude Aubert: *I cereali nel piatto*. TECNICHE NUOVE 140 pagine
646) Attilio Giacosa, Daniela Garavini, Franco Travaglini: *Più gusto; più salute con 5 porzioni al giorno di Frutta e Verdura*;
647) AA.VV.: *Cibi che guariscono*;
648) Burt Berkson: *l'acido alfa-lipoico*; Tecniche Nuove pagine 140
649) Shalila Sharamon, Bado J.Biginski: *Le virtù terapeutiche dei semi di Pompelmo*; TECNICHE NUOVE 96 pagine
650) Giulia Fulghesu: *Mangiare mediterraneo*; TECNICHE NUOVE 96 pagine
651) Gerhard Leibold: *Il digiuno terapeutico*; TECNICHE NUOVE 90 pagine
652) Hans Peter Bleuel: *Aceto di Mele*; TECNICHE NUOVE 90 pagine
653) Hu Fan Hsiang, Marion Zerbst : *Il the verde* TECNICHE NUOVE 95 pagine
654) Cherie Calbom, Maureen B. Keane : *La salute con i succhi di Frutta e verdura*; TECNICHE NUOVE 268 pagine
655) Ghislaine Lepetit De La Bigne, Agathe Amante: *L'alimentazione vegetariana*; TECNICHE NUOVE 214 pagine
656) Julia Lawless : *Enciclopedia degli olii essenziali*; TECNICHE NUOVE 96 pagine
657) Michael Kraus : *Aromaterapia per tutti i giorni*; TECNICHE NUOVE 118 pagine
658) Costanza Giunti: *Decotti e tisane*; TECNICHE NUOVE 180 pagine
659) Michael Castleman: *Le erbe curative*; TECNICHE NUOVE 552 pagine
660) Piergiorgio Chiereghin : *Le piante da bere*; TECNICHE NUOVE, 134 pagine
661) Susan Drury*: L'olio di Tea Tree*; TECNICHE NUOVE, 80 pagine
662) Anna Vigoni Marciani: *Manuale di Fitoterapia per i meno giovani*; TECNICHE NUOVE 96 pagine

663) Natasha Trenev: *Probiotici;* TECNICHE NUOVE 234 pagine
664) Federico Lacche: *Gli agriturismi bioecologici 2001*; TECNICHE NUOVE 96 pagine
665) Penelope Ody: *Erbe medicinali*; TECNICHE NUOVE 72 pagine
666) *Il miele, un miracolo della natura, proprietà curative, uso e ricette con miele, polline e Pappa reale*", Demetra S.R.L, Edizione marzo 1997, 3712 Bussolengo, VR, pp. 21-24.
667) Jane Newdick: *Il Miele*; TECNICHE NUOVE 127 pagine
668) Bruno Brigo: *Ginseng;* TECNICHE NUOVE 96 pagine
669) Bruno Brigo: *I micronutrienti per il benessere*, II Edizione;
670) Bruno Brigo: *Gemme e germogli per la salute*; TECNICHE NUOVE 96 pagine
671) Fabio Firenzuoli: *Le insidie del naturale*;
672) Enrica Campanini: *Manuale pratico di Gemmoterapia*;
673) Alessandro Camporese*: Oli essenziali e malattie infettive*; TECNICHE NUOVE 176 pagine
674) Enrica Campanini: *Ricettario medico di fitoterapia*;
675) Michael T. Murray: *il potere curativo dei cibi. Guida pratica e completa agli alimenti che aiutano a curare numerosi disturbi*, Demetra s.r.l., 1999.
676) Francesca Rocco : *Nuove tecnologie di Bioremediation e di Phytoremediation per la decontaminazione dei suoli: esperienze e prospettive*, Progetto UTN Urban Tecnology Network, Trieste, 30 maggio 2000, Area Science Park.
677) Monica Bregante: *Fito-decontaminazione: un sistema pilota per la fito-decontaminazione di suoli inquinati da piombo*, ARS No. 82, Novembre/Dicembre 2001, pp.41-44
678) Crook PA : *Use of L-cavanine as a chemotherapeutic agent for the treatment of pancreatic cancer*. US Patent %, 552, 440, Dic 5, 1994
679) Liauder: *Beneficial effects of L-cavanine, a selective inhibitors of nitric oxyde sinthase*, Clin Sci., 90, 5, 369, 1996
680) Morris : *Treating HIV in South Africa: a tale of two system*, Lancet, 257, 9263, 2001
681) Narayan : Pinitol : *a new anti-diabetic compound from the Leaves of baoungavillea Spectabilis*, Current Sciences, 56 (3), pp.: 139-141, 1987.
682) Ostlund : *Pinitol and derivates therof for the treatment of metabolic disorders*, US patent 5, 8827, 896, 1966
683) Van Wyke and Gericke: *People's Plants. A Guide to the Useful Plants of Southern Africa*. Briza, Pretoria
684) Sgouros G., *Bone Marrow Dosimetry for Radioimmunotherapy: Theoretical Considerations*, "J. Nucl. Med.", 34, 689-694, 1993.
685) P.A.Shaul : *Regulation of lysine synthesis in transgenic potato plants expressing a bacterial dihydrodipicolinate synthase inthreir chloroplasts*; Rehovot, Israel; Plant Mol. Biol 1992, 19 (5) pp. 815-823
686) Gustafson ME: *Large-scale production and characterization of Bacillus thuringgiensis subsp. Tenebrionis insecticidial protein from Escherichia coli*; Monsanto Company MO 631898, USA; Appl. Microbiol. Biotechnol. 1997, 47 (3), pp. 255-261
687) Chong DK: *Expression of the human milk protein beta-casein in transgenic potato plants*; Loma Linda CA, USA; Transgenic Research 1997, 6 (4) pp.: 289-296
688) Chakraborty S.: *Increased nutritive value of transgenic potato by expressing a nonallergenic seed albumin gene from Amaranthus hypochondriacus*; Delhi, 110067, India; Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 2000, 97(7) pp.: 3724-3729
689) A.J. Conner: *Food risks from transgenic crops in perspective*, Nutrition, Vol. 16 No. 7/8, 2000 pp. 709-711
690) Zheng S.: *Initial study on naturally occurring products from traditional Chinese herbs and vegetables for chemoprevention*, J.Cell. Biochem. Suppl. 1997, 27, pp.: 106-112
691) Thatte U.: *Modulation of programmed cell death by medicinal plants*, Cell Mol. Biol. 2000, 46 (1) pp. 199-214

692) Tseng TH: *Induction of apoptosis by hibiscus protocatechuic acid in human leukemia cells via reduction of retinoblastoma (RB) phosporylation and Bcl-2 expression*, Biochem. Pharmacol. 2000, 1, 60 (3), pp. 307-315.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/ibisco_induce_apoptosi_su_leucemia_e_retinoblastoma.pdf

693) Ogata S.: *Apoptosis induced by the flavonoid from lemon fruit (Citrus limon BURM f.) and its metabolites in HL-60 cells*, Biosc. Biotechnol. Biochem. 2000, 64 (5), pp.: 1075-1078
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/FLAVONOIDI%20contenuti%20nel%20Limone20%provocano%20APOPTOSI.pdf

694) Hong YS.: *Effects of allyl sulfur compounds and garlic extract on the expression of Bcl-2, Bax, and p53 in non small cell lung cancer cell lines*, Exp. Mol. Med. 2000, 32 (3), pp. 127-134.
www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/aglio_provoca_apoptosi_del_cancro_del_polmone.pdf

695) Kimura Y.: *Resveratrol isolated from Polygonum cuspidatum root prevents tumor growth and metastasis to lung and tumor- induced neovascularization in Lewis lung carcinoma-bearing mice*, J.Nutr. 2001, 131 (6), pp. 1844-1849
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/resveratrolo_1.pdf

696) Pinto J.T.: *Antiproliferative effects of garlic-derived and other allium related compounds*, Adv Exp. Med. Biol. 2001, 492, pp.: 83-106 www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

697) Steenkamp V.: *the effect of Senecio latifolius a plant used as a South African traditional medicine, on a human hepatoma cell line*, J. Ethnopharmacol. 2001, 78 (1) pp. 51-58 www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

698) Wang CC.: *Camellin B induced apoptosis in HeLa cell line*, Toxicology, 168 (3), pp.: 231-240. http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/camellina%20B_(english).pdf

699) Zhong Yao Xai: *Inhibitory effect of gelsemium alkaloids extract on hepatic carcinoma HepG2 cells in vitro*, 2001, 24 (8), pp.: 579-581
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/alcaloidi%20del%20Gelsemio%20inducono%20apoptosi%20su%20cellule%20tumorali.htm

700) Huang J.. *Experimental study on apoptosis induced by ursolic acid isolated from asparagus in HL-60 cells*, Zhongguo Zhong, 1999, 19 (%) pp.: 296-298
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Acido%20ursolico%20(Asparago)%20induce%20apoptosi.htm

701) Wen J.: *Oxidative stress-mediated apoptosis. The anticancer effect of the sesquiterpene lactone parthenolide*, J.Biol. Chem. 2002, 277 (41), pp.: 38954-64
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/PARTENOLIDE%20induce%20APOPTOSI%20su%20diversi%20tipi%20di%20tumori%20maligno.pdf

702) Ren W. : *Tartary buckwheat flavonoid activates caspase 3 and induces HL-60 cell apoptosis*, Methods Find Exp. Clin. Pharmacol. 2001 23 (8), pp.: 427-432 http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

703) Hsieh TC: *Effects of herbal preparation Equiguard on hormone – responsive and hormone – refractory prostate carcinoma cells: mechanistic studies*, Int. J. Oncol. 2002, 20 (4), pp.: 681-9
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Equiguard%209%20erbe%20cinesi%20contro%20il%20cancro%20della%prostata.pdf

704) Wang CC.: *Cytotoxic activity of sesquiterpenoids from Atractylodes ovata on leukemia cell lines*, Planta Med, 2002, 68 (3), pp.: 204-208 www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

705) Shan CM: *Study of apoptosis in human liver cancers*, World J. Gastroenterol. 2002, 8 (2), pp. 247-252
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/apoptosi%20di%20cancro%del%20fegato%20con%20varie%20piante%20cinesi_1.pdf

706) Qi Z.: *Experimental study on induction of apoptosis of leukemia cells by Boswellia carterii Birdw extractive*, Hunan Yi Ke Da Xye Xue Bao, 1999, 24 (1), pp.: 23-25 www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

707) Sandoval M.: *Sangre de grado Croton palanostigma induces apoptosis in human gastrointestinal cancer cells*, J. Ethnopharmacol 2002 , 80 (2-3), pp.: 121-129
708) Zhang XL: *Salvia miltiorrhiza monomer IH764-3 induces hepatic stellate cell apoptosis via caspase-3 activation*, World J. Gastroenterol. 2002, 8 (3), pp. 515-519
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/salvia%20%20induce%20apoptosi%20su%20tumori.pdf

709) Tran QL.: *Hepatoprotective effect of majonoside R2, the major saponin from Vietnamese ginseng (Panax vietnamensis*), Planta Medica 2002, 68 (5), pp.402-406

710) Ueda JY.: *Antiproliferative activity of Vietnamese medicinal plants*, Biol. Pharm. Bull. 2002, 25 (6), pp. 753-760

711) Chen Q.: *Apoptosis of human highly metastatic lung cancer cell line 95-D induced by acutiaporberine, a novel bisalkaloid derived from Thalictrum acutifolium*, Planta Med 2002, 68 (6), pp.: 550-553.
www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

712) Steiner M.: *Carnosic acid inhibits proliferation and augments differentiation of human leukemic cells induced by 1,25dihydroxyvitamin D3 and retinoic acid*, Nutr. Cancer 2001, 41 (1-2), pp. 135-144
www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

713) Chen Y.C.: *Wogonin andFisetin induction of apoptosis through activation of caspase 3 cascade and alternative expression of p21 protein in hepatocellular carcinoma cells SK-HEP-1*, Arch Toxicol. 2002, 76 (5-6), pp. 351-349
www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

714) Sandoval M.: *anti-infiammatory and antioxidant activities of cat's claw (Uncaria tomentosa and Uncaria guianensis) are independent of their alkaloid content*, Phytomedicine 2002, 9 (4), pp.: 325-337
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Uncaria_species.pdf

715) Kuo PL.: *the antiproliferative activity of aloe-emodin is through p53-dependent and p21-dependent apoptotic pathway in human hepatoma cell lines*, Life Sci, 2002, 71 (16), pp. 1879-1892.
www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

716) Tan MQ.: *the anti-leukemia effects of Sophora flavescens and its mechanism*, Hunan Yi Ke Da Xue Xue Bao 2000, 25 (5) pp. 443-445
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Sophora%20flavescens%20induce%20apoptosi%20su%20leucemia.htm

717) Lin CY: *the effect of Chinese medicine on bone cell activities*, Am.J. Chin. Med., 2002, 30 (2-3) , pp. 271-285

718) Ciesielska E. : *anticancer, antiradical and antioxidative actions of novel Antoksyd Sand its major components, baicalin and baicalein*, Anticancer Research 2002, 22 (5), pp. 2885-2891
www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

719) Zhang J.: *Capsaicin inhibits growth of adult T-cell leukemia cells*, Leuk Res. 2003, 27 (3), pp. 275-283.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/peperoncino%20efficace%20su%20leucemia.pdf

720) Sheng-Teng Huang: *Phyllanthus urinaria triggers the apoptosis and Bcl-2 down-regulation in Lewis lung carcinoma cells*, Life Sciences, 72, (2003), pp.. 1705-1716.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/PHYLLATHUS%20provoca%20APOPTOSI%20su%20tumori.pdf

721) Russo A.: *Red wine micronutrients as protective agents in Alzheimer-like induced insult*, Life Science, 2003, 72 (21), pp. 2369-79

722) Ferrante RJ.: *Therapeutic efficacyof EGb 761 (Ginkgo biloba extract) in a transgenic mouse model of amyotrophic lateral sclerosis*, J. Mol. Neuroscienc, 2001, 17 (1), pp. 89-96

723) Artemisia absinthium (referenza bibliografica perduta)
724) Dittman, Arzneim Forsch, 21, pp 1999-2002, 1971
725) Kim GS, *Muricoreacin and murihexocin C, mono-tetrahydrofuran acetogenins, from the leaves of Annona muricata*. Phytochemistry 1998 Sep;49(2):565-71
726) Lopez Abraham AM, et.al., [*Plant extracts with cytostatic properties growing in Cuba. I.]* Rev Cubana Med Trop, 31: 2, 1979 May-Aug, 97-104
727) Hernández L., et.al., *Use of medicinal plants by ambulatory patients in Puerto Rico*. Am J Hosp Pharm, 41: 10, 1984 Oct, 2060-4
728) Bories C., et.a., *Antiparasitic activity of Annona muricata and Annona cherimolia seeds*. Planta Med, 57: 5, 1991 Oct, 434-6
729) Wu FE, et.al., *Two new cytotoxic monotetrahydrofuran Annonaceous acetogenins, annomuricins A and B, from the leaves of Annona muricata.* J Nat Prod, 58: 6, 1995 Jun, 830-6
730) Wu FE, et.al., *Muricatocins A and B, two new bioactive monotetrahydrofuran Annonaceous acetogenins from the leaves of Annona muricata.* J Nat Prod, 58: 6, 1995 Jun, 902-8
731) Wu FE, et.al., *New bioactive monotetrahydrofuran Annonaceous acetogenins, annomuricin C and muricatocin C, from the leaves of Annona muricata*. J Nat Prod, 58: 6, 1995 Jun, 909-15
732) Wu FE, et.al., *Additional bioactive acetogenins, annomutacin and (2,4-trans and cis)-10R-annonacin-A-ones, from the leaves of Annona muricata*. J Nat Prod, 58: 9, 1995 Sep, 1430-7
733) Kooiman P., *Structures of the galactomannans from seeds of Annona muricata, Arenga saccharifera, Cocos nucifera, Convolvulus tricolor, and Sophora japonica*. Carbohydr Res, 20: 2, 1971 Dec, 329-37
734) Bourne RK., *A preliminary study of the sedative effects of Annona muricata (sour sop*). West Indian Med J, 28: 2, 1979 Jun, 106-10
735) Rieser MJ., et.al., *Bioactive single-ring acetogenins from seed extracts of Annona muricata*. Planta Med, 59: 1, 1993 Feb, 91-2
736) Makleit et Bognar: Acta Pharm. Chirurg, 1968, 38, pp. 58-62

737) Iocco P. : *Genetic transformation of major wine grape cultivars of Vitis vinifera L*, Transgenic Res. 2001, 10(2), pp. 105-112
738) Lindbo J.A.: *Virus-mediated reprogramming of gene expression in plants*; California, USA; Curr. Opin. Plant. Biol. 2001, 4(3), pp. 181-185;
739) Mette M.F.: *Endogenous viral sequences and their potential contribution to heritable virus resistance in plants*, Salzburg, Austria, EMBO J., 2002, 21(3), pp.: 461-469;
740) Harper G.: *Viral sequences integrated into plant genomes*; United Kingdom; Annu Rev. Phytopathol. 2002, 40, pp.: 119-136; Epub 2002 Feb.;
741) Paul W.: *Correct processing of the kiwifruit protease actinidin in transgenic tobacco requires the presence of the C-terminal propeptide*; United Kingdom; Plant Physiol. 1995, 108(1), pp. 261-268
742) Sehnke PC.: *Expression of active, processed ricin in transgenic tobacco*; Florida, USA; j. Biol. Chem., 1994, 269(36), pp.: 22473-6.
743) Matzke MA: *Integrated pararetroviral sequences*; Nat. Biotechnol. 2000, 18(6), pp. 579.
744) Hammond J.: *Epidemiological risks from mixed virus infections and transgenic plants expressing viral genes*; Maryland USA; Adv Virus Res., 1999, 54, pp. 189-314.
745) Tabe LM.: *A biotechnological approach to improving the nutritive value alfalfa*; Australia; J. Anim. Sci., 1995, 73(9), pp.: 2752-9.
746) Nagar S.: *A geminivirus induces expression of a host DNA synthesis protein in terminally differentiated plant cells*; USA; Plant Cell. 1995, 7(6), pp.: 705-719.
747) Feuerbach F.: *Retrovirus-like end processing of the tobacco Tnt1 retrotransposon linear intermediates of replication*; France; J. Virol. 1997, 71(5), pp.: 4005-4015.
748) Dickman MB.: *abrogation of disease development in plants expressing animal antipoptotic genes*, Department of Plant Pathology, University of Nebraska, Lincoln, USA, IN: Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 2001, Jun 5, 98(12): 6957-62
749) "The *Gerson therapy. The amazing juicing programme for cancer and other illnesses*", by Charlotte Gerson and Morton Walker, Thorsons ed.; Charlotte Gerson, Morton Walker: La Terapia Gerson. Macroedizioni.
www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3698
750) Gerson M.A.:*Cancer Therapy; Results of Fifty Cases*, The Gerson Institute, Bonita, California, 1999.
http://gerson-research.org/docs/GersonM-1958-1/index.html
751) Li F: *Characterization of Fortilin, a novel anti-apoptotic protein*, J.Biol.Chem. 2001; 276(50), pp.:47542-9
752) Dhar M: *Screening of indian plants for biological activity.* Indian J. Exp. Biol., 6, 232, 1968
753) Ocampo: *Uncaria tomentosa, aspectos, Ethnomedicos, Medicos, Farmacologicos, Botanicos, Agronomicos, Comerciales, Legales, Anthropologicos, Sociales y Politicos*. Lima: Instituto de Desarollo Rural Peruraro (IDDERP), 1994, 74
754) Jones K: "*Cat's Claw: Healing Vine of Peru*". Seattle: Sylvan Press,1995, 180
755) Cabieses F: "*The saga of the Cat's Claw*". Lima: Via Lactera Editores, 1994
756) KeplingerH.: "*Oxindole Alkaloides Having Properties Stimulating the Immunologic System and Preparation Containing Same*. United States Patent 5, 302, 611, april 12, 1994
757) Keplinger H.: "*Oxindole Alkaloides Having Properties Stimulating the Immunologic System and Preparation Containing Same*". United States Patent 4, 940, 725, July 10, 1990.
758) Keplinger H.: "*Oxindole Alkaloides Having Properties Stimulating the Immunologic System and Preparation Containing Same*". United States Patent 4, 844, 901, July 4, 1989
759) Montenegro De Matta, S.: "*Alkaloids and procyanidins of an Uncaria sp. from Peru*." Il Farmaco. Ed.Sc 31 (1976); pp: 527-535.
760) Ozaki Y.: *Pharmacological studies on Uncaria and Amsonia alkaloids.* Japanese Journal of Pharmacology (suppl.) 30 (1980): 137P
761) Kreutzkamp B.: *Niedermolekulare Inhalstoffe mit Immunstimulierenden Eigenschaften aus Uncaria tomentosa, Okoubaka aubrevillei und anderen Drogen*. Dissertation of the faculty of chemistry and pharmacy of Ludwig Maximilians University, Munich, May 1984.
762) Stuppner H. :*HPLC analysis of the main oxindole alkaloids from Uncaria tomentosa*. Chromatographia 34, 11/12 (1992), pp.: 597-600.
763) Wagner H.: *Die Alkaloide von Uncaria tomentosa und ihre Phagozytosesteigernde Wirkung*. Planta Medica 51 (1985), pp.: 419-423
764) Laus G.: *Separation of sterioisomeric oxindole alkaloids from Uncaria tomentosa by high performance liquid chromatography*. Journal of Chromatography A 662 (1994). pp.: 243-249.
765) Lavault M.: *Alcaloides de l'Uncaria guianensis*, Planta Medica, 47 (1983), pp.:244-245.
766) Hemingway, S.R.: *Alkaloids from South American species of Uncaria (Rubiaceae)*. Journal of Pharmacy and Pharmacology 26, suppl. (1974), pp.:113P
767) Raymond Hamet, M.: *Sur l'alcaloide principal d'une rubiacee des regions tropicales de l'Amerique de Sud: l'Ourouparia guianensis Aubelt*. Comptes Rendus Hebdomadaires des Seances de l'Academie des Sciences 235(1952).pp.: 547-550.
768) Stuppner, H.: *A differential sensitivity of oxindole alkaloids to normal and leukemic cell lines*. Planta Medica 59, suppl.(1993). pp.583

769) Peluso G.: *Effetto antiproliferativo su cellule tumorali di estratti e metaboliti da Uncaria tomentosa. Studi in vitro sulla loro azione DNA polimerasi*, 11.o congresso Italo-Peruviano de Etnomedicina Andina, Lima, Perù, ottobre 27-30,1993, pp.21-22.
770) Rizzi R.: *Mutagenic and antimutagenic activities of Uncaria tomentosa and its extracts*, Premiere Colloque European d'Ethnopharmacologie, Metz, France, March 22-24, 1990.
771) RizziR.: *Bacterial cytotoxicity, mutagenicity and antimutagenicity of Uncaria tomentosa and its extracts. Antimutagenic activity of Uncaria tomentosa in humans*, Premiere Colloque European d'Ethnopharmacologie, Metz, France, March 22-24, 1990.
772) RizziR.: *Mutagenic and antimutagenic activities of Uncaria tomentosa and its extracts*, Journal of Ethnopharmacology 38 (1993), pp:63-77.
773) Segun Hartwell, J.L.: "*Plants used against Cancer*". Lloydia 30-32, pp.:379-436
774)http://www.thefountainoflife.ws/cancer/howgood.htm
775)www.1cure4cancer.com/scientificfacts.html
776)www.curezone.com/diseases/cancer/laetrile.asp
777)www.worldwithoutcancer.org.uk/analysisindex.html
778)http://www.thefountainoflife.ws/cancer/howgood.htm
779)www.internalhealth.com/1newsletter_jan03.htm
780)health.centreforce.com/health/laetrile.html
781)www.anticancerinfo.co.uk/In Brief Series webpage.htm
782)www.worldwithoutcancer.org.uk/analysis7.html
783)http://www.antiaging-systems.com/extract/laetrile.htm
784)http://www.smart-drugs.net/ias-laetrile-cancer.htm
785)http://www.brave-souls.com/therapy.html
786)http://www.1cure4cancer.com/controlcancer/information/laetrile.htm
787)www.1cure4cancer.com/FAQ.htm
788Nat.Toxins 1998; 6(6):219-33
789) Rev. Can. Biol. 1978 Jun; 37(2): 127-130
790) J.Clin. Microbiol. 1998 Jul, 36(7): 2138-9
791) FEMS Immunol. Med. Microbiol. 1999 May; 24(1): 43-7),
792) J.Appl.Microbiol. 2000 Jul, 89(1): 16-23.
793) Leslie Taylor: "*Herbal Secrets of the Rainforest. The healing power of over 50 medicinal plants you should know about. Prima Health*". A division of Prima Publishing.
794) Dewick PM.: "*Tumor Inhibitors from Plants*", Treasend Evans, Pharmacognosy (13th.Ed.), 1989, Volumenes 1-3.
795) J. Nat. Cancer Institute, vol.83, 1994, pp.1450-1459
796) Epstein S.: *Un inganno a spese delle donne*, in: Los Angeles Times, 22 giugno 1992
797) The Lancet I, 1989, pp.: 117-120
798) Austin S.: *Cancro della mammella: ciò che dovreste sapere (ma che potrebbero non dirvi) sulla prevenzione, diagnosi e trattamento*, Prima Publishing, Rocklin, CA-USA, 1994
799) Fisher B.: *Cancro endometriale in pazienti trattate con Tamoxifene: risultati del National Surgical Adjuvant Breast & Bowel Project (NSABP) B-14*, in: J.Natl.Cancer Inst., vol. 86, 1994, pp.:527-537
800) Fisher B: *Commenti sulle morti per cancro endometriale nelle pazienti trattate con Tamoxifene*, in: J.Clin.Oncol., vol.14, 1996, pp.: 1027-1039
801) Health Letter, Public Citizens Health Research Group, *Attenzione al Tamoxifene che causa cancri*, in: Public Citizens Health Research Group Health Letter, 3 luglio 1994.
802) Newbold R: *Carcinoma uterino nei topi sottoposti al Tamoxifene, durante la gestazione*, in: Carcinogenesis, vol.18,(12), dicembre 1997, pp.: 2293-2298
803) *Rischiare il cancro della mammella o rischiare il Tamoxifene?*, in: Toronto Star Newspaper , 14 aprile 1998
804) Yager J.D.: *Estrogeni sintetici e Tamoxifene come promotori di epatocarcinogenesi*, in: Prev.Med., vol.20, 1991,pp.:27-37
805) Physicians'Desk Reference, 1998; Zeneca Pharmaceuticals, pag. 3175
806) Zou J.: *Modification of seed oil content and acyl composition in the brassicaceae by expression of a yeast sn-2 acyltransferase gen*, Plant Cell,1997, 9(6), pp.909-923
807) Shkurupii VA.: *Efficiency of the use of peppermint (Mentha piperita) essential oil inhalations in the combined multi drug therapy for pulmonary tuberculosis*, Probl. Tuberk., 2002, (4), pp.:36-39
808) Kchouk ML.: *In vitro organogenesis and transgenosis aspects in globe artichoke (Cynara scolymus)*, Cell. Mol. Biol. (Noisy-le-grand) 1997, 43(3), pp.:399-408
809) Bonnesen C.: *Dietary indoles and isothiocyanates that are generated from cruciferous vegetables can both stimulate apoptosis and confe protection against DNA damage in human colon cell lines*. Cancer Res. 2001, 61(16), pp.: 6120-6130
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/INDOLI%20e%20ISOTIOCIANATI%20delle%20crucifere%20o%20%20brassicacee.pdf

810) Bruneton J:*Pharmagnosy, Phytochemistry, Medicinal Plants*, Andover, England: Intercept Limited, 1995.
811) Werbach, M.R.:*Botanical Influences on Illness-A Sourcebook of Clinical Research*, Tarzana, CA: Third Line Press, 1994.
812) Blumenthal M.:"*Plant medicines from the New World*", Whole Foods Magazine, april 1997.
813) Kametani T.: *Heterocycles* 4, 1976, pp.483
814) Guinaudeau H.: *L loydia* 38, 1975, pp.275
815) Marini-Bettolo G.B., Acad. Geneeskund, Belg. 43, 1981, PP. 185
816) Anwer F.: *Studies in medicinal plants 3. Protoberberine alkaloids from the roots of Cissampelos pareira Linn*, Experientia, october 15, 1968.
817) Bhatnagar A.K.*: Chemical examination of the roots of Cissampelos pareira Linn. Structure and stereochemistry of hayatidin*, Experientia, april 15, 1967
818) Bhatnagar AK.: "*Chemical examination of the roots of Cissampelos pareira Linn*, IV . *Structure and stereochemistry of hayatin*, J.Org. Chem., March 1967
819) Kupchan S.M.: *Tumor inhibitors. VI. Cissamparene, new cytotoxic alkaloid from Cissampelos pareira. Cytotoxicity of bisbenzylisoquinoline alkaloids*, J.Pharm. Sci., april 1965
820) Basu D.K.: *Studies on curariform activity of hayatinin methochloride, an alkaloid of Cissampelos pareira*, J.P.N.J. Pharmacol., June 1970
821) Kondo Y.: *Inhibitory effect of bisbenzylisoquinoline alkaloids on nitric oxide production in activated macrophages*, Biochem.Pharmacol., 46, 1993, pp. 1887-92.
822) Morita H.: *Conformation of tropolone ring in antileukemic tropoloisoquinoline*, Chem. Pharm. Bull., Tokyo, 41, 8 (August 1993), pp. 1478-80
823) Morita H.: *Structures and solid state tautomeric forms of two novel antileukemic tropoloisoquinoline alkaloids, pareirubrines A and B, from Cissampelos pareira*, Chem. Pharm. Bull., Tokyo, 41, 8 (August 1993), pp. 418-22
824) DiCarlo F.J.: *Reticuloendothelial system stimulants of botanical origin*, Journal of the Reticuloendothelial Society, 1964, pp. 224-232
825) Martinod P.: *Isolation of tingenone and pristimerin from Maytenus chuchuhuasha*, Phytochemistry 15, 1976, pp. 562-653
826) Gonzales J.: *Chuchuhuasha: a drug used in folk medicine in the Amazonian and Andeas areas. A chemical study of Maytenus laevis*, Journal of Ethnopharmacology 5, 1982, pp. 73-77
827) Itokawa H.: *Oligo-nicotinated sesquiterpene polyesters from Maytenus ilicifolia*, Journal of Natural Products 56, 1993,, pp. 1479-1485
828) Sekar V.S.: *Mayteine and 6-benzoil-6-deacetyl-mayteine from Maytenus krukovii*, Planta Medica, 61, 1995, PP.: 390.
829) Bradshaw D: *Therapeutic potential of protein kinase C inhibitors*, Agents and Actions 38, 1993, pp. 135-147
830) Terhune S.: *B-spathulene: a new sesquiterpene in Schinus molle oil*, Phytochemistry 13, 1973, pp. 865.
831) Dominguez X.: *A chemical survery of seventeen medicinal Mexican plants*, Planta Med., 18, 1970, 51.
832) Pozzo-Balbi T.: *The triterpenoid acids of Schinus molle*, Phytochemistry 17, 1978, pp.: 2107-2110.
833) Dikshit AS.: *Schinus molle: a new source of natural fungitoxicant*, Appl. Environ.Microbiol. 51, 5, 1986, pp.: 1085-88.
834) Keltawi N.: *Antimicrobial activity of some Egyptian aromatic plants*, Herba Pol., 26, 4, 1980, pp.: 245-250.
835) Gundidza M.: *Antimicrobial activity of essential oil from Schinus molle Linn*, Central African J. Med., 39, 11, 1993, pp.: 231-234
836) Ross S.: *Antimicrobial activity of some Egyptian aromatic plan ts*, Fitoterapia 51, 1980, pp.: 201-205
837) Simons J.: *Succulernt-type as sources of plant virus inhibitors*, Phytopathology, 53, 1963, pp.: 677-683
838) Bhakuni D.: *Screening of Chilean plants for anticancer activity*, Llydia 39, 4, 1976, pp.: 225-243
839) Lima O.G.: *Substabcias anti-microbiano de plantas superiores. Comunicacao XXXI. Maaitenina, novo antimicrobiano con acao antineoplastica, isolade de celastracea de pernambuco*. Revista do Instiuto de Antibioticos (Recife), 9, 1969, pp.: 17-25
840) Monache F.D.: *Maitenin: a new anti-tumoral substance from Maytenus sp.*, Gazzetta Chimica italiana, 102 (1972), pp.: 317-320
841) Wolpert- Defillipes M.K.*: Initial studies on the cytotoxic action of maytansine, a novel ansa macrolide*, Biochemical Pharmacology 24, 1975, pp.: 751-754.
842) Spjut Rj: *Plant folklore: a tool for prediciting sources of antitumor activity?* Cancer treatment reports 60, 1976, pp.: 979-985
843) De Santana C.F.: *Primeiras observacoes sobre o emprego da maitenina en pacientes cacerosos*, Revista do Instituto de Antibioticos (Recife), 11, 1971, pp.: 37-49.
844) Melo A.M.: *First observations on the topical use of primin, plumbagin and maytenin in patiens with skin cancer*, Revista do Instituto de Antibuioticos (Recife), december 1974.
845) Cabanillas F.: *Phase I study of maytansine using a 3-day schedule*, Cancer Treatment Reports 60, 1976, pp.: 1127-39
846) Chabner B.A.: *initial clinical trials of mayansine, an antitumor plant alkaloid*, Cancer Treatment Reports 62, 1978, p.: 429-433

847) O'Connell M.J.: *Phase II trial of maytansine in patients with advanced colorectal carcinoma*, Cancer Trteratment Reports, 62, 1978, pp. : 1237-38
848) Suffnes M.J.: *Current status of the NCI plant and animal product program*, Journal of Natural Products 45, 1982, pp.: 1-14
849) Crovetto P.M.: *Las plantas utilizadas en medicina popular en el norestde corrientes*, Miscelanea 69, Tucuman, Argentina, Ministeris de Cultura y Educacion, Foundacion Miguel Lillo, 1981, 69
850) Jones K: *Pau d'Arco immune power from the Rainforest*, Rochester , VT, Healing Arts Press, 1995, 63
851) Freise, F.W.: *Plants medicinais Brasileiras*, Boletim de Agricultura 34, 1933, pp.: 410
852) Souza - Formigoni M.L.: *Anti-ulcerogenic effects of two Maytenus species in laboratory animals*, J. Ethnopharmacol., august 1991
853) Oliveira M.G.: *Pharmacologic and toxicologic effects of two Maytenus species in laboratory animals*, J. Ethnopharmacol, august 1991
854) Shirota O.: *Cytotoxic aromatic triterpenes from Maytenus ilicifolia and Maytenus chuchuhuasca*, J.Nat.Prod., december 1994.
855) Mesquita A: *Flavonoids from four compositae species*, Phytochemistry 25, 5, 1986, pp.: 1255-1256
856) Simoes C.M.: *Anti-inflammatory action of Achyrocline satureoides extracts applied topically*, Fitoterapia 59, 5, 1988, pp.: 419-421
857) Simoes C.M.: *Pharmacological investigations on Achyrocline satureoides* , J.Ethnopharmacol. 22, 3, 1988, pp.: 281-293
858) de Souza C.P.: *Chemoprophylaxis of Schistosomiasis: molluscicidal activity of natural products*, An. Acad. Brasil. Cienc. 56, 3, 1984, pp.: 333-338
859) Vargas V.M. : *Mutagenic and genotoxic effects of aqueous extracts of Achyrocline satureoides in prokaryotic organisms*, Mutat. Res. 240, 1, 1990, pp.: 13-18
860) Wagner H.: *Immunostimulating polysaccharides (heteroglycans) of higher plants*, Arzneim-Forsch., 35, 7, 1985, pp.: 1069-75
861) Wagner H.: *Immunostimulating polysaccharides (heteroglycans) of higher plants, preliminary communication* , Arzneim-Forsch., 34, 6, 1984, pp.: 659-661.
862) Arisawa M.: *Cell growth inhibition of KB cells by plant extracts*, Nat. Med. 48, 4, 1994, pp.: 338-347
863) Abdel-Malek S.: *Drug leads from the Kallawaya herbalists of Bolivia, 1.Background, rationale, protocol and anti-HIV activity*, J.Ethnopharmacol. 50, 1996, PP.: 157-166
864) Vasina O.E.:*Withasteroids of Physalis, VII, 14-alpha-hydroxyixocarpanolide and 24,25-epoxywithanolide* D., Chem. Nat. Comp. 22, 5, 1987, pp.: 560-565
865) Chen C.M.: *Withangulatin A, a new withanolide from Physalis angulata*, Heterocycles 31, 7, 1990, pp.: 1371-1375
866) Shingu K.: *Physagulin C, a new withanolide from Physalis angulata* Chem. Pharm. Bull. 39, 6, 1991, pp.: 1591-93
867) Shingu K. : *Three new withanolides, physagulins E,F,G from Physalis angulata*, Chem.Pharm. Bull., 40, 9, 1992, pp.: 2448-2451
868) Basey K.: *Phygrine, an alkaloid from Physalis spcies*, Phytochemistry, 31, 12, 1992, pp.: 4173-76
869) Lin Y.S.: *Immunomodulatory activity of various fractions derived from Physalis angulata extract*, Amer. J. Chinese Med., 20, 3/4 1992, pp.: 233-243
870) Chiang H.: *Antitumor agent, physalin F, from Physalis angulata*, Anticancer Res., 12, 3, 1992, pp.: 837-843
871) Chiang H.: *Inhibitory effects of physalin B and physalin F on various human leukemia cells in vitro*, Anticancer Res., 12, 4, 1992, pp.: 1155-1162
872) Anonymous: *Biological assay of antitumor agents from natural products, Abstr. Seminar on the Development of Drugs from Medicinal Plants*, Organized by the Department of Medical Science Department at Thai Farmer Bank, Bangkok Thailand, 1982, 129
873) Veira J.E.: *Pharmacologic screening of plants from nrtheast Brazil. II.*, Rev. Brasil. Farm., 49, 1968, pp.: 67-75
874) Caceres A.: *Plants used in Guatemala for the treatment of gastrointestinal disorders 1. Screening of 84 plants against enterobacteria*, J.Ethnopharmacol., 30, 1, 1990, pp.: 55-73
875) Heinrich M.: *Parasitological and microbiological evaluation of Mixe Indian medicinal plants*, (*Mexico*), J.Ethnophatrmacol., 36, 1, 1992, PP.: 81-85
876) Caceres A.: *Plants used in Guatemala for the treatment of respiratory diseases.2: evaluation of activity of 16 plants against gram-positive bacteria*, J.Ethnopharmacol., 39, 1993, pp.: 77-82
877) Caceres A: *Plants used in Guatemala for the treatment of gastrointestinal disorders.3: confirmation of activity against enterobacteria of 16 plants*, J.Ethnopharmacol. 38,1, 1993, pp.31-38
878) Cancers A.: *Anti-gonorrhoel activity of plants used in Guatemala for the treatment of sexually transmitted diseases*, J. Ethnopharmacol. 48, 2, 1995, , pp. 85-88
879) Pinheiro De. Sousa: *Molluscicidal activity of plants from northeast Brazil*, Rev. Brasil. Pesq. Med. Biol., 7, 4, 1974, pp.: 389-394
880) Nascimento S.C.: *Antimicrobial and cytotoxic activities in plants from Pernambuco*, Brazil, Fitoterapia, 61, 4, 1990, pp.: 353-355
881) Tseng C.E.: *Inhibition of in vitro prostaglandin and leukotriene biosyntheses by cinnamoyl-beta-phenethylamine and N-acyldopamine derivatives*, Chem.Pharm.Bull., 40, 1992, 2, pp.: 396-400

882) Hor M.: *Inhibition of intestinal chloride secretion by proanthocyanidins from Guazuma ulmifolia*, Planta Medica, 61, 3, 1995, pp.: 208-212.
883) Hor M.: *Proanthocyanidin polymers with antisecretory activity and proanthocyanidin oligomers from Guazuma ulmifolia bark*, Phytochemistry 42, 1, 1996, pp:109-119
884) Jones K: *Pau d'Arco: Immune Power from the Rain Forest* , Rochester, VT: Healing Arts Press, 1995, pp.: 54-58
885) Gentry A.: *A synopsis of bignoniaeae ethnobotany and economic botany*, Annals of the Missouri Botanical Garden 79, 1992, pp.: 53-64
886) Rao K.V.: *Recognition and evaluation of lapachol as an antitumor agent*, Cancer Res., 28, 1968, pp.: 1952-54
887) Block J.B.: *Early clinical studies with lapachol (NSC-11905*), Cancer Chemother. Rep., 4, 1974, pp.: 27-28
888) Linardi M.D.C.: *A lapachol derivative active against mouse lympocyte leukemia P-388*, J.Med.Chem., 18, 11, 1975, pp.: 1159-1162
889) Santana C.F.: *Preliminary observation with the use of lapachol in human patients bearing malignant neoplas*ms, Revista do Instituto de Antibioticos 20, 1971, pp.61-68
890) Beckstrom-Sternberg: the Phytochemical Database, ACEDB version 4.3, July 1994, National Germplasm Resources Laboratory (NGRL), Agricultural Research Service (ARS), U.S. Department of Agricolture
891) de Lima O.G.: *Primeiras observacoes sobre a acao antimicrobiana do lapachol*, Anais da Sociedade de Biologica de Pernambuco, 14, 1956, pp.: 129-135
892) de Lima O.G.: *Una nova substancia antibiotica isolada do "Pau d'Arco", Tabebuia sp*., Anais da Sociedade de Biologica de Pernambuco, 14, 1956, pp.: 136-140
893) Burnett A.R.: *Naturally Occuring quinones; the quinonoid constituents of tabebuia avellanedae*, J.Chem. Soc., C, 1967, pp.: 2100-2104
894) Gershon H.: *Fungitoxicity of 1,4-naphthoquinonoes to Candida albicans and Trichophyton menta grophytes*, Can. J. Microbiol. 21, 1975, pp.: 1317-1321
895) Binutu O.A.: *antimicrobial potentials of some plant species of the Bignoniaceae family*, Afr. J. Med.Sci., 23, 3, 1994, PP.: 269-273
896) Linhares M.S.: *Estudo sobre of efeito de substancias antibioticas obitdas de Streptomyces e vegatais superiores sobre o herpesvirus hominis*, Revista Instituto Antibioticos, Recife 15, 1975, pp.: 25-32
897) Lagrota M.: *Antiviral activity of lapachol*, Rev. Microbiol. 14, 1983, pp.: 21-26
898)Schuerch A.R.: *B-Lapachone, an inhibitor of oncornavirus reverse transcriptase and eukarotic DBA polymerase-a. Inhhibitory effect, thiol dependency and specificity*, Eur. J. Biochem., 84, 1978, pp.: 197-205
899) Austin F.R.: *Schistosoma mansoni chemoprophylaxis with dietary lapachol*, Am.J.Trop. Med.Hyg., 23, 1979, pp.: 412-419
900) Gilbert B.: *Schistosomiasis. Protection against infection by terpenoids*, An. Acad. Brasil. Cienc. 42, (Suppl.), 1970, pp.: 397-400
901) Oga S.: *Toxicidade e atividade anti-infiammatoria de Tabebuia avellanedae Lorentz ("Ipe Roxo")*, Rev. Fac. Farm. Bioquim., 7, 1969, pp.47-53
902) Awang DVC: *Commercial taheebo lacks active ingredient*, Information Letter 726, August 13, 1987, Can. Pharm. J., 121, 1991, pp.: 323-326
903) Perdue G.P.: *South American plants II: Taspine isolation and anti-inflammatory activity*, J.,Pharmac.Sci., January 1979
904) Vlietinck A.J.: Dommisse R.A., Eds, *Advances in Medicinal Plant Research*, Stuttgart, Wiss, Verlag, 1985
905) Vaisberg A.J.: *Taspine is the cicatrizant principle in Sangre de Drago extracted from Croton lechleri*, Planta Med., april 1989.
906) Porras-Reyes B.H.: *Enhancement of wound healing by the alkaloid taspine defining mechanism of action*, Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 203, 1, 1993, pp.: 18-25
907) Itokawa H.: *A cytotoxic substance from sangre de drago*, Chem. Pharm. Bull., Tokyo, 39, 4, 1991, pp.: 1041-42.
908) Pieters L.: *Isolation of a dihydrobenzofuran lignan from South American dragon's blood (Croton spp) as an inhibitor of cell proliferation*, J.Nat. Prod., June 1993
909) Chen Z.P.: *Studies on the anti-tumour, anti-bascterial, and wound-healing properties of dragon's blood*, Planta Med., december 1994
910) Hobbs C.: *Sarsaparilla, a literature review*, Herbal Gram 17, 1988
911) Lung A,and Steven F.: *Encyclopedia of Common Natural Ingredients*, New York , John Wiley & Sons, Inc., 1996
912) Thurman F.M. : *The treatment of psoriasis with sarsaparilla compound*, New England Journal of Medicine 337, 1942, pp.: 128-133
913) D'Amico M.L.: *Ricerche sulla presenza di sostanze ad azione antibiotica nelle piante superiori*, Fitoterapia, 21, 1, 1950, pp.: 77-79
914) Fitzpatrick F.K.: *Plant substances active against mycobacterium tuberculosis*, Antibiotics and Chemotherapy, 4, 5, 1954, pp.: 528-536.
915) Rollier r.: *treastment of lepromatous leprosy by a combination of DDS and sarsaparilla (Smilax* ornata), Int.J.Leprosy, 27, 1959, pp.: 328-340
916) Ageel A.M.: *Experimental studies on antirheumatic crude drugs used in Saudi traditional medicine*, Drugs Exp. Clin. Rers., 15, 1989, , pp.: 369-372

917) Rafatulah S.: *Hepatoprotective and safety evaluation studies on Sarsaparilla* , Int. J. Pharmacognody, 29, 1991, pp.: 296-301.
918) Harnischfeger G.: *Smilax species -Sarsaparilla, in Bewahrte Pfanzendrogen in Wissenschaft und Medizin*, Bad Homburg/Melsungen, Notamed Verlag, 1983, pp.: 216-225
919) Tschesche R.: *Advances in the chemistry of antibiotic substances from higher plants*, In: H. Wagner and L. Horhammer, Pharmacognosy and Phytochemistry, New York , Springer Verlag, 1971, pp.: 274-276
920) Willard T.: *The wild Rose Scientific Herbal, Alberta*: *wild Rose College of natural Healing*, 1991, PP.307
921Botanical Monograph, "*Sarsaparilla (Smilax sarsaparilla*)", American Journal of Natural Medicine, 3, 9, 1996
922) Newal C.: *Herbal Medicine: a Guide for Health -care Professionals*, Cambridge, England: the Pharmaceutical Press, 1996
923) Anesini C: *Screening of plants used in Argentine folk medicine for antimicrobial activity*, Catedra de Farmacologia, Facultad de Odontologia, Univeridad de Buenos Aires, Argentina, J. Ethnopharmacol.. 39, 1993, pp.: 119-128
924) Ogungbamila F.O.. *Smooth muscle-relaxing flavonoids from Alchornea cordifolia*, Acta Pharm. Nord. 2,6, 1990, pp.: 421-422
925) Robineau L: Towards a Caribbean Pharmacopoeia, TRAMIL-4 Workshop, UNAH, Enda Caribe, Santo Domingo, 1991
926) Calixto J.B.: *Antispasmodic effects of an alkaloid extracted from Phyllanthus sellowianus: a comparative study with papaverine*, Braz. J.med. Biol. Res., 17, 3,-4, 1984, pp.313-321
927) Syamasundar K.V.: *Antihepatotoxic principles of Phyllanthus niruri herbs*, J. Ethnopharmacol., 14, 1, 1985, pp. 41-44
928) Shimizu M.: *Studies on aldose reductase inhibitors from natural products. II. Active components of a Paraguayan crude drug, paraparai mi, Phyllanthus niruri*, Chem. Pharm. Bull., Tokyo, 37, 9, 1989, pp.: 2531-2532
929) Ueno H.: *Chemical and pharmaceutical studies on medicinal plants in Praguay. Geraniin, an angiotensin-converting enzyme inhibitor from "paraparai mi", Phyllanthus niruri*, J.Nat. Prod., 51, 2, 1988, pp. 357-359.
930)Santos A.R.: *analgesic effects of allus culture extracts from selected species of Phyllanthus in mice*, J.Pharm. Pharmacol., 46, 9, 1994, pp.: 755-759
931) Santos a.r.: *Analysis of the mechanisms underlying the anti-nociceptive efect of the extracts of plants from the genus Phyllanthus*, Gen.Pharmacol. 26, 7, 1995, pp.: 1499-1506
932) Srividya N.: *Diuretic, hypotensive and hypoglycaemic effect of Phyllanthus amarus*, Indian J. Exp. Biol. 33, 11, 1995, pp.: 861-864
933) Dixit S.P.: J.Natl.Integ.Med. Assoc. 25, 8, pp.: 269, 1983
934) Thyagarajan S.P.: *In vitro inactivation of HBsAg by Eclipta alba Hassk and Phyllanthus niruri Linn*, Indian J.Med. Res., 76, 1982, pp.: 124-130
935) *Effects of an extract from Phyllantus niruri on hepatitis B and woodchuck hepatitis viruses: in vitro and in vivo studies*, Proc. Natl. Acad. Sci., USA, 84, 1, 1987, pp.: 274-278.
936) Wang M.: *Herbs of the genus Phyllanthus in the treatment of chronic hepatitis B: observations with three preparations from different geographic sites*, J.Lab.Clin. Med., 126, 1995, pp.: 350-352
937) Wang M.: *Efficacy of Phyllanthus spp. in treating patients with chronic hepatitis B.*, Chung Kuo Chung Yao Tsa Chih, 19, 12, 1994, pp.: 750-751
938) Yeh S.F.: *Effect of an extract from Phyllanthus amarus on hepatitis B surface antigen gene expression in human hepatoma cells*, Antiviral Research 20, 1993, pp.: 185-192
939) Mehrotra R: *In vitro studies on the effect of certain natural products against hepatitis B virus*, Indian J.Med.Res., 92, 1990, pp.: 133-138
940) Ogata T.: *HIV-1 reverse transcriptase inhibitor from Phyllanthus niruri*, AIDS Res. Hum. Retroviruses 8, 11, 1992, pp.: 1937-1944
941) Qian -Cutrone J.: *Niruriside, a new HIV REV/RRE binding inhibitor from Phyllanthus niruri*, J.Nat.Prod., 59, 2, 1996, pp.: 196-1999.
942) Beral V.: *Use of HRT and the subsequent risk of cancer*, J.Epidemiol.Biostat.4, pp.191-210, 1999
943) Verheul H.A.: *Effects of estrogens and hormone replacement therapy on breast cancer risk and on efficacy of breast cancer therapy*, Maturitas 36, pp.1-17, 2000
944) Armostrong K.: *Beliefs about breast cancer risk and use of postmenopausal hormone replacement thepapy*, Med.Decis.Making 20, pp.208-313, 2000
945) Boyle P.: *Update on cancer control in women*, Int.J.Gynaecol. Obstet 70, pp.263-303, 2000
946) Henrich J.B.: The *postmenopausal estrogen/breast cancer controversy*, J.Am.Med.Assoc., 268, pp.1900-1902, 1992
947) Miksicek R.J.: *Commonly occuring plant flavonoids have estrogenic activity*, Mol.Pharmacol. 44, pp.37-43, 1993
948) Miksicek R.J.: *Interaction of naturally occurring nonsteroidal estrogens with expressed recombinant human estrogen receptor*, J.Steroid Biochem.Mol.Biol., 49, pp.153-160, 1994
949) Graumann K.: *Monitoring of estrogen mimics by a recombinant yeast assay: synergy between natural and synthetic compounds?*, Sci Total Environ. 225, pp.: 69-79, 1999

950) Bennetts H.W.: *A specific breeding problem of sheep on subetranean clover pastures in Western Australia*, Aust.Vet.J. 22, PP.2-12, 1946.
951) Brzezinski A: *Phytoestrogens: the "natural" selective estrogen receptor modulators?*, Eur. J.Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 85, pp.47-51, 1999
952) Reinli K.: *Phytoestrogen content of foods - a compendium of literature values*, Nutr. Cancer, 26, pp.123-148, 1996
953) Zava D.T.: *Estrogen and progestin bioactivity of foods, herbs, and spices*, Proc. Soc.Exp.Biol.Med. 217, 369-378, 1998
954) Xu X.: *Bioavailability of soybean isoflavones depends upon gut microflora in women*, J.Nutr. 125, pp. 2307-2315, 1995
955) Setchell K.D.: *Dietary isoflavones: biological effects and relevance to human health*, J.Nutr. 129, 758AS-767S, 1999
956) Lichtenstein A.H.: *Soy protein, isoflavones and cardiovascular disease risk*, J.Nutr.128, pp.1589-1592, 1998
957) Verma S.P.: *The inhibition of the estrogenic effects of pesticides and environmental chemicals by curcumin and isoflavonoids*, Environ.Health Perspect, 106, pp.807-812, 1998
958) Peterson G.: *Genistein inhibits both estrogen and growth factor-stimulated proliferation of human breast cancer cells*, Cell Growth Differ. 7, pp.1345-1351, 1996
959) Constantinou A.I.: *Genistein induces mautration of cultured human breast cancer cells and prevents tumor growth in nude mice*, Am.J.Clin.Nutr. 68, 1426S-1430S, 1998
960) Fotsis T.: *Genistein, a dietary-derived inhibitor of in vitro angiogenesis*, Proc.Natl.Acad.Sci.USA 90, 2690-2694, 1993
961) Wei H.: *Antioxidant and antipromotionsl effects of the soybean isoflavone genistein*, Proc.Soc.Exp.Biol.Med. 208, pp.124-130, 1995
962) Ruiz-Larrea M.B.: *Antioxidant activity of phytoestrogenic isoflavones*, Free Radic.Res. 26, pp.63-70, 1997
963) Kim H.: *Mechanisms of action of the soy isoflavone genistein:emerging role for its effects via transforming growth factor beta signaling pathways*, Am. J. Clin. Nutr. 68, 1418S-1425S, 1998
964) Hsieh C.Y.: *estrogenic effects of genistein on the growth of estrogen receptor-positive human breast cancer (MCF-7) cells in vitro and in vivo*, Cancer Res. 58, pp.:3833-3838, 1998
965) Dixon-Shanies D.: *Growth inhibition of human breast cancer cells by herbs and phytoestrogens*, Oncol. Rep. 6, pp.: 1383-1387, 1999
966) Dornstauder E: *Attività estrogenica di due estratti standardizzati di trifoglio pratense. Uso nella terapia ormonale sostitutiva*, Medicina Naturale, gennaio2003, pp.68-73
967) Christiansen P.: *Transgenic Trifolium repens with foliage accumulating the hi sulphur protein, sunflower seed albumin*, Transgenic Res., 2000, 9 (2), pp.: 103-113
968) Kuvshinov VV: *Transgenic crop plants expressing synthetic cry9Aa gene are protected against insect damage*, Plant Sci 2001, 160 (2), pp: 341-353
969) Walji, Vitamins, Minerals and Dietary supplements, Headway Hodder and Stoughton, pp.100, 1995
970) Walji, *Vitamin*s, *Minerals and Dietary supplements*, Headway Hodder and Stoughton, pp.100, 1995
971) Waldron KW.: *Food and cancer prevention: chemical and biological aspects*, I.T.Johnson AFRC pp.290.
972) Kendler B.S.: *Garlic* (*Allium sativum) and Onion (Allium cepa) : a reviuw of their Relationship to cardiovascular disease*, Preventive Medicine 16, pp.: 670-685, 1987
973) Fulder S.: Scorn *not garlicke*, Pharmacy update, october, pp.: 327-329
974) Abdullah TH: Garlic revisited: therapeutic for the major diseases of our times? J.Natl. Med. Assoc. 80, pp.: 439-445, 1988
975) Lammon DL: *The potential application of Allium sativum (garlic) for the treatment of bladder cancer*, Urol. Clin. North Am., 27, pp.: 157-162, 2000
976) Lau BH.: *Garlic compounds modulate macrophage and T-lymphocyte functions*, Mol. Biother 3, pp.: 103-107, 1991
977) Nagabhushan M.: *Anticarcinogenic action of diallyl sulfide in hamster buccal pouch and forestomach*, Cancer lett., 6, pp.: 207-216, 1992
978) Lin XY: *Dietary garlic suppresses DNA adducts caused by N-nitroso compounds*, Carcinogenesis 15, pp.: 349-352, 1994
979) Song K.: *The influence of heating on the anticancer properties of garlic*, J.Nutr. 131S: 1054S-1057S, 2001
980) Lamm d.l.: *Enhanced immunocompetence by garlic: role in bladder cancer and other malignacies*, J.Nutr. 131s: 1067s-1070s, 2001
981) Kyo E.: *Immunomodulatory effects of aged garlic extract*, J.Nutr. 131s: 1075s-1079s, 2001
982) Alvarez I., *Lysine-rich gamma -zeins are secreted in transgenic Arabidop plants*, Planta, 1998, 205(3), pp: 420-427Barcelona, Spain
983) Markkanen T.: *Antiherpetic agent from Juniper Tree (Juniper communis), its purification, identification, and testing in primary human amnion cell cultures*, Drug exp. Clin. Res., 1981, 7, pp.: 691-697.

984) Dombradi A.:*Anti-tumor activity of A.lappa*, ext. tumori, 52, pp.:173-175, 1966); (Morite K.: *Chemical nature of a desmutagenic factor from burdock (Arctium lappa*), Agric. Biol.Chem. 49, pp.: 925-932).
985) Gibson GR.: *Non-digestible oligosaccharides and bifido bacteria-implications for health*, International Sugsr Journal, 96 (1150), pp.: 381-387.
986) Della Loggia: *Piante officinali per infusi e* tisane, OEMF, 1993, pp.: 99-101). 987)Pedretti M.*: Chimica e farmacologia delle piante*, Studio Edizioni, 1990)
987) Polacheck: *Activity of compound G2 isolated from alfaalfa roots against medically importannt yeasts*, Antimicrobial agents Chem other, 30, pp: 290.34, 1986.
988) Pedretti M.: Colesterolo e aterosclerosi , Clesav, 1992
989) Story JA: *interactions of alfalfa plant and sprout saponins with cholesterol in vitro and in cholesterol-fed rats*, Am J.Clin. Nutr. 39, pp.: 917-929, 1984
990) Malinow MR: *comparative effects of alfalfa saponins and alfalfa fiber on cholesterol absorption in rats*, Am. J. Clin. Nutr. 32(9), PP.: 1810-1812, 1977
991) Malinow MR: *Effect of alfalfa saponins on intestinal cholesterol absorption in rats*, Am. J. Clin. Nutr. 30 (12), pp.: 2062-67
992) Mallinow MR.: *Effect of alfaalfa meal on shrinkage (regression) of atherosclerotic plaques during cholesterol feeding in monkeys*, Atherosclerosis 30 (1), pp.: 27-43
993) Della Loggia R.: Piante officinali per infusi e tisane, OEMF, pp.200.202, 1983. 994)Mcintyre A.: *Woman's herbal*, Gaia Book, pp.: 189-190, 1994
995) Poletti A.: *Fiori e piante medicinali*, Vol.II, Musumeci, 1994.
996) Benigni: *Piante medicinali*, Ed. Inverni & della Beffa, pag. 847, R.N. Brodgen et al., Drugs, 8, pp.: 330, 1964).
997) Le monografie tedesche, Vol. 2, pp.25, Studio Edizioni, 1990.
998) Castleman M.: *Le erbe curative*, Tecniche nuove, pp.242-247, 1994.
999) Hamilton L.: *La via della natura*, Sinai Edizioni, 1995.
1000) Mcintyre A.: *Woman's Herbal*, Gaia Books, pp.34, 1994.
1001) Bone K., British J. Phytother., 2, pp.55-60, 1994.
1002) Wilson L: *Equilibrio nutrizionale e analisi minerale tissutale*, Sinai Edizione, 1995
1003) Kampf R.: *Schweizerische apotheker zeitung*, 114, pp. 337-342, 1976.
1004) (Pedretti M: Chimica e farmacologia delle piante, Studio edizioni, 1990.
1005) Suglia L: *Natura antalgica*, Erboristeria Domani, 12, pp: 34-40, 1995
1006) Wagner H.: *Immunostimulans from medicinal plants*, in: Chang HM. et al, editors, Advancesin Chinese Medicinal Materials Research, Singapore: Word Scientific, 159, 159; 1985.
1007) Wagner H.: *Immunstimulierend wirkende polysaccaride (heteroglykane) aus hoheren pflanzen*, Arzneimittelforschung 35, 1069; 1985.
1008)Yun-Choi HS: *Potential inhibitors of platelet aggregation from plant sources, III*, J.Natl. Prod. 50; pp: 1059-64, 1987.
1009) Medon P.J.: *Hypoglycaemic effect and toxicity of Eleuteroccocus senticosus following acute and chronic administration in mice* , Acta Pharmacol. Sinica, 2, pp: 281-285, 1981.
1010) Hikino H: *Isolation and hypoglycaemic activity of Eleutherans A, B, C, D, E, f and G: Glycans of Eleutherococcus senticosus roots*, J. Natl.Prod., 49, pp: 293-297, 1986.
1011) Chowrira GM: *Coat protein-mediated resistance to pea enation mosaic virus transgenic Pisum sativum L.*, Transgenic Res., 1998, 7(4), pp.: 265-271
1012) Vincent R: *Overexpression of a soybean gene encoding cytosolic glutamin synthetase in shoots of transgenic Lotus corniculatus L plant triggers changes in ammonium assimilation and plant development*, Planta, 1997, 201 (4), pp.: 424-433
1013) Malinowski T.: *Preliminary report on the apparent breaking of resistance of transgenic plum by chip bud inoculation of plum pox virus PP S*, Acta Virol., 1998, 42(4), pp.: 241-243
1014) Febres VJ: *Characterization of grapefruit plants (Citrus paradisi Macf.) transformed with citrus tristeza closterovirus genes*, Plant Cell Rep. 2003, 21(5), pp.: 421-428
1015) Mostefa-Kara N; Pauwels A; Pines E;et al.: *Fatal hepatitis after herbal tea*. Lancet 1992; V340,(Sep12), p.674
1016) Larrey D; Vial T; Pauwels A ;et al.: *Hepatitis after germander (Teucrium chamaedrys) administration: another instance of herbal medicine hepatotoxicity*. Ann Intern Med 1992; 117(2):129-32.
1017) Castot A; Larrey D.:*Hepatitis observed during a treatment with a drug or tea containing Wild Germander. Evaluation of 26 cases reported to the Regional Centers of Pharmacovigilance*. Gastroenterol Clin Biol 1992; 16: 916-22.
1018) Kouzi SA; McMurty RJ; Nelson SD.: *Hepatoxicity of Germander (Teucrium-chamaedrys l) and one of its constituent neoclerodane diterpenes teucrin-a in the mouse*. Chem Res Tox 1994;7:850-856.
1019) Loeper J; Descatoire V; Letteron P;et al.: *Hepatotoxicity of Germander in mice*. Gastroenterology 1994; 106:464-472.

1020) Lekeral M; Pessayre D; Lereau JM;et al.: *Hepatotoxicity of the herbal medicine germander metabolic-activation of its furano diterpenoids by cytochrome-p450 3a depletes cytoskeleton-associated protein thiols and forms plasma-membrane blebs in rat hepatocytes*. Hepatology 1996;24:212-218.
1021) Ben Yahia M; Mavier P; M´etreau JM;et al.:*Chronic active hepatitis and cirrhosis induced by wild germander. 3 cases*. Gastroenterol Clin Biol 1993; 17: 959-62.
1022) Bello R, et al.: *Evaluation of the acute toxicity, analgesic and CNS activities of different species of Teucrium genus*. Phytoter Res 1995;9:277-280.
1023) Tanira MOM; Wasfi IA; Al Homsi M; et al.: *Toxicological effects of Teucrium stocksianum after acute and chronic administration in rats*. J Pharmacy Pharmacol 1996; 48: 1098-1102.
1024) Piozzi F; Bruno M; Cirimina R; et al.: *Putative hepatotoxic neoclerodane diterpenoids from Teucrium species*. Planta Medica 1997; 63: 483-484.
1025) Soylu AR; Sivri B; Bayraktar Y.: *Hepatotoxicity of Teucrium poliu*.: Turkish Journal of Gastroenterology 1998;9/2: 196-197.
1026) Bruno M; Cruciata M; Bondi ML; et al.: *Neo-clerodane diterpenoids from Scutellaria lateriflora*. Phytochemistry 1998; 48: 687-691.
1027) Labbe C; Castillo M; Hernandez M. *Diterpenoids from Baccharis lejia*. Phytochemistry 1991; 30: 1607-1611
1028) De Smet P.A.G.M. *Adverse of Herbal Drugs*. Vol. 3, Springer Verlag, Berlin, 1997
1029) Firenzuoli F.: *Ogni rosa ha la sua spina*. L' Erborista 1994; 7: 14-19.
1030) Firenzuoli F. *Le insidie del Naturale*. Tecniche Nuove, Milano, 1996: p. 70.
1031) Firenzuoli F. *Fitoterapia* II Ed. Masson, Milano, 1998: p. 36, 39, 145.
1032) Firenzuoli F. *Le 100 erbe della salute*. Tecniche Nuove, Milano, 2000
1033) Ministero della Sanità, Gazzetta Ufficiale, nr.181, August 3rd 1996.
1034) Larrey D. *Liver involvement in the course of phytotherapy* .Presse Med 1994, 23:691-3.
1035) McLendon RE: *Is the long-term survival of patients with intracranial glioblastoma multiforme overstated?* Cancer, 98 (8), pp.: 1745-1748, 2003
1036) Fulda S, Friesen C, Los M, et al. *Betulinic Acid triggers CD95 (APO-1Fas)- and p53-independent apoptosis via activation of caspases in neuroectodermal tumors*. Cancer Res. 1997;57:4956-4964.
1037) Fulda S.: *Betulinic Acid: A new cytotoxic agent against malignant brain-tumor cells*. Int J Cancer. 1999;82:435-441.
1038) Fulda S.: *Molecular ordering of apoptosis induced by anticancer drugs in neuroblastoma cells*. Cancer Res. 1998;58:4453-4460.
1039) Jeong HJ, Chai HB, Park SY, Kim DS. *Preparation of amino acid conjugates of betulinic acid with activity against human melanoma*. Bioorg Med Chem Lett. 1999;9:1201-1204.
1040) Pisha E, Chai H, Lee IS, et al. *Discovery of betulinic acid as a selective inhibitor of human melanoma that functions by induction of apoptosis*. Nat Med. 1995;1:1046-1051.
1041) Schmidt ML.: *Betulinic acid induces apoptosis in human neuroblastoma cell lines*. Eur J Cancer. 1997;33:2007-2010.
1042) Kitanaka C.: *increased RAS expression and caspase- independent Neuroblastoma cell death: possible mechanism of spontaneous Neuroblastoma regression*, Journal of the National Cancer Institute,Vol.94,No.5,pp.358-368,2002 [358.pdf]
1043) Tomonori H.: *Induction of normal phenotypes in RAS transformed cells by damnacanthal from Morinda citrifolia*, Cancer-Letters 73, 1993, pp.161-166.
1044) Gobe:GC.: *Apoptosis in brain and gut tissue of mice fed a sedd preparation of the cycad Lepidozamia peroffskyana*, Biochem.Biophys Res. Commun 1994, 205-pp.:327-333
1045) www.libertyzone.com/hz-brain-cancer-T1.htm1
1046) Jang MH: *Protective effects of Puerariae flos against ethanol induced apoptosis on human neuroblastoma cell line SK-N-MC*, Jpn J.Pharmacol., 2001, 87(4), pp..338-342
1047). Foldeak S and Dombradi G. *Tumor-growth inhibiting substances of plant origin. I. Isolation of the active principle of Arctium lappa.* Acta Phys Chem.1964;10:91-93.
1048). Dombradi C and Foldeak S. *Screening report on the antitumor activity of puriÞed Arctium lappa extracts*. Tumori.1966;52:173.
1049). Morita K, et al. *A desmutagenic factor isolated from burdock (Arctium lappa Linne).* Mutat Res.1984;129:25-31.
1050). WHO. *In vitro screening of traditional medicines for anti-HIV activity: memorandum from a WHO meeting*. Bul. WHO (Switzerland), 1989;67:613-618.
1051). Belkin M and Fitzgerald D. *Tumor damaging capacity of plant materials. 1. Plants used as cathartics*. J Natl Cancer Inst.1952;13:139-155.
1052) US Congress, OfÞce of Technology Assessment (OTA). Unconventional cancer treatments. Washington, DC: US Government Printing OfÞce, 1990.
1053). Pettit GR, et al. *Antineoplastic agents. The yellow jacket Vespula pensylvanica.* Lloydia.1977;40:247-52.
1054) Rhoads P, et al. *Anticholinergic poisonings associated with commercial burdock root tea*. J Toxicol.1984-85;22:581-584.

1055)Gray RE, Fitch M, Greenberg M, *Perspectives of cancer survivors interested in unconventional therapies.* Journal of Psychosocial Oncology. 1997; 15:149-171
1056)Yats P, *Patients with terminal cancer who use alternative: their beliefs and practices.* Sociology of Health abd Illness. 1993; 15: 199-217
1057) National Research Council. Food Chemical codex. Food and Nutrition Board, Division of Biological Sciences, Assembly of Life Sciences. Washington D: National Academy Press; 1981
1058) Flora Manufacturing and Ditributing files, Academy of Agricultural Sciences pof the Russian Federation Research & Manufacturing Association. Research & Development Institute of Medical & Aromatic Plants. Unpublished report, 1997
1059) The University of Texas Houston Center for Alternative Medicine Research in Cancer. Essiac Summary. http://www.sph.uth.tmc.edu/www/utsph/utcam/agents/essiac/summ.httn
1060) Richardson MA, Ramirez T, Nanney K, Singletary SE. *Alternative/ complementary medicine: implications for patients-provider communicatio*n. Proceedings ofAmerican Society of Clinical Oncology. 1999; 18: 590A abstr 2279
1061) Yun-Ching Chang: *Induction of apoptosis by penta-acetyl geniposide in rat C6 glioma cells*, Chemico-Biological Interactions, 141, 2002, pp.: 243-257
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Geniposide,%20contenuto%20nel%20frutto%20di%20Gardenia,%20fa%20suicidare%20cellule%20del%20tumore%20del%20cervello.pdf

1062) Steiner M.: *Carnosic acid inhibits proliferation and augments differentiation of human leukemic cells induced by 1,25-dihydroxyvitamin D3 and retinoic acid*, Nutr.Cancer 2001,41(1-2):135-144
1063) Tanaka T.: *Suppression ofazoxymethane induced colon carcinogenesis in male F344 rats by mandarin juices rich in beta-Cryptoxanthin and Hesperidin*, Int.J.Cancer- 88(1), pp.:146-150, 2000.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Ciproxantina%20e%20Esperidina.pdf

1064) Ren W. : *Tartary buckwheatflavonoid activates caspase 3 and induces HL-60 cell apoptosis*, Methods Find Exp. Clin. Pharmacol. 2001 23 (8), pp.: 427-432
1065) Day P.R.: *Genetic modification of plants: significant issues and hurdles success*, Am.J.Clin.Nutr., 63(4), pp.: 651S-656S, 1996
1066) Christiansen P.: *Transgenic Trifolium repens with foliage accumulating the high sulphur protein, sunflower seed albumin*, Transgenic Res., 2000; 9(2); pp.:103-113
1067) Singh R.: *The natural history of breast carcinoma in the elderly: implications for screening and treatment*, Cancer, 100 (9), pp.:1807-1813, 2004
1068) Fumoleau P.: *Multicentre, phase II study evaluating capecitabine monotherapy in patients with anthracycline and taxane-pretreated metastatic breast cancer*, Eur. J.Cancer, 2004; 40(4), PP:536-542
1069) Polyzos A.: *Full dose paclitaxel plus vinorelbine as salvage chemotherapy anthracycline-resistant advanced breast cancer: a phase II study*, J.Chemother. 2003,15(6),pp.:607-612
1070) Humphreys AC.: *Phase II study of docetaxel in combination with epirubicin an protracted venous infusion 5-fluorouracil (ETF) in patients with recurrent or metastatic breast cancer. A Yorkshire breast cancer research group study*, Br.J.Cancer, 2004, 90(11),pp.:2131-2134
1071) Gradishar WJ.: *Capecitabine plus paclitaxel as front-line combination therapy for metastatic breast cancer: a multicenter phase II study*, J.Clin.Oncol.2004,22(12),pp: 2321-2327
1072) Ejlertsen B.: *Phase III study of intravenous vinorelbine in combination with epirubicin versus epirubicin alone in patients with advanced breast cancer: a Scandinavian Breast Group Trial*, J.Clin.Oncol.2004, 22(12),pp.:2313-2320].
1073) Wist EA: *Oral capecitabine in anthracycline and taxane-pretreated advanced/metastatic breast cancer*, Acta Oncol.,2004,43(2), pp.:186-189
1074). Judith G. Dausch and Daniel W. Nixon, *Garlic: A Review of Its Relationship to Malignant Disease*, Preventive Medicine 19:346-361 (1990), 350.
1075). Moss, Cancer Therapy, 148-9.
1076). N. Caporaso, S.M. Smith and R.H. Eng, *Antifungal Activity in Human Urine and Serum after Ingestion of Garlic (Allium sativum),* Antimicrob Agents Chemother 23(5):700-702 (1983).
1077). Draft, *Status Report of Year One Operations*, University of Texas Center for Alternative Medicine Research, September 9, 1996, 45.
1078). G. Li et al., *Anti-Proliferative Effects of Garlic Constituents in Cultured Human Breast Cancer Cells*, Oncology Reports 2:787-91 (1995).
1079). A.K. Maurya and S.V. Singh, *Differential Induction of Glutathione Transferase Isoenzymes of Mice Stomach by Diallyl Sulfide, a Naturally Occurring Anticarcinogen*, Cancer Letters 57(2):121-9 (1991 May 1).
1080). Boik, *Cancer and Natural Medicine*, 29.
1081). E. Lee, M. Steiner and R. Lin, *Thioallyl Compounds: Potent Inhibitors of Cell Proliferation*, Biochimica et Biophysica Acta 1221(1):73-7 (10 March 1994)
1082). Boik, *Cancer and Natural Medicine*, 30.
1083). A. Koch et al., *Inhibition of Production of Monocyte/macrophage derived Angiogenic Activity by Oxygen Free-radical Scavengers*, Cell Biology International Reports 16(5):415-25 (May 1992).

1084). Boik, *Cancer and Natural Medicine*, 24-5.
1085). C. Legnani et al., *Effects of a Dried Garlic Preparation on Fibrinolysis and Platelet Aggregation in Healthy Subjects*, Arzneimittel Forschung 43(2):119-22 (February 1993).
1086). R.C. Arora, S. Arora and R.K. Gupta, *The Long-Term Use of Garlic in Ischemic Heart Disease--An Appraisal*, Atherosclerosis 40(2):175-9 (October 1981).
1087). H. Kiesewetter et al., *Effect of Garlic on Thrombocyte Aggregation, Microcirculation, and Other Risk Factors*, International Journal of Clinical Pharmacology, Therapy, & Toxicology 29(4):151-5 (April 1991).
1088). Z.H. Feng et al., *Effect of Diallyl Trisulfide on the Activation of T Cell and Macrophage-Mediated Cytotoxicity*, Journal of Tongji Medical University 14(3):142-7 (1994).
1089). J.Y. Xie, Y.M. Gao and L.C. Shen, *Flow Cytometric Analysis of the Garlic Oil Effect on DNA Content of Cancer*, Chung-Kuo Chung Hsi i Chieh Ho Tsa Chih 12(2):92-4, 69-70 (1992 February).
1090). J.Y. Xie, M.F. Liu and Q.H. Hu, *Experimental Study on Effect of Kang ai-bao II to Cancer Cells with Cell CT Analysis in Mice*, Chung-Kuo Chung Hsi i Chieh Ho Tsa Chih 15(5):293-5 (1995 May).
1091). P. Xiyu, *Comparison of the Cytoxic Effect of Fresh Garlic Diallyl Trisulfide, 5-Fluorouracil (5-FU), mitomycin (MMC), and cis-DDP on Two Lines of Gastric Cancer Cells*, Chung Hua Chung Liu Tsa Chih 7(2):103-5 (1985). Cited in Dausch and Nixon, "Garlic," 356.
1092). G. Li et al., *Anti-Proliferative Effects of Garlic Constituents in Cultured Human Breast Cancer Cells*, 789.
1093). Hiromitsu Takeyama, *Growth Inhibition and Modulation of Cell Markers of Melanoma by S-Allyl Cysteine*, Oncology 50:63-9 (1993).
1094). David S.B. Hoon, *Modulation of Cancer Antigen and Growth of Human Melanoma by Aged Garlic Extract*, First World Congress on the Significance of Garlic and Garlic Constituents. Washington, D.C., 1990.
1095). Sujatha G. Sundaram and John A Milner, *Impact of Organosulfur Compounds in Garlic on Canine Mammary Tumor Cells in Culture*, Cancer Letters 74:85-90 (1993).
1096). Y. Kimura and K. Yamamoto, *Cytological Effects of Chemicals on Tumors. XXIII. Influence of Crude Extracts from Garlic and Some Related Species on MTK-sarcoma III*, GANN 55:325-29 (1964). Cited in Dausch and Nixon, "Garlic," 355.
1097). M. Fujiwara and T. Natata, *Induction of Tumor Immunity with Tumor Cells Treated with Extract of Garlic*, Nature 216:83-4 (1967). Cited in Dausch and Nixon, "Garlic," 355.
1098). T. Nakata, *Effect of Fresh Garlic Extract on Tumor Growth*, Japanese Journal of Hygiene 27(6):538-43 (1973). Cited in Dausch and Nixon, "Garlic," 356.
1099). H. Cheng and T. Tung, *Effect of Allithiamine on Sarcoma-180 Tumor Grown in Mice*, Journal of the Formosan Medical Association 80:385-93 (1981). Cited in Dausch and Nixon, "Garlic," 356.
1100). G. Dhillon et al., *Inhibitor in the in vivo and in vitro Guanylate Cyclase Activity from Garlic*, In Proceedings, 72nd Annual Meeting AACR 1981, Abstract 69:17. Cited in Dausch and Nixon, "Garlic," 356.
1101). W.E. Criss et al., *Inhibition of Tumor Growth with Low Dietary Protein and with Dietary Garlic Extracts*. In Proceedings, 66th Annual Meeting FASEB 1982. Abstract 74:281. Cited in Dausch and Nixon, "Garlic," 355.
1102). Y.M. Choy, T.T. Kwok and C.Y. Lee, *Effects of Garlic, Chinese Medicinal Drugs and Amino Acids on Growth of Erlich Ascites Tumor Cells in Mice*, American Journal of Chinese Medicine 11(1-4):69-73 (1983). Cited in Dausch and Nixon, "Garlic," 355.
1103). B.H.S. Lau, F. Lam and R. Wang-Cheng, *Effect of an Odor-modified Garlic Preparation on Blood Lipids*, Nutrition Research 7:139-49 (1987).
1104). C.L. Marsh et al., *Superiority of Intravesical Immunotherapy with Corynebacterium Parvum and Allium Sativum in Control of Murine Bladder Cancer*, Journal of Urology 137(2):359-62 (1987 February).
1105). Dr. Donald L. Lamm, et al., *Intralesional Immunotherapy of Murine Transitional Cell Carcinoma Using Garlic Extract*, First World Congress on the Significance of Garlic and Garlic Constituents. Washington, D.C., 1990.
1106). M.C Unnikrishnan and R. Kuttan, *Tumor Reducing and Anticarcinogenic Activity of Selected Spices*, Cancer Letters 51(1):85-9 (1990 May 15).
1107). XY Pan et al, *Experimental Chemotherapy of Human Gastric Cancer Cell Lines in Vitro and in Nude Mice*, Chung-Hua Chung Liu Tsa Chih [Chinese Journal of Oncology] 10(1):15-8 (January 1988).
1108). S.A. Yellin et al., *Relationship of Glutathione and Glutathione-S- transferase to Cisplatin Sensitivity in Human Head and Neck Squamous Carcinoma Cell Lines*, Cancer Letters 85(2):223-32 (14 October 1994).
1109). Z.Z. Zhao and M.T. Huang, *A SOS Induction Test Screening Study for Vegetables Inhibiting Mutagenicity Caused by Antineoplastic Drugs*, Chung-Hua Yu Fang i Hsueh Tsa Chih [Chinese Journal of Preventive Medicine] 26(2):92-3 (March 1992).
1110). M. Takada et al., *Enhancing Effects of Organosulfur Compounds from Garlic and Onions on Hepatocarcinogenesis in Rats: Association with Increased Cell Proliferation and Elevated Ornithine Decarboxylase Activity*, Japanese Journal of Cancer Research 85(11):1067-72 (November 1994).
1111). Robert I. Lin, Ph.D., *Theories and Facts about Garlic's Health Benefits*, First World Congress on the Health Significance of Garlic and Garlic Constituents. Washington, D.C., 1990.
1112). Sujatha G. Sundaram and John A. Milner, *Impact of Organosulfur Compounds in Garlic on Canine Mammary Tumor Cells in Culture*, Cancer Letters 74:85-90 (1993).
1113). J.S. Pruthi, L.J. Singh and G. Lag, *Determination of the Critical Temperature of Dehydration of Garlic*, Food

Science 8:436-41 (1959).
1114). S. Nakagawa et al., "*Effect of Raw and Extracted-aged Garlic Juice on Growth of Young Rats and Their Organs after Per Oral Administration*," Journal of Toxicological Sciences 5:91-112 (1980).
1115) Capasso R.: Planta Medica, 70 (2), 2004, pp.: 185-188
1116) Bisio A.: Ann. Bot. 1999, 83(4) pp.: 441-452
1117) Yagi, Planta medica 2002, 68, pp.: 957
1118) Oleszek W.: *Resveratrol and other phenolics from the barb of Yucca schidigera*, J. Agric. Food Chem, 49, 2001, pp.: 747-752
1119) Joung JY.: *An overexpression of chalcone reductase of Pueraria Montana var. lobata alters biosynthesis of anthocyanin and 5'-deoxyflavonoids in transgenic tobacco*, Biochem Biophys Res. Commun 2003, 303, pp.: 326-331. [5070316220110631.pdf]
1120) Varrelmann M.: *Transgenic or plant expression vector-mediated recombination of Plum Pox virus*, J. Virol. 2000, 74 (16), pp.: 7462-7469
1121) Kuo PL.: *Resveratrol induced apoptosis in mediated by p53-dependent pathway in Hep G2 cells*, Life Sci 2002, 72(1), pp.: 23-34 [05070315580403622.pdf
1122) Ren W.: *Flavonoids: promising anticancer agents*, Med Res. Rev. 2003, 23(4), pp.: 519-534
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Flavonoidi%20promettenti%20agenti%20anticancro.pdf

1123) Fujiki H.: *Two stages of cancer prevention with green tea*, J.Cancer Res. Clin. Oncol. 1999, 125(11), pp.: 589-597
1124) Hibasami H.: *Induction of programmed cell death (apoptosis) in human lymphoid leukaemia cells by catechin compounds*, Anticancer Res. 1996, 16(4A9, pp.: 1943-1946
1125) Salmaan H.: *Altholactone, avovel styryl-lactone induces apoptosis via oxidative stress in human HL-60 leukemia cells*, Toxicology Letters 131, 2002, pp.153-159.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/altolactone%20induce%20apoptosi%20su%20leucemia.pdf

1126) Naoko Miura: *Inhibition of Thymocyte apoptosis by Berberine*, Biochemical Pharmacology, Vol. 53, pp. 1315-1322, 1997. [PDF]
1127) D.V.Raghuvar Gopal: Betulinic acid induces apoptosis in human chronic myelogenous leukaemia (CML) cell line K-562 without altering the levels of Bcr-Abl, Toxicology Letters 155, 2005, pp. 343-351.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/betulla_3.pdf)

1128) Eun Mi Ju: *Antioxidant and anticancer activity of extract from Betula platyphylla var. japonica, Life Sciences*, 74, 2004, pp.: 1013-1016. http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/betulla_1.pdf

1129) Diane F. Birt: *Dietary agents in cancer prevention: flavonoids and isoflavonoids*, Pharmacology and Therapeutics 90, 2001, pp.: 157-177. 1129 http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/azione%20di%20anti-leucemia%20dei%20bioflavonoidi_1.pdf ,

1130) Jun Matsui: *Dietary bioflavonoides induce apoptosis in human leukaemia cells*, Lekemia research 29, 2005, 573-581. http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/azione%20di%20anti-leucemia%20dei%20bioflavonoidi_2.pdf

1131) Wanzhou Zhao: *Boswellic acid acetate induces differentiation and apoptosis in highly metastatic melanoma and fibrosarcoma cells*, Cancer Detection and prevention 27, 2003, PP.: 67-75.
[http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/acido%20boswellico%20induce%20apoptosi%20su%20cellule%20del%20melanoma%20e%20del%20fibrosarcoma.pdf

1132) L. Lopez: *Cupressus lusitanica (Cupressaceae) leaf extract induces apoptosis in cancer cells*, Journal of Ethnopharmacology, 80, 2002, pp.: 115-120.

1133) G. Radhakrishna Pillai: *Induction of apoptosis in human lung cancer cells by curcumin*, Cancer Letters 208, 2004, pp.: 163-170.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/curcuma%20provoca%20APOPTOSI%20(SUICIDIO)%20di%20cellule%20del%20cancro%20del%20polmone.pdf

1134) S. Moalic : *A plant steroid, diosgenin, induces apoptosis, cell cycle arrest and COX activity in osteosarcoma cells*, FEBS Letters 506, 2001, 225-230.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/DIOSGENINA%20fa%20suicidare%20cellule%20dell'OSTEOSARCOMA.pdf

1135) Po-Lin Kuo: *The mechanism of ellipticine –induced apoptosis and cell cycle arrest in human breast MCF-7 cancer cells*, Cancer Letters, 223, 2005, pp.: 293-301.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Ocrosia%20elliptica%20induce%20apoptosi%20su%20cancro%20della%20mammella.pdf

1136) Macho A.: *Calcium ionophoretic and apoptotic effects of ferutinin in the human Jurkat T-cell line*, Biochemical Pharmacology, 68, 2004, 875-883. [05042618293528758.pdf]
1137) Ian T. Johnson: *Glucosinolates in the human diet. Bioavailability and implications for health*, Phytochemistry Reviews, 1, pp.: 183-188, 2002. http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Glucosinolati.pdf

1138) Salmaan H.: *Caspases-3 and -7 are activated in goniothalamin – induced apoptosis in human Jurkat T-cells*, FEBS Letters 456, 1999, pp.: 379-383.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/GONIOTALAMINA%20induce%20APOPTOSI%20su%20cellule%20della%20LEUCEMIA_1.pdf

1139) S.H. Inayat-Hussain: *Loss of mitochondrial transmembrane potential and caspase-9 activation during apoptosis induced by the novel styryl-lactone goniothalamin in HL -60 leukemia cells*, Toxicology in Vitro 17, 2003, pp.: 433-439.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/GONIOTALAMINA%20induce%20APOPTOSI%20su%20cellule%20della%20LEUCEMIA_2.pdf

1140) Furukawa F.: *Chemopreventive effects of Aloe arborescens on N-nitrosobis (2-oxopropyl)amine – induced pancreatic carcinogenesis in hamsters*, Cancer Lett. 2002, 178(2), 117-22. PDF

1141) Dana Tatman: *Volatile isoprenoid constituents of fruit, vegetables and herbs cumulatively suppress the proliferation of murine B16 melanoma and human HL-60 leukemia cells*, Cancer Letters 175, 2002, pp.: 129-139.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/TATMAN%20(%20ARTICOLO%SUGLI%20%20ISOPRENOIDI).pdf

1142) F. Reno: *Mimosine induces apoptosis in the HL-60 human tumor cell line*, Apoptosis, Vol. 4, No.6, 1999, pp.: 469-477. http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/MIMOSA%20fa%20suicidare%20cellule%20tumorali.pdf

1143) Young – Sam Keum : *Induction of apoptosis and caspase-3 activation by chemopreventive [6]-paradol and structurally related compounds in KB cells*, Cancer Letters 177, 2002, pp.: 41-47http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Zenzero%20induce%20APOPTOSI%20su%20LEUCEMIA%20con%206-paradolo%20e%206-gingerolo.pdf

1144) M.L.Tan: *Methanolic extract of Pereskia bleo (Kunth) DC. (Cactaceae) induces apoptosis in breast carcinoma, T47-D cell line*, Journal of Ethnopharmacology 96, 2005, pp.: 287-294.http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/PERESKIA%20induce%20apoptosi%20su%20cancro%20della%20mammella.pdf

1145) Sachiko Nasu: *Enhancement of radiotherapy by oleandrin is a caspase-3 dependent process*, Cancer Letters 185, 2002, pp.: 145-151. [05042618173526874.pdf]
1146) Bela Csokay: *Molecular mechanisms in the antiproliferative action of Quercetin*, Life Sciences, Vol. 60, No. 24, pp.: 2157-2163, 1997.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Quercitina%20apoptosi%20su%20LEUCEMIA.pdf)

1147) Kenneth Anye Chinkwo: *Sutherlandia frutescens extracts can induce apoptosis in cultured carcinoma cells*, Journal of Ethnopharmacology 98, 2005, pp.: 163-170.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/sutherlandia%20frutescens.pdf

1148) R. M. Niles: *Resveratrol is a potent inducer of apoptosis in human melanoma cells*, Cancer Letters, 190, 2003, pp.: 157-163.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/resveratrolo%20induce%20apoptosi%20su%20melanoma.pdf

1149) Dae Joong Kim: *Chemoprevention of colon cancer by Korean food plant components*, Mutation Research, 523-524, (2003), pp.: 99-107. [05070317244123467.pdf]
1150) Young-Joon Surh: *Dietary and medicinal antimutagens and anticarcinogens: molecular mechanisms and chemopreventive potential-highlights of a symposium*, Mutation Research, 523-524, (2003), pp.: 1-8. [05070316582618135.pdf]

1151) O. Aruoma: *Methodological considerations for characterizing potential antioxidant actions of bioactive components in plants foods*, Mutations Research, 523-524, (2003), 9-20. [05070317044819633.pdf]
1152) I.T. Johnson : *new approaches to the role of diet in the prevention of cancers of the alimentary tract*, Mutation Research, 551, 2004, pp.: 9-28
1153) R.C.Cambie: *Potential functional foods in the traditional Maori diet*, Mutation Research, 523-524, (2003), 109-117. [05070317215322671.pdf]
1154) Nyska A. : *Topical and oral administration of the natural water-soluble antioxidant from spinach reduces the multiplicity of papillomas in the Tg.AC mouse model*, Toxicology Letters 122 (2001), pp.: 33-44.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/spinaci%20sono%20efficaci%20su%20papillomi_(english).php

1155) H. Tapiero: *The antioxidant role of Selenium and seleno-compounds*, Biomedicine and Pharmacotherapy, 57, (2003), pp.: 134-144.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Selenio%20induce%20APOPTOSI%20su%20cellule%20del%20carcinoma.pdf
1156) Eunyong Lee: *Effects of Alpinia oxyphylla (zingiberaceae) in human promielocytic leukaemia (HL-60) cells and tumor promoter-induced inflammation in mice*, PXVII, B.20.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/alpinia%20species%20induce%20apoptosi%20su%20leucemia%20promielocitica.pdf).

1157) Ming-Jie Liu: *Mitocondrial dysfunction as an early event in the process of apoptosis induced by woodfordin I in human leukaemia K562 cells*, Toxicology and Applied Pharmacology 194 (2004), pp.: 141-155.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/EPILOBIO%20Chamaenerion%20angustifolium%20(woodfordin%201)%20induce%20apoptosi%20su%20leucemia.pdf

1158) C.A.Blum: *Promotion versus suppression of rat colon carcinogenesis by chlorophyllin and chlorophyll: modulation of apoptosis, cell proliferation, and Beta-catenin/Tcf signalling*, Mutation Research, 523-524, (2003), pp.: 217-223.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/clorofilla%20e%20clorofillina%20inducono%20APOPTOSI.pdf

1159) M. Roy: *Anticlastogenic, antigenotoxic and apoptotic activity of epigallocatechin gallate: a green tea polyphenol*, Mutation Research, 523-524 (2003) , pp.: 33-41. [05070317133920883.pdf]

1160) J. D. Lambert: *Cancer chemopreventive activity and bioavailability of tea and tea polyphenols*, Mutation Research, 523-524, (2003), pp.: 201-208. http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/the%20verde_2.pdf

1161) N. Frank: *No prevention of liver and kidney tumors in Long-Evans Cinnamon rats by dietary curcumin, but inhibition at other sites and of metastases*, Mutation Research, 523-524, (2003), pp.: 127-135. [05070317291924041.pdf]

1162) Zigang Dong: *Molecular mechanism of the chemopreventive effect of resveratrol*, Mutation Research, 523-524 (2003), pp.: 145-150. http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/resveratrolo_2.pdf

1163) Sanchez-Lamar A.: *Phyllanthus orbicularis aqueous extract: cytotoxic, genotoxic, and antimutagenic effects in the CHO cell line*, Toxicology and Applied Pharmacology, 161, (1999), pp.: 231-239. [05042618251728448.pdf]

1164) Azam S.: *Prooxidant property of green tea polyphenols epicatechin and epigallocatechin-3-gallate : implications for anticancer properties*, Toxicology in Vitro, 18, (2004), pp.: 555-561.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/the%20verde_3.pdf

1165) Ya-Ling Hsu: *Acacetin inhibits the proliferation of Hep G2 by blocking cell cycleprogression and inducing apoptosis*, Biochemical Pharmacology, 67, (2004), pp.: 823-829.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/ACACETINA%20induce%20APOPTOSI%20su%20cancro%20del%20fegato.pdf

1166) Zhao-Ning Ji: *23-Hydroxybetulinic acid-mediated apoptosis is accompanied by decreases in bcl-2 expression and telomerase activity in HL-60 Cells*, Life Sciences 72 (2002), pp.: 1-9.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/betulla_2.pdf

1167) J.Fernandes: *Pentacyclic triterpenes from Chrysobalanaceae species: cytotoxicity on multidrug resistant and sensitive leukaemia cell lines*, Cancer Letters, 190, (2003), pp. 165-169.

1168) Lan Yuan: *Inhibition of human breast cancer growth by GCP™ (genistein combined polysaccharide) in xenogeneic athymic mice: involvement of genistein biotransformation by Beta-glucoronidase from tumor tissues*, Mutation Research, 523-524, (2003, pp.: 55-62
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/GENISTEINA%20fa%20suicidare%20cellule%20del%20cancro%20della%20mammella.pdf

1169) C.C.Chou: *Pharmacological evaluation of several major ingredients of Chinese herbal medicines in human hepatoma Hep3B cells*, European Journal of Pharmaceutical Sciences 19 (2003), pp.: 403-412.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/apoptosi%20di%20cancro%del%20fegato%20con%20varie%20piante%20cinesi_2.pdf

1170) Taik-Koo Yun: *Experimental and epidemiological evidence on non-organ specific cancer preventive effect of Korean ginseng and identification of active compounds*, Mutation Research, 523-524, (2003), pp.: 63-74.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/GINSENG/%20pianta%20che%20induce%20apoptosi%20su%20molti%20tumori%20maligni_1.pdf

1171) Young-Sam Keum: *Inhibitory effects of the ginsenoside Rg3 on phorbol ester-induced cyclooxygenase-2 expression, NF-kB activation and tumor promotion*, Mutation Research, 523-524, (2003), pp.: 75-85.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/GINSENG/%20pianta%20che%20induce%20apoptosi%20su%20molti%20tumori%20maligni_1.pdf

1172) C.A.Hornick: *Inhibition of angiogenic initiation and disruption of newly established human vascular networks by juice from Morinda citrifolia (noni)*, Angiogenesis, 6, 2003, pp.: 143-149.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/articolo%20sul%20NONU%20(morinda%20citrifolia)%20attiva%20contro%20tumore%20al%20cervello_1.pdf

1173: Shunji Chi: *Oncogenic Ras triggers cell suicide through the activation of a caspase-independent cell death program in human cancer cells*, Oncogene, 1999, Vol. 18, No. 13, pp. 2281-2290.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Suicidio%20di%20cellule%20tumorali%20del%20cervello%20(glioblastomi)%20e%20del%20cancro%20gastrico%20via%20APOPTOSI-INDIPENDENTE.pdf

1174: Gattinoni L.: *Renal cancer treatment: a review of the literature*, Tumori, 2003, 89(5), pp.: 476-484.
1175: Flaningan RC.: *Metastatic renal cell carcinoma*, Curr. Treat. Options Oncol. 2003, 4(5), pp.: 385-390
1176) T. Robak: *The effect of subsequent therapies in patients with chronic lymphocytic leucemia previously treated with prednisone and either cladribine or chlorambucil*, Haematologica, 90, pp.: 994-996, 2005.
1177) F.R.Mauro: *Fludarabine + prednisone + alfa-interferon followed or not by alfa-interferon maintenance therapy for previously untreated patients with chronic lymphocytic leucemia: long term results of a randomized study*, Haematologica 88(12), pp.1348-1355, 2003. [http://www.haematologica.org]
1178) Camera A.: *GIMELA ALL –Rescue 97: a salvage strategy for primary refractory or relapsed adult acute lymphoblastic leucemia*, Haematologica, 89(2), pp.145-155, 2004. [http://www.haematologica.org]
1179) R. Consolini: *Clinical relevance of CD10 expression in childhood ALL*, Haematologica 83, pp.: 967-973, 1998[haematologica.org]
1180) De Souza: *Validation of the EBMT risk score in chronic myeloid leucemia in Brazil and allogeneic transplant outcome*, Haematologica, 90, pp.: 232-237, 2005. [http://www.haematologica.org]
1181) Pulsioni A.: *Survival of elderly patients with acute myeloid leukaemia*, Haematologica, 89, pp.: 296-303, 2004 [http://www.haematologica.org]
1182) Oriol A.: *Feasibility and results of autologous stem cell transplantation in de novo acute myeloid leukemia in patients over 60 years old. Results of the CETLAM AML-99 protocol*, Haematologica, 89, pp.: 791-800, 2004 [http://www.haematologica.org]
1183) Kenneth C. Anderson: *Management of Multiple Myeloma Today*, Seminars in Hematology, vol. 36, No.1, suppl.3, 1999.
1184) P.L. Zinzani: *High-dose therapy with autologous transplantation for Hodgkin's disease: the Bologna experience*, Haematologica, 88,(05), pp.: 522-528, 2003 [http://www.haematologica.org]
1185) M.van Agthoven: *Cost determinants in aggressive non-Hodgkin's lymphoma*, Haematologica, 90(5), pp.: 661-672, 2005.
1186) Tomonori Nakazato: *Catechin, a green tea component, rapidly induces apoptosis of myeloid leukemic cells via modulation of reactive oxygen species production in vitro and inhibits tumour growth in vivo*, Haematologica, 90(3), pp.317-325, 2005
1187) Phillip Day: "*Cancro, se vuoi la vita prepara la verità*", Credence Publications, 2003
1188) Inosmetzeff,T: *Gazette Medicale de Paris*, 1845, No. 13, pp.: 577-582

1189) Inosmetzeff, T.: *Journal Chirurgie und Augenheilkunde*, 1846, No. 35, pp.. 7-28
1190) Oke: "*the role of hydrocyanic acid in nutrition*", in "*World Review of Nutrition and Dietetics*", Vol. II, Bourne G.H., ed. Basel: S.Karger, 1969, pp.: 170-198; Krebs E.: "*The Nitrilosides in Plants and Animals*", New Rochelle: Arlington House, 1974, pp.: 145-164.
1191) Fishman W: *The presence of high beta-glucuronidase activity in cancer tissue*, J. Biol. Chem No. 169, pp.: 449-450
1192) Fishman W: *A comparison of beta-glucoronidase activity of normal, tumor and lymph node surgical patients*, Science, No. 106, pp.: 66-67, 1947
1193) Kochi M.: *Antitumor activity of Benzhaldehyde*, Cancer Research, 64, pp.: 21-23, 1980);
1194) Kochi M.: *Antitumor activity of Benzhaldehyde Derivative*, Cancer Research, 69, pp.: 533, 1985
1195) Tatsumura T.: *4,6-O-Benzylidene-glucopyranose (BG) in the treatment of solid malignant tumour – an extended Phase I Study*, Br. J. Cancer, 62, pp.: 436-439, 1990
1196) Heinerman J.: "*An Encyclopedia of Nature's Vitamins and Minarals*", Prentice Hall, 1998
1197) Moss R.: "*Questioning chemotherapy: a critique of the use of toxic drugs in the treatment of cancer*", Equinox press, 1995, ISBN 188192525x
1198) Anderson J.R.: *Analysis and interpretation of the comparison of survival by treatment outcome variable in cancer clinical tirals*, in: Cancer Treatment Rep., vol. 69, pp.: 1139-1144, 1985
1199) Becker N.: *Time trends in cancer mortality in the Federal Republic of Germany: progress against cancer?*, in : Int. J. Cancer, vol. 43, pp.: 245-249, 1989
1200) Berlin J.A.: *An assessment of publication bias using a sample of published clinical trials*, in: J.AM.Statistic Assoc., vol. 84, pp.: 381-392, 1989
1201) Cohen M.H.: *Prognostic factors may account for the increase survival of advanced ovarian cancer patients receiving high dose intensity chemotherapy*, Abstract No. 614, in: Proc. Am. Soc. Clin. Oncol. Vol. 9, pag. 158, 1990
1202) Enstrom J.E.: *Interpreting cancer survival rates*, in : Scince, vol. 195, pp.: 847-851, 1977
1203) Hankey B.F.: *Black/white differences in bladder cancer patient survival*, in: J. Chron Dis., vol. 40, pp.: 65-73
1204) Hughes M.D.: *Stopping rules and estimation problems in clinical trials*, in : Statist. In Med., vol. 7, pp.: 1231-1242.
1205) Longtin R.: *The pomegranate: nature's power fruit ?* , J.Natl. Cancer Inst., 5; 95, pp.: 346-348, 2003
1206) V.E.Prescott: *Transgenic expression of bean-amylase inhibitor in peas results in altered structure and immunogenicity*, J. Agric. Food Chem., 53, (23), pp.: 9023-9030, 2005. **Disponibile in PDF**
1207)Epstein S.: "*Safe, Shopper's Bible*", pag. 342
1208) Epstein S.: "*The Politics of Cancer Revisited*", East Ridge Press, 1998, pp. 479.
1209) D'Raye T.: "*The facts about Fluoride*" PO. BOX 21075, Keizer, OR 97307, USA
1210) *Health damaging effects of Fluoride*, Journal of the American Medical Association, october 1994.
1211) National Toxicology Program (NPT), 1990, National Cancer Institute, HHS Fluoride Report 2/91
1212) La John R. Lee, Medical Letter, febbraio 1999.
1213) Journal of the American Medical Association, mar/8/1995
1214) Journal of the American Medical Association, august/11-12/1992
1215) Journal of the American Medical Association, july/25/1991
1216) Journal of the American Medical Association, june/19/1991
1217) Journal of the American Medical Association, july/25/1990
1218) American Journal of Epidemiology, 4/91
1219) American Journal of Public Health, 7/90
1220) Morris MC.: *Vitamin E and vitamin C supplements use and risk of incident Alzheimer disease*, Alz. Dis. Assoc. Disord. 1998, 12, 121-126).
1221) Burton GW: *Human plasma and tissue alpha-tocopherol concentrations in response to supplementation with deuterated and synthetic vitamin E*, Am.J. Clin. Nutr., 1998, 67, pp.: 669-684
1222) Muscio P.: *Antioxidant defence systems: the role of carotenoids, tocopherols and thiols*, Am. J. Clin. Nutr. 1991, 53, Suppl., pp.: 194S-200S.
1223) Palozza P.: *Beta carotene and alpha tocopherol are synergistic antioxidants*, Arch. Biophys. Biochem, 1992, 297, pp.. 184-187
1224) Palozza P.: *The inhibition of radical-initiated peroxidation of microsomal lipids by both alpha tocopherol and beta carotene*, Free Radical Biol. Med., 1991, 11, pp.: 401-414
1225) Ribaya-Mercado J.D.: *Skin lycopene is destroyed preferentially over beta-carotene during ultraviolet irradiation in humans*, J.Nutr. 1995, 125, 125, pp.: 1854-1859.
1226) Stefan J.: *Increased bioavailability of Nitric Oxide after lipid-lowering therapy in Hypercholesterolemic patients*, Circulation, 1998, 98, pp.: 211-216.
1227) Welch GN: *Mechanisms of disease: Homocysteine and atherothrombosis*, N.Engl.J.Med., 1998, 338, pp.: 1042-1050.
1228) Welch GN: *Homocysteine, oxidative stress and vascular disease*, Hospital Practice, 1997, 32, pp.: 81-92.
1229) Zock PL.: *Diet, LDL oxidation and coronary artery disease*, Am.J.Clin.Nutr., 1998, 68, pp.. 759-760.

1230) Burke AP.: *Coronary risk factors and plaque morphology in men with coronary disease who died suddenly*, N.Engl.J.Med., 1997, 336, pp.: 1276-1280
1231) Diaz MN.: *Mechanisms of disease. Antioxidants and atherosclerotic heart disease*, N.Engl.J.Med., 1997, 337, pp.. 408-417
1232) Esterbauer H.: *The role of lipid peroxidation and antioxidants in oxidative modification of LDL*, Free Radic Biol. Med., 1992, 13, pp.. 341-390
1233) Esterbauer H.: *Continuous monitoring of in vitro oxidation of human low density lipoprotein*, Free Radic Res. Commun., 1989, 6, pp.. 67-75
1234) Greenberg ER.: *Antioxidant vitamins, cancer, and cardiovascular disease*, N.Engl.J.Med., 1996, 334, pp.: 1189-1190.
1235) Loscalzo J.: *The oxidative stress of hyperhomocysteinemia*, J.Clin.Invest., 1998, 196, pp.: 5-7.
1236) Parks EJ: *Reduced oxidative susceptibility of LDL from patients participating in an intensive atherosclerosis treatment program*, Am.J.Clin.Nutr., 1998, 68, pp.: 778-785
1237) Banks DA: *Telomeres, Cancer, and Aging*, JAMA, 1997, 278, pp.. 1345-1348
1238) Leff JA: *Serum antioxidants as predictors of adult Respiratory Distress Syndrome in patients with sepsis*, Lancet, 1993, 341, pp.: 777-778
1239) Rosenberg IH: *Nutrition and Senescence*, Nutrition Reviews, 1997, 55, pp: S69-S81
1240) Weindruch R.: *Caloric intake and aging. Seminars in medicine*, N.Engl.J.Med., 1977, 337, pp.: 986-994
1241) Allsopp RC.: *Telomere length predicts replicative capacity of human fibroblast*, Prec. of Nat. Acad. of Sci., 1992, 89, pp.: 10114-10118.
1242) Haber DA: *Clinical implications of basic research, telomeres, cancer, and immortality*, N.Engl. J.Med., 1995, 332, pp.:955-956
1243) Gillman MW.: *Protective effect of fruits and vegetables on development of stroke in men*, JAMA, 1995, 273, pp.: 1113-1117.
1244) Knekt P.: *Serum antioxidant vitamins and risk of cataract*, BMJ, 1992, 305, PP.. 1392-1394.
1245) Snodderly DM: *Evidence for protection against age-related macular degeneration by carotenoids and antioxidant vitamins*, Am.J.Clin.Nutr., 1995, 62(Suppl.),pp.: 1448S-1461S.
1246) Barr DB: *Exposure to Contemporary-Use Pesticides*, J.Med.Assn.Georgia, 1999, 88, pp.. 34-37
1247) Jonas CR: *Nutrition support and antioxidant defenses: a cause for concern*, Am.J.Clin.Nutr., 1998, 68, pp.: 765-767
1248) Centers for Disease Control and Prevention: *Lactic acidosis traced to thiamine deficiency related to nationwide shortage of multivitamins for total parenteral nutrition*, United States, 1997, JAMA, 1997, 278, pp.: 380 (Letter)
1249) Galley HF: *The effects of intravenous antioxidants in patients with septic shock*, Free Radic Biol. Med., 1997, 23, pp.: 768-774
1250) Barton RG.: *Nutrition support in critical illness, invited review*, Nutr. Clin. Prac., 1994, 9, pp.: 127-139
1251) Tanswell AK: *Antioxidant therapy in critical care medicine*, New Horizons, 1995, 3, pp.: 330-341.
1252) Antony A. Miller: *Accumulation of very-long-chain fatty acids in membrane glycerolipids is associated with dramatic alterations in plant morphology*, The plant Cell, Vol. 11, pp. 1882-1902, 1998, www.plantcell.org
1253) International Application Published Under The Patent Cooperation Treaty (PTC), 43 International Publication Date 6 December 2001, International Publication Number WO01/91735 A2, International Patent Classification: A61K31/00. International Application Number: PCT/EP01/06135, Title: *USE OF ALOE-EMODIN IN THE TREATMENT OF NEUROECTODERMAL TUMORS*. Inventor's/Applicants: Palù Giorgio, Carli Modesto, Pecere Teresa.
1254) Ichiro Mitsuhara: *Animal cell-death suppressors Bcl-x and Ced-9 inhibit cell death in tobacco plants*, Current Biology, Vol. 9, No. 14, pp.775-778, [05042617202612198.pdf]
1255) Debasis Bagchi: *Molecular mechsanism of cardioprotection by a novel grape seed proanthocyanidin extract*, Mutation Research, 523-524, 2003, pp.: 87-97. [05070317181121772.pdf]
1256) Moertel CG: *A clinical trial of amygdalin (laetrile) in the treatment of human cancer*, N.Engl.J.Med., 306, pp.: 201-206
1257) vedi note: 1, 3, 10, 13, 14, 17, 18, 23, 24, 28, 34, 35, 36, 45, 56, 59, 69, 73, 76, 94, 92, 93, 100, 106, 111, 120, 121, 129, 128, 131, 137, 138, 137, 138, 165, 187, 200, 202, 203, 208, 209, 212, 213, 214, 216, 218, 222, 235, 255, 256, 257, 263, 264, 265, 266, 280, 282 286, 287, 288, 298, 303, 304, 305, 307, 313, 315, 322, 324, 325, 326, 334, 338, 340, 341, 347, 348, 352, 354, 362, 363, 365, 382, 383, 385, 390, 398, 402, 404, 405, 409, 410, 420, 425, 426, 427, 445, 446, 447, 448, 454, 457, 461, 463, 468, 469, 470, 471, 473, 477, 478, 488, 493, 508, 512.
1258) vedi note: 6, 19, 20, 30, 45, 91, 95, 112, 125, 129, 142, 165, 167, 190, 202, 228, 229, 246, 261, 280, 332, 404, 405, 452, 494.
1259) vedi note: 1, 2, 7, 9, 12, 15, 18, 19, 23, 26, 31, 32, 33, 35, 36, 42, 44, 46, 50, 53, 54, 57, 60, 64, 65, 67, 68, 70, 72, 77, 80, 81, 82, 84, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 99, 100, 102, 104, 105, 109, 107, 110, 111, 113, 115, 117, 118, 121, 125, 127, 128, 133, 135, 137, 139, 140, 149, 150, 151, 152, 160, 162, 164, 166, 167 169,170, 171, 172, 173, 178, 180, 181, 183,1035,1067-1073, 1174-1184
1260) vedi note: 4, 5, 102, 123, 135, 155, 173, 217, 224, 274, 309,1123,1124,1186
1261) vedi note: 25, 33, 47, 54, 83, 91, 122, 129, 181, 197, 202, 218, 244, 246, 270, 299, 311, 335, 339, 367, 404, 405, 414, 415, 416, 496, 489, 510, 511;
1262) vedi note: 28 , 157, 160, 188, 208, 209, 231, 240, 246, 254, 302, 323, 479, 489
1263) vedi note: 79, 108, 112, 129, 133, 136, 143, 156. 228, 229, 276, 338, 339, 364, 367, 404, 405, 407, 443, 452, 458, 501, 510, 511,1155
1264) vedi note: 107, 110, 119, 139, 174, 193, 237, 249, 269, 336, 357, 386, 399, 440, 441, 460, 476

1265) vedi note: 9, 11, 32, 44, 50, 53, 61, 67, 82, 105, 126, 132, 144, 145, 146, 180, 196, 198, 225, 236, 278, 279, 306, 310, 319, 331, 346, 351, 359, 368, 372-381, 387, 388, 394, 395, 406, 412, 418, 419, 430, 444, 456, 462, 472, 474, 500, 516, 517, 520, 577
1266) V. H. Engelhard: "*Come le cellule elaborano gli antigeni*", Le Scienze, n.314, pp. 42-50, ottobre 1994;
1267) J.Ding: "*Come agiscono le cellule killer*". Le Scienze, 1994, pp.: 28-34
1268) Anderson J.W.: *High –carbohydrate, high fiber diets for insulin-treated men with diabetes mellitus*, Am. J. Clin. Nutr. 1979, 32, pp.: 2312-2321;
1269) Anderson J.W.: *Metabolic effects of high-carbohydrate high-fiber diets for insulin-dependent diabetic individuals*, Am. J.Cl.in. Nutr. 1991, 54,pp.: 936-943
1270) Sharma KK.: *Antihyperglycemic effect of onoin: effect on fasting blood sugar and induced hyperglycemia in man*, Indian J.Med. Res., 1977, 65, pp.: 422-429;
1271) Jain RC.: *Hypoglycaeic action of onion and garlic*, Lancet, 1973, 2, pp: 1491;
1272) Silagy C.: *Garlic as a lipid lower agent a meta-analysis*, J. R. Coll. Physicians London, 1994, 28, pp: 39-45;
1273) Phelps S: *Garlic supplementation and lipoprotein oxidation susceptibility*, Lipids, 1993, 28, pp.: 475-477;
1274) Legnani C.: *Effects of a dried garlic preparation on fibrinolysis and platelet aggregation in healthy subjects*, Arzneimittelforsch, 1993, 43, pp.: 119-121;
1275) Silagy CA: *A meta-analysis of the effect of garlic on blood pressure*, J.Hypertens. 1994, 12, pp.: 463-468;
1276) Kawasakishi S.: *New inhibitor of platelet aggregation in onion oil*, Lancet, 1988, 2, 330;
1277) Louria DB.: *Onion extract in treatment of hypertension and hyperlipidemia: a preliminary communication*, Curr. Ther. Res., 1985, 37, pp.: 127-131
1278) "*Marketing in pillole*". L'Espresso, 13 gennaio 2005, pag.132-136;
1279) "*Statine miracolose assassine*", L'Espresso, 26 agosto 2004, pp.146-149.
1280) Green, Perspect Biol. Med., 1978
1281) Dayuan LI: *y-Tocopherol decreases OX-LDL-mediated activation of nuclear factor –kB and apoptosis in human coronary artery endothelial cells*, Biochemical and Biophysical Research Communications, 259, pp.: 157-161, 1999.
1282) Debasis Bagchi: *Molecular mechsanism of cardioprotection by a novel grape seed proanthocyanidin extract*, Mutation Research, 523-524, 2003, pp.: 87-97.
1283) Amedeo Santosuosso: *Libertà di cura e libertà di terapia. La medicina tra razionalità scientifica e soggettività del malato*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
1284) The Lancet, Vo. 366, Issue 9492, 1 October 2005, pages 1165-1174
1285) *Effectiveness of inactivated trivalent influenza vaccine in long-term care institutions, Toronto, 2003-2004*, Canada Communicable Disease Report, Vol.30, No.12, 15 june 2004, pp.109-116
1286) Eelko H.: *Clinical effectiveness of influenza vaccination in persons younger than 65 years with high-risk medical conditions*, Arch. Int. Med., Vol. 165, No. 3, February 14, 2005
1287) Giorgio Mangiarotti: Lineamenti di Biologia, UTET, 1978, Unione Tipografico-Editrice Torinese, *Capitolo 35: Evoluzione molecolare ed evoluzione biologica (pagg.: 725-766). Evoluzione della mioglobina e dell'emoglobina (pagg.:767-786).*
1288) R.J.Blumenshine: *Comportamento alimentare ed evoluzione umana*, Le Scienze, No. 292, dicembre 1992
1289) Mc Lachlan D.R. : *Aluminum and the risk of Alzheimer's disease*, Environmetrics, 6, 1995, S, pp.: 233-238
1290) Buzzi S.: *CRM 197 and cancer: effects of intratumoral administration*, Therapy 2004, 9, pp.: 61-66
1291) Buzzi S.: *CRM 197 (non toxic diphtheriae toxin) : effects in advanced cancer patients*, Cancer Immunol. Immunother. 53
1292) J.Kurtin: *Interfollicolar Hodgkin's disease*, Society for Hematopathology, Hematopathology Specialty Conference, 1996, Discussion, - Case # 5, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota,USA http://researchpath.hitchcock.org/socforheme/specialty/Spechem965.html
1293) Wilson CS: *Malignant lymphomas that mimic benign lymphoid lesion: a review of four lymphomas*, Semin. Diag. Pathos. 1995, 12(1), pp: 77-86;
1294) Fellbaum C.: *Monoclonal antibodies k1B3 and Leu-M1 discriminate giant cells of infectious mononucleosis and of Hodgkin's disease*, Hum Pathos. 1988, 19, pp: 1168-1173.
1295) Doggett R.: *Interfollicular Hodgkin's disease*, Am. J. Surg. Pathos. 1983, 7, pp.: 145-149;
1296) Child CC: *Infectious Mononucleosis. The spectrum of morphologic changes simulatine lymphoma in lymph nodes and tonsils*. Am.J.Surg.Pathol. 1987; 11(2), pp.: 122-132;
1297) Hartsock RJ.: *Postvaccinial lymphadenitis: Hyperplasia of lymphoid tissue that simulates malignant lymphomas*, Cancer 1968, 21, pp.: 632-649;
1298) Valente RM: *Characterization of lymph node histology in adult onset Still's disease*. J.Rheumatol. 1989, 16, pp.: 349-354;
1299) Abbondanzo SL: *Dilantin-associated lymphadenopathy. Spectrum of histopathololologic features*, Am. J. Surg. Pathol. 1995, 19(6), pp.: 675-686;
1300) Saltstein SL: Lymphadenopathy induced by anticonvulsant drugs and mimicking clinically and pathologically malignant lymphomas, Cancer 1959, 12, pp: 164-182.
1301) Reynolds DJ: *New characterization of infectious mononucleosis and a phenotypic comparison with Hodgkin's disease*, Am J. Pathos. 1995, 146(2), pp.: 379-388

1302) Wei-Sing Chu: *Inconsistency of the immunophenotype of Reed-Sternberg cells in simultaneous and consecutive specimens from the same patients*, American Journal of Pathology, vol. 141, No.1, 1992, pp: 11-17.
1303) Bitsori M.: *Reed-Sternberg cells in atypical primari EBV infection*, Acta Pediatrica, Vol. 90, No.2, 2001, pp: 227-229,3
1304) Sewell HF: *Reaction of monoclonal antiLeu M1 - a myelomonocytic marker (CD15) –with normal and neoplastic epithelia 1987*, Journal of pathology, Vol. 151, No.4, pp.: 279-284
1305) Dickerman Hollister: *Sarcoidosis mimicking progressive Lymphoma*, Journal of Clinical Oncology, 2005, pp.: 8113-8116.
1306) *Chemotherapy of advanced epithelial cancer*: *a critical survey*. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1990; Healing Journal, No.1-2, Vol.7, 1990, Gerson Institute]. www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3231
1307) Savagno L.: *I linfomi Non Hodgkin*, Piccin Editore
1308) Amedeo Santosuosso: *Libertà di cura e libertà di terapia. La medicina tra razionalità scientifica e soggettività del malato*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998, pagina 57
1309) Ridwelski K.: *Multicenter phase-I/II study using a combination of gemcitabine and docetaxel in metastasized and unresectable, locally advanced pancreatic carcinoma*, Eur. J. Surg. Oncol., 2006, 32, pp.: 297-302, ELSEVIER full-text article.
1310) Santasusana JM: *A phase II trial of gemcitabine and weekly high-dose 5 fluorouracil in a 48 hours continuous-infusion schedale in patients with advanced pancreatic carcinoma. A study of the Spanish Cooperative Group for Gastroinstinal Tumour Therapy*, Clin. Transl. Oncol. 2005, 7, 493-498, Full Text Article at Clin. Transl. Oncol.
1311) Lutz MP. *Docetaxel plus gemcitabine or docetaxel plus cisplatin in advanced pancreatic carcinoma: randomized phase II study 40984 of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Gastrointestinal Group*, J. Clin. Oncol., 2005, 23, pp.: 9250-6, Full text article at http://www.jco.org
1312) Ko A: *Phase II study of fixed dose rate gemcitabine with cisplatin for metastatic adenocarcinoma of the pancreas*, J. Clin. Oncol. 2006, 24, pp.379-385.
1313) Aigner KR: *Celiac axis infusion and microembolization for advanced stage III/IV pancreatic cancer – a phase II study on 265 cases*, Anticancer Res., 2005, 25, pp.: 4407-12.
1314) Oman M.: *Phase I/II trial of intraperitoneal 5-Fluorouracil with and without intravenous vasopressin in non-resectable pancreas cancer*, Cancer Chemother. Pharmacol., 2005, 56, pp. 603-609; Full text article at SpringerLink.
1315) Oettle H.: *A phase III trial of pemetrexed plus gemcitabine versus gemcitabine in patients with unresectable or metastatic pancreatic cancer*, Ann. Oncol., 2005, 16, pp.: 1639-1645; Full text article at : http://annonc.oupjournals.org.
1316) Rothenberg ML: *Randomized phase II trial of the clinical and biological effects of two dose levels of gefitinib in patients with recurrent colorectal adenocarcinoma*, J. Clin. Oncol., 2005, 23, pp.: 9265-74, Full Text article at: http://www.jco.org]
1317) Yoshida M.: *Long-term survival and prognostic factors in patients with metastatic gastric cancers treated with chemotherapy in the Japan Clinical Oncology Group study*, Jpn J. Clin. Oncol. 2004, 34, pp.: 654-9, FREE full text article at : http://www.jjco.oupjournals.org
1318) Enzinger PC. : *A phase II trial of irinotecan in patients with previously untreated advanced esophageal and gastric adenocarcinoma*, Dig. Dis. Sci. 2005, 50, pp.: 2218-2223.
1319) Felici A.: *Bi-weekly chemotherapy with cisplatin, epirubicin, folinic acid and 5-fluiorouracil continuous infusion plus g-csf in advanced gastric cancer: a multicentric phase II study*, Cancer Chemother. Pharmacol., 2006, 57, pp.: 59-64; Full Text article at : SpringerLink.
1320) Lee SH: *Combination chemotherapy with epirubicin, docetaxel and cisplatin (EDP) in metastatic or recurrent, unresectable gastric cancer*, Br. J. Cancer, 2004, 91, pp.: 18-22.
1321) Burris HA: *Phase II Trial of Oral Rubitecan in previously treated pancreatic cancer patients*, The Oncologist 2005, 10, pp.. 183-190. www.TheOncologist.com
1322)Alberts SR.: *Gemcitabine and ISIS-2503 for patients with locally advanced or metastatic pancreatic adenocarcinoma: a North Central Cancer Treatment Group Phase II Trial*, vol. 22, No.24, 2004, pp.: 4944-4950.
1323) Roth AD: *5-Fluorouracil as protracted continuous intravenous infusion can be added to full-dose docetaxel (Taxotere)-cisplatin in advanced gastric carcinoma: a phase I-II trial*, Ann. Oncol. 2004, 15, pp.: 759-764, FREE full text article at : http://www.annonc.oupjournals.org
1324) Do-Youn: *Docetaxel + 5-Fluorouracil + Cisplatin 3 day combination chemotherapy as a first-line treatment in patients with unresectable Gastric Cancer*, Japanes Journal Clin. Oncol., 2005, 35, pp.: 380-385 .
1325) Eun Kyung Cho: *Epirubicin, Cisplatin, and Protracted venous infusion of 5-Fluorouracil for advanced gastric carcinoma*, Journal Korean Med. Sci., 2002, 17, pp.. 348-52
1326) Ikuo Semine: *Phase II study of twice-daily high-dose thoracic radiotherapy alternating with Cisplatin and Vindesine for unresectable stage III Non-Small-Cell Lung Cancer : Japan Clinical Oncology Group Study 9306*, Journal of Clinical Oncology, Vol. 20, No.3, 2002, pp.: 797-803.
1327) Yukito Ichinose: *Uracil/Tegafur plus Cisplatin with concurrent Radioterapy for locally advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: a Multi-institutional Phase II Trial*, Clinical Cancer Research, Vol. 10, 2004, pp.: 4369-4373.
1328) F.M. Wachters: *Phase II Study of docetaxel and carboplatin as second-line treatment in NSCLC*, Lung Cancer, 2004, Vol. 45, pp.255-262

1329)Lechner P.: *Erfahrungen mit dem Einsatz der Diat-Therapie in der chirurgischen Onkologie*, Aktuel Ernahungmedizin, Vol.2, 1990, pp.72-88.
1330) Lechner P: "*Dietary regime to be used in oncological post-operative care*, Proceedings of the Oesterreicher Gesellschaft fur Chirurgie, 21-23 giugno 1984.
1331) Chasseaud L.F.: *The role of glutathione S-Transferase in the metabolism of chemical carcinogens and other electrophilic agents*, Advanced Cancer Research, Vol. 29, 1979, pp.: 175-274
1332) Jakoby W.B.: *A group of multifunctional detoxification proteins*, Advanced enzymology and related areas of Molecular biology, Vol. 46, 1978, pp.: 383-414.
1333) Sparnins V.L.: *Enhancement of glutathione S-transferase activity of the mouse forestomach by inhibitors of benzo[a]pyrene-induced neoplasia of forestomach*, Journal of the National Cancer Institute, vol. 66, 1981, pp. 779-781
1334) Sparnins V.L.: *Effects of dietary constituents on (GST) Glutathione S-Transferase activity*, in Proceedings of the American Association of Cancer Resarchers and the American Society of Clinical Oncologists, Vol. 21, Estratto 319, 1980, pp.80
1335) Sparnins V.L.: *Effects of coffee on glutathione S-Transferase (GST) activity and 7-12 dimethylbenz(a)anthracene (DMBA)- induced neoplasia*, Proceedings of the American Association of Cancer Resarchers and the American Society of Clinical Oncologists, Vol. 22, Estratto 453, 1981, pp.: 114.
1336) Lam L.K.T.: *Isolation and identification of kahweol palmitate and cafestol palmitate as active constituents of green coffee beans that enhance glutathione S-transferase activity in the mouse*, Cancer Research, Vol. 42, 1982, pp.: 1193-1198
1337) U. Abel, Lancet, 10 agosto 1991. www.macrolibrarsi.it/libro.php?lid=3231
1338) Walter Last, "The Ecologist", Vol. 28, No. 2, marzo/aprile 1998.
1339) A. Braverman: *Medical Oncology in the 90s*, Lancet, 1991, vol. 337, pp. 901
1340) Morgan G.: *The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies*, Clinical Oncol., 2004, 16, pp.: 549-560 www.mednat.org/cancro/balla_ricerca_cancro.htm **MORGAN** www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF
1341) Xu S.S. : *Efficacy of tablet Hyperzine A on memory, cognition and behavior in Alzheimer's disease*. Acta Pharmacologica Sinica, 1995, 16, pp.: 391-395.
1342) Yen S.S.: *Replacement of DHEA in aging men and women. Potential remedial effects*. Ann. N.Y. Acad. Sci. 1995, 774, pp.: 128-142.
1343) Morales A.J.: *Effects of replacement dose of dehydroepiandrosterone in men and women of advancing age*, J. Clin. Endocrinol. Metab. 1994, 78, pp.: 1360-1367
1344) Kleijnen J.: *Ginkgo biloba*. Lancet, 1992, 340, pp.. 1136-1139
1345) Kanowski S.: *Proof of the efficacy of the Ginkgo biloba special extract Egb 761 in outpatients suffering from mild to moderate primary degenerative dementia of the Alzheimer type of multi-infarct dementia*. Phytomedicine 1997, 4, pp.: 3-13.
1346) Le Bars P.L.: *A placebo-controlled, double-blind, randomized trial of an extract of Ginkgo biloba for dementia.* JAMA 1997, 278, pp.: 1327-1332.
1347) Skolnick A.: *Old Chinese herbal medicine used for fever yields possible new Alzheimer disease therapy*, JAMA, 1997, 277, pp.: 776.
1348) Cope FW.: *A medical application of the ling associaton-induction hypothesis: the high potassium, low sodium diet of the Gerson cancer therapy*, in Physiological Chemistry and Physics, NMR, Vol. 10, 1978, pp. 465-468
1349) Waterhouse C.. Craig A.: *Body-composition and changes in patients with advanced cancer*, Cancer, vol. 11(6), november-december 1957.
1350) Koh SH: *The effect of epigallocatechin gallate on suppressing disease progression of ALS model mice*, Neurosci Lett., 395(2), pp.: 103-107, 2006
1351) Lehmann S., Cancer Research, 2006 (non ancora disponibile, su Peperoncino).
1352) Akio Mori: *Capsaicin, a component of Red Peppers, inhibits the growth of androgen-independent, p53 Mutant Prostate Cancer Cells*, Cancer Research, 66, 2006
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/curcuma%20longa%20e%20isotiocianati%20(Crucifere).pdf

1353) Longtin R.: *The pomegranate: nature's power fruit ?*, J. Natl. Cancer Inst., 95 (5), pp. 346-348, 2001.
1354) P. Brennan: The Lancet 366, pp.: 1558-1560, 2005.
1355) Lancet, 14 giugno 2006 (non ancora disponibile).
1356) Morrone J.: *Chemotherapy of inoperable Cancer. Preliminary report of 10 cases trated with Laetrile*, Exp. Med. Surg., 20, pp.: 299-308, 1962, VEDI ALLEGATO: http://fiocco59.altervista.org/27novembre.htm Morrone
1357) Clinical Toxicology, 1984 (non ancora disponibile).
1358) Nicholson: *Doxycycline treatment and Desert Storm*, JAMA, 1995, 273, pp. 618-619
1359) Longwer Chen: *Oxidative DNA damage in prostate cancer Patients consuming tomato sauce-based entrees as a whole-food intervention*, Journal of the National Cancer Institute Vol. 93, No. 24, pp.. 1872-1879, 2001
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/licopene%20(pomodoro)%20induce%20il%20PSA%20nel%20CANCRO%20della%20PROSTATA.pdf

1360) Gerson M.: *Effects combined dietary regime on patients with malignant tumors*, Experimental Medicine and Surgery, Vol. 7, No. 4, 1949 http://gerson-research.org/docs/GersonM-1949-1/index.html
1361) Gerson M.: *Dietary considerations in malignant neoplastic disease; preliminary report*, Rev. Gastroenterol. 1945-11/12; 12; pp.: 419-425 http://gerson-research.org/docs/GersonM-1945-1/index.html
1362) Gerson M: *The cure of advanced cancer by diet therapy: a summary of 30 years of clinical experimentation*, Physiol. Chem. Phys. 1978, 10(5); pp.: 449-464 http://gerson-research.org/docs/GersonM-1878-1/index.html
1363) Cope FW.: *A medical application of the Ling Association-Induction – Induction Hypothesis: the high potassium, low sodium diet of the Gerson Cancer therapy*, Physiol. Chem. Phys. 1978, 10(5), pp.: 465-468 http://gerson-research.org/docs/CapeFW-1978-1/index.html
1364) Haught J. Hildenbrand GLG (Editor). *Censured for curing cancer: the American experience of Dr. Max Gerson*. San Diego CA, Gerson Institute, 1991 http://gerson-research.org/docs/HaughtJ-1962-1/index.html

1365) Kahlos K.: *Proliferation, apoptosis and Manganese superoxide dismutase in malignant mesothelioma*, Int. J. Cancer, 88, pp.: 37-43, 2000. http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Manganese-Superossido%20Desmutasi-%20apoptosi%20del%20mesotelioma%20pleurico.pdf

1366) Shine Chang: *Relationship between plasma carotenoids and prostate cancer*, Nutrition and Cancer, 53, pp.. 127-134, 2005
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/carotenoidi%20sono%20fattori%20attivi%20contro%20il%20cancro%20della%20prostata.pdf

1367) Riccardi A.: *Long-term survival of stage I multiple myeloma given chemotherapy just after diagnosis or at progression of the disease: a multicentre randomized study*, British Journal of Cancer, 82, pp.: 1254-1260, 2000
1368) Pei-Ni Chen: *Cyanidin 3-Glucoside and Peonidin 3-Glucoside inhibit tumor cell growth and induce apoptosis in vitro and suppress tumor growth in vivo*, Nutrition and Cancer, 53, pp.: 232-243, 2005
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Riso%20indiano%20(CIANIDINE)%20inducono%20APOPTOSI%20su%20cellule%20del%20cancro.pdf

1369) Gunadharini D.N.: *Antiproliferative effect od diallyl disulfide (DADS) on prostate cancer cell line LNCaP, Cell Biochemistry and Function* , 24, pp.: 407-412, 2006
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/AGLIO%20provoca%20apoptosi%20in%20cancro%20della%20PROSTATA_2.pdf ;

1370) Maricela Haghiac : *Quercetin induces necrosis and apoptosis in SCC-9 Oral Cancer Cells*, Nutrition and Cancer, 53, pp.. 220-231, 2005 http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/quercetina.pdf

1371) Amr E. Edris: *Pharmaceutical and therapeutic potentials of Essential Oils and their individual volatile constituents: a review*, Phytotherapy Research, 2007
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/gli%20olii%20essenziali%20.pdf

1372) Guidetti Ettore: *Observations preliminaires sur quelques cas de cancer trates par un glycuronoside cyanogenetique*. Acta Unio Internationalis Contra Cancrum, XI No. 2, pp. 156-158, 1955, Read at the sixth international Cancer Congress, Sao Paulo, July, 1954. pp.: Edizioni Minerva Medica 1958. Med., 9, 468-471, 1954.
1373) Tasca Marco: *Osservazioni cliniche sugli effetti terapeutici di un Glicuronoside cianogenetico in casi di Neoplasie Maligne umane*. Gazzetta Medica italiana (19 pp). Edizioni Minerva Medica, 1958.
1374) Navarro Manuel: *Laetrile – The Ideal anti-cancer Drug?* Santo Tomas J. Med., 9; pp.: 468-471, 1954
1375) Navarro Manuel: *Laetrile in Malignancy*. Santo Tomas J. Med., 10, pp.: 113-118, 1955
1376) Moral G. : *Metastatic pulmonary carcinoma treated with Laetrile* (Report of a Case), Unitas, 28; pp.: 606-618, 1955
1377) Lagman L.. *Breast Carcinoma with Lung and Bone metastases treated with Laetrile* (*Case Report*), Santo Tomas J. Med., 11, PP.: 196-203, 1956; J. Philippine Med. Assn., 33, pp.. 16-29, 1957.
1378) *Biochemistry of Laetrile Therapy in cancer*, Papyrus, 1; pp.: 8-9, pp.: 27-28, 1957.
1379) *Mechanism of Action and Therapeutic effects of Laetrile in cancer*, J. Philippine Med. Assn., 33; pp.: 620-627, 1957.
1380) Gamez G.: *Chemotherapy of Cancer, Laetrile in cancers of the Throat*, Philippine J. of Cancer 1; pp.: 131-137, 1957
1381) *Five Years experience with Laetrile therapy in advanced cancer*, Acta Unio Internationalis contra Cancrum, XV (bis); pp.: 209-221, 1959. Read at the Symposium on cancer Chemotherapy for Pacific Asian Area, International Union Against Cancer, Tokyo, october 1957. Report on Proceedings of International Symposium on Cancer Chemotherapy at Tokyo, October 1957, Santo Tomas J. Med., 12, pp.: 244-453, 1957

1382) Rossi Benedetto, Guidetti Ettore: *Clinical Trial of Chemotherapeutic Treatment of advanced cancers with 1-Mandelonitrile-Beta-diglucoside.* Presented at the *Ninth International Cancer Congress in Tokyo*, October 1966
1383) Beasley H. E.: *Twenty Months' Review of the Effects of Laetrile in the Palliative Treatment of Cancer*, Read before the American College of Osteopathic Internists Convention at Philadelphia, 1954
1384 Cohen J.: *Glucocorticoid activation of a calcium-dependent endonuclease in thymocytes nuclei leads to cell death*, J. Immunol. 132, pp. 38-42, 1984
1385 McConkey D.J.: *Rapid turnover of endogenous endonuclease activity in thymocytes effects of macromolecular synthesis inhibitors*, Arch. Biochem. Biophys., Vol. 278, pp.: 284-287, 1990
1386) Buttyan R.: *Cascade induction of c-fos, c-myc, and heat shock 70 k transcripts during regression of the rat ventral prostate gland*, Mol. Endocrinol., 2, pp: 605-657, 1988.
1387) Nagata S.: *Fas death factor*, Science, 267, pp.: 1449-1456, 1995
1388) A.L. Van Eenennaam: *Engineering Vitamin E contenent: from Arabidopsis mutant to Soy Oil*, The Plant Cell, Vol. 15, pp.: 3007-3019, 2003
1389) Yabuta Y.: *Thylakoid membrane-bound ascorbate peroxidase is a limiting factor of antioxidative systems under photo-oxidative stress*, Plant J. 32, pp: 915-925, 2002
1390) Grasses T.: *Loss of alfa-tocopherol in tobacco plants with decreased geranylgeranyl reductase activity does not modify photosynthesis in optimal growth conditions but increases sensitivity to high-light stress*, Planta, 213, pp.: 620-628, 2001
1391) D. Hofius: *RNAi –mediated tocopherol deficiency impairs Photo-assimilate export in transgenic ptato plants*, Plant Physiology, Vol. 135, pp. 1256-1268, 2004
1392: Beal MF.: *Coenzyme Q10 administration and its potential for treatment of neurodegerative diseases*, Biofactors, 9 (2-4), pp.: 261-266, 1999
1393) Packham G.: *c-myc and apoptosis*, Biochem. Soc. Acta, 1242, pp.: 11-28, 1995
1394) Cotter T.G.: *Genes and apoptosis*, Biochem. Soc. Transact., 22, pp. 591-593, 1994
1395) Richter C.: *Oxidative stress in mitochondria: its relationship to cellular Ca 2+ homeostasis, cell death, proliferation, and differentiation*, Chem. Biol. Interact., 77, pp.: 1-23, 1991
1396) Bertrand R.: *Induction of a common pathway of apoptosis by staurosporine*, Exp.Cell.Res., 211, 314-321, 1994
1397) Fesus L.: *Induction and activation of tissue transglutaminase durino programmed cell death.* FEBS Lett., 224, pp.: 104-108, 1987.
1398) Nemes Z.: *Identification of cytoplasmatic actin a san abundant glutaminyl substrate for tissue transglutaminase in HL-60 and U937 cells undergoing apoptosis*, J.Biol.Chem., 272, pp.: 20577, 1997
1399) Oliverio : *Tissue transglutaminase-dependent post-translational modification of the retinoblastoma gene product in promonocytic cells undergoing apoptosis*, Mol. Cell. Biol. 17, pp.: 6040-6048, 1997
1400) Porter A.G.: *Death substrates come alive*, Bioessay, 19, pp.: 501-507, 1997
1401) Zou H.: *APAF-1 , a human protein homologous CED-4 , participates in cytochrome c-dependent activation on caspase-3*, Cell, 90, pp.: 405-413, 1997.
1402) Vaux D.L.: *Bcl-2 gene promotes haemopoietic cell survival and cooperates with c-myc to immortalize pre-beta cells*, Nature, 335, pp.. 440-442, 1988
1403) Reed J.C.: *Bcl-2 and the regulation of programmed cell death*, J.Cell Biol. , 124, pp.: 1-6, 1994
1404) Fernandez Sarabia M.: *Bcl-2 associates with the ras-related protein R-ras p23*, Nature, 366, pp.. 274-275, 1993
1405) Wang H.G.: *Apoptosis regulation by interaction of Bcl-2 protein and Raf-1 kinase*, Oncogene, 9, pp.: 2751-2756, 1994
1406) Cory S.. *Regulation of lymphocytes survival by the bcl-2 gene family* , Annu. Rev. Immunol. 13, pp. 513-543, 1995
1407) Korsmeyer S.J.: *Regulators of cell death*, Trends Gen., 11, pp.: 101-105, 1995
1408) Monaghan P.: *Ultrastructural localization of Bcl-2 protein*, J.Histochem. Cytochem., 40, pp.: 1819-1825, 1992
1409) Yang The antitumor activity of Elemene is associated with apoptosis, Zhonghua.Zhong LiuZaZhi.1996.18(3), pp.: 169-172. http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/elemene_zedoaria_provoca_apoptosi_nella_leucemia.pdf

1410) La Curcuma e la Quercitina si sono comunque dimostrati efficaci nell'indurre la apoptosi delle cellule di polipi intestinali adenomatosi http://fiocco59.altervista.org/ALLEGATI/Curcumin-FAP-papers.pdf

1411) Peat P.: *Surviving against all odds: analyis case stdies of patients with cancer followed the Gerson Therapy*, Integrative cancer therapies, Vol. 6, No.1, pp: 80-87, 2007 http://fiocco59.altervista.org/ALLEGATI/gerson.pdf ;

1412) Peplow M: *Vitamin Research: Why is so confusine ?* , in Medicine Today, settembre 2003
1413) Podda M.: *Simulateous determination of tissue tocopherols, tocotrienols, ubiquinols and ubiquiones*, Lipid. Res. 1996, 37, pp.. 893-901

1414) Stefano Scoglio: ESSIAC: Il famoso rimedio contro il Cancro, 2003 www.macrolibrarsi.it/libri/essiac-il_famoso_rimedio_contro_il-cancro.php

1415) Roberto Romiti: *Aloe e Melatonina: esperienze cliniche di 99 casi di pazienti affetti da malattia neoplastica in fase avanzata*, ed. 2001 www.macrolibrarsi.it/libri/_aloe-melatonina.php

1416) Waterhouse C.: Craig A.: "*Body-composition and changes in patients with advanced cancer*", Cancer, 11(6), Novembre/December 1957

1417) *The Mosby Medical Encyclopedia*. New York : New American Library, 1985, pp.: 589
1418) Whitaker J.: Minerals, Part 3: *Lower your blood pressure with the "K factor*", Healt and Healing, 9, pp.: 1-3, June 1999
1419) Bruce Halstead, *Amygdalin (Laetrile) Therapy*, Los Altos, CA: Choice Publications. 1978. In Culbert, "*Apricot Power*," pp.: 72.
1420) Ralph W. Moss, *The Cancer Industry*: Unravelling the Politics (New York: Paragon House, 1989), 134-5.
1421) N.M. Ellison et al., *Special Report on Laetrile: The NCI Laetrile Review*, New England Journal of Medicine 299(10) pp: 549-552 (1978). In Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, pp.. 102.
1422) Michael L.Culbert, D.Sc., *Apricot Power: Laetrile as the Marine Corps of the `Alternative' Revolution*, Townsend Letter for Doctors (June 1995), pp.: 71.
1423) Ralph W. Moss, *The Cancer Industry*: Unravelling the Politics (New York: Paragon House, 1989), pp. 135.
1424) Michael L.Culbert, D.Sc., *Apricot Power: Laetrile as the Marine Corps of the `Alternative' Revolution*, Townsend Letter for Doctors (June 1995), pp.: 77.
1425) Michael L.Culbert, D.Sc., *Apricot Power: Laetrile as the Marine Corps of the `Alternative' Revolution*, Townsend Letter for Doctors (June 1995), pp.: 77.
1426) Michael L.Culbert, D.Sc., *Apricot Power: Laetrile as the Marine Corps of the `Alternative' Revolution*, Townsend Letter for Doctors (June 1995), pp.: 78.
1427). N.M. Ellison et al., *Special Report on Laetrile: The NCI Laetrile Review*, New England Journal of Medicine 299(10) pp.:549-552 (1978).
1428) C.G. Moertel et al., *A Pharmacologic and Toxicological Study of Amygdalin*, Journal of the American Medical Association 245(6), pp.:591-4 (1981).
1429) Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, 107.
1430) M.L. Culbert, correspondence, New England Journal of Medicine 307(2) pp.:119 (1982).
1431) Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, 107.
1432) Michael L.Culbert, D.Sc., *Apricot Power: Laetrile as the Marine Corps of the `Alternative' Revolution*, Townsend Letter for Doctors (June 1995), pp.: 81.
1433) Walters, *Options*, 184.
1434) Michael L.Culbert, D.Sc., *Apricot Power: Laetrile as the Marine Corps of the `Alternative' Revolution*, Townsend Letter for Doctors (June 1995), pp.: 79-80.
1435)Anonymous, "*The Committee for Freedom of Choice*." In Townsend Letter for Doctors, pp.: 196-7.
1436) Michael L.Culbert, D.Sc., *Apricot Power: Laetrile as the Marine Corps of the `Alternative' Revolution*, Townsend Letter for Doctors (June 1995), pp.: 78.
1437) Luther Bohanon, "*Opinion in the Case of Glen L. Rutherford vs. U.S.A. In the U.S. District Court for the Western Region of Oklahoma*." No. CIV-75-0218-B. December 5, 1977. In Moss, *The Cancer Industry*, 150.
1438) Richard Thomas, *The Essiac Report*: Canada's Remarkable Unknown Cancer Cure (Los Angeles: The Alternative Treatment Information Network, 1993), 12.
1439) Gary Glum, *The Calling of An Angel* (Los Angeles: Silent Walker Publishing, 1988).
1440) Richard Thomas, *The Essiac Report*: Canada's Remarkable Unknown Cancer Cure (Los Angeles: The Alternative Treatment Information Network, 1993).
1441) Richard Thomas, *The Essiac Report*: Canada's Remarkable Unknown Cancer Cure (Los Angeles: The Alternative Treatment Information Network, 1993; pp.: 13.
1442) Walters, *Options*, 107.
1443) Richard Thomas, *The Essiac Report*: Canada's Remarkable Unknown Cancer Cure (Los Angeles: The Alternative Treatment Information Network, 1993; pp: 15-28.
1444) Walters, *Options*, 112.
1445) Draft, "*Status Report of Year One Operations*," University of Texas Center for Alternative Medicine Research, 37.
1446) Charles Brusch, M.D., memo, 1982. In Thomas, *The Essiac Report*, 37.
1447) Draft, "*Status Report of Year One Operations*," University of Texas Center for Alternative Medicine Research, 37.
1448) Richard Thomas, *The Essiac Report*: Canada's Remarkable Unknown Cancer Cure (Los Angeles: The Alternative Treatment Information Network, 1993; pp.: 38-39.
1449) D.J. Hutchinson, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Rye, New York, personal communication, September 1988 and March 1989. In Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, 73 4.

1450) Draft, "Status Report of Year One Operations," University of Texas Center for Alternative Medicine Research, 38.
1451) S.S. Fraser and C. Allen, "Could Esssiac Halt Cancer?" Homemaker's (June/July/August 1977). In Thomas, *The Essiac Report*, 42-45.
1452) I.W.D. Henderson, Director, Bureau of Human Prescription Drugs, Health Protection Brance, Health and Welfare Canada, Vanier, Ontario, letter to J.W. Meakin, Executive Director, Ontario Cancer Treatment and Research Foundation, Toronto, Ontario, November 19, 1982. In Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, 74.
1453) D.J. Hutchinson, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Rye, New York, personal communication, September 1988 and March 1989. In ibid., 73-4.
1454) N.H. Greenberg, Developmental Therapeutics Program, Division of Cancer Treatment, National Cancer Institute, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Memo to J.A.R. Mead, Acting Associate Director, Developmental Therapeutic Program, Division of Cancer Treatment, National Cancer Institute, November 1, 1983.
1455) J.A.R. Mead, Acting Associate Director, Developmental Therapeutic Program, Division of Cancer Treatment, National Cancer Institute, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Letter to J.D. Sproul, Health Protection Branch, Health and Welfare Canada, Vanier, Ontario, December 1, 1983.
1456) R. Linkous, Food and Drug Administration, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, Maryland, personal communication, September 27, 1988. In ibid., 75.
1457) Walters, *Options*, pp.: 113.
1458) I.W.D. Henderson, Director, Bureau of Human Prescription Drugs, Health Protection Brance, Health and Welfare Canada, Vanier, Ontario, letter to J.W. Meakin, Executive Director, Ontario Cancer Treatment and Research Foundation, Toronto, Ontario, November 19, 1982. In Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, pp.: 74.
1561) Walters, *Options*, pp.: 113.
1460) Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, pp.: 75.
1461) Glum, *Calling of an Angel*, i.
1462) Draft, "*Status Report of Year One Operations*," University of Texas Center for Alternative Medicine Research,, 77.
1463) C.A. Dombradi and S. Foldeak, "*Screening Report on the Antitumor Activity of Purified Arcitum Lappa Extracts*," Tumori 52:173 (1966).
1464). S. Foldeak and C.A. Dombradi, "*Tumor-Growth Inhibiting Substances of Plant Origin. I. Isolation of the Active Principle of Arcitum Lappa*," Acta Phys Chem 10:91-3 (1964).
1465) In Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, 73 and Boik, *Cancer and Natural Medicine*, pp.: 121.
1466) H. Itokawa et al., "*Screening Test for Antitumor Activity of Crude Drugs (2*)," Shoyakugaku Zasshi 36:145-9 (1982).
1467) W.S. Woo, E.B. Lee and I. Chang, "*Biological Evaluation of Korean Medicinal Plants. II*," Yakhak Hoe Chi 21:177-83 (1977).
1468) In Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, pp.: 73.
1469)Y. Into, S. Maeda and T. Sugiyama, "*Suppression of 7,12- dimethylbenz[a]anthracene-induced Chromosome Aberrations in Rat Bone Marrow Cells by Vegetable Juices*," Mutation Research 172(1):55-60 (1986).
1470) K. Morita, T. Kada and M. Namiki, "*A Desmutagenic Factor Isolated from Burdock (Arctium Lappa Linne)*," Mutation Research 129(1) pp.:25- 31 (1984).
1471) K. Umehara et al., "*Studies on Differentiation-Inducers from Arctium Fructus*," Chemical and Pharmaceutic Bulletin 40(10) pp.:1774-9 (1993). In Boik, *Cancer and Natural Medicine*, pp.: 159.
1472) T. Hirano, M. Gotoh and K. Oka, "*Natural Flavenoids and Lignans are Potent Cytostatic Agents Against Human Leukemic HL-60 Cells*," Life Sciences 55(13):1061-9 (1994). In ibid., 159.
1473) P. Bryson et al., "*Burdock Root Tea Poisoning. Case Report Involving a Commercial Preparation*," Journal of the American Medical Association 238:20 (1978).
1474) P. Rhodes et al., "*Anticholinergic Poisonings Associated with Commercial Burdock Root Tea*," Journal of Toxicology 22:581-4 (1984/5).
1475) In Moss, Cancer Therapy: The Independent Consumer's Guide to Non-Toxic Treatment and Prevention (New York: Equinox Press, 1992), 165.
1476) P. Rodriguez et al, "*Allergic Contact Dermatitis Due to Burdock (Arctium lappa*)" Contact Dermatitis 33:134-5 (1995).
1477) P. Rhodes et al., "*Anticholinergic Poisonings Associated with Commercial Burdock Root Tea*," Journal of Toxicology 22:581-4 (1984/5).
1478) W. Grimminger and K. Witthohn, "*Analyics of Senna Drugs With Regard to the Toxicological Discussion of Anthranoids*," Pharmacology 47:98-109 (1993).
1479) In Draft, "*Status Report of Year One Operations*," University of Texas Center for Alternative Medicine Research, 78.

1480) Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, 73.
1481) H. Into, "*Effects of the Antitumor agents from Various Natural Sources on Drug-Metabolizing System, Phagocytic Activity and Complement System in Sarcoma 180-Bearing Mice*, Japanese Journal of Pharmacology 40(3):435-43 (1986).
1482) Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, 73.
1483) M. Belkin and D.B. Fitzgerald, "*Tumor-Damaging Capacity of Plant Materials. 1. Plants Used as Cathartics*," Journal of the National Cancer Institute 13: pp: 139-55 (1952).
1484) J. Konopa et al., "*Screening of Antitumor Substances from Plants*," Arch Immunol Ther Exp 15:129 (1957). In ibid., 73.
1485) R. Anton and M. Haag-Berrurier, "*Therapeutic Use of Natural Anthraquinone for Other than laxative Actions*," Pharmacology 20(suppl 2):104-12 (1980).
1486) C.A. Friedmann, "*Structure-Activity Relationships of Anthraquinones in Some Pathological Conditions*," Pharmacology 20(suppl 1):113-22 (1980).
1487) In Boik, *Cancer and Natural Medicine*, pp.: 117.
1488) F. Iosi, M.T. Santini and J.W. Malorni, "*Membrane and Cytoskeleton are Intracellular Targets of Rhein in A431 Cells*, Anticancer Research 13(2):545-54 (1993).
1489) A. Floridi et al., "*Effect of Rhein on the Glucose Metabolism of Ehrlich Ascites Tumor Cells*," Biochemical Pharmacology 40(2):217-22 (1990).
1490) A. Delpino et al., "*Protein Synthetic Activity and Adenylate Energy Charge in Rhein-Treated Cultured Human Glioma Cells*," Cancer biochem Biophys 12(4) pp:241-52 (1992).
1491) M. Lu and Q. Chen, "*Biochemical Study of Chinese Rhubarb; Inhibitory Effects of Anthraquinone Derivatives on P388 Leukemia in Mice*," Zhongguo Yaoke Daxue Xuebao 20(3)::155-7 (1989).
1492) H.M. Chang and P.P.H. But, *Pharmacology and Applications of Chinese Materia Medica* (Teaneck, NJ: *World Scientific Publishing Company*, 1986).
1493) Walters, *Options*, pp.: 114-115.
1494) Richard Thomas, *The Essiac Report*: Canada's Remarkable Unknown Cancer Cure (Los Angeles: *The Alternative Treatment Information Network*, 1993; pp.: 59-61.
1495) Walters, *Options*, pp.: 116.
1496) Draft, *Status Report of Year One Operations*, University of Texas Center for Alternative Medicine Research, pp.: 38.
1497) Bruce Halstead, Amygdalin (Laetrile) Therapy, Los Altos, CA: Choice Publications. 1978. In Culbert, "Apricot Power," 72.
1498) Moss, *The Cancer Industry*, 133.
1499) Doyle JD, Stotzky G, McClung G & Hendricks C W (1995) "*Effects of Genetically Engineered Microorganisms on Microbial Populations and Processes in Natural Habitats, Advances in Applied Microbiology*," Vol. 40 Academic Press
1500) P.B. Chowka, "*Does Mildred Nelson Have an Herbal Cure for Cancer?"* Whole Life Times January-February 1984, 16.
1501) Harry M. Hoxsey, *You Don't Have to Die* (New York:Milestone Books, Inc.:1956), 44-5.
1502) Chowka, "Does Mildred Nelson Have An Herbal Cure for Cancer?" Whole Life Times, 16.
1503) Hoxsey, You Don't Have to Die, 90-1.
1504) Walters, *Options*, 100.
1505) Hoxsey, You Don't Have to Die, 59.
1506) J.M. Mather et al., "*Report Concernning the Hoxsey Treatment for Cancer*". Vancouver, University of British Columbia, December 19, 1957.
1507) Hoxsey, You Don't Have to Die, 47.
1508) Ibid., 49.
1509) F.E. Mohs, *Chemosurgical Treatment of Cancer of the Skin. A Microscopically Controlled Method of Excision*, Journal of the American Medical Association 138(8):564-9 (1948). In Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, 77.
1510) Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, 77-8.
1511) Draft, *Status Report of Year One Operations*, University of Texas Center for Alternative Medicine Research, 78.
1512) Walters, *Options*, 96.
1513) Surgery, Gynecology and Obstetrics, vol. 114, 1962, pp. 25-30 and Walter Lewis and Memory P. F. Elvin-Lewis, Medical Botany: *Plants Affecting Man's Health* (New York: John Wiley and Sons, 1977). In Walters, *Options*, 96.
1514) Hoxsey, *You Don't Have to Die* p 45-6.
1515) Draft, *Status Report of Year One Operations*, University of Texas Center for Alternative Medicine Research, 76.
1516) Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, 77.
1517) James Duke, Ph.D., *The Synthetic Bullet vs. the Herbal Shotgun Shell*, HerbGram No. 18/19 (Fall 1988/Winter 1989).
1518) Draft, *Status Report of Year One Operations*, University of Texas Center for Alternative Medicine Research,
1519) M. Belkin and D.B. Fitzgerald, *Tumor-Damaging Capacity of Plant Materials. 1. Plants Used as Cathartics*,

Journal of the National Cancer Institute 13:139-55 (1952).
1520) Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, 78.
1521) Draft, *Status Report of Year One Operations*, University of Texas Center for Alternative Medicine Research, 78.
1522) W.S. Woo, E.B. Lee and I. Chang, *Biological Evaluation of Korean Medicinal Plants. II*., Yakhak Hoe Chi 21:177-83 (1977). In Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, 78.
1523) K. Yokoyama et al., *Purification and Biological Activities of Pokeweed (Phytolacca americana) Mitogens*, Biochem Biophys Acta 427:443-52 (1976).
1524) M.P. Bodger et al., *Mitogenic Proteins of Pokeweed, I. Purification, Characterization and Mitogenic Activity of Two Proteins from Pokeweed (Phytolacca octandra)*, Immunology 37:785-92 (1979).
1525) M.P. Bodger et al., *Mitogenic Proteins of Pokeweed, II. The Differentiation of Human Peripheral Blood B Lymphocytes Stimulated with Purified Pokeweed Mitogens (Po-2 and Po-6) from Pokeweed, Phytolacca Octandra*, Immunology 37:793-9 (1979).
1526) In Moss, Cancer Therapy, pp.: 162.
1527) TY Basham et al, *A Series of Murine Interleukin Molecules which Stimulate both Murine and Human Lymphocytes. Production by Phytolacca Americana (Pokeweed) Lectin 2 (Pa-2)-Stimulated Thymus and Thymus-Derived Cells*, Cell Immunology 63:118-33,1981.
1528) R.G. Petersdorf et al., eds., "*Harrison's Principles of Internal Medicine*", 10th ed., (New York: McGraw Hill, 1983).
1529) J.P. Zhang et al., *Effects of Phytolacca Acinosa Polysaccharides I on Cytotoxicity of Macrophages and Its Production of Tumor Necrosis Factor and Interleukin 1*, Chung Kuo Yao Li Hsueh Pao 11:375-7, 1990.
1530) Duke, ed., *Handbook of Medicinal Herbs*. In Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, 79.
1531)
1532) T.Y. Owen, et al.,*A New Antitumor Substance--Lycobetaine*, K'o Hsueh T'ung Pao," 21(6):258-87 (1976). In ibid.
1533) Boik, *Cancer and Natural Medicine*, 113.
1534) R.X. Zhang, *Laboratory Studies of Berberine Used Alone and in Combination with 1,3-cis(2-chlorothyl)-1-nitrosourea to Treat Malignant Brain Tumors*, Chinese Medical Journal 103(8):658-65 (1990). In Boik, *Cancer and Natural Medicine*, 113.
1535) K.K.S. Chang, C. Gao and L.C. Wang, *Berberine-Induced Morphologic Differentiation and Down-Regulation of c-Ki-ras2 Protooncogene Expression In Human Teratocarcinoma Cells*, Cancer Letters 55:1038 (1990). In Boik, *Cancer and Natural Medicine*, 113.
1536) C.W. Chi et al., *Flowcytometric Analysis of th Effect of Berberine on the Expression of Glucocorticoid Receptors in Human Hepatoma Hep-g2 Cells*, Life Sciences 54(26):2099-2107 (1994).
1537) I.F. Shvarev and A.L. Tsetlin, *Antiblastic Properties of Berberine and Its Derivatives*, Farmalol Tsoilol 35(1): 73-5 (1972). In Boik, *Cancer and Natural Medicine*, 113.
1538) B. Hladon et al., *Cytotoxic Activity of Some Chelidonium Maius Alkaloids on Human and Animal Tumor Cell Cultures In Vitro*, Annals of Pharmacology 13:61-8 (1978). In Boik, *Cancer and Natural Medicine*, 113.
1539) Zhang, *Laboratory Studies of Berberine Used Alone and in Combination with 1,3-cis(2-chlorothyl)-1-nitrosourea to Treat Malignant Brain Tumors*. In Boik, *Cancer and Natural Medicine*, 113.
1540) N. Bodor and M.E. Brewster, *Improved Delivery Through Biological Membranes; XV-Sustained Brain Delivery of Berberine*, European Hournal of Medical Chemistry 18(3):235-40 (1983). In Boik, *Cancer and Natural Medicine*, 113.
1541) Y. Kumazawa et al., *Activation of Peritoneal Macrophages by Berberine-Type Alkaloids in Terms of Induction of Cytostatic Activity*, Priority Journals 6(6):587-92 (1984). In Boik, *Cancer and Natural Medicine*, 113.
1543) Hartwell, *Plants Used Against Cancer*. In ibid., 77.
1544) Moss, Cancer Therapy, 166.
1545) M. Belkin and D.B. Fitzgerald, *Tumor-Damaging Capacity of Plant Materials. I. Plants Used as Cathartics*, Journal of the National Cancer Institute 13:139-55 (1952).
1546) J.A. Duke, *Weeds? Or Wonder Drugs?* Organic Gardening 41(6): 38-40 (1994).
1547) H.Y. Hsu, Y.P. Chen and M. Hong, *The Chemical Constituents of Chinese Herbs Vol. 1* (Long Baech, CA: Oriental Healing Arts Institute: 1982).
1548) In Boik, *Cancer and Natural Medicine*, 157.
1549) B.N. Dhawan et al., *Screening of Indian Plants for Biological Activity. VI.*, Indian Journal of Experimental Biology 15:208 (1977). In ibid., 78.
1550) U.S. vs. Hoxsey Cancer Clinic and Harry M. Hoxsey, US District Court, Northern District of Texas, filed US Court of Appeals, Fifth Circuit, May 7, 1951, No 13645.
1551) In Anonymous, "*Hoxsey Method/Bio-Medical Center*," CA--A Cancer Journal for Clinicians 40:1 (January/February 1990) 51-5.
1552) G. Stewart, *Modulation of Antibody Response in Mice to Bovine Serum Albumin*. In Draft, "Status Report of Year One Operations," University of Texas Center for Alternative Medicine Research, 74.
1553) Bio-Medical Center literature.
1554) Steve Austin, N.D. et al., *Long Term Follow-Up of Cancer Patients Using Contreras, Hoxsey and Gerson*

Therapies, Townsend Letter for Doctors August/September 1995.
1555) Office of Technology Assessment, *Unconventional Cancer Treatments*, 79.
1556) Clark S..: *Antileukemia effects of perillyl alcohol in Bcr/Abl-transformed cells indirectly inhibits signalling through Mek in a Ras – and Raf-independent fashion*, Clin.Cancer Res., 9, 4494-4504, 2003
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Anti-leukaemia%20effects%20of%20Perillyl%20alcohol.pdf

1557) Burke Y.: *Effects of the isoprenoids perillyl alcohol and Farnesol on apoptosis biomarkers in pancreatic cancer chemoprevention*, Anticancer Res., 22, 3127-3134, 2002
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Perillyl%20alcohol%20(Monoterpene)%20induces%20APOPTOSIS%20on%20CARCINOMA.pdf)

1558) Yuri T.. *Perillyl alcohol inhibits human breast cancer cell growth in vitro and in vivo*, Breast Cancer Research Treat., 84, pp.: 251-260, 2004
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Perillyl%20alcohol%20inhibits%20human%20breast%20cancer.pdf

1559) Elegbede J.. *Perillyl alcohol and perillaldehyde induced cell cycle arrest and cell death in BroTo and A549 cells cultured in vitro* , Life Sci., 73, pp.. 2831-2840, 2003
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi//Perillyl%20alcohol%20(Monoterpene)%20against%20cancer.pdf

1560) Cheong E.: *Synthetic and naturally occurring COX-2 inhibitors suppress proliferation and induce apoptosis in a human esophageal adenocarcinoma cell line (OE-33)* , Gastroenterology 122, A63, 2002
1561) Larocca L.M.. *Quercetin and the growth of leukemic progenitors*, Leuk. Lymphoma, 23, 1996, pp.: 49-53
1562): Depeint F.: *Evidence for consistent patterns between flavonoids structures and cellular activities*, Proc. Nutr. Soc., 61, 2002, pp.: 97-107
1563) Chan F.L.. *Induction of apoptosis in prostate cancer cell lines by a flavonoid, baicalin*, Cancer Lett., 160, PP.. 219-228, 2000
1564) Thompson CB.: *Apoptosis in the pathogenesis and treatment of disease* , Scence, 267, pp: 1456-1462
1565) Guang L.. *d-limonene induces apoptosis of gastric cancer cells*, Chin. J. Oncol., 25 325-327, 2003
1566) Kaji I.: *Inhibition by d-limonene of experimental hepatocarcinogenesis in Sprague-Dawley rats does not involve p21 (ras) plasma membrane association*, Int. J. Cancer 93, pp.: 441-444, 2001
1567) De Sousa A.: *Melissa officinalis essential oil: anti-tumoral and antioxidant activities* , J. Pharm. Pharmacol. 56, pp. 677-681, 2004
1568) Cavalieri E.: *a Bisabolol, a non toxic natural compound, strongly induces apoptosis in glioma cells*, Biochem. Biophys. Res. Commun. 315, pp.: 589-594, 2004
1569) J. West China Univ. Med. Sci.) 35, pp. 337-339, 2004
1570) Moteki H.: *Specific induction of apoptosis by 1,8 –cineole in two human leukaemia cell lines, but not a in human stomach cancer cell line*, Oncol. Rep., 9, pp.: 767-760, 2002
1571) Calcabrini A.: *Terpinen 4-ol, the main component of Melaleuca alternifolia (tea three) oil inhibits the in vitro growth of human melanoma cells*, J. Invest. Dermatol. 122, pp.: 349-360, 2004
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/terpenoide%20di%20olio%20di%20Melaleuca%20alternifolia%20induce%20apoptosi%20su%20MELANOMA.pdf

1572) Buhagian J.: *The induction of apoptosis in human melanoma, breast and ovarian cancer cell lines using an essential oil extract from the conifer Tetraclinis articulata*, Anticancer Res., 19, pp.. 5435-5443, 1999
1573) Seo WG: *Ethyl acetate extract of the stem bark of Cudrania tricuspidata induces apoptosis in human leukaemia HL-60 cells*, American Journal of Chinese Medicine 2001, 29, pp. 313-320
1574) Tan P.: *Clinical study on treatment of 40 cases of malignant brain tumor by Elemene emulsion injection* Chin. J. Integ. Trad. Western Med, 20, pp.: 645-648 http://www.mednat.org/cancro/cancro_cervello.pdf
1575) Yoon Y.: *Tanshinone II A isolated from Salvia miltiorrhiza Burger induced apoptosis in HL-60 human premyelocytic leukaemia cell line*, Journal of Ethnopharmacology 1999, 68, pp. 121-127
1576) Kim N.D.: *Chemopreventive and adjuvant therapeutic potential of pomegranate (Punica granatum) for human breast cancer*, Breast Cancer Res. Treat., 71, pp. 203-217, 2002
1577) Guang : *Inhibition of growth and metastasis of human gastric cancer implanted in nude mice by d-limonene* World J. Gastroenterol. 10, 2140-2144, 2004
1578) Reviewed by Dr Arpad Pusztai for the German environment agency BfN, in September and November 2004, on : http://www.gmwatch.org/p1temp.asp?pid=66&page=1
1579) Malatesta M.: *Fine structural analyses of pancreatic acinar cell nuclei from mice fed on GM soybean.* Eur. J. Histochem., 47:385-388, 2003;
1580) Malatesta M.: *Ultrastructural morphometrical and immunocytochemical analyses of hepatocyte nuclei from mice fed on genetically modified soybean.* Cell Struct. Funct., 27: 173-180, 2002; **Disponibile in PDF**
1581) Malatesta M.: *Ultrastructural analysis of pancreatic acinar cells from mice fed on genetically modifed soybean*. J. Anat., 201:409-416, 2002;

1582) Malatesta M.: *Reversibility of hepatocyte nuclear modifications in mice fed on genetically modified soybean*. Eur. J. Histochem., 49:237-242, 2005;
1583) Malatesta M., Martin T.E., Biggiogera B.: *Ultrastructural analysis of testes from mice fed on genetically modified soybean*. Eur. J. Histochem., 48: 449-453, 2004.
1584) Ermakova IV, *"Genetically modified soy leads to the decrease of weight and high mortality of rat pups of the first generation", preliminary studies*. EcosInform 2006, 1, 4-9 (in Russian). Un documento completo è in fase di stampa: Ermakova IV, Genetics and ecology, in: Actual problems of science , Moscow , 2005, pp.53-59 (in Russian).
1585) *Food Standards Agency News*, No. 48, June 2005
1586) Netherwood et al, *Assessing the survival of transgenic plant DNA in the human gastrointestinal tract*, Nature Biotechnology, 2004;
1587) Duggan et al, *Fate of genetically modified maize DNA in the oral cavity and rumen of sheep*, British Journal of Nutrition, 89(2): 159-166, 2003
1588) Ewen and Pusztai, *Effects of diets containing genetically modified potatoes expressing Galanthus nivalis lectin on rat small intestine*, The Lancet, 354, 1353-1354, 1999; **Disponibile in PDF**
1589) El-Sayed, A.K., "*Fine structural changes in the ileum of mice fed on endotoxin-treated potatoes and transgenic potatoes*." Natural Toxins, 6, 219-233, 1998.
1590) Ray Vaden: *Recombination sites in Cauliflower Mosaic Virus DNAs; implications for Mechanisms of recombination*, Virology, No.177, pp: 717-726, 1990
http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/ray%20vaden%20.pdf

1591) Gal S.: *Agroinfection of transgenic plants leads to viable Cauliflower Mosaic Virus by intermolecular recombination*, Virology, No.187, pp.: 525-533, 1992 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/gal.pdf

1592) Greene A.: *Recombination between viral RNA and transgenic plant transcripts*, Science, Vol. 263, 11 march 1994 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/greene.pdf

1593) Boyer J.C.: *Infectious transcripts and cDNA clones of RNA Viruses*, Virology, No. 198, pp.: 415-426, 1994
http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/boyer.pdf

1594) Allison R.F.: *Recombination in plants expressing viral transgenes*, Seminars in Virology, Vol. 7, pp.: 417-422, 1996 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/allison.pdf

1595) Wintermantel W.M.: *Isolation of recombinant viruses between Culiflower Mosaic Virus and a viral gene in transgenic plants under conditions of moderate selection pressure*, Virology, No. 223, pp.: 156-164, 1996
http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/wintermantel.pdf

1596) Vlasak J.: *Comparison of hCMV immediate early and CaMV 35S promoters in both plant and human cells*, Journal of Biotechnology No. 103, pp.: 197-202, 2003 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/vlasak.pdf

1597) Latham J.: *GM Gene Flow (B): Horizontal gene transfer of viral inserts from GM plants to viruses*, Technical paper, February 2004. www.econexus.info http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/latham.pdf

1598) Akio Mori: *Capsaicin, a component of red peppers, inhibits the growth of androgen-independent, p53 mutant prostate cancer cells*, Cancer Research, No. 66, pp.. 3229- 323 2006
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Capsaicina%20(peperoncino)%20induce%20APOPTOSI%20in%20cellule%20del%20cancro%20della%20prostata%20sia%20androgeno-positive%20che%20androgeno-negative.pdf

1599) Chen H.W.: *Effect of alisol B acetate, a plant triterpene, on apoptosis in vascular smooth muscle cells and lymphocytes*, Eur. J. Pharmacol., 419, pp.: 127-138, 2001
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/ALISMA%20PLANTAGO-AQUATICA.pdf

1600) Lee S.: *Cytoxic triterpenoides from Alismatis rhizome*, Arch. Pharm. Res., No.24, pp: 524-526, 2001
1601) Motoo Y.: antitumor effects of saikosaponins, baicalin and baicalein on human hepatoma cell lines, Cancer Lett., 86, 91-95

1602) **M. Soffritti, F. Belpoggi, E. Tibaldi, D. Degli Esposti, M. Lauriola:** L'Esposizione ad Aspartame a Basse Dosi, dalla Vita Fetale e per Tutta la Vita, Aumenta gli Effetti Cancerogeni sui Ratti ***(Lifespan Exposure to Low Doses of Aspartame Beginning During Prenatal Life Increases Cancer Effects in Rats)*** Environmental Health Perspectives
http://www.ehponline.org/docs/2007/10271/abstract.html

1603) Fulda S: *Betulinic acid induces apoptosis through a direct effect on mitochondria in neuroectodermal tumors*, Medical and Pediatric Oncology, No.35, pp.. 616-618, 2000

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Acido%20betulinico%20induce%20apoptosi%20su%20tumori%20neuroectodermali.pdf

1604) Lautrari H.: *Perillyl alcohol is an angiogenesis inhibitor*, J. Pharmacol. Exp. Ther. 311, pp.: 568-575, 2004.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Perilly%20alcohol%20inhibitor%20of%20ANGIOGENESIS.pdf

1605) Jan Dorie: *Resveratrol extensive apoptosis by depolarizing mitochondrial membranes and activating Caspase-9 in Acute Lymphoblastic Leukaemia Cells*, Cancer Research, 61, pp.: 4731-4739, 2001
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Resveratrolo%20induce%20apoptosi%20sulla%20Leucemia.pdf

1606) Ji Suk Lee: *Inhibition of Phospholipase Cy1 and cancer cell proliferation by triterpene esters from Uncaria rhynchophylla*, J.Nat. Prod. 63, pp: 753-756, 2000
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Uncaria_species%20azione%20antiproliferativa%20degli%20acidi%20uncarinici%20di%20Uncaria.pdf

1607) Joe A.: Resveratrol induces growth inhibition, S-phase arrest, apoptosis and changes in biomarker expression in several human cancer cell lines, Clinical Cancer Research, Vol. 8, pp.: 893-903, 2002
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

1608) Damianaki A.: Potent inhibitory action of Red Wine polyphenols on human breast cancer cells, Journal of cellular biochemistry, No. 78, pp: 429-441, 2000
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

1609) Caltagirone S.: *Flavonoids apigenin and quercetin inhibit melanoma growth and metastatic potential*, Int. J. Cancer, No. 87, pp.: 595-600, 2000
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

1610) Huang X.: *Mechanism of the anti-cancer activity of Zizyphus jujuba in HepG2 cells*, Am. J. Chin. Med., 35, pp.: 517-532, 2007
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

1611) Zech L.: *Characteristic chromosomal abnormalities in biopsies and lymphoid cell lines from patients with Burkitt and non-Burkitt lymphomas*, Int. J. Cancer, 1976, No.17, pp: 47-56
1612) Croce CM.: Molecular genetics of human B-cell neoplasia, Adv Immunol. 1986, No. 38, pp: 245-274
1613 Rowley JD: *Identification of the constant chromosomal regions involved in human hematolgic malignant disease*, Science 1982, No. 216, pp: 749-751
1614 Tsujimoto Y.: *Involvement of the bcl-2 gene in human follicular lymphoma*, Science 1985, No. 228, pp: 1440-1443
1615) Raffeld M.: *bcl-1, t(11;14), and mantle cell-derived lymphomas*, Blood 1991, No. 78, pp.: 259-263
1616) Erikson J.: *The chromosome 14 breakpoint in neoplastic B cells with the t(11;14) traslocation involves the immunoglobulin heavy chain locus*, Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1984, No. 81, pp.: 4111-4147
1617) Kagan J: *alpha chain locus of the T-cell antigen receptor is involved in the t(10;14) chromosome traslocation of T-cell acute lymphocytic leukaemia*, Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1987, No. 84, pp.: 4543-4546
1618) Zutter M.: *The t(10;14) (q24;q11) of T-cell acute lymphoblastic leukaemia juxtaposes the delta T cell receptor with tcl-3, a conserved and activated locus at 10q24*. Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1990; 87, PP.: 3161-3165
1619) Le Beau MM: *The t(2;5) (p23;q35) : a recurring chromosomal abnormality in Ki-1 positive anaplastic large cell lymphoma*, Leukemia 1989, No.3, pp: 866-870
1620) Morris SW : *Fusion of a kinase gene, ALK, to a nucleolar protein gene, NPM, in NON-Hodgkin's lymphoma*, Science 1994, No. 263, pp: 1281-1284
1621) Mc Keithan : *Molecular cloning of the breakpoint junction of a human chromosomal 8;14 traslocation involving the T-cell receptor alpha chain gene and sequences an the 3' side of myc*, Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1986, No. 83, pp: 6636-6640
1622) Julisson G. *Chromosomal aberrations in B-cell chronic lymphocytic leukaemia: Pathogenetic and clinical implications*, Cancer Genet. Cytogenet., 1990, No. 45, pp.: 143-160
1623) Mc Keithan: *Cloning of thre chromosome translocation breakpoint junction of the t(14;19) in chronic lymphocytic leukaemia*. Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1987, No. 84, pp: 9257-9260
1624) Erikson J.: *Deregulation of c-myc by translocation of the alpha-locus of the T-cell receptor in T-cell leukemias*, Science, 1986, No. 232, ppp: 884-886
1625) Denny CT : *A chromosome 14 inversion in a T-cell lymphoma is caused by site specific recombination between immuno-globulin and T-cell receptor loci*, Nature 1986, No. 320, pp.: 549-551

1626) Van den Berghe: *High incidence of chromosome abnormalities in IgG3 myeloma*, Cancer Genet Cytogenet. 1984, No. 11, pp: 381.387
1627) Sadamori N.: *Abnormalities of chromosome 14 at band 14q11 in Japanese patients with adult T-cell leukaemia*, Cancer Genet. Cytogenet., 1985, No. 17, pp: 279-282
1628) Sadamori N.: *Significance of chromosome 14 anomaly at band 14q11in Japanese patients with adult T-cell leukaemia*, Cancer 1986, No. 58, pp: 2244-2250
1629) Miyamoto K.: *Specific abnormalities of chromosome 14 in patients with acute type of adult T-cell leukaemia/lymphoma*, Int. J. Cancer 1987, No. 40 pp: 461-468
1630) Sadamori N.: *Cytogenetic implication in adult T-cell leukaemia. A hypothesis of leukemogenesis*, Cancer Genet Cytogenet., 1991, No. 51, pp: 131-136
1631) Orscheschet K.: *Large-cell anaplastic lymphoma-specific translocation (t[2;5][p23;q35] in Hodgkin disease: indication of a common pathogenesis* ? Lancet 1995, No. 345, pp: 87-90
1632) Nowell: *a minute chromosome in human chronic granulocytic leukaemia*, Science 1960, No. 132 pp: 1497
1633) Manolov G: *Marker band in one chromosome 14 from Burkitt's lymphomas*, Nature, 1972, No. 237, pp: 33-34
1634) Jawetz E.: Microbiologia medica , V Edizione italiana, tradotta da"*Review of Medical Microbiology*", Jawetz E., 1980 LANGE Medical Publications, Los Altos, California
1635) Taub R.: *Translocation of the c-myc gene into the immunoglobulin heavy chain locus in human Burkitt lymphoma and murine plasmocytoma cells*, Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1982, No. 79, pp.: 7837-7841
1636) Rappold G.A.: *C-myc and immunoglobulin kappa light chain constant genes are on the 8q+ chromosome of three Burkitt lymphoma lines with t(2;8) translocations* , EMBO J. 1984, No. 3, pp: 2951-2955
1637) Padre Romano Zago, OFM (Ordine dei Frati Minori): "*Di cancro si può guarire*", ADLE Edizioni, Padova, pp:147, 2001
1638) Korsmeyer SJ: *Bcl-2/Bax: a rheostat that regulates an anti-oxidant pathway and cell death*, Sem. Cancer Biol. 1993, No. 4, pp: 327-332
1639) Barbiroli B.: "*Lipoic (thioctic) acid increases acid brain energy availability and skeletal muscle performance as show by in vivo 31P-MRS in a patient with mitocondrial cytopathy*, J.Neurol., 242, pp.: 472-477, 1995
1640) Rowley JD: *Chromosome abnormalities in human leukaemia*, Annu. Rev. Genet. 1980, No. 14, pp: 17-39
1641) Andriamampandry M.: *Diets enriched in (n-3) fatty acids affect rat coagulation factors dependent on vitamin K*, C.R.Acad.Sci.III 1998, 321, pp.: 415-421
1642) Matzinger D.: *The role of long chain fatty acids in regulating food intake and cholecystokinin release in humans*, Gut, 46, pp.: 689-694, 2000
1643) Julup O.: *Comparison of short-term effects of insulin and essential fatty acids on the slowed nerve conduction of streptozoticin diabetes in rats*, J.Neurol. Sci., 106, pp.: 56-59, 1991).
1644) Horrobin D.F.: *Essential fatty acid metabolism and its modification in atopic eczema*, Am.J.Clin.Nutr., 71, Suppl.1, pp.: 367S-372S, 2000
1645) Lee R.M.: *Fish oil, esssential fatty acids, and hypertension*, Can. J. Physiol. Pharmacol., 72, pp.: 945-953, 1994
1646) Ziegler D.: *Alpha-lipoic acid in the treatment of diabetic polyneuropathy in Germany: current evidence from clinical trias*, Exp.Clin. Endocriniol.Diabetes, 107, pp.: 421-430, 1999
1647) Pardini R.S.: *Nutritional Intervention with Omega-3 Fatty Acids in a case of Malignant Fibrous Histiocytoma of the Lungs*, Nutrition and Cancer 2005, 52 (2) , pp.: 121-129 (VEDI ALLEGATO 28)
1648) Tierney L.M.: *Current diagnosis and treatment*, Stamford CT, Appleton Lange, 1997, pp.: 1138-1142
1649) Rubenstein E,: Scientific American Medicine, New York, NY, Scientific American, 1983, pp.:1-19
1650) Werbach M.R.: *Nutritional influences on illness*, 2nd edn., Tarzana, CA: Third Line Press., 1993
1651) Ruz M.: *Erytrocytes, erytrocyte membranes, neutrophils and platelets as biopsy materials for the assessment of zinc status in humans*. Br.J. Nutr., 1992, 68, pp.: 515-527
1652) Lanza G.: *Anatomia Patologica Sistematica*, Vol.1, Seconda Edizione, Piccin Editore, pagina 366
1653) Lanza G.: *Anatomia Patologica Sistematica*, Vol.1, Seconda Edizione, Piccin Editore, pagina 367
1654) Noguchi M.: Oncology, No. 52, pp.. 265-271,1995
1655) Dandekar D.S. : *An orally active Amazonian plant extract (BIRM) inhibits prostate cancer growth and metastasis*, Cancer Chemother. Pharmacol., No. 52, pp.: 59-66, 2003
1656) Galletti S.: *Glucobrassicin enhancement in woad (Isatis tintoria) leaves by chemical and physical treatments*, Journal of the Science of Food and Agricolture, No. 86, pp: 1833-1838, 2006
1657) de Feo, V. 1992. *Medicinal and magical plants in the northern Peruvian Andes*. Fitoterapia 63: 417-440, 1992
1658) Vasquez, M. R.: *1990 Useful Plants of Amazonian Peru*. Second Draft. Filed with USDA's National Agricultural Library. USA
1659) Grenand, P.: *Pharmacopees taditionnels en Guyane: Créoles, Palikur, Wayãpi*. Editorial l-ORSTROM, Coll. Mem No. 108. Paris, France, 1987
1660) Branch, L.C. and da Silva, I.M.F. 1983. "*Folk Medicine of Alter do Chao, Para, Brazil*." Acta Amazonica 13(5/6):737-797.
1661) de Almeida, E.R., *1993. Plantas Medicinais Brasileiras, Conhecimentos Populares E Cientificos*. Hemus Editora Ltda.: Sau Paulo, Brazil.

1662) Asprey, GF. & Thornton, P.: Medicinal Plants of Jamaica. III West Indian Med J 4: 69-92, 1955
1663) Ayensu, ES.: *Medicinal Plants of the West Indies*. Unpublished manuscript: 110P-(1978) Office of Biological Conservation Smithsonian Institution, Washington, DC, 1978
1664) Weniger B.: *Popular Medicine of the Central Plateau of Haiti.* 2. Ethnopharmacological Inventory J Ethnopharmacol 17 1: 13-30 (1986)
1665) Alali FQ.: *Annonaceous acetogenins: recent progress*. J Nat Prod. 1999 Mar;62(3):504-40. Review.
1666) Feng, P.C.: *Pharmacological Screening of Some West Indian Medicinal Plants*, J Pharm Pharmacol 14 : 556-561 (1962)
1667) Meyer, TM.: *The Alkaloids of Annona Muricata*. Ing Ned Indie 8 6: 64- (1941)
1668) Carbajal, D.: *Pharmacological Screening of Plant Decoctions Commonly Used in Cuban Folk Medicine.* J Ethnopharmacol 33 1/2: 21-24 (1991)
1669) Misas, CAJ: *Contribution to the Biological Evaluation of Cuban Plants*. IV. Rev Cub Med Trop 31 1: 29-35 (1979)
1670) Sundarrao, K.: *Preliminary Screening of Antibacterial and Antitumor Activities of Papua New Guinean Native Medicinal Plants*, Int J Pharmacog 31 1: 3-6 (1993)
1671) Heinrich, M.: *Parasitological and Microbiological Evaluation of Mixe Indian Medicinal Plants (Mexico*) J Ethnopharmacol 36 1: 81-85 (1992)
1672) Antoun, MD.: *Screening of the Flora of Puerto Rico for Potentialantimalarial Bioactives.* Int J Pharmacog 31 4: 255-258 (1993)
1673) Gbeassor, M.: *In Vitro Antimalarial Activity of Six Medicinal Plants.* Phytother Res 4 3: 115-117 (1990)
1674) Tattersfield, F.: *The Insecticidal Properties of Certain Species of Annona and an Indian Strain of Mundulea Sericea* (Supli). Ann Appl Biol 27 : 262-273 (1940)
1675) Hasrat JA: *Isoquinoline derivatives isolated from the fruit of Annona muricata as 5-HTergic 5-HT1A receptor agonists in rats: unexploited antidepressive (lead) products*. J Pharm Pharmacol. ; 49(11): 1145-1149, 1997.
1676) Unpublished Data, National Cancer Institute. Anon: Nat Cancer Inst Central Files - (1976) from Napralert Files, University of Illinois, 1995
1677) Zeng L.: *Five new monotetrahydrofuran ring acetogenins from the leaves of Annona muricata*. J Nat Prod. 1996 Nov; 59(11): 1035-1042.
1678) Padma P.: *Effect of the extract of Annona muricata and Petunia nyctaginiflora on Herpes simplex virus.* J Ethnopharmacol. 1998 May;61(1):81-3.
1679) Gleye C.: *cis-monotetrahydrofuran acetogenins from the roots of annona muricata1*. J Nat Prod. 1998 May;61(5):576-9.
1680) Mikolajczak K.L.: *Control of Pests with Annonaceous Acetogenins* (*pesticidal use patent on acetogenins*) U.S. Patent No. 4,721,727, issued January 26, 1988.
1681) Mikolajczak K.L.: *Control of Pests with Annonaceous Acetogenins*, (*divisional patent on asimicin*) U.S. Patent No. 4,855,319, issued August 8, 1989.
1682) McLaughlin J.L.: *Chemotherapeutically Active Acetogenins*, (*bullatacin and bullatacinone*) U.S. Patent No. 5,229,419, issued July 20, 1993.
1683) McLaughlin J.L.: *Bioactive Acetogenins and Derivatives*, (*Protects several new structures*), U.S. Patent No. 5,536,848, issued July 16, 1996 (International Serial No. PCT/US95/07490, international date June 13, 1995).
1684) Hopp D.C.: *Use of Selectively Cytotoxic Annonaceous Acetogenins*, filed February 4, 1997, P-97006.00 U.S.
1685) Hopp D.C.: *Annonaceous Acetogenins Selectively Cytotoxic Against Pancreatic Tumors*, filed February 17, 1997, P-97019.00 U.S.
1686) Oberlies N.H.: *Use of Annonaceous Acetogenins to Treat Multidrug Resistant Tumors*, disclosed to Purdue Research Foundation, February 17, 1997, P-97020.00.U.S..
1687) McLaughlin J.L.: *Use of Annonaceous Acetogenins against Pesticide-Resistance*, disclosed to Purdue Research Foundation, October 15, 1997, P-97059.00. US.
1688) Kim GS: *Two new mono-tetrahydrofuran ring acetogenins, annomuricin E and muricapentocin, from the leaves of Annona muricata*. J Nat Prod. 1998 Apr;61(4):432-6.
1689) Rieser MJ: *Five novel mono-tetrahydrofuran ring acetogenins from the seeds of Annona muricata*. J Nat Prod. 1996 Feb; 59(2): 100-108.
1690) Rieser, M J.: *Muricatacin: a Simple Biologically Active Acetogenin Derivative from the Seeds of Annona Muricata (Annonaceae).* Tetrahedron Lett 32 9: 1137-1140 (1991)
1691) Ferguson PJ: *In vivo inhibition of growth of human tumor lines by flavonoids fractions from cranberries extract.* Nutr. Cancer 2006; 56: 86-94
1692) Bruce Halstead, *Amygdalin (Laetrile) Therapy*, Los Altos, CA: Choice Publications. 1978. In Culbert, "Apricot Power," 72.
1693) Moss, *The Cancer Industry*, pp.: 133.
1694) Kim H.: *The plant flavonoid wogonin suppreses death of activated C6 rat glial cells by inhibiting nitric oxide production*, Neurosc. Lett. , 309, pp: 167-1771, 2001
1695) Galletti S.: *Glucobrassicin enhancement in woad (Isatis tintoria) leaves by chemical and physical treatments*, Journal of the Science of Food and Agricolture, 86, pp: 1833-1838, 2006

1696) Mastronardi V.: *Cancro, stress, lutto e studi immunologici, Cancer, stress, mourning and immunologic studies*, Giornale di Medicina militare, anno 153, fasc. 2-3, giugno 2003
1697) Levy S.M., *Persistently low natural killer cell activity in normal adults: immunological Hormonal and mood correlates, in natural and immunological cell growth regulation*, Vol. 8, 1988, pp. 173-186.
1698) Levy S.M., *Perceived social support and tumor estrogen /progesteron e receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients*, Psychosomatic Medicine, vol. 52, 1990, pp. 73-85
1699) Irwin M., *Plasma cortisol and natural killer cell activity during bereavement*, Biological Psychiatry, Vol. 24, 1988, pp. 173-178
1700) Irwin M., *Electroencephalographic Sleep and natural killer activity in depressed patients and control subjects*, Psychosomatic Medicine, vol. 54, pp. 10-21, 1992
1701) Diamond, WJ. et al, eds. *An Alternative Medicine Definitive Guide to Cancer*. Tiburon, CA: Future Medicine Pub., 1997
1702) Harris JE. *Interaction of dietary facotrs with oral anticoagulants: review and applications*, J Am Dietet Assoc. 95: 580-584, 1995
1703) Tinozzi S.: *Effect of bromelian on serum and tissue levels of amoxicillin*, Drug Exp Clin Res; 4: 39-44, 1978.
1704) Luerti M.: *Influence of bromelian on penetration of antibiotics in uterus, salpinx and ovary*, Drug Exp Clin Res 1 4: 45-48, 1978
1705) *International Immunopharmacology*, settembre 2006
1706) Orrell RW.: *Antioxidant treatment for amyotrophic lateral sclerosis/motor neuron disease*, Cochrane Database Syst. Rev. 2004 (4): CD002829
1707) Graf M.: *High dose vitamin E therapy in amyotrophic lateral sclerosis as add-on therapy to riluzole: results of a placebo-controlled double-blind study*, J.Neural. Transm., No.:112, pp: 649-660, 2005
1708) Dib M.: *Vitamin E and neurodegenearative diseases*, Rev. Neurol. (Paris), No. 159, 6-7 Pt 1), pp: 618-621, 2003
1709) Carter GT.: *Drug therapy for amyotrophic lateral sclerosis: where are we now ?*, Drug, No.6, pp: 147-153, 2003
1710) Di Matteo V.: *Biochemical and therapeutic effects of antioxidants in the treatment of Alzheimer's disease, Parkinson's disease, and Amyotrophic Lateral Sclerosis*, Curr. Drug Targets CNS Neurol. Disord., No. 2, pp: 95-107, 2003
1711) Esposito E.: *A review of specific dietary antioxidants and the effects on biochemical mechanisms related to neurodegenerative processes*, Neurobiol. Aging, No.23, pp: 719-735, 2002
1712) Butterfield DA: *Vitamin E and neurodegenerative disorders associated with oxidative stress*, Nutr. Neurosci, No.5, pp: 229-239, 2002
1713) Halliwell B: *Role of free radicals in the neurodegenerative disease: therapeutic implications for antioxidant treatment*, Drugs Aging, No.18, pp: 685-716, 2001
1714) Beal MF: *Coenzyme Q10 administration and its potential for treatment of neurodegenerative disease*, Biofactors, No.9, pp.: 261-266, 1999
1715) J.Neurol. Neurosurg. Psychiatr. On-line 2006, pubblicato il 28/4/2006
1716) Galbusera C.: *Increased susceptibility to plasma lipid peroxidation in Alzheimer disease patients*, Curr. Alzheimer Res., No.1, pp: 103-109, 2004
1717) Bernsobs J.: *Aetiology of multiple sclerosis*, Nature 1963, No.10, pp: 523-530
1718) Neu I.S.: *Essential fatty acids in the serum and cerebrospinal fluid of multiple sclerosis patients*, In Gonsette RE EDS, *Immunological and clinical aspects of multiple sclerosis*, Boston, MA:MTP Press, 1984: ch. 35
1719) Homa S.T.: *Levels of linolenate and arachidonate in red blood cells of healthy individuals and patients with multiple sclerosis*, J.Neurol. Neurosurg. Psychiatr., 1980, No. 43, pp: 106-110
1720) Wright HP.: *Platelet adhesiveness in mumtiple sclerosis* , Lancet, 1965, pp: 1109-1110.
1721) Cullen CF.: *Intravascular aggregation and adhesiveness of the blood elements associated with alimentary lipemia and injection of large molecular substances, Effect on blood-brain barrier*, Circulation 1954, No. 9, pp: 335-346
1722) Haeren A.F.: *A study of the blood cerebrospinal fluid-brain barrier in multiple sclerosis*, Neurology, 1964, N. 14, pp: 345-351
1723) Swank R.: *Oxygen availability in brain tissues after lipid meals*, Am. J. Physiol. 1960, N. 198, pp: 217-220.
1724) Zapatero MD.: *Serum aluminium levels in Alzheimer's disease and other senile dementias*, Biol. Trace Element Res. 1995, No. 47, pp.: 235-240
1725) Frolich L.: *Free radical mechanisms in dementia of the Alzheimer's type and the potential for antioxidative treatment*. Drug Res., 1995, No. 45, pp.: 443-446
1726) Walton J.: *Uptake of trace amounts of alluminium into the brain from drinking water*, Neurotoxicology, 1995, N.16, pp: 187-190
1727) Shin R: *Interaction of aluminium with paired helical filament tau is involved in neurofibrially pathology of Alzheimer's disease*, Gerontol. 1997, 43,(suppl.1), pp: 16-23
1728) Costantinidis J.: *The hypothesis of zinc deficiency in the pathogenesis of neurofibrillary tangles*, Med. Hypoth. 1991, No. 35, pp: 319-323
1729) Burnet F.M.: *A possible role of zinc in the pathology of dementia*, Lancet, 1981, No.1, pp: 186-188

1730) Tlly CL: *Serum zinc, senile placques, and neurofibrillary tangles. Findings from the Nun Study*, Neuroreport 1995, No.6, pp.: 2105-2108.
1731) Costantinidis J.: *Treatment of Alzheimer's disease by zinc compounds*, Drug Develop Res., 1992, N.27, pp: 1-14
1732) Molis TM: *Melatonin modulation of estrogen-regulated proteins, growth factors, and proto-oncogenes in human breast cancer*, J.Pineal.Res., 1995, 18, pp.: 93-103
1733) Reiter RJ.: *Melatonin suppression by static and extremely low frequency electromagnetic fields. Relationship to the reported increased incidence of cancer*, Rev. Environ Health 1994, No.10, pp: 171-186
1734) Lissoni P.: *A randomized study with subcutaneous low dose interleukin 2 alone vs interleukin 2 plus the pineal neurohormone melatonin in advanced solid neoplasms other than renal cancer and melatonina*, Br. J. Cancer 1994, No.69, pp: 196-199.
1735) Nolan CR: *Aluminum and Lead absorption from dietary sources in women ingesting calcium citrate*, Southern Med. J., 1994, No. 87, pp.: 894-989
1736) Glick J.L.: *The role of magnesium deficiency and hypothesis concerning the pathogenesis of Alzheimer's disease*, Med. Hypoth., 1990, No. 31, pp.: 211-225

La Legge dei Rommuni

Nel sito WEB www.lecurenaturali.com, nato nel novembre del 2002, e fatto chiudere su “pressioni” dell’Ordine dei Medici di Trieste, in data 27 novembre 2005, quattro questioni erano state indicate:

A) La ChemioTerapia è un fallimento
vedi : SESTA DICHIARAZIONE d’INTESA: *“Il fallimento della CHEMIO-TERAPIA”*)

Qualsiasi forma di Chemio-Terapia causa un danno irreparabile alle condizioni fisiche di coloro che si espongono all’azione di questi veleni, chiamati ”farmaci cito-tossici”. Lo stesso Giuramento d’Ippocrate fa espressamente divieto di somministrare “veleno” al paziente, anche se richiesto dall’ammalato stesso (vedi Giuramento d’Ippocrate). Si può affermare che è stato già dimostrato in letteratura medica il fallimento sostanziale della Chemio-Terapia per quasi tutte le forme tumorali (vedi: Sesta Dichiarazione d’Intesa).

B) Politica delle Multinazionali chemio-farmaceutiche (BIG-FARMA) in ambito di salute pubblica in Europa
vedi : SETTIMA DICHIARAZIONE d’INTESA: *“Le VITAMINE non devono essere vietate”*)

La Commissione Europea ha avviato la proposta della Commissione intesa per una direttiva sugli integratori vitaminici, sui prodotti naturali e nutrizionali nell'Unione Europea. Questo Progetto della Commissione Europea è teso a favorire coloro che stanno traendo profitto dalle grandi Malattie carenziali oggi largamente presenti nel mondo occidentale (Cancro, Malattie cardio-vascolari, diabete, iper-tensione, obesità “americana”, malattie auto-immuni, Alzheimer, Parkinson, Sindromi da immuno-deficienza acquisite, etc…) cioè per quelle aziende che traggono il loro utile dalla malattia, anzichè dalla salute, vale a dire le grandi industrie chimico-farmaceutiche. Si può pertanto ritenere che le multinazionali del farmaco veicolino attraverso istituzioni internazionali come la Commissione Europea e il *Codex Alimentarius* (un braccio della *Food and Agricultural Organisation* delle Nazioni Unite) le loro azioni a scopo di lucro più o meno lecite: ad esempio hanno istituito le RDA (*Recommended Daily Allowances*), dette anche PRI (*Population Reference Intakes*): una sigla che indica le quantità delle vitamine e dei minerali, cioè le quantità di nutrienti assolutamente indispensabili per evitare le "classiche" malattie da carenza vitaminica, come lo scorbuto e il beri-beri. Ma le quantità raccomandate non sono sufficienti in funzione delle malattie carenziali indicate sopra (Cancro, Malattie cardio-vascolari, diabete, iper-tensione, obesità “americana”, malattie auto-immuni, Alzheimer, Parkinson, Sindromi da immuno-deficienza acquisite, etc…) cioè per garantire una buona salute rafforzando le difese dell'organismo. Ciononostante, la proposta della Commissione Europea per una direttiva sugli integratori vitaminici prevede "limiti massimi di dosaggio da determinare sulla base di analisi di rischio con metodo scientifico, tenendo conto dell'apporto di vitamine e minerali da altri alimenti ….", così come del "*Population Reference Intake*". La direttiva proposta dalla Commissione Europea è stata formulata secondo i consigli del Cartello farmaceutico, ed è un tentativo in extremis di eliminare la crescente concorrenza delle sostanze biologiche fornite dai prodotti naturali e nutritivi inclusi gli integratori alimentari, costituiti da oltre 30.000 principi vitaminici essenziali.

C) La minaccia degli Organismi Geneticamente Modificati (OGM)
vedi : OTTAVA DICHIARAZIONE d'INTESA: "*La minaccia degli Organismi Geneticamente Modificati*")

La contaminazione genetica ambientale indotta da parte di ibridi creati dalle grandi ditte sementiere degli OGM, che inevitabilmente s'incroceranno con le varietà presenti in natura, porterà ad una perdita del patrimonio genetico naturale (non recuperabile in alcun modo), di tutte quelle particolari caratteristiche che sono entrate nel genoma delle piante nel corso dei lunghi processi di adattamento alle varie situazioni ambientali. Tale perdita è oggi gravissima persino per gli ambienti naturali come le foreste. Sostanzialmente, la base stessa della Biochimica umana è oggi minacciata nella sua più intima essenza (DNA umano) dall'impiego sconsiderato di queste piante artificiali, senza alcuna possibilità di recuperare un patrimonio genetico di oltre 440.000 specie di piante classificate (su un totale 600.000- 800.000 stimate), di cui una buona parte scompariranno nel giro di poche centinaia di anni, minate alla base dai danni genetici introdotti dall'Uomo.
La pianta è un organismo complesso, frutto dell'evoluzione biologica avvenuta in centinaia di milioni di anni. Ogni modificazione genetica provocata in essa dall'Uomo, per quanto minima, produrrà comunque un danno, un danno irreparabile che spesso non potrà essere riconosciuto, poiché l'uomo conosce con sicurezza soltanto poche decine di vitamine e di altre sostanze pro-vitaminiche. Viceversa, le vitamine e le altre sostanze contenute nelle piante sono decine di migliaia, e sono queste le responsabili del corretto funzionamento della complessa biochimica umana e del genoma umano (DNA).

D) Politica di alleanza (CONNUBIO) fra Multinazionali chemio-farmaceutiche (BIG-FARMA) e le nuove Multinazionali agro-alimentari (OGM)
Vedi: DECIMA DICHIARAZIONE D'INTESA: "*Il connubio perverso tra le multinazionali Agro-alimentari (OGM) e quelle chemio-farmaceutiche (BIG-FARMA*)

Multinazionali agro-alimentari (Biotech, OGM):
Da alcuni anni si sta verificando la nascita di multinazionali che si definiscono "*multinazionali di scienze della vita*" attive sul mercato farmaceutico, dell'agro business (sementiero e pesticidi) e veterinario. Sono settori tra loro diversi, ma che sono legati insieme dall'utilizzo delle biotecnologie (OGM) per la realizzazione dei loro prodotti. Queste multinazionali stanno utilizzando delle strategie economiche molto spregiudicate ed aggressive: dai primi anni '90 stanno operando per acquistare aziende anche di grande dimensioni. Una di queste, la *Monsanto*, ha acquisito nel termine di pochi anni *Asgrov*, *Agracetus*, *De Calb*, *Cargil*, con un investimento di 10 miliardi di Euro attuali. La *Dupont*, altro grande gruppo, ha acquistato la *Pioneer* con un investimento di circa 8 miliardi di Euro attuali. Questi investimenti sembrano avere una logica anti-economica: esse pagano le aziende che rilevano molto più del loro reale valore, come se cercassero di eliminare un potenziale concorrente piuttosto che ottenere un risultato economico a breve termine. Accanto alle acquisizioni abbiamo anche le fusioni: *Ciba Geigy* e *Sandoz* creano *Novartis* (fatturato di 20 miliardi di Euro attuali nel 1997-98). Dalla fusione della francese *Rhone Poulenc* e della tedesca *Hoechst* nasce *Aventis*. È sempre in questo contesto che nasce, nell'ottobre 2000, il primo gruppo mondiale di agrochimica, *Syngenta*, - risultato della fusione della svizzera *Novartis* (azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia) con l'anglo-svedese *Astra-Zeneca* (anch'essa azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia) – che realizzerà un giro d'affari di circa otto miliardi di euro. *Monsanto*, dopo la fusione con *Pharmacia & Upjohn*, una grande ditta farmaceutica (anch'essa azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia), si occupa ormai solo di agricoltura, con un giro d'affari che nel 2000 ha raggiunto i 5,5 miliardi di dollari. La situazione attuale è la seguente: pochissime multinazionali (*Syngenta*, *Monsanto*, *Novartis*, *Dupont*, *Aventis*) detengono il 25-30% del mercato sementiero (ma oltre il 90% del mercato delle sementi transgeniche) e dietro questi grandi gruppi si nota una tale polverizzazione da indurre a pensare che questo andamento non potrà che rafforzarsi in futuro non potendo delle aziende di medie dimensioni contrastare la concorrenza di grandi gruppi economici, e l'obiettivo sembra chiaro: riconvertire il settore sementiero tradizionale in biotecnologico (cioè OGM). Ma il dato impressionante è che ritroviamo gli stessi nomi nel settore dei pesticidi, dove le stesse aziende detengono il 55% del mercato, e soprattutto nel settore farmaceutico, dove le *stesse* multinazionali hanno una posizione dominante.

Multinazionali chimico-farmaceutiche (Big-Farma)
La storia delle multinazionali chimico-farmaceutiche è incredibile per il loro sviluppo vertiginoso,oggi saldatosi in maniera estremamente pericolosa con il mondo agro-alimentare: l'industria chimico-farmaceutica nacque in Europa nella seconda metà dell'Ottocento: in molti casi si trattava dell'industria dei coloranti che, staccatasi dalla chimica di base si indirizzava verso quei nuovi e più promettenti settori della Chimica specializzata in settori chiave dell'economia. Negli anni precedenti la Seconda Guerra Mondiale, si formò un cartello internazionale dei farmaci, con sede in Germania, che dominava le industrie chimiche e farmaceutiche di tutto il mondo. Esso aveva diffuso le sue attività in 93 paesi, in ognuno dei quali rappresentava una potente forza economica e politica. Era conosciuta come IG. Farben.. Essa sarebbe divenuta il pilastro di sostegno della produzione chimica di Hitler durante gli anni della guerra, fornendo prodotti che comprendevano potenti esplosivi, gas tossici e l'ignominioso *Zyklon-B*, la sostanza mortale usata dai nazisti nei campi di sterminio. Tuttavia, prima della guerra, nel 1928, l'industriale monopolista americano John D. Rockfeller aveva stabilito una concentrazione industriale tra il suo impero internazionale con sede in America e la IG Farben, dando così origine al più grande e più potente cartello farmaceutico che il mondo avesse mai conosciuto.
Il Tribunale militare di Norimberga nel 1946/47 stabilì che la Seconda Guerra Mondiale non sarebbe stata possibile senza questo cartello petrolchimico chiamato I.G. Farben. In conseguenza della sentenza emessa dal tribunale, la I.G. Farben fu divisa in Bayer, BASF e Hoechst e alcuni dei suoi dirigenti furono condannati per aver iniziato una guerra contraria al diritto internazionale, genocidio, sfruttamento e saccheggio di proprietà pubblica e privata in paesi stranieri e altri crimini contro l'umanità. La storia degli antefatti aziendali dietro la seconda guerra mondiale è documentata da un libro di Joseph Borkin "*The Crime and Punishment of IG Farben*" (*Delitto e castigo della I.G. Farben*), Dopo la guerra, la Germania, con i suoi tre giganti *Bayer, Hoechst, BASF* (che favorirono l'ascesa del nazionalsocialismo hitleriano) ebbe un ruolo importante assieme anche alla Svizzera che, a Basilea, vide nascere e svilupparsi *Ciba, Sandoz, Roche*: tutte aziende che si sono poi affermate nel mondo.
Ma è negli anni Novanta che sono cominciate le grandi fusioni: nel Regno Unito, nel 1989 due grosse aziende frmaceutiche si fondono nella *Smith Kline - Beecham*: in seguito si fonderanno anche con la *American Home* (circa 25 miliardi di Euro di fatturato annuale). Nel 1993 la svedese *Pharmacia* compra l'italiana *Farmitalia-Carlo Erba*, poi si fonde con l'americana *Upjon* nel 1995, e poi ancora con la *Monsanto*, prima di venir comprata dalla *Pfizer*, che in precedenza aveva acquistato l'americana *Parke Davis*. Nel 1995 avviene la fusione *Glaxo- Wellcome* (circa 14 miliardi di Euro di fatturato annuale). Nel 1998 la *Smith Kline - Beecham* (circa 62 miliardi di Euro di fatturato annuale) si fonde con *Glaxo-Wellcome* (circa 90 miliardi di fatturato annuale), per un capitale risultante di oltre 150 miliardi di Euro di fatturato annuale. Nel frattempo, l'inglese *Imperial Chemical Industries* si è fusa con la svedese *Astra*, dando origine alla *Astra-Zeneca*. Le fusioni sono continuate ad avvenire tra le stesse aziende farmaceutiche presenti sullo stesso tipo di mercato: *Sandoz* e *Ciba Geigy* (*Novartis*, 1996), *Astra- Zeneca* (1998). Questi colossi non nascono dall'esigenza dei pazienti, ma dall'esigenza di creare monopolio e quindi profitti sempre maggiori.
Ultimi dati :
giugno 2002 : acquisto della *Aventis* da parte della *Bayer*;
giugno 2005: acquisto della *Sementis* da parte della *Monsanto*.

Il connubio
Si può pertanto affermare che i due cardini dell'economia e della vita di ciascun individuo, l'agricoltura e la farmaceutica, sono controllate in una situazione di sostanziale oligopolio da pochissimi gruppi multinazionali.

Ma io ho un sogno….

Potrà mai esserci un giorno un Magistrato così coraggioso da ridare alla Giurisprudenza il senso più profondo della Giustizia?

Qualcuno avrà mai il coraggio di riscoprire da capo il modo di amministrare in Democrazia (Demou Kratos = Potere del Popolo), la "Cosa Pubblica" (Res Publica), e che sta alla base dell'Antico Diritto?

Di quell'Antico Diritto nato oltre TreMila anni fa in un insignificante villaggio di pastori, posto a guardia di un insignificante guado, di un

insignificante fiume, dalle acque lente e limacciose, sempre asciutto d'estate, passaggio obbligato per la transumanza di pecore e di capre.

Un piccolo, insignificante villaggio, abitato però da gente fiera e indomita.

Gente strana, che era giunta ad affermare l'incredibile e strana idea che…."NESSUNO DI LORO DOVEVA OBBEDIENZA A NESSUNO, TRANNE CHE ALLE LORO DURE LEGGI: LEGGI CHE ESSI STESSI SI ERANO DATI, LEGGI CHE ESSI STESSI AVEVANO SCELTO E VOTATO. LEGGI DURE, DI FRONTE ALLE QUALI ERANO TUTTI UGUALI: DAL PIÙ POVERO AL PIÙ RICCO."

Il rispetto per le loro sacre Leggi era così forte, che Essi le utilizzarono persino in guerra, inventando così per primi la disciplina militare, e creando così dal nulla un esercito di uomini liberi che avrebbe fatto storia nei Millecinquecento anni successivi.

La loro forza militare durò così a lungo perché la difesa delle loro libertà individuali, delle loro Leggi ideali, valeva più della loro stessa vita e persino di quella del loro piccolo villaggio di pastori.

Forse per questo non persero mai una guerra.

Scomparvero dalla Storia soltanto quando cessarono di amministrare le loro sacre Leggi con Giustizia, Onore e Rispetto verso il Cittadino, delegando invece ad un Imperatore le loro libertà individuali.

Nessuno sa quando nacque quel villaggio che avrebbe cambiato la Storia del mondo.

Non si sa nemmeno quale fu il loro nome originario.
Alcuni studiosi affermano che furono i Greci dell'Italia del Sud a dare loro il nome di "*Ronnùmes*", o *Rommùnes*", perché nessuno riusciva a sottometterli.
"*Rommùnes*" deriverebbe infatti dalla parola greca "*ROME*", e vorrebbe dire "*I Forti*", "*I Coraggiosi*", "*Coloro che sono potenti con le armi*".
E con il nome di "*Rommùnes*", furono poi indicati anche dalle altre tribù italiche, perché quel nome incuteva paura e rispetto.

Erano uomini liberi, e il loro senso di Giustizia contrastava con l'arroganza e la barbarie dei popoli vicini, privi di quello strano senso di…."ASSOLUTA E TOTALE EGUAGLIANZA DI TUTTI DAVANTI ALLA LEGGE".

Nella "Città quadrata dei Rommùni", anche il più povero di tutti aveva il diritto di chiamare a giudizio il più potente della collettività, se quest'ultimo era accusato di aver violato le loro sacre Leggi.
I cittadini avrebbero quindi giudicato, in assemblea pubblica, alla luce del sole, senza complicità e accordi sottobanco, la condizione dell'accusato e dell'accusante, entrambi posti sullo stesso piano di giudizio, ponendo fin dall'inizio, però, la *Presunzione d'Innocenza* dell'accusato, e facendo controllare la veridicità delle Prove.
Tutto questo oltre TreMila anni fa.

Strano popolo, quello dei Rommùni.

Pare che l'antico villaggio quadrato di questi pastori di pecore l'abbiano finalmente ritrovato, pochi anni fa.
Era proprio in vista di ciò che una volta era stato un insignificante guado di un insignificante fiume, dalle acque lente e limacciose, sempre asciutto d'estate, passaggio obbligato per la transumanza di pecore e di capre.
Si trova in Italia, poco più a sud della terra degli Etruschi, un po' più a ovest della terra dei Sabini, e un po' più a nord della terra dei Sanniti.

E' di là del Tevere, su ciò che resta di un vecchio colle, circondato dai resti antichissimi di povere palizzate di legno e, forse per questo, chiamato fin dall'antichità "Palatinum".

Mi hanno detto che sono ritornati.

Essi vivono nei cuori e nelle menti di tanti uomini e di tante donne che, ancora oggi, cercano nei nostri tribunali di dimostrare che la Legge Antica non è morta, così come lo disse, al Crepuscolo di quella Repubblica, un vecchio senatore ad un tale, di nome Catilina:

…*Quo usque tandem, abutere patientia nostra*?

In quella frase, sepolta da DueMila anni, riposa tutto lo spirito di una Civiltà che forse non abbiamo ancora perduto.
Perché queste stesse parole, forse, saranno di nuovo ripetute, nelle aule dei nostri tribunali.

Dott. Giuseppe Nacci

ALLEGATI

Allegato No. 1 : Aspetti medici della manipolazione genetica (Relazione sull'intervento di Sergio Maria Francardo)
Allegato No. 2.: *Articolo di AGNÈS SINAI - Ricercatrice.*
Allegato No. 3: Dott.ssa Sherry Rogers: la sconvolgente verita' sugli OGM
Allegato. No. 4: *The Case for a GM-free Sustainable World* (Per un mondo sostenibile, libero da OGM)
Allegato No. 5: Retrovirus e Cancro
Allegato No. 6: La lista ufficiale degli OGM autorizzati in Europa
Allegato No. 7: OGM : articolo di *Vandana Shiva*
Allegato No. 8: **Referendum sugli OGM e per la Sovranita´ Alimentare di Contadini e Consumatori**
Allegato No. 9: Lettera aperta al Governo
Allegato No. 10: Il Consiglio dei Diritti Genetici presenta il progetto "*Osservatorio Agro-biotecnologie*".
Allegato No. 11: il trasferimento genico orizzontale: il flagello dell'ingegneria genetica (1)
Allegato No. 12 FEDERAZIONE PER IL DIRITTO ALLA LIBERTA' DI CURA - ONLUS www.dirittolibertadicura.org
Allegato No.13: Gli OGM aumentano l'uso dei pesticidi
Allegato No. 14: OGM nocivi alle farfalle: i mais MON810 e Bt11 riducono del 20% la natalità dei lepidotteri.
Allegato No. 15: Troppi insetti: è colpa degli OGM. Gli OGM uccidono gli uccellini
Allegato No. 16: In arrivo le Banane OGM
Allegato No. 17: **Gli effetti della contaminazione da OGM peggioreranno**
Allegato No. 18 ***Beppe Grillo*** : quando le api muoiono sui campi OGM
Allegato No. 19 Gli organismi contaminati dagli OGM presentano le stesse caratteristiche di nocività.
Allegato No. 20 Il Mais transgenico è causa di fenomeni di pseudo-gravidanza.
Allegato No. 21 Negli USA esistenti più di 300 coltivazioni segrete di piante OGM per la produzione di medicine.
Allegato No. 22 Gli scienziati hanno creato la pianta definitiva: il mais contraccettivo
Allegato No. 23 L'inquinamento genetico minaccia l'agricoltura biologica (IFOAM)
Allegato No. 24 Il cibo OGM, contenendo RETRO-VIRUS transgenici, può provocare tumori maligni come il Cancro o la Leucemia, mutazioni genetiche sulla discendenza, e può essere causa di nuove malattie infettive
Allegato No. 25:Cliniche straniere che eseguono Terapia Metabolica anti-cancro con vitamina B17, Aloe, e altre sostanze fitoterapiche (testo in lingua inglese)
Allegato No. 26: Attenzione al Miele filtrato.
Allegato No. 27: Lo strano caso della corazzata tedesca di New York.
Allegato No. 28: L'espianto di organi a cuore battente: il paziente è realmente morto dopo solo 6 ore di EEG piatto?
Allegato No. 29: L'Uomo e lo Scimpanzè; un paradosso evolutivo.
Allegato No. 30: Scala degli Effetti biologici della CHEMIO e della RADIO.
Allegato No. 31: Nasce "BOTTEGASOLIDALE.COM"
Allegato No. 32: Il crimine della sperimentazione sull'embrione umano congelato
Allegato No. 33: L'influenza umana e la supposta minaccia dell'influenza aviaria, della SARS e di altre epidemie
Allegato No. 34: Giornata Nazionale della Salute Consapevole.
Allegato No. 35: Novembre 2005: ultima lettera dall'America.
Allegato No. 36: Efficacia dell'*Aloe* sul diabete e sulle malattie cardiovascolari (5.000 casi).
Allegato No. 37: *un paziente ci scrive*….
Allegato No. 38: Paziente terminale guarito dal cancro al polmone con *acidi grassi OMEGA-3* (EPA - DHA).
Allegato No. 39: I Mostri genetici di Domani.
Allegato No. 40: Vaccino contro il papilloma-virus umano: 371 gravi reazioni avverse dopo vaccinazione con *Gardasil*
Allegato No. 41: Fondazione Europea Ramazzini: l'esposizione ad Aspartame a basse dosi, dalla vita fetale e per tutta la vita, aumenta gli effetti cancerogeni sui ratti
Allegato No. 42: Api : l'estinzione silenziosa
Allegato No. 43: Terapia Breuss: un caso clinico documentato
Allegato No. 44: Ricerca di vitamine nel sangue di pazienti affetti da tumore
Allegato No. 45: Jason Vale : un eroe americano
Allegato No. 46: Sementi alla FAO e Biopirateria
Allegato No. 47: Morte per farmaci
Allegato No. 48: Il pessimo affare di coltivare benzina
Allegato No. 49: Studio shock sull'uso dei cellulari: "Rischio tumore sale del 20-30%"
Allegato No. 50: Le Scimmie di Dio
Allegato No. 51: 30 casi clinici del dott. Gonzales (in lingua inglese)
Allegato No. 52: Dott. Waisbren
Allegato No. 53: 15 casi clinici del Kroiss Center
Allegato No. 54 : Dr. Josef Issels
Allegato No. 55: "…Nell'ultima Valle Del Mondo…."

ALLEGATO No. 1:
Aspetti medici della manipolazione genetica (Relazione sull'intervento di Sergio Maria Francardo)

"Quando si affronta un dibattito sulle biotecnologie è opportuno fare un chiarimento preventivo: noi dobbiamo distinguere nettamente tra quello che è scienza e quello che è tecnologia. Noi stiamo imparando molto sui geni, sul loro comportamento e sulla loro funzione, sulla loro trasmissione e interazione con l'ambiente. Sono conoscenze fondamentali per il nostro avvenire. Questa è la genetica, e la genetica è scienza, è ottima scienza. Ma noi dobbiamo indagare sulle applicazioni tecnologiche della genetica, e distinguere dalla ricerca le conseguenze commerciali e sociali di tali applicazioni. Il nostro pianeta è malato, lo afferma ogni scienziato ragionevole che si occupa di questa materia, lo afferma ogni assemblea internazionale di studiosi (non da ultima la conferenza medica di Shangai): la terra rischia di bruciare, la desertificazione avanza ad un ritmo di 300mila km^2 l'anno (come se ogni anno una porzione di terra grande quanto l'Italia divenisse improduttiva), e questo provoca la fame e l'emigrazione di intere popolazioni. A questi problemi si potrebbe dare una risposta naturale con strumenti e tecnologie che già esistono. Negli anni '20 Rudolph Steiner elaborò i principi dell'agricoltura biodinamica, che applicata in Australia, ad esempio, sta fornendo risultati straordinari invertendo il processo di desertificazione in atto e restituendo terreni aridi all'agricoltura. Ma si può dare anche una risposta inversa, inseguendo un falso progresso. Sempre per fare un caso australiano, pensate allo sconvolgimento ambientale determinato dall'immissione del coniglio in un habitat non proprio: quella che sembrava una facile opportunità economica si è rivelata un disastro ecologico. Seguendo il filo di questo discorso, pensate ai rischi che possiamo correre con la manipolazione genetica, andando cioè a toccare quelli che sono i meccanismi stessi della vita. E' necessario contrastare il pensiero di quelli che pensano ad una "scienza riduzionista", una scienza cioè che limita la ricerca all'ambito del laboratorio, non curandosi delle estreme conseguenze che da essa possono scaturire nel mondo vivente, nella natura. L'obiezione fondamentale che si pone è proprio questa: la vita è complessa, i processi vitali sono estremamente complicati e imprevedibili, tanto che oggi nessuno scienziato può pensare di interpretare l'essenza della vita dal chiuso di un laboratorio, e immaginare quali potrebbero essere le ripercussioni sulla realtà naturale. Noi possiamo creare alimenti modificati che resistono agli ecosistemi locali, o possiamo usare la stessa scienza per adottare la linea del rispetto in agricoltura, per creare una coltivazione biologica o biodinamica di alto livello. Possiamo manipolare e riprogettare la vita, o piuttosto trovare metodi di precisione per integrare la saggezza che sta dietro il processo evolutivo con gli ecosistemi locali. Insomma la scienza non deve ricreare la realtà, ma la deve interpretare per migliorare il nostro rapporto con essa. La biotecnologia non crea nulla di nuovo, gli alimenti modificati non promettono niente di più a chi li consuma dei loro corrispondenti tradizionali. Prendiamo un esempio storico, il pomodoro Flave Savre, un pomodoro manipolato geneticamente per fare in modo che marcisse molto più lentamente: ebbene, questo era un alimento virtuale perché perdeva le qualità nutritive del pomodoro tradizionale, ed è stato un flop commerciale perché tra l'altro aveva anche un cattivo sapore. E da qui si può giungere al punto fondamentale e cioè controbattere quella che i fautori degli OGM denominano la "sostanziale equivalenza" dei prodotti modificati rispetto quelli tradizionali. Questa equivalenza è inaccettabile dal punto di vista scientifico: sostenere che un organismo geneticamente modificato equivale al suo corrispettivo naturale, è come sostenere che due gemelli sono la stessa persona; dire che due esseri viventi che hanno lo stesso corredo genetico sono la stessa cosa significa fornire un'immagine estremamente ridotta della realtà. Ebbene a questo un medico dovrebbe ribellarsi.

La "sostanziale equivalenza" è insostenibile per diverse argomentazioni che si possono ridurre a tre fondamentali. Primo: quando si inserisce un gene nel DNA di un altro organismo non si ha nessuna possibilità di prevedere dove avverrà questo inserimento, esso avviene in maniera assolutamente casuale ed imprevedibile, non esiste la possibilità di scelta. Per avere scienza noi dobbiamo avere qualcosa che sia sistematicamente prevedibile, se noi consentiamo alla tecnologia di prendere il sopravvento sulla scienza e portarci verso territori inesplorati, apriamo la strada a conseguenze ignote, cioè a rischi non preventivabili.

Secondo: ogni organismo vivente è in perenne dialogo con se stesso, perché la vita è movimento, dunque noi non possiamo prevedere quale sarà la reazione dei geni vicini all'immissione di un gene estraneo. In ogni gene è contenuto un linguaggio che entra in relazione con tutto ciò che incontra, lo modifica e ne è modificato, ma noi non possiamo determinare in che modo. Terzo: il compito di ogni gene è quello di produrre proteine, e cioè produrre proteine estranee a quelle dell'organismo che lo ospita: potrà inibire o stimolare o alterare la produzione di proteine essenziali, o modificarne la quantità. E alle proteine è sempre legato il fenomeno delle reazioni allergiche, di cui si hanno già avuti notevoli esempi per l'utilizzo di alimenti OGM.

Se non bastasse possiamo fare riferimento al tema dei vettori: il mezzo utilizzato per introdurre il gene esterno nel DNA sono dei virus inattivati che sono in grado di penetrare all'interno della cellula e trasportarvi così il gene. Ma quali assicurazioni abbiamo che questi virus, questi mosaici di parassiti genetici, nella complessità molecolare con cui vengono a contatto non possano riattivarsi? Ancora una volta la risposta è: nessuna.

Allegato No.2.:
Articolo di AGNÈS SINAI - Ricercatrice.

Stato di allerta alla *Monsanto*: dopo lo scandalo Terminator, prima pianta assassina nella storia dell'agricoltura (1), l'azienda si dibatte tra politica difensiva e aggressività strategica. I problemi erano iniziati con l'acquisto, per la somma di 1,8 miliardi di dollari, dell'impresa *Delta & Pine Land*. La *Monsanto* entrava così in possesso di un brevetto che, grazie ad una tecnica di ingegneria genetica, permetteva di «bloccare» i semi inibendone la ricrescita da un anno all'altro, il che valse a questa tecnica di sterilizzazione il soprannome di «Terminator» da parte della *Rafi* (*The Rural Advancement Foundation International*).
Di fronte alla levata di scudi provocata a livello internazionale, il presidente della *Monsanto*, Bob Shapiro, annunciò il ritiro del prodotto, prima di dare le dimissioni.
Da allora, la multinazionale ha abbandonato lo slogan di un tempo - «Cibo, salute, futuro» - e cerca di rifarsi un nome. Produrre OGM (si parla pudicamente di biotecnologie, "Biotech") è, infatti, un'impresa ad alto rischio, sia in termini di immagine che di investimenti. Senza parlare di possibili incidenti biologici: minacce alla biodiversità e comparsa di insetti mutanti, resistenti agli insetticidi incorporati nelle piante transgeniche
(2). Negli Stati Uniti, l'Agenzia per la protezione dell'ambiente (EPA) ha già incoraggiato gli agricoltori a destinare almeno il 20% delle loro terre a coltivazioni convenzionali per permettere lo sviluppo di insetti non resistenti al transgene *Bacillus thuringiensis*.
Organismi geneticamente «migliorati» Sono rischi sufficienti a spiegare come mai, nel valzer delle fusioni-acquisti e delle ristrutturazioni, l'agrochimica, che comprende le biotecnologie vegetali (cioè gli OGM), sia sistematicamente isolata dagli altri settori, in modo da compartimentare il rischio transgenico. È in questa logica che *Aventis* cerca di svincolarsi da *CropScience*, la sua branca agrochimica. L'azienda aveva infatti commercializzato il mais transgenico "*Starlink*", capace di provocare allergie nell'uomo.
Benché destinato esclusivamente all'alimentazione animale, il mais è stato ritrovato in notevoli quantità nelle patatine e nei corn-flakes dei consumatori americani, come pure nei dolci della ditta *Homemade Baking* venduti in Giappone. È sempre in questo contesto che nasce, nell'ottobre 2000, il primo gruppo mondiale di agrochimica, *Syngenta*, - risultato della fusione della svizzera *Novartis* (Azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia [nota dell'autore del presente sito] con l'anglo-svedese *Astra-Zeneca* (anch'essa azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia [nota dell'autore del presente sito]) – che realizzerà un giro d'affari di circa otto miliardi di euro. *Monsanto*, dopo la fusione con *Pharmacia & Upjohn*, una grande ditta farmaceutica (anch'essa azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia [nota dell'autore del presente sito]), si occupa ormai solo di agricoltura, con un giro d'affari che nel 2000 ha raggiunto i 5,49 miliardi di dollari. Ha ceduto a *Pharmacia* il suo medicinale di punta antiartrite, il *Celebrex*, per specializzarsi nella produzione di prodotti fitosanitari, di semi agricoli e, in particolare, di semi geneticamente modificati. *Monsanto* è ora, a livello mondiale, la seconda casa produttrice di semi (dopo *Pionneer*) e di fitosemi dopo *Syngenta* ed è il numero uno degli erbicidi grazie al *Roundup*, l'erbicida più venduto al mondo (il suo giro d'affari nel 2000 è stato di 2,6 miliardi di dollari, quasi la metà di quello del gruppo). Il suo obiettivo è quello di fare accettare i prodotti transgenici convincendo l'opinione pubblica che è meglio nutrirsi con una pianta transgenica piuttosto che con una irrorata di pesticidi (3). Strategia che si agghinda di fronzoli filantropici ed ecologici per superare gli ultimi ostacoli.
Senza lesinare in fatto di «etica», *Monsanto* ha così adottato, nel gennaio 2001, un nuovo codice comportamentale che contiene cinque impegni: «dialogo», «trasparenza», «rispetto», «condivisione» e «benefici».
Secondo il direttore generale di *Monsanto-Francia*, Jean-Pierre Princen, i consumatori europei - i più restii agli OGM - devono capire che un organismo geneticamente modificato non è altro che un organismo geneticamente migliorato. Da qui la nascita di una nuova *Monsanto*, indicata all'interno dell'azienda come «progetto M2»: i suoi semi sono ecologici e ottimi per la salute. Coloro che ne dubitano sono semplicemente male informati.
Oggi, le équipe della multinazionale si riuniscono a Ho-Chi-Minh-City per vendervi i loro erbicidi e per stringere relazioni privilegiate con i media, gli scienziati e i membri del governo vietnamita. Dalle Filippine all'Argentina, si vuole disporre di una totale libertà d'azione: «Free to operate» («carta bianca») nel gergo della casa.
All'esterno, dunque, sarà opportuno mettere in risalto le qualità ecologiche degli OGM, di cui il gruppo commercializza due varietà.
Il primo, il gene Bt, nato dal batterio *Bacillus thuringiensis*, diffonde le proprie tossine insetticide, il che permette di diminuire la vaporizzazione di pesticidi supplementari: un raccolto di cotone detto «Bt» ne subirà due invece di sei o otto. Seconda varietà: il *Roundup Ready*, concepito per resistere all'erbicida *Roundup*. Così, l'agricoltore compra in kit sia il seme che l'erbicida! Il *Roundup* è presentato dalla ditta come un prodotto biodegradabile, e questo le è valso un processo per pubblicità menzognera, intentato dalla *Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes* (Dgccrf) di Lione (Direzione generale per la concorrenza, il consumo e la repressione delle frodi).
Rischi di sterilità: negli Stati Uniti, l'EPA calcola tra i 20 e i 24 milioni di chilogrammi il volume annuo di glifosato utilizzato (4). Il prodotto è presente in modo massiccio soprattutto nella produzione di soia, grano, fieno, nei pascoli e nelle maggesi. Dal 1998, la sua utilizzazione è aumentata di quasi il 20% all'anno. Contenuto nel *Roundup*, è l'erbicida

più venduto al mondo e rende ogni anno alla *Monsanto* circa 1,5 miliardi di dollari. Il brevetto è scaduto nel 2000, ma la ditta conserverà una parte del monopolio grazie alle piante geneticamente modificate, concepite per essere tolleranti al glifosato. In Bretagna, questo pesticida figura tra gli inquinanti pericolosi e regolari: nell'ottobre 1999 superava di 172 volte la norma nell'Elorn, che fornisce acqua potabile ad un terzo del Finistère, «il che prova che la dichiarata biodegradabilità del *Roundup* è una impostura» spiega la dottoressa Lylian Le Goff, membro della missione Biotecnologie dell'associazione *France Nature Environnement* (Francia Natura Ambiente).
L'inquinamento da pesticidi del suolo, dell'acqua e dell'acqua piovana, dell'insieme della catena alimentare e dell'aria è diventato un serio problema di salute pubblica che l'amministrazione francese ha tardato a prendere in considerazione. Ne consegue, per la dottoressa Le Goff, «l'assoluta necessità di applicare il principio di precauzione riconsiderando la sollecitazione ad utilizzare pesticidi, soprattutto se incoraggiata da una pubblicità falsa, che vanta l'innocuità e la biodegradabilità dei prodotti a base di glifosato».
L'ingestione di pesticidi da parte del consumatore sarebbe nettamente più alta se le piante geneticamente modificate dovessero diffondersi, visto che queste ne sono impregnate.
Come le diossine, anche i pesticidi - tra cui il glifosato - non sono biodegradabili nel corpo umano e costituiscono un vero e proprio inquinamento invisibile (5). Le loro molecole cumulano effetti allergizzanti, neurotossici, cancerogeni, mutageni e ormonali alterando la fertilità maschile.

Hanno proprietà simili a quelle degli ormoni femminili, gli estrogeni: globalmente, queste azioni ormonali sarebbero responsabili di una diminuzione del 50% del tasso di produzione spermatica registrato negli ultimi cinquant'anni. Se il declino spermatico dovesse proseguire, la clonazione si imporrebbe alla specie umana intorno al 2060! Oltre che biodegradabili, i semi transgenici compatibili con il *Roundup* sono presentati dalla *Monsanto* come «amici del clima» (climate friendly), dato che il loro impiego permetterebbe agli agricoltori di ridurre, o addirittura eliminare l'aratura, permettendo lo stoccaggio nella terra di dosi massicce di gas carbonico e di metano, con la conseguenza di ridurre del 30% le emissioni di gas carbonico degli Stati Uniti.

Resta da spiegare in cosa una coltivazione non transgenica sarebbe meno efficace... Una sola certezza: i profitti sarebbero minori, in particolare perché una coltura ordinaria farebbe a meno dell'erbicida *Roundup*.
L'improvvisa vocazione ecologica della *Monsanto* e lo zelo del suo «presidente per lo sviluppo sostenibile», Robert B. Horsch, convergono con gli interessi di chi vende i diritti ad inquinare, come quei proprietari terrieri del Montana, già riuniti in una Coalizione per la vendita di diritti di emissione di gas carbonico (6).
Se la fraseologia ad uso esterno della nuova *Monsanto* è centrata su «tolleranza», «rispetto» e «dialogo», il vocabolario strategico si fa nettamente più crudo all'interno. La «filosofia» dell'azienda, come è stata esposta da Ted Crosbie, direttore del programma di sviluppo vegetale, ad un'assemblea di dirigenti della *Monsanto-America latina* nel gennaio 2001, non usa sfumature: «consegniamo insieme il pipeline e il futuro». Detto più chiaramente, si tratta di inondare di OGM le superfici agricole disponibili per occupare terreno - e in modo irreversibile. L'America latina è, da questo punto di vista, «un ambiente vincente»: *Monsanto* valuta che nel solo Brasile restano ancora 100 milioni di ettari di superfici da «sviluppare».
Purtroppo, questo paese continua ad essere restio agli OGM, lamentano Nha Hoang e i suoi colleghi del gruppo *Monsanto* incaricati della strategia «free to operate» in America latina: «È già il secondo produttore mondiale di Soia transgenica dopo gli Stati Uniti, e probabilmente sarà presto il primo. È la più grande potenza economica dell'America latina, ma è la sola in cui le coltivazioni transgeniche non hanno ancora ricevuto il permesso. I giudici hanno ritenuto viziato il processo di autorizzazione della Soia transgenica *Roundup Ready*, perché non erano stati condotti appropriati studi d'impatto ambientale; sono arrivati a sostenere che l'attuale agenzia di regolazione delle biotecnologie sia stata costituita in modo illegale». La regolarizzazione dello statuto dell'agenzia in questione, CtnBio, attende la ratifica da parte del Congresso brasiliano... Obiettivo: ottenere il «pipeline» per la Soia transgenica per aprire la strada ad altre autorizzazioni che consentano di immettere sul mercato: *Mais Yieldgard*, *Cotone Bollgard* e *Cotone Roundup Ready* nel 2002; *Mais Roundup Ready* nel 2003; *Soia insetticida Bt* nel 2005. Intanto, *Monsanto* investe 550 milioni di dollari nella costruzione di una fabbrica che produrrà il suo erbicida *Roundup* nel nord-est dello Stato di Bahia.
La strategia della multinazionale è centrata sulla *biotech acceptance*: fare accettare gli OGM dalla società, poi - o in concomitanza - inondare i mercati. Allo scopo vengono lanciate massicce campagne di aggressione pubblicitaria. Negli Stati Uniti, gli spot televisivi sono comprati direttamente dall'organo di propaganda delle imprese del settore, il *Council for Biotechnology Information*. La *Monsanto* è cofondatrice di questo organismo, che centralizza le informazioni relative ai «benefici dei biotech»: «La televisione è uno strumento importante per fare accettare i biotech. Perciò fate attenzione agli spot pubblicitari e fateli vedere alla vostra famiglia e agli amici», è l'invito di Tom Helscher, direttore dei programmi di *biotechnology acceptance* nella sede di *Monsanto*, a Crève-Coeur (Missouri).
Soprattutto, si devono rassicurare gli agricoltori americani che, spaventati in particolare per i loro mercati esteri, esitano a comprare semi geneticamente modificati.

Anche se *Aventis Crop Science*, *Basf*, *Dow Chemical*, *DuPont*, *Monsanto*, *Novartis*, *Zeneca Ag Products* hanno lanciato massicce campagne di propaganda negli Stati Uniti, esitano ancora a fare altrettanto in Europa... In Gran Bretagna, l'équipe commerciale della *Monsanto* si dichiara soddisfatta dei risultati del proprio programma di «perorazione in favore delle biotecnologie» che permette ai dipendenti del settore commerciale, dopo una formazione garantita

dall'impresa, di autoproclamarsi «esperti» nella materia ed andare quindi a vantare i meriti dei prodotti transgenici tra i contadini e nelle scuole. «Non c'è niente di meglio che un eccesso di comunicazione», sostiene Stephen Wilridge, direttore della *Monsanto-Europa del Nord*.
Il sistema scolastico costituisce evidentemente un elemento strategico nella conquista dell'opinione pubblica. Il programma *Biotechnology Challenge 2000*, parzialmente finanziato dalla *Monsanto*, ha visto il 33% degli studenti liceali irlandesi produrre ricerche sul ruolo delle biotecnologie nella produzione alimentare. Mobilitato per distribuire premi e trofei, il commissario europeo incaricato della protezione della salute dei consumatori, David Byrne in persona, non ha «alcun dubbio sul fatto che esiste un legame tra la riluttanza dei consumatori nei confronti delle biotecnologie e la mancanza di una seria informazione sull'argomento». Per il 2001, il direttore della *Monsanto-Irlanda*, Patrick O'Reilly spera in una più ampia partecipazione, perché «questi studenti sono consumatori consapevoli e decideranno del futuro».
La multinazionale impara a decodificare, ma anche a riciclare i messaggi e le attese della società. Da alcuni mesi, *Monsanto* oscilla tra velleità di dialogo e rifiuto viscerale nei confronti delle più importanti organizzazioni non governative che contestano le presunte qualità degli OGM.
A cominciare da Greenpeace, definita un «criminale contro l'umanità» dall'inventore svizzero del riso dorato, Ingo Potrykus, che lavora alla *Syngenta*. Il riso dorato è un riso transgenico arricchito di beta-carotene (vitamina A), dunque un OGM di seconda generazione, detto «alicament» per le sue pretese curative, oltre che alimentari.
Primo riso terapeutico nella storia dell'agricoltura, è molto atteso dalle grandi industrie biotecnologiche: con lui gli ultimi scettici non avranno più dubbi sul carattere fondamentalmente virtuoso del progetto OGM. La vitamina A, integrata per transgenesi, sarà, alla fine, il promotore morale dell'alimentazione transgenica mondiale: chi si azzarderà ancora a criticarne i meriti, quando tanti bambini del terzo mondo sono colpiti da cecità per carenza di beta-carotene ?
Chi oserà più dubitare che la vocazione di fondo del commercio di semi transgenici sia nutritiva, ecologica ed umanitaria ?
Una contestazione demoniaca.
Rimane il fatto che l'efficacia del Riso dorato per le popolazioni interessate è poco credibile: Greenpeace e altri lo dimostrano per assurdo, chiarendo in particolare, con l'aiuto dei microgrammi, che per ingerire ogni giorno una dose sufficiente di vitamina A, un bambino del terzo mondo dovrebbe compiere un'impresa eroica: ingerire 3,7 chilogrammi di Riso dorato bollito al giorno, invece di due Carote, un Mango e una ciotola di Riso. Ed ecco la reazione pubblica di Potrykus, durante una conferenza stampa a *Biodivision*, il «Davos» delle biotecnologie, tenuta a Lione nel febbraio 2001: «Se avete intenzione di distruggere le coltivazioni sperimentali a scopo umanitario di Riso dorato, sarete accusati di contribuire ad un crimine contro l'umanità. Le vostre azioni saranno scrupolosamente registrate in tribunale e avrete, spero, modo di rispondere dei vostri atti illegali e immorali davanti ad una corte internazionale». Criminali contro l'umanità, dunque, tutti coloro che dubitano e contestano, sono addirittura definiti «demoni della terra» (Fiends of the Earth), gioco di parole che richiama sia il nome inglese degli Amici della Terra (Friends of the Earth) che un sito web molto apprezzato dal personale della *Monsanto*.
Se la contestazione politica è per sua natura «demoniaca», il «dialogo» non può proseguire. Eppure, la nuova *Monsanto* s'impegna, nella sua carta deontologica, «a instaurare un dialogo permanente con tutti i soggetti interessati, per comprendere meglio problematiche e preoccupazioni suscitate dalle biotecnologie».
Dietro questa apparente sollecitudine si mette in moto una vera e propria strategia commerciale, quella della doppia conformità: conformità a posteriori, dell'immagine dei prodotti OGM con le attese dei consumatori; conformità delle menti, attraverso propaganda pubblicitaria e comunicazione intensiva. Perché, se il solo e unico scopo della *Monsanto* è far passare il suo progetto biopolitico mondiale, la nuova *Monsanto* ha bisogno di mostrare un'etica, necessariamente a geometria variabile, visto che è la multinazionale stessa a dettarne le regole.
A tal fine, la società ha affidato ad una specialista mondiale delle comunicazioni d'impresa, Wirthlin Worldwide, il compito di «trovare meccanismi e strumenti che aiutino la *Monsanto* a persuadere i consumatori con la ragione e a motivarli con l'emozione».
Questo sondaggio degli atteggiamenti mentali - battezzato «progetto Vista» - è basato sulla «rilevazione dei sistemi di valori dei consumatori».
Si tratta, a partire dalla raccolta di dati, di elaborare «una cartografia a quattro livelli dei modi di pensare (...): i preconcetti, i fatti, i sentimenti e i valori. Negli Stati Uniti, i risultati dello studio hanno permesso di elaborare messaggi che colpiscono il grande pubblico, di individuare cioè l'importanza dell'argomento a sostegno dei biotech: meno pesticidi nei vostri piatti».
In Francia, i dipendenti della *Monsanto* sono stati sottoposti a questa indagine durante un colloquio confidenziale ove si presumeva potessero esprimere liberamente il loro pensiero sulle biotecnologie, «nel bene o nel male», dato che l'obiettivo era formare dei «portavoce che utilizzeranno i messaggi studiati per il grande pubblico».
Inquinamento genetico L'accesso al materiale genetico, e ai mercati, col beneficio di una totale libertà di manovra, è la duplice priorità definita dal concetto «free to operate». La messa a punto di un OGM costa tra i 200 e i 400 milioni di dollari e richiede dai sette ai dieci anni. Come contropartita per un tale investimento, la multinazionale deve necessariamente ottenere una rendita, garantita dalla dipendenza rispetto al brevetto depositato sulla pianta. Per potere riseminare da un anno all'altro, bisognerà ogni volta pagare royalties all'impresa. Ogni varietà che comporti un organismo geneticamente modificato sarà protetta dal brevetto, il che implica, per l'agricoltore, l'acquisto di una licenza.

Il rischio, a (breve) termine, è quello di dare ai grandi produttori di semi la possibilità di bloccare tutto il sistema, monopolizzando il patrimonio genetico mondiale e creando una situazione irreversibile: l'agricoltore non potrebbe più recuperare questo patrimonio per tornare a selezionare lui stesso.
Questo poteva porre un problema alla *Monsanto* anche in base al suo stesso codice comportamentale che l'impegna a «far sì che gli agricoltori senza risorse del terzo mondo possano beneficiare della conoscenza e dei vantaggi di tutte le forme di agricoltura, per contribuire a migliorare la sicurezza alimentare e la protezione dell'ambiente».
Ed ecco allora la generosa concessione al Sudafrica del brevetto sulla Patata dolce transgenica, nella speranza di un più ampio insediamento sul continente nero. «In Africa, potremmo con pazienza ampliare le nostre posizioni con lo *Yield Gard*, e anche con il *Mais Roundup Ready*.
Parallelamente, dovremmo pensare a diminuire o a eliminare i diritti sulle nostre tecnologie adattate alle culture locali, come la Patata dolce o la Manioca».
Strategia a due facce, dove si mostrano intenzioni generose per prendere piede in mercati poco disponibili, o meno solvibili, ma potenzialmente dipendenti. Un procedimento simile a quello che ha portato a impiantare il riso dorato della *Syngenta* in Thailandia (per metterlo a disposizione gratuitamente è stato necessario togliere 70 brevetti) o ad usare la vacca da latte indiana dopata al *Polisac* della *Monsanto* (ormone proibito nell'Unione europea), per arrivare a conquistare mercati locali poco attratti dalle biotecnologie.
D'altro canto poi, la *Monsanto* ha recentemente fatto condannare Percy Schmeiser, agricoltore canadese, ad una multa di circa 22 milioni di lire per «pirateria» di colza transgenica. L'interessato ha contrattaccato accusando la *Monsanto* di avere accidentalmente inquinato i suoi campi di colza tradizionale con colza transgenica tollerante al *Roundup*.
Ma la giustizia è in grado di stabilire l'origine di un inquinamento genetico? Questo caso, che rischia di ripresentarsi, mostra la difficoltà di contenere le disseminazioni accidentali di OGM.
In Francia, queste sono sottoposte alla legge del silenzio. Nel marzo del 2000, diversi lotti di semi convenzionali di Colza primaverile della società *Advanta*, contaminati da semi OGM di un'altra società, sono stati seminati in Europa. Le piante sono state distrutte. Nell'agosto 2000, alcune varietà di Colza invernale, controllate dalla Dgccrf, hanno rivelato contaminazioni da semi OGM.
Ma nessun OGM di Colza è ancora autorizzato per la coltivazione o il consumo in Francia. Già da ora, la tracciabilità mostra le sue crepe. Le contaminazioni fortuite sono sempre più frequenti.
Un responsabile sanitario della Lombardia ha recentemente denunciato la presenza di OGM in lotti di semi di soia e di Mais della *Monsanto*. OGM sono stati rilevati in stock di semi di Mais depositati a Lodi, vicino a Milano. La pressione in Europa salirà, visto che la Soia importata - ormai massicciamente transgenica - sostituirà le farine animali oggi proibite.
Ma l'obiettivo delle industrie che producono semi transgenici non è forse quello di vedere sparire la filiera senza OGM, contando sugli alti costi di controllo che essa comporta? È probabile che nei prossimi anni gli agricoltori trovino sempre maggiori difficoltà a procurarsi semi provenienti da questa filiera. La ricerca mondiale si orienta verso i semi transgenici, e dunque non è impensabile che le varietà non-OGM finiscano con l'essere inadatte all'evoluzione delle tecniche agricole, se non completamente obsolete.
Si può dunque dubitare della «trasparenza» mostrata dalla *Monsanto*.
Il consumatore dipende delle informazioni fornite dall'impresa. Ogni costruzione genetica è considerata un brevetto e non esiste alcun obbligo legale, per una società, di fornire il test a laboratori privati per eseguire analisi di controllo. In Francia, la descrizione di una costruzione genetica è depositata presso la Dgccrf che è la sola a poter effettuare analisi. Non essendo però abilitata a farlo a titolo commerciale, non può essere utilizzata a questo scopo da consumatori o industriali.
Il consumatore dovrà dunque accontentarsi di sapere che l'industria commercializza i semi solo dopo che questi hanno ricevuto l'autorizzazione a essere utilizzati per l'alimentazione umana e dopo essersi impegnata a «rispettare le preoccupazioni d'ordine religioso, culturale ed etico nel mondo non utilizzando geni provenienti dall'uomo o da animali nei [suoi] prodotti agricoli destinati all'alimentazione umana o animale». La recente nomina alla direzione dell'EPA americana di una ex dirigente della *Monsanto*, Linda Fischer, fa pensare che non solo la nuova *Monsanto* non è fuori legge, ma mira a fare la legge.

note:

(2) Il rischio di disseminazione incontrollata è stato uno dei motivi invocati da Josè Bové e da altri due contadini per giustificare la distruzione di piante di Riso transgenico nelle serre del Centro di Cooperazione Internazionale e Ricerca Agronomica per lo Sviluppo (Cirad), avvenuta a Montpellier nel 1999. I tre militanti, condannati il 15 marzo scorso a pene detentive con la condizionale, hanno presentato ricorso.
(3) Persone delle *Editions de l'Institut national de la recherche agronomique* (Inra) hanno pubblicato un fumetto (La Reine rouge, testi e illustrazioni di Violette Le Quéré Cady, Parigi, 1999) la cui lettura e utilizzazione sarebbe, diciamo, raccomandata al personale della *Monsanto*. Si tratta di un panegirico a favore degli OGM, in nome della pericolosità degli insetticidi.
(4) Cifre citate da Caroline Cox, «*Glyphosate*», Journal of Pesticide Reform, autunno 1998, vol. 18, n° 3, pubblicato dalla *Northwest Coalition for Alternatives to Pesticides*.
(5) Leggere a questo proposito il lavoro di Mohammed Larbi Bouguerra, *La Pollution invisible*, Puf, Parigi, 1997.
(6) http://www.carbonoffset.org.

Allegato No. 3.: LA SCONVOLGENTE VERITA' SUGLI OGM

Questo e' un'articolo preso dal numero di Maggio di "TOTAL WELLNESS", una newsletter mensile della Dott.ssa Sherry Rogers, Medico americano.

"L'ATTACCO PEGGIORE DELLE MACC (Multinational Agriculture and Chemical Corporations) AL MONDO INTERO"

Fino ad oggi non potevo pensare che si potesse essere qualcosa di peggio delle catastrofi chimiche che abbiamo vissuto in questo secolo, ma mi sbagliavo, almeno per quanto riguarda la sensibilita' agli agenti chimici di cui si verifica un accumulo nel nostro corpo, (e liberarsene...??).
D'altra parte c'e' una piaga più nuova che è impossible da individuare e che e' irreversibile. Ancor peggio causa un indubitabile, inspiegabile effetto domino.
La colpa va all'INGEGNERIA GENETICA.
Voi avete probabilmente sentito parlare di ingegneria genetica per la prima volta quando vi ho parlato del fatto che la Monsanto stava inserendo nella pianta della soia alcuni geni di piante geneticamente non correlate, allo scopo di renderla resistente al *Roundup* (glifosato), un potente erbicida . Ora i semi di soia resistenti al *Roundup* possono essere pesantemente trattati con il *Roundup* per uccidere le erbacce , senza danneggiare la soia. Pero' i fagioli di soia ne immagazzinano un bel po' per quelli che li ingeriscono perchè sono altamente contaminati con il tossico erbicida (*Roundup*). Questi prodotti derivati dalla soia modificata, che includono circa l'80 % dei semi disponibili, sono stati trovati anche nei prodotti per i lattanti, inclusi *Similac*, *Enfamil*, *Isomil*, e *Neocare*, come nei *Doritos*, *Fritos*, olii vegetali, olio di soia, margarina e molti altri.
In aggiunta, uno dei geni viene dalla Petunia che e' parente della Belladonna.
Questo significa che le persone che soffrono di artrite indotta da Belladonna, ora potranno soffrire di artrite a causa dei semi di soia. Quando la Monsanto inserì il gene della noce del Brasile nella soia, le persone allergiche alle noci del Brasile ebbero immediatamente delle reazioni anafilattiche (reazione gravissima in cui non si riesce a respirare e che porta spesso a morte) a causa della soia. Rimossero in fretta il gene perchè le reazioni furono cosi' serie.

I virus del cancro vengono deliberatamente inseriti nel vostro cibo
Sfortunatamente, l'ingegneria genetica non e' limitata semplicemente a tentativi allo scopo di migliorare alcune specie di piante. Perchè quando un gene da una specie viene posta in un essere vivente completamente diverso (pianta o animale) ha bisogno di un vettore o qualcosa che trasporti il gene nella fabbrica genetica dell'organismo non correlato.
Molto spesso il vettore e' un VIRUS, perchè un virus e' in pratica un pezzo di materiale genetico con un involucro di proteina che e' cosi' piccolo da poter infettare facilmente altro materiale genetico.
I VIRUS DEL CANCRO VENGONO DELIBERATAMENTE INSERITI NEL VOSTRO CIBO
Il cancro nei polli risulta spesso dall'infezione con il Virus *Rous Sarcoma*.
Gli scienziati che pensano a far fare i soldi alle compagnie attraverso l'ingegneria genetica hanno deciso che non e' un problema usare il virus del cancro dei polli come vettore per impiantare il gene dell'ormone della crescita nei pesci di allevamento in modo che possano crescere più in fretta.
Il problema e' che una volta dentro al pesce il virus può sopravvivere e infettare il prossimo ospite, voi, che mangiate quel pesce. Gli scienziati con facilita' dicono che in questo non c'e' pericolo e possono uscirne senza problemi perchè il governo degli Stati Uniti non richiede nessun test o prova che il cibo proveniente da ingredienti modificati sia sicuro. E lo spavento e' molto lontano dall'essere finito.
Il virus della LEUCEMIA e' stato usato nei polli come vettore per veicolare alcuni geni, molti dei quali umani, per l'aumento della produzione del pollame. Inoltre, un retrovirus e' stato usato come vettore virale nei maiali per inserire cellule fetali per far crescere le aorte per poi trapiantarle negli uomini. Questo ha portato a infezioni da retrovirus di maiale negli uomini.

Hanno perso la testa e tutti i loro principi etici ?
Questi virus possono anche ricombinarsi tra se' stessi per creare nuove malattie per le piante o per gli animali. E, ancora più importante, materiale genetico estraneo, da questi virus può essere assorbito attraverso il nostro intestino e venire incorporato nelle cellule del nostro stesso corpo creando nuove malattie per noi uomini. I geni inseriti nelle piante sono inseriti lì allo scopo di renderle resistenti a certe infestazioni, pesticidi, erbicidi o antibiotici. Ma questi vettori o trasportatori di geni possono anch'essi infettare i batteri e altri organismi nel tratto intestinale del nostro corpo. Creando una nuova resistenza agli antibiotici. Vi piacerebbe dare rifugio alla Klebsiella o alla Candida nel vostro intestino che e' resistente a tutti i trattamenti?

Se questo non fosse un problema sufficiente, uno dei geni più comunemente inseriti nelle piante e' il gene Bt. Bt sta' per *Bacillus Thuringiensis*,un batterio particolare che secerne una tossina che uccide vari tipi di malattie delle piante Il problema e' che questa tossina,una volta dentro ad alcuni di noi, li rende estremamente ammalati. Può simulare i sintomi della Belladonna, in cui tu, di notte, devi strisciare a carponi fino al bagno per giorni, a causa del forte dolore ai muscoli e alle articolazioni. E come in un attacco da ingestione da Belladonna (numero di Novembre 1999) Giorni o settimane dopo può finire precipitosamente come e' iniziato, sconcertando qualsiasi medico. Il gene Bt e' stato introdotto nelle patate, nel mais…..

Altri geni sono stati introdotti anche nei pomodori per cambiare il loro tempo di maturazione, nel cotone (usato nei cibi chiamati *junk* (spazzatura), come patatine, snacks ecc, e chiamato olio vegetale, sia sulle noccioline arrosto che servono sulle linee aeree), per rendere la pianta resistente ai pesticidi. L'olio di *Canola* e' un'altro prodotto dell'ingegneria genetica che non dovrebbe essere mai ingerito.

Nel 1994 la FDA degli Stati Uniti ha approvato l'ormone rBGH che e' un ormone della crescita che creo' mastiti e bisogno di antibiotici (che vanno nel latte) e altrettanto, 800 allevatori che lo usano riportano vari problemi di salute delle loro mucche. La Monsanto, il produttore, ha provato a pagare sottobanco i funzionari per la salute, del Governo Canadese con vari milioni di dollari per approvare questo ormone usato da circa un terzo degli allevatori americani. Il prestigioso giornale scientifico "*The lancet*" (9 Maggio 1998) mostra che il tumore al seno e' SETTE volte più numeroso con minuscoli aumenti di ormone della crescita, (IGF-1) Fattore di crescita tipo insulina, che deriva dalle mucche iniettate con BGH. Nel Gennaio 1996 il giornale "*International Journal of Health*" riporto' che le concentrazioni di IGF-1 sono 10 volte superiori nel latte BGH e può essere assorbito attraverso l'intestino ed aumentare il nostro rischio di contrarre il cancro. E' stato anche provato d'aver causato cisti anormali sulla tiroide e nella prostata e una miriade di ulteriori sintomi. Non si può tornare indietro. Forzando i geni a passare da una specie ad un'altra completamente non imparentati, stiamo creando nuove entità. Questo e' un'altro esempio dell'arroganza e dell'ignoranza dell'uomo quando pensa di poter fare meglio di Dio e creare organismi migliorati.

Ci sono cosi' tante mancanze in questo ragionamento che più di una dozzina di libri sono già stati scritti per iniziare a raccogliere il massimo possibile di prove contro gli organismi geneticamente modificati. La difficoltà è che non c'e' abbastanza gente consapevole del problema tanto da avere un impatto significativo. Per quando il danno sarà fatto sarà troppo tardi. Non e' come ripulire un lago da decenni di inquinamento. Una volta che avremo (1)perso migliaia di specie, (2)mandato alla rovina tutti i piccoli allevatori, (3) creato cibi da Frankenstein, (4)super erbacce resistenti a tutti gli erbicidi, (5) piante resistenti ai pesticidi, (6)nuovi virus e nuove malattie negli esseri umani, non ci sara' ilmodo di tornare indietro.

Voi potreste sorprendervi come ho fatto io a scoprire che non si richiedono sperimentazioni, anche dopo che questi e altri fatti sono venuti alla luce. I cibi geneticamente modificati sono già inevitabili e non richiedono etichettatura. Noi stiamo già mangiando cibi geneticamente modificati, visto che circa il 60 % del cibo lavorato ora contiene almeno un ingrediente geneticamente modificato.
Uno snack comune potrebbe essere patate fritte con gene di lucciola o patatine con gene di pollo (attenti alla leucemia e al sarcoma, cancro muscolare, geni virali). O, forse, a voi piace la salsa con pomodoro con gene di passera di mare. Un pasto comune potrebbe includere zuppa cremosa di broccoli con un gene di batterio e una insalata con olio di canola, olio vegetale o olio di soia, tutti prodotti geneticamente modificati (GMO).
Gente come me, sensibile alla Belladonna sono proprio senza fortuna visto il gene del tabacco (parente della Belladonna) e' usato nella lattuga e nei cetrioli e il gene della Petunia (altra parente della Belladonna) e' usato nei semi di soia e nelle carote. Le persone sofferenti di morbo celiaco potrebbero essere raggirati dalle noci che potrebbero contenere il gene dell'orzo. E alcuni cibi come le fragole hanno dei "geni non dichiarati" cosi' tutte le scommesse sono aperte.

Dovremmo aspettarci qualcosa di diverso da un'industria che ha carta bianca priva di regolamentazioni su tutta la nostra fornitura di cibo? Voi potreste pensare che il formaggio e' un cibo sicuro ma loro hanno modificato geneticamente il caglio batterico. Il succo di mela puo' avere il gene del baco da seta e l'uva può contenere un gene virale. Includendo la trota, il salmone, il pesce gatto, il pesce persico e anche lo scampo. Nel maggio 1999, tre giganti multinazionali del cibo annunciarono che non avrebbero piu' commercializzato i cibi geneticamente modificati o i loro

ingredienti in Inghilterra perche' i *Limeys* furono tanto intelligenti da protestare, cosi' indovinate chi si prendera' gli avanzi? Gli Stati Uniti. I proponitori di cibo GMOdicono che diminuiranno la quantita' di pesticidi che deve essere usata,ma non e' vero. Non ci siamo gia' cascati quando promisero che i nuovi pesticidi avrebbero ridotto il bisogno di altri?
Prima di tutto molte tossine delle piante manipolate o forzate a produrre uccidono anche esseri utili come le coccinelle cosi' ancor più pesticidi sono necessari per supplire al mancato lavoro che (le coccinelle) avrebbero effettuato. Questi geni possono anche diffondersi alle erbacce, rendendole più resistenti e più forti di mai, creando una epidemia di super erbacce.

Altrettanto irritante e' il rapporto secondo il quale i fagioli di soia modificata ha un contenuto molto maggiore di estrogeni. E' questo ciò che vogliamo per i neonati maschi cresciuti con formula a base di soia? C'e' anche che alcuni dei virus utilizzati come vettori per i geni e inseriti nelle piante per renderle resistenti ai virus può combinarsi col materiale genetico di altri virus invasori (come per un raffreddore) formando un virus nuovo di zecca e molto più virulento, creando nuove epidemie fatali che non si sono mai viste prima.

Chiaramente la NAFTA (a dato il permesso affinchè i nostri pesticidi illegali e riciclati arrivino a noi, mentre la FDA e la USDA non può monitorare cosa hanno già nel piatto, e ancor meno maneggiare il bottino di miliardi di dollari associati all'ingegneria genetica, documentato cosi' bene in BEYOND EVOLUTION (Oltre l'evoluzione).

La FDA ha permesso che arrivasse nei nostri cibi l'Olestra, che non e' provato sia capace di diminuire la crescente obesita'. Pero' diminuisce decisamente il vostro assorbimento di nutrienti essenziali come le vitamine E, D e K che sono assolutamente cruciali nell'inibizione delle due maggiori cause di morte e malattie, l'arteriosclerosi e il cancro.

In passato abbiamo parlato del fatto che tanta gente non e' "Meglio tramite la chimica" come suggeriva il vecchio motto della *DuPont*. Visto che molti hanno perso i propri cari per cancro o altre malattie causate dalle sostanze chimiche, essi sono diventati "Amareggiati tramite la chimica".

Questi agenti chimici sono permessi nella nostra aria, nel cibo e nell'acqua cosi' che le multinazionali possano realizzare enormi profitti. Ora con la diffusione selvaggia dell'ingegneria genetica, le piccole fattorie svaniranno lentamente fino all'estinzione man mano che le MACC (Multinazionali Corporative Agricole e Chimiche) conquisteranno il controllo su tutto il nostro cibo.

Siete pronti per il più grande attacco della storia al mondo da parte delle MACC? Peggio dell'inquinamento chimico a cui potreste mai pensare, l'inquinamento genetico ha il potenziale irreversibile e la probabilità di cambiare la vera natura di tutto il cibo e di tutta la nostra stessa identità genetica.

Come veterinario, Michael W Foz, ammonisce, nel suo eccellente e altamente raccomandato libro "BEYOND EVOLUTION" (che specifica e riferisce i pericoli dei cibi GMO), la nostra unica possibilità di salvare noi stessi e il futuro e' con la forza della gente. Ma la gente non informata è senza potere.

Le Multinazionali stanno cambiando il nostro cibo e gli animali e hanno mano libera. Non ci si può fidare di loro perchè non è loro richiesto nemmeno di etichettare i loro cibi e non gli viene richiesto nemmeno di fare dei tests sulla loro innocuità. Questo e' irreversibile, inarrestabile e ha la capacità di buttarci, come una palla di neve, in un verosimile Jurassic Park.

Voi votate con il vostro sacchetto della spesa e potete far sentire la vostra voce facendo sapere ai vostri legislatori che volete che il cibo geneticamente modificato venga etichettato e che tutti gli esperimenti di ingegneria genetica vengano fermati fino a che appropriati studi non siano stati fatti sugli effetti collaterali a lunga scadenza e sulla innocuità.

Libri consigliati:

Fox, Michael W "BEYOND EVOLUTION", The Lyons Press, 123 W 18th New York, N.Y. 10011- Telefono 212 620 9580

Cummins R Lilliston B. "GENETICALLY ENGINEERED FOODS, A SELF DEFENSE GUIDE FOR CONSUMERS", reperibile presso Natural Lifestyles, 1 800 752 2775

Allegato. No. 4:
The Case for a GM-free Sustainable World (Per un mondo sostenibile, libero da OGM)

Dozzine di noti scienziati da sette diversi paesi, specialisti in discipline quali agroecologia, agronomia, biomatematica, botanica, chimica medica, ecologia, istopatologia, ecologia microbica, genetica molecolare, biochimica nutrizionale, fisiologia, tossicologia e virologia, hanno unito le loro forze per costituire un gruppo di ricerca indipendente sugli OGM, presentato ufficialmente nel corso di un incontro pubblico tenutosi a Londra il 10 maggio 2003, incontro a cui hanno partecipato il ministro britannico dell'ambiente Michael Meacher e altre 200 persone.
In occasione di questo incontro è stata ufficialmente presentata la bozza di un rapporto, The Case for a GM-free Sustainable World (Per un mondo sostenibile, libero da OGM), con cui l'ISP chiede di vietare le colture GM e implementare invece ogni forma di agricoltura sostenibile. Questo autorevole rapporto, presentato come "il più forte e il più completo dossier di prove sperimentali" mai compilato sui rischi e i problemi connessi con le colture GM, da un lato, e dall'altro sui molteplici benefici dell'agricoltura sostenibile, è stato reso pubblico il 15 giugno 2003 [è visibile nel sito dell'ISP: www.indsp.org e inoltre nei seguenti siti:
- Institute of Science in Society, UK www.i-sis.org.uk
- Third World Network www.twnside.org.sg
- Institute for Food and Development Policy (Food First), USA www.foodfirst.org].
Prima della pubblicazione della relazione finale di 120 pagine, l'ISP ha rilasciato il sintetico riassunto di quattro pagine, qui presentato, quale contributo al dibattito sugli OGM che sta avvenendo a livello nazionale nel Regno Unito.
Questo documento sfida i fautori degli OGM a rispondere su tutti i punti qui presentati. Si prega di dare a questo documento la più ampia circolazione possibile.
Rapporto dell'ISP (gruppo di scienziati indipendenti)
Sommario del documento reso pubblico il 15/06/03
Perchè NO agli OGM?

1. **Le colture GM non hanno portato i benefici promessi**
   Nessun aumento della produttività, né significativa riduzione dell'uso di antiparassitari ed erbicidi;
   L'ammontare delle vendite perdute dagli Stati Uniti, in seguito al rifiuto delle colture GM in tutto il mondo, è stimato in 12 miliardi di dollari;
   In India la percentuale dei raccolti GM falliti arriva fino al 100%;
   Futuro ad alto rischio per l'agrobiotech: "Monsanto potrebbe essere un altro disastro incombente sugli investitori".

2. Le colture GM pongono problemi crescenti all'agricoltura
Le linee transgeniche sono instabili: "la maggior parte dei casi di inattivazione di transgeni non arriva mai ad apparire nella letteratura scientifica";
Erbacce e piante dotate di resistenza simultanea a tre diversi diserbanti sono emerse in America del Nord;
Piante resistenti al glifosato infestano ormai i campi di cotone e soia GM; per controllarle, si ricomincia a usare l'atrazina;
Le piante che producono tossine Bt minacciano di causare l'emergenza di piante superinfestanti e di parassiti Bt-resistenti.

3. Un'estesa contaminazione da transgeni è inevitabile
Estesa contaminazione da transgeni riscontrata nelle varietà locali di mais, in remote regioni del Messico;
in Canada si sono rivelati contaminati da OGM 32 su 33 stock commerciali di semi;
il polline viene disperso e trasportato dal vento per ore e una velocità del vento di 35 miglia all'ora non è affatto eccezionale;
non ci può essere coesistenza tra raccolti GM e non-GM.

4. Le colture GM non sono sicure
La sicurezza delle colture GM non è stata provata: la regolamentazione è stata sin dall'inizio inficiata da errori fatali;
il principio della 'sostanziale equivalenza', vago e mal definito, non ha fatto altro che dare alle industrie la totale possibilità di dichiarare che i prodotti GM sono 'sostanzialmente equivalenti' ai prodotti non-GM e perciò 'sicuri'.

5. I cibi GM sollevano gravi preoccupazioni circa la loro sicurezza
Malgrado la scarsità di studi credibili, i risultati di cui già oggi possiamo disporre sollevano serie preoccupazioni circa la sicurezza dei cibi da OGM;
effetti simili a quelli prodotti da un "fattore della crescita" [proliferazione e crescita cellulare], osservati nello

stomaco e nell’intestino tenue di giovani ratti, sono stati attribuiti al processo stesso della transgenesi o al costrutto transgenico [vettore + gene estraneo]; è quindi possibile che si tratti di effetti generali che qualsiasi cibo ottenuto con l’ingegneria genetica può provocare.
6. Geni per prodotti pericolosi sono incorporati in piante transgeniche alimentari
Le proteine Bt [del Bacillus thuringiensis], incorporate nel 25% del totale delle piante GM coltivate in tutto il mondo, sono nocive per molti insetti non-target; alcune sono potenti immunogeni [= sostanze che scatenano risposte immunitarie] e allergeni [= sostanze che scatenano risposte allergiche] per gli esseri umani e gli altri mammiferi;
colture alimentari [soprattutto mais] vengono sempre più spesso ingegnerizzate per produrre sostanze farmaceutiche e medicinali, tra cui: a) le citochine, note per agire da soppressori del sistema immunitario e associate a demenza, neurotossicità e ad effetti secondari sia sull'umore che sui processi cognitivi; b) vaccini e sequenze virali, ad esempio il gene di un coronavirus del maiale, appartenente alla stessa famiglia del virus della SARS che è all'origine dell’attuale epidemia; c) il gene gp120 per una glicoproteina del virus dell’AIDS, che potrebbe interferire con il sistema immunitario e ricombinare con virus e batteri già presenti nell’ospite, in modo da generare nuovi e imprevedibili agenti patogeni.
7. Le colture *Terminator* diffondono tra le piante la sterilità maschile
Le colture transgeniche in cui sono stati inseriti geni ‘suicidi’ per la sterilità maschile, reclamizzate come un mezzo per prevenire la diffusione dei transgeni, in realtà diffondono nell’ambiente, attraverso il polline, sia la sterilità maschile sia la tolleranza al diserbante.
8. I diserbanti ad ampio spettro sono altamente tossici per gli esseri umani e per le altre specie animali
L'ammonio glifosinato e il glifosato, i diserbanti usati con le piante GM resistenti a questi stessi erbicidi (e che attualmente rappresentano il 75% di tutte le piante GM coltivate al mondo), sono veleni metabolici sistemici;
L'ammonio glifosinato viene associato a varie forme di tossicità - neurologiche, respiratorie, gastrointestinali ed ematologiche - e a difetti congeniti nelle varie specie di mammiferi, compresa quella umana; questo composto è tossico anche per le farfalle e per molti insetti utili, per le larve dei molluschi e delle ostriche, per la dafnia e per alcuni pesci d'acqua dolce, in particolare per la trota iridea; esso inibisce i batteri e i funghi che svolgono nel terreno azioni vantaggiose, e in particolare i batteri fissatori dell'azoto;
nel Regno Unito il glifosato è la causa più frequente di avvelenamento e vi sono stati casi di disturbi a molte funzioni organiche anche in seguito all’esposizione ai normali livelli d’uso del composto; l'esposizione al glifosato ha quasi raddoppiato, tra gli utilizzatori del glifosato, il rischio di aborti spontanei e di procreare bambini con difetti neurocomportamentali; il glifosato ritarda lo sviluppo dello scheletro fetale nei ratti di laboratorio, inibisce la sintesi degli steroidi ed è genotossico nei mammiferi, nei pesci e negli anfibi; l'esposizione alle dosi di irrorazione in campo ha causato nei lombrichi una mortalità di almeno il 50% e significativi danni intestinali nei lombrichi sopravvissuti; il Round Up (ovvero il glifosato nella formulazione prodotta da Monsanto) ha causato disfunzioni della divisione cellulare, un fenomeno che potrebbe essere collegato al cancro nell’uomo.

9. L'ingegneria genetica genera supervirus
I pericoli più insidiosi dell'ingegneria genetica sono inerenti al suo stesso processo, il quale fa aumentare notevolmente l’estensione e la probabilità del trasferimento genico orizzontale e della ricombinazione, la via principale con cui si generano virus e batteri patogeni;
tecniche recenti, come il *DNA shuffling* [rimescolamento], consentono ai genetisti di generare in pochi minuti in laboratorio milioni di virus ricombinanti, mai esistiti in miliardi di anni di evoluzione;
i virus, i batteri patogeni e il loro materiale genetico costituiscono le materie prime e gli strumenti di elezione sia per l'ingegneria genetica, sia per la produzione intenzionale di armi batteriologiche.

10. Il DNA transgenico presente nei cibi viene assorbito dai batteri a livello dell’intestino umano
E’ stato osservato che il DNA transgenico delle piante alimentari viene assorbito dai batteri, sia nel terreno che nell'intestino di volontari umani; i geni marcatori per la resistenza ad antibiotici, presenti nei cibi transgenici, possono trasmettersi a batteri patogeni, fatto che rende poi molto difficile il trattamento delle infezioni.
11. DNA transgenico e cancro
E’ provato che il DNA transgenico sopravvive alla digestione nell'intestino e che ‘salta’ nel genoma delle cellule di mammifero, dando luogo alla possibilità che si comporti da elemento cancerogeno;
l’uso di prodotti GM, ad esempio mais, per l’alimentazione animale può comportare rischi non solo per gli animali, ma anche per gli esseri umani che consumano i prodotti di quegli animali.
12.Il promotore 35S del CaMV [virus del mosaico del cavolfiore] rende più probabile e frequente il trasferimento orizzontale dei geni
Le prove sperimentali suggeriscono che i costrutti transgenici contenenti il promotore 35S del CaMV possono essere particolarmente instabili e inclini al trasferimento orizzontale e alla ricombinazione dei geni, con tutti i rischi che ne derivano: mutazioni geniche dovute a inserzione casuale, cancro, riattivazione di virus latenti e generazione di nuovi virus.
13. Una storia fatta di falsità e occultamenti di prove scientifiche
La storia degli OGM è fatta di falsità e occultamenti di prove scientifiche, in particolare per ciò che riguarda il

trasferimento orizzontale dei geni. Gli esperimenti-chiave non sono stati effettuati, o sono stati effettuati male e poi presentati in modo distorto. Molti esperimenti non sono stati ripetuti nel tempo, comprese le ricerche sulla possibilità che il promotore 35S del CaMV sia responsabile degli effetti da fattore di crescita, osservati in giovani ratti alimentati con patate GM.

In conclusione, le colture GM non hanno portato i benefici promessi e stanno ponendo all'agricoltura problemi sempre più gravi. La contaminazione da transgeni è oggi un dato di fatto ampiamente riconosciuto come inevitabile, quindi non può esservi coesistenza tra agricoltura GM e non-GM. Cosa più importante di tutte, la sicurezza delle colture GM non è mai stata provata. Al contrario, le prove già emerse sono sufficienti a suscitare serie preoccupazioni circa i rischi posti dagli OGM, rischi che se ignorati potrebbero provocare danni irreversibili alla salute e all'ambiente. La cosa più opportuna sarebbe quindi respingere e mettere immediatamente al bando le colture GM.

PERCHÉ SÍ ALL'AGRICOLTURA SOSTENIBILE?

Produttività e rese maggiori

Soprattutto nel terzo mondo, 9 milioni di agricoltori hanno adottato pratiche agricole sostenibili, per un totale di 28,92 milioni di ettari così coltivati in Asia, America latina e Africa; i dati, scientificamente affidabili, raccolti da 89 progetti dimostrano che queste pratiche portano a un aumento della produttività e delle rese del 50-100% per le colture non irrigate e del 5-10% per le irrigue. I maggiori successi si sono avuti in Burkina Faso, dove si è passati da un deficit di cereali di 644 chili all'anno a un'eccedenza annuale di 153 chili, in Etiopia, dove 12 500 famiglie di agricoltori hanno goduto di un aumento del 60% nelle rese dei raccolti e in Honduras e Guatemala, dove 45 000 famiglie hanno visto aumentare le rese da 400-600 kg/ha a 2.000-2.500 kg/ha;
studi a lungo termine condotti in paesi industrializzati dimostrano che le rese dell'agricoltura biologica sono equiparabili a quelle dell'agricoltura convenzionale e spesso sono superiori.

2. Miglioramento dei terreni

Le pratiche agricole sostenibili riducono l'erosione del suolo, migliorano la struttura fisica del terreno e la sua capacità di ritenzione dell'acqua, tutti fattori di cruciale importanza per evitare la perdita dei raccolti durante i periodi di siccità;
La fertilità del suolo è mantenuta e aumentata dalle pratiche agricole sostenibili;
I suoli coltivati con le pratiche sostenibili mostrano una maggiore attività biologica: un più alto numero di lombrichi, artropodi, micorrize ed altri funghi, e di microorganismi, tutti organismi utili per il riciclo dei nutrienti e per l'eliminazione naturale delle malattie.

3. Ambiente più pulito

Nell'agricoltura sostenibile è scarso o del tutto assente l'uso di prodotti chimici inquinanti;
Minori quantità di nitrati e fosforo raggiungono la falda freatica;
La filtrazione dell'acqua è migliore nei sistemi ad agricoltura biologica, che quindi sono meno esposti all'erosione e contribuiscono meno all'inquinamento delle acque per dilavazione delle superfici;

4. Riduzione degli antiparassitari, senza aumento dei parassiti

La lotta integrata ai parassiti ha ridotto il numero delle irrorazioni con antiparassitari da 3,4 a una per stagione in Vietnam, da 2,9 a 0,5 in Sri Lanka e da 2,9 a 1,1 in Indonesia;
nella produzione californiana di pomodori, la scelta di non usare insetticidi di sintesi non ha comportato alcun incremento delle perdite di raccolto per danni da parassiti;
Il controllo dei parassiti si può realizzare senza ricorrere a antiparassitari e senza che ciò comporti perdite del raccolto, usando ad esempio colture 'trappola' per attirare la piralide, come si è visto nell'Africa orientale dove la piralide è un parassita importante;

5. Mantenimento e utilizzo della biodiversità

L'agricoltura sostenibile promuove la biodiversità in agricoltura, cruciale per la sicurezza alimentare; l'agricoltura biologica può sostenere un livello molto maggiore di biodiversità, con grande vantaggio per le specie che hanno subito significative riduzioni;
a Cuba i sistemi agricoli integrati sono da 1,45 a 2,82 volte più produttivi delle monocolture;
in Cina migliaia di coltivatori di riso hanno raddoppiato i raccolti e quasi eliminato una delle malattie del riso più devastanti, semplicemente piantando una mescolanza di due diverse varietà;
l'agricoltura biologica fa crescere la biodiversità, portando effetti benefici quali il recupero di terreni degradati, il miglioramento della struttura del suolo e della sua capacità di filtrazione dell'acqua.

6. L'agricoltura biologica è sostenibile sia dal punto di vista dell'ambiente che dell'economia

Una ricerca sulla produzione delle mele con sistemi agricoli diversi ha rivelato che l'agricoltura biologica si colloca al primo posto per quanto riguarda la sostenibilità ambientale ed economica; al secondo posto si piazza il sistema della lotta integrata e all'ultimo quello dell'agricoltura convenzionale; le mele biologiche si sono rivelate le più redditizie per il loro più alto prezzo di mercato, per il più rapido ritorno degli investimenti e un più veloce recupero dei costi;

uno studio condotto su tutta l'Europa ha indicato che l'agricoltura biologica dà risultati migliori di quella convenzionale, rispetto alla grande maggioranza degli indicatori ambientali;
un'indagine condotta dall'Organizzazione per l'alimentazione e l'agricoltura delle Nazioni Unite (la FAO) ha concluso che le pratiche di agricoltura biologica opportunamente applicate portano a un miglioramento delle condizioni ambientali, a tutti i livelli.

7. Effetti positivi sui cambiamenti climatici, tramite la riduzione del consumo diretto e indiretto di energia
L'agricoltura biologica usa l'energia in modo molto più efficiente, e riduce notevolmente le emissioni di CO_2, rispetto all'agricoltura convenzionale sia per quanto riguarda il consumo diretto di energia sotto forma di combustibili fossili, sia riguardo al consumo indiretto connesso con l'uso di fertilizzanti e antiparassitari chimici di sintesi;
L'agricoltura sostenibile ristabilisce la materia organica del suolo, aumentando la quantità di carbonio sequestrato nel terreno, quindi sottraendo significative quantità di carbonio dall'atmosfera;
l'agricoltura biologica probabilmente emette meno biossido di azoto (N_2O), un altro importante gas serra e una delle cause della distruzione dello strato di ozono.

8. Produzione efficiente, ad alto profitto
nell'agricoltura biologica qualunque eventuale riduzione delle rese è più che compensata dai miglioramenti ecologici e dagli aumenti di efficienza;
le aziende biologiche, più piccole, producono molto di più per unità di superficie che non i ben più grandi appezzamenti di terreno caratteristici dell'agricoltura convenzionale;
nell'agricoltura biologica i costi di produzione sono spesso più bassi che nell'agricoltura convenzionale, portando a ritorni netti equivalenti o più alti anche senza il premio sui prezzi dei prodotti biologici; quando si tiene conto dei prezzi più alti per i prodotti biologici, i profitti di questo sistema di agricoltura sono quasi sempre superiori.

9. Aumento della sicurezza alimentare e dei vantaggi alle comunità locali
Un'indagine sui risultati dei progetti di agricoltura sostenibile ha dimostrato che la produzione media alimentare per famiglia è aumentata di 1,71 tonnellate all'anno (fino al 73%) per 4,42 milioni di coltivatori che lavorano 3,58 milioni di ettari, portando alle comunità locali grandi benefici in termini di sicurezza alimentare e di salute;
L'aumento della produttività fa aumentare la quantità di cibo disponibile e i redditi, quindi riduce la povertà aumentando l'accesso al cibo, riducendo la malnutrizione e migliorando le condizioni di salute e di vita;
i metodi dell'agricoltura sostenibile attingono intensamente dalle conoscenze tradizionali indigene e danno importanza all'esperienza dei coltivatori e alle loro innovazioni, quindi ne migliorano la condizione sociale e l'autonomia, rafforzando le relazioni sociali e culturali all'interno delle comunità locali;
per ogni sterlina spesa per acquistare prodotti dell'agricoltura biologica (in uno studio condotto nel Regno Unito), vengono generate 2.59 sterline per l'economia locale; per ogni sterlina spesa in un supermercato, vengono generate soltanto 1,40 sterline per l'economia locale.

10. Prodotti alimentari migliori per la salute
Il cibo biologico è più sicuro, poiché nell'agricoltura biologica è vietato l'uso di antiparassitari; è perciò raro trovare in questi alimenti residui chimici nocivi;
nella produzione biologica è vietato l'uso di additivi artificiali, come i grassi idrogenati, l'acido fosforico, l'aspartame e il glutammato monosodico, che sono stati messi in relazione con patologie molto diverse quali le cardiopatie, l'osteoporosi, l'emicrania e l'iperattività;
vari studi hanno dimostrato che, in media, i cibi biologici hanno un contenuto più alto di vitamina C, di minerali e di fenoli – composti vegetali che possono combattere le cardiopatie e il cancro e alleviano le disfunzioni neurologiche correlate con l'età - e un contenuto significativamente più basso di nitrati, che sono sostanze tossiche.
Le pratiche dell'agricoltura biologica hanno dimostrato di avere effetti positivi su tutti gli aspetti riguardanti la salute e l'ambiente. In più queste pratiche agricole sono ovunque fonte di sicurezza alimentare, benessere sociale e culturale per tutte le comunità locali. E' necessario e urgente il completo passaggio, a livello mondiale, a tutte le forme di agricoltura sostenibile.

Alcuni degli scienziati che formano l'ISP (il gruppo di scienziati indipendenti) sugli OGM:

Prof. Miguel Altieri
Professore di Agroecologia, University of California, Berkeley, USA
Dr. Michael Antoniou
Senior Lecturer in Genetica Molecolare, GKT School of Medicine, King's College, London.
Dr. Susan Bardocz
Biochimica, già attiva al Rowett Research Institute, Scotland
Prof. David Bellamy OBE
Botanico di fama internazionale, ambientalista, giornalista; insignito di numerosi premi e riconoscimenti; Presidente & Vice Presidente di molte organizzazioni per la conservazione e la tutela ambientale

Dr. Elizabeth Bravo V.
Biologa, ricercatrice e attivista nelle campagne di informazione sui temi della biodiversità e degli OGM; cofondatrice di Acción Ecológica; part-time lecturer alla Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador
Prof. Joe Cummins
Professor Emeritus di Genetica, University of Western Ontario, London, Ontario, Canada
Dr. Stanley Ewen
Istopatologo presso il Grampian University Hospitals Trust; già Senior Lecturer di Patologia, University of Aberdeen; responsabile dello Scottish Colorectal Cancer Screening Pilot Project.
Edward Goldsmith
Ambientalista, insignito di numerosi premi e riconoscimenti, studioso, autore e fondatore di The Ecologist.
Dr. Brian Goodwin
Studioso attivo a Residence, Schumacher College, England.
Dr. Mae-Wan Ho
Cofondatrice e Direttrice dell'Institute of Science in Society; Editore di Science in Society; Consulente scientifico per The Third World Network e per the Roster of Experts for the Cartagena Protocol on Biosafety; Visiting Reader, Open University, UK e Visiting Professor di Fisica organica, Università di Catania, Sicilia, Italia
Prof. Malcolm Hooper
Professor Emeritus presso la University of Sunderland; già Professore di Chimica Medica, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Sunderland Polytechnic; Chief Scientific Consulent per i Gulf War Veterans
Dr. Vyvyan Howard
Medico patologo, Developmental Toxico-Pathology Group, Department of Human Anatomy and Cell Biology, The University of Liverpool; Membro dell'UK Government's Advisory Committee on Pesticides
Dr. Brian John
Studioso di geomorfologia e scienze ambientali; Fondatore e per lungo tempo Presidente del West Wales Eco Centre
Prof. Marijan Jošt
Professore di Plant Breeding and Seed Production, Agricultural College Križevci, Croatia.
Lim Li Ching
Ricercatrice, Institute of Science in Society e Third World Network; deputy-editor di Science in Society.
Dr. Eva Novotny
Astronoma, attivista in campagne sugli OGM per Scientists for Global Responsibility, SGR
Prof. Bob Orskov OBE
Capo della International Feed Resource Unit in Macaulay Institute, Aberdeen, Scotland; Membro della Royal Society of Edinburgh, FRSE; Membro della Polish Academy of Science
Dr. Michel Pimbert
Ecologo, International Institute for Environment and Development.
Dr. Arpad Pusztai
Consulente privato; già Senior Research Fellow al Rowett Research Institute, Aberdeen, Scotland
David Quist
Docente di ecologia microbica, Ecosystem Science Division, Environmental Science, Policy and Management, University of California, Berkeley, USA
Dr. Peter Rosset
Ecologo ed esperto di sviluppo rurale; Codirettore di the Institute for Food and Development Policy (Food First), Oakland, California, USA
Prof. Peter Saunders
Professore di Matematica Applicata al King's College, London.
Dr. Veljko Veljkovic
Virologo, esperto di AIDS, Center for Multidisciplinary Research and Engineering, Institute of Nuclear Sciences, VINCA, Belgrade, Yugoslavia
Roberto Verzola
Philippine Greens; Membro del Board of Trustees, PABINHI (network per un'agricoltura sostenibile), Coordinatore, SRI-Pilipinas.
Dr. Gregor Wolbring
Biochimico, University of Calgary, Alberta, Canada; Adjunct Assistant Professor su temi di bioetica, University of Calgary; Adjunct Assistant Professor, University of Alberta; Fondatore e Direttore Esecutivo dell'International Center for Bioethics, Culture and Disability; Fondatore e Coordinatore dell'International Network on Bioethics and Disability
Prof. Oscar B. Zamora
Professore di Agronomia, Department of Agronomy, University of the Philippines Los Banos-College of Agriculture (UPLB-CA), College, Laguna, The Philippines

Allegato No.5: Retrovirus e Cancro

Si è molto discusso in passato sull'origine virale dei tumori.
Attualmente sono noti molti virus capaci d'indurre tumori nell'uomo e negli animali.
La produzione del tumore, in assenza di replicazione virale, è stata osservata con i virus sia a DNA che ad RNA.

Sebbene la prima affezione maligna nota di origine virale, la *leucemia aviaria*, sia stata scoperta all'inizio del XX secolo, solo a partire dagli anni 60 e 70 il campo dell'oncologia virale è stato oggetto di ampio interesse.
Verso la fine degli anni 70 si giunse così alle seguenti conclusioni:

1) ACCERTATA l'eziologia virale delle *verruche* e del *mollusco contagioso* dell'uomo (tumori benigni).
2) ACCERTATE le molte somiglianze cliniche, anatomo-patologiche ed epidemiologiche fra tumori umani e quelli degli animali inferiori, per i quali l'eziologia virale è stata dimostrata.
3) ACCERTATO il ruolo di alcuni virus comuni (Adenovirus, Herpesvirus) nella produzione sperimentale di tumori negli animali.
4) ACCERTATE le analogie biofisiche, biochimiche, e antigeniche tra virus dei tumori animali e alcuni virus dell'uomo.

L'intensificarsi degli studi ha così portato alla scoperta della eziologia virale di molti tumori comuni degli animali inferiori. Queste scoperte sono state rese possibili dai progressi tecnologici nei metodi delle colture di tessuto, dall'uso di animali neonati di costituzione genetica nota e dall'applicazione di moderni metodi biofisici, biochimici ed immunologici.

I virus che inducono la comparsa di tumori possono essere classificati in due gruppi principali con proprietà fisiche, chimiche e biologiche differenti: quelli che, come materiale genetico, contengono RNA, e quelli che contengono DNA.

L'infezione virale di una cellula è stata descritta come la penetrazione di un sistema genetico (virus) nella sfera d'azione (DNA) di un altro sistema (cellula eucariota umana o animale). L'infezione di una cellula con un virus citocida provoca la morte della cellula, ma l'infezione con un virus tumorale porta ad una coesistenza sincrona virus-cellula, che determina un profondo cambiamento delle proprietà delle cellule infette. Questo fenomeno, chiamato *trasformazione cellulare*, è stato indagato a fondo fin dagli anni 60 e 70.
Numerose prove indicano che il cancro origina come fenomeno che interessa una sola cellula. La cellula alterata possiede nuove proprietà anormali, che vengono trasmesse geneticamente alle cellule figlie. Ai cambiamenti genetici presenti nelle cellule tumorali possono corrispondere alterazioni morfologiche, metaboliche ed antigeniche. Possono quindi dare uno dei seguenti risultati: le cellule alterate invadono i tessuti circostanti e danno metastasi in organi e tessuti distanti, portando a morte l'ospite, oppure l'ospite può mantenere la sua omeostasi mediante meccanismi di controllo immunologico (umorale o cellulare). Un tumore, pertanto, può essere definito come una crescita di cellule permanentemente o temporaneamente non controllata; può essere generalizzato o metastatico, culminando nella morte dell'ospite (tumore maligno), o può restare localizzato (tumore benigno).

VIRUS tumorali a RNA (Oncornavirus)

Sebbene i virus tumorali a DNA e ad RNA differiscano profondamente nel modo di replicazione, il fatto che i geni degli Oncornavirus, analogamente a quelli dei virus tumorali a DNA, si integrano nel DNA cromosomico della cellula ospite, suggeriscono un possibile meccanismo comune di Oncogenesi per i 2 gruppi di agenti virali.

Gli Oncornavirus sono tutti simili fra loro per struttura, composizione chimica, reazione agli agenti chimici e fisici e il modo di replicazione. Sono suddivisi nei tipi A, B, C in base a differenze morfologiche, antigeniche ed enzimatiche.
Essi sono una sottofamiglia (chiamata *Oncoviridae*) nell'ambito della famiglia dei *Retroviridae*, in quanto che tutti i membri possiedono una *trascrittasi inversa* (DNA polimerasi RNA-dipendente), con la quale possono trascrivere il loro RNA virale nel DNA della cellula ospite. Successivamente sintetizzano molecole di DNA a doppio filamento, dopo che le molecole di DNA a singolo filamento sono state liberate dall'ibrido RNA-DNA da un altro enzima (RNAasi H). Questi reperti avvalorano l'ipotesi che l'RNA degli Oncornavirus si replichi in vivo nell'uomo attraverso un DNA intermediario. La *trascriptasi inversa* degli Oncornavirus è stata purificata e si è visto che è una proteina della parte interna dei virus, con un peso molecolare di circa 60.000-80.000 Dalton, separabile dagli antigeni gs degli Oncornavirus. La *trasciptasi inversa* non è presente solo negli Oncornavirus qui di seguito descritti.
Diversi altri tipi di virus a RNA, che causano infezioni latenti nel loro ospite d'origine, possiedono l'enzima. Questo è certo per virus antigenicamente correlati che inducono infezioni "lente" delle pecore (Visna-virus [simile clinicamente alla "sindrome della Mucca Pazza"]), e virus che formano sincizi (foamy) e hanno origine dai primati, dai bovini e dai felini.
Famoso è pure l'HIV, che sembrerebbe correlato con l'insorgenza dell'AIDS (Sindrome da Immuno-Deficienza Acquisita), sindrome comunque non ancora chiarita nella sua origine, essendo stata ipotizzata anche altra origine virale (il ben noto virus oncogenico a DNA "SV40").

Molte piante OGM (e anche alcuni animali da allevamento, come polli e salmoni) sono anche modificate proprio immettendo al loro interno dei virus di questo tipo (*Retroviridae*), cioè muniti di *trascriptasi inversa* per modificare il DNA della pianta stessa (o per indurre la produzione dell'ormone della crescita o di altri ormoni in animali da allevamento).

Molti di questi virus vengono classificati nella sottofamiglia degli *Oncornaviridae* (famiglia dei *Retroviridae*), poiché oltre alla presenza della *trascriptasi inversa* (caratteristica dei *Retroviridae*) hanno in comune altre proprietà biologiche e biofisiche, come quella di provocare tumori. Ad esempio, il Visnavirus trasforma in vitro le cellule murine; il suo genoma a RNA è costituito da una molecola di 60-70S con le stesse proprietà degli Oncornavirus.

Sarebbe quindi opportuno indagare meglio i *Retroviridae* impiegati dalle Multinazionali GMO per fare piante OGM (o per indurre la produzione dell'ormone della crescita o di altro tipo in animali da allevamento, come polli e salmoni).

Reazioni agli agenti chimici e fisici degli Oncornavirus
A causa del loro involucro che contiene lipidi, i virus tumorali a RNA sono sensibili all'etere. Essi vengono inattivati dal riscaldamento a 56 gradi Celsius per 30 minuti, dal trattamento con acidi deboli (pH 4,5) e dalla formalina 1: 4.000. Possono essere conservati a temperature inferiori ai 70 gradi Celsius sottozero.

Proprietà antigeniche degli Oncornavirus

Negli Oncornavirus si trovano 2 tipi di antigeni:

1) Antigeni tipo-specifici o sottogruppo-specifici associati con l'involucro virale e caratteristici di singoli ceppi o di gruppi di ceppi entro gli Oncornavirus di ciascuna specie. Sono codificati dal gene *env*. Essi sono evidenziabili in prove sierologiche di neutralizzazione, fissazione del complemento, immunodiffusione e immunofluorescenza con sieri di animali, che hanno tumori che producono il virus o con sieri immuni già preparati contro virioni intatti. Gli antigeni dell'involucro dei virus di tipo C AVIARI contengono almeno 2 componenti glicoproteici con peso molecolare di 85.000 Dalton e 35.000 Dalton. Non vi sono reazioni crociate tra gli antigeni dell'involucro degli Oncornavirus aviari e dei mammiferi, o tra Oncornavirus di specie diverse di mammiferi. Inoltre, non si hanno reazioni crociate tra i virus di tipo C e di tipo B entro il sistema murino, e tra i tipi C e D in quello dei primati.
2) Antigeni gruppo specifici (*gs*) associati con i polipeptidi interni della parte centrale del virione. Sono prodotti del taglio della poliproteina codificata dal gene *gag*. Essi sono evidenziabili per mezzo di prove di fissazione del complemento, immunodiffusione e immunofluorescenza e con saggi radioimmunologici usando sieri di

animali di specie eterologhe affetti da tumori indotti da virus, sieri immuni preparati contro virioni rotti con *Tween 80-etere* o sieri immuni monospecifici contro singoli polipeptidi. L'antigene principale *gs* (*p30*) è un polipeptide basico con peso molecolare di circa 30.000 Dalton; è comune ai virus di tipo C entro una specie ospite (volatili, felini, hamster, topi, primati, ratti, vipere). Non sono state osservate reazioni crociate tra gli antigeni *p30* degli Oncornavirus aviari e quelli degli Oncornavirus dei mammiferi. Inoltre, non si hanno reazioni crociate tra gli antigeni *p30* dei virus di tipo C e di tipo B del topo o tra i tipi C e D dei primati.

Replicazione degli Oncornavirus e trasformazione cellulare
Una proprietà comune degli Oncornavirus è che essi non sono citocidi per le cellule nelle quali si replicano. Come altri virus, gli Oncornavirus dopo aver infettato una cellula, attraversano una fase di eclisse. La cellula infetta produce nuovo virus, continua a moltiplicarsi e può subire o non subire la trasformazione maligna. Il virus infettivo e le particelle virali sono facilmente messe in evidenza nella maggior parte delle cellule tumorali o delle cellule trasformate in vitro. I virus maturano sulla membrana cellulare e vengono continuamente liberati dalla cellula per gemmazione della membrana cellulare. L'RNA virale, penetrato nella cellula, viene trascritto a DNA subito dopo l'infezione: l'ibrido RNA-DNA viene poi ulteriormente trascritto a un DNA a doppio filamento il quale, durante la divisione cellulare, si integra nel DNA della cellula ospite. Il DNA specifico del virus (Provirus) integrato serve come stampo permanente per la trascrizione delle molecole di RNA della progenie virale, sia come gene trasmissibile ereditariamente per la trasformazione.

Induzione di tumori da Oncornavirus
Questi virus possono causare tumori, in condizioni naturali, generalmente soltanto nei loro ospiti d'origine, raramente in altri tipi di animali, compreso quindi l'uomo. Non è noto se il relativo "rispetto delle altre specie", comune a questi *Retroviridae* presenti in natura, e qui sottoelencati (Complessi A, B, C, D, E), si sia mantenuto anche nei *Retroviridae* manipolati per produrre piante OGM, o mangimi per animali, o per modificare il DNA stesso di alcuni animali ad uso alimentare per la specie umana (salmoni, polli). Sappiamo invece che questo "rispetto delle altre specie", non è applicato nel caso dei virus tumorali a DNA.

Complesso A [Complesso della *Leucemia-sarcoma aviario*] :

Leucemie
le affezioni leucemiche sono comuni nei polli, e i virus che inducono leucemia sono ampiamente diffusi in questi animali. I tipi principali di leucemia virale sono la leucemia linfoide (virus della linfomatosi aviaria), la leucemia mieloide (virus della mieloblastosi aviaria), la leucemia eritroide (virus della eritroblastosi aviaria).
Il virus infettivo e le particelle fisiche del virus si possono trovare in alte concentrazioni nelle cellule tumorali, nel sangue periferico e in altri organi degli animali infetti, un fenomeno che non si osserva con i virus tumorali a DNA. I mieloblasti o gli eritroblasti ottenuti da uccelli ammalati e fatti crescere in coltura di tessuto, continuano a liberare virus che, a sua volta, può indurre la malattia per inoculazione nei polli. Quasi tutti gli allevamenti di polli sono infetti con vari tipi di questi virus, ma specialmente con quello della linfomatosi. Il virus viene trasmesso *orizzontalmente* mediante la saliva e le feci producendo negli animali adulti un'infezione caratterizzata da viremia transitoria e anticorpi persistenti. Relativamente pochi volatili adulti sviluppano la malattia clinica. La trasmissione *verticale* è stata dimostrata nella gallina viremica, ma non nel gallo viremico. Si tratta di una trasmissione *verticale non genetica*, in cui l'informazione dell'Oncornavirus viene trasmessa attraverso la linea germinale sotto forma di provirus a DNA. La trasmissione *verticale* determina polli viremici infetti congenitamente, tolleranti al virus, privi di anticorpi e disseminatori permanenti del virus stesso. L'incidenza della leucemia negli animali infetti congenitamente è molto più alta che negli animali infetti per contatto.

Sarcomi
Il virus del sarcoma di Rous ha subito sperimentalmente innumerevoli passaggi da quando fu isolato per la prima volta nel 1911, ed è probabile che attualmente sia diverso dal virus che si trova in natura. Questi virus aviari, differenti fra loro per oncogenicità, struttura antigenica e spettro d'ospite, causano comunque sarcomi nei volatili di tutte le età e negli embrioni di pollo da laboratorio, ma contrariamente ai virus della linfomatosi, *non* vengono trasmessi naturalmente. Essi inducono, inoltre, tumori nelle anatre, nei tacchini, nei piccioni e in altri uccelli. I virus del sottogruppo Schmidt-Ruppin possono infettare le cellule dei mammiferi e indurre così tumori, come già dimostrato quando vengono inoculati nei neonati di ratti, hamster siriani e cinesi, conigli, topi, cavie e *scimmie*. Questi tumori aviari di solito contengono ancora virus infettivo, mentre quelli dei mammiferi, stranamente, spesso sono privi di questi virus.

Nota 1: Questi tipi di Retrovirus producono particelle di tipo C. Particelle simili agli Oncornavirus di tipo C sono state messe in evidenza con la microscopia elettronica in cellule o nel plasma di pazienti con tumori solidi dell'uomo, come il Linfoma di Hodgkin e NON-Hodgkin, e i sarcomi.

Nota 2: Attualmente si stanno compiendo ricerche bibliografiche per scoprire se virus aviari del sottogruppo D siano stati impiegati per creare piante OGM. E' comunque noto che Retrovirus di questo tipo (induttori di leucemia nei polli) sono stati usati come vettori per veicolare geni umani nel DNA di questi volatili, allo scopo di aumentarne la produzione.
Questi stessi Retrovirus sono stati anche usati come vettori per impiantare il gene dell'ormone della crescita in alcune specie di pesci di allevamento (Salmoni), allo scopo di farli crescere più in fretta.

Complesso B [Complesso della *Leucemia-sarcoma murino*] :

Leucemie
Sono stati isolati numerosi virus leucemogeni murini che inducono diversi tipi di leucemia. Per esempio, il virus Graffi causa forme mieloidi di leucemia in alcuni ceppi di topo, mentre in altri ceppi di topi si verifica leucemia linfatica in un'alta percentuale di casi.
Il virus Gross causa quasi tutti i tipi noti di malattia leucemica: è stato dimostrato che la maggior parte dei virus della leucemia sono murino-patogena nei ratti e che il virus Moloney è patogeno pure negli Hamster.
Gli animali neonati sono i più suscettibili agli effetti dei virus leucemogeni, ma la malattia può essere prodotta anche negli animali giovani e adulti. Fattori genetici hanno un ruolo importante nel determinare la suscettibilità dei topi ai virus, nella natura della malattia causata e nella trasmissione del virus. Grandi quantità di virus infettivi e di particelle virali sono presenti nel sangue e nei tessuti tumorali degli animali infetti. I virus leucemogeni murini sono diffusi in natura e il virus di Gross è il prototipo di questi agenti responsabili di leucemie naturali.

Sarcomi
Sono stati isolati numerosi ceppi di questi virus. Essi inducono sarcoma in hamster, ratti e topi neonati. Il passaggio di alcuni ceppi in cellule di ratto ha dato luogo all'acquisizione di sequenze di acido nucleico di ratto da parte dell'RNA del menoma di questi virus.

Nota 1: Questi tipi di Retrovirus producono particelle di tipo C. Particelle simili agli Oncornavirus di tipo C sono state messe in evidenza con la microscopia elettronica in cellule o nel plasma di pazienti con tumori solidi dell'uomo, come il Linfoma di Hodgkin e NON-Hodgkin, e i sarcomi.

Complesso C [Complesso del *tumore* (carcinoma) *mammario murino*]:

L'oncogenesi da parte di diversi ceppi virali di questo tipo è molto complesso, poiché dovuto all'interazione tra il virus, la costituzione genetica dell'ospite e fattori ormonali.
Il ceppo virale più virulento conosciuto (MuMTV) determina adenocarcinomi mammari nelle femmine di topo, con grandi quantità di *virus infettivo* e di *particelle B* nel tumore, nel *latte* e nel sangue. In questi animali il *virus è trasmesso dalla madre alla prole attraverso il latte. Il virus induce adenocarcinomi della sola ghiandola mammaria e soltanto in topi delle linee suscettibili. Gli animali che non sviluppano tumori rimangono infetti in modo subclinico e trasmettono il virus alla progenie.*
Studi eseguiti negli anni 70 con differenti ceppi di topi indicarono che la distribuzione di questo virus altamente virulento (MuMTV) era ubiquitaria persino nei ceppi di topi virus-positivi ma a bassa incidenza di cancro mammario. In alcuni ceppi di topo, il virus MuMTV veniva raramente espresso in modo completo. Studi di ibridazione dimostrarono che i tessuti dei ceppi di topi sia a bassa frequenza (es.: BALB/c) sia ad alta frequenza (es.: C3H) di tumore mammario, contenevano sequenze di DNA di MuMTV e quantità variabili di RNA virale. Tutti i topi avevano sequenze endogene di questo virus MuMTV, altamente virulento, nel loro DNA. Ma le proprietà e le funzioni del virus MuMTV "endogeno", come entità distinta dal virus MuMTV "esogeno", *trasmesso attraverso il latte*, non furono chiarite.
Sempre negli anni 70 furono anche descritti ceppi di virus (GR) trasmessi verticalmente per via oculare o con lo sperma, apparentemente sotto forma di un provirus a DNA integrato (trasmissione verticale genetica).
Nota 1: Questi tipi di Retrovirus producono particelle di tipo B. Particelle simili agli Oncornavirus di tipo B sono state messe in evidenza nel cancro mammario umano e nel latte sia di donne Parsi (popolazione indiana con incidenza molto elevata di cancro mammario) e sia di donne americane con anamnesi familiare di cancro mammario. Queste particelle contengono RNA ad alto peso molecolare (70S), e l'attività enzimatica della trascriptasi inversa: tutte caratteristiche dei Retrovirus. Sieri immuni di coniglio contro il virus MTV purificato precipitano un antigene solubile presente nei sieri delle donne con cancro mammario. Inoltre, è stato osservato che il DNA sintetizzato in vitro dall'enzima del VTM (usando l'RNA del VTM come stampo) si ibrida con l'RNA polisomiale ottenuto dagli adenocarcinomi mammari della specie umana. Tale ibridazione non è stata osservata con l'RNA derivante da altre affezioni maligne o da tessuti normali dell'uomo. E' stato riferito pure che l'RNA presente negli estratti di adenocarcinomi mammari dell'uomo è un componente 70S racchiuso assieme alla DNA polimerasi RNA diretta in una particella che ha la densità caratteristica

degli Oncornavirus. Il DNA sintetizzato in vitro dal complesso RNA umano 70 S-enzima si ibridizza specificamente con l'RNA del VTM. Usando le stesse tecniche, il gruppo di ricerca trovò la presenza di RNA complementare all'RNA dell'R-VLMu (ma non a quello del VTM) in altri tumori maligni della specie umana non correlati al\cancro della mammella. Si vide che il DNA ottenuto in vitro dall'R-VLMu con l'uso della trascriptasi inversa si ibridizza con l'RNA ottenuto in cellule di varie leucemie, linfomi (compreso il linfoma di Burkitt) e sarcomi. Fu riferito che l'RNA presente nelle cellule di varie leucemie umane è un RNA 70S unito ad una trascriptasi inversa. Si osservò, infine, che il DNA sintetizzato da questo complesso si ibridizza specificamente con l'RNA dell'R-VLMu, ma non con l'RNA del VTM o del virus della mieloblastosi aviaria.

Nota 2 : *carcinomi mammari nella specie umana*. Non sappiamo se questi virus possano attecchire anche nelle mucche da latte e passare quindi alla specie umana. Tutto ciò è comunque estremamente preoccupante alla luce dell'impiego odierno dei mangimi OGM, creati in laboratorio spesso con impiego di Retrovirus, mangimi che da circa 10 anni vengono dati alle mucche da latte, con rischio quindi, a lungo andare, di modificazioni transgeniche spontanee e quindi di possibili "epidemie" di tumori mammari nella specie umana.

Complesso D [*Complesso della leucemia-sarcoma felino*]:
Il virus della leucemia felina e del sarcoma felino sono stati isolati da *gatti domestici* affetti da leucemia e fibrosarcoma.

Leucemia
Il virus della leucemia è un agente infettivo comune nelle popolazioni di gatti randagi. La maggior parte delle infezioni sono lievi e transitorie, e solo una piccola percentuale dei gatti presenta leucemie o linfomi nella tarda età. Il 70% dei gatti con leucemia liberano virus infettivo che viene trasmesso facilmente agli animali vicini. I gattini neonati sono i più sensibili allo sviluppo di una viremia persistente e dell'insorgenza di tumori.

Sarcoma
Anche il virus del sarcoma è spesso presente. Può colpire anche altre specie, fra cui cani, conigli,e *scimmie*.

Nota 1: Questi tipi di Retrovirus producono particelle di tipo C. Particelle simili agli Oncornavirus di tipo C sono state messe in evidenza con la microscopia elettronica in cellule o nel plasma di pazienti con tumori solidi dell'uomo, come il Linfoma di Hodgkin e NON-Hodgkin, e i sarcomi.

Passaggio all'uomo: Non sappiamo se questi virus possano attecchire anche specie umana, essendo comunque dimostrato che il virus del sarcoma felino *naturale* (cioè non-OGM) colpisce anche i *primati*. Tutto ciò è comunque estremamente preoccupante alla luce dell'impiego odierno di mangimi OGM per cani e gatti domestici, creati in laboratorio spesso con impiego di Retrovirus simili, mangimi che da circa 10 anni vengono venduti anche in Europa come cibo per cani e gatti domestici, con rischio quindi, a lungo andare, di possibili "epidemie" di leucemie e di sarcomi prima nei cani domestici e nei gatti randagi e/o domestici, e quindi con possibile successivo passaggio nella specie umana, data la presenza di questi animali domestici nelle case, ed essendo comunque dimostrato che il virus del sarcoma felino *naturale* (cioè non-OGM) colpisce anche i *primati*.

Complesso E [Oncornavirus dei primati]:
Il *virus del sarcoma della scimmia lanosa* (SSV-1) induce sarcomi nelle scimmie apaline neonate;
il *virus della leucemia del gibbone* (GALV) provoca leucemia in questa specie.

Nota 1: Questi tipi di Retrovirus producono particelle di tipo C. Particelle simili agli Oncornavirus di tipo C sono state messe in evidenza con la microscopia elettronica in cellule o nel plasma di pazienti con tumori solidi dell'uomo, come il Linfoma di Hodgkin e NON-Hodgkin, e i sarcomi.

Nota 2: non è noto se Retrovirus simili sono stati impiegati per produrre piante OGM, o mangimi per animali da allevamento.

Altri Retrovirus

Virus Visna
E' un virus che determina demielinizzazione del Sistema Nervoso Centrale, con quadro clinico compatibile a quello della "sindrome della mucca pazza". Il periodo d'incubazione varia da pochi mesi a molti anni. Colpisce le pecore dell'Islanda. A causa delle notevoli somiglianze tra questo virus e i virus tumorali a RNA, è stato assegnato alla famiglia dei *Retroviridae*. Le somiglianze comprendono: montaggio e maturazione del virione per gemmazione, il diametro del virione (70-100 nm), la presenza di una DNA-polimerasi RNA-dipendente (trascrittasi inversa), di RNA 40S e 70S e di un corredo polipeptidico simile. Inoltre contiene proiezioni e aculei sulla membrana esterna, e le particelle colorate negativamente somigliano a quelle del virus del sarcoma di Rous.
Sono state anche notate strutture interne filamentose (particelle C) simili a quelle descritte per i Retrovirus del complesso aviario, murino e felino.

Nota: il virus Visna è, probabilmente, lo stesso virus del *Morbo della Mucca Pazza*, o *malattia di Kuru* o di *Creutzfeldt-Jacob*.
Durante la Seconda Guerra Mondiale, nel campo di prigionia 731 in Manciuria, i militari giapponesi fecero esperimenti di guerra batteriologica usando come cavie molti prigionieri di guerra americani e inglesi.
Da tali esperimenti, i Giapponesi acquisirono profonde conoscenze nella guerra batteriologica. Famoso, a tale riguardo, rimase il tentativo in extremis, nell'estate del 1945, di infettare le principali città della costa californiana con germi della Peste bubbonica, impiegando palloni-sonda recanti topi o ratti appositamente infettati con tale germe (di cui alcuni ceppi risultano oggi essere estremamente infettivi, diventando patogeni per l'uomo addirittura a concentrazioni minime di un solo germe, se inalato nei polmoni). Ma la guerra nel Pacifico terminò prima che l'operazione contro le città americane californiane venisse approvata e condotta.
Nel 1942, i Giapponesi avevano allestito un centro per la guerra batteriologica in Nuova Guinea, nel quale eseguirono anche esperimenti sulla tribù indigena Fore, inoculando ai suoi membri una versione triturata di cervello di pecora infettata, forse, proprio dal retrovirus Visna. Cinque anni più tardi, finita la guerra, gli indigeni locali iniziarono a sviluppare una strana malattia, che loro chiamarono "*Kuru*", che era la loro definizione dei seguenti sintomi: deperimento, tremori, perdita dell'appetito e infine morte. Le autopsie rilevarono che i cervelli si erano letteralmente trasformati in poltiglia: avevano contratto quello che sarebbe in seguito stato chiamato in Occidente come il "*morbo della mucca pazza*".
Al termine della seconda Guerra Mondiale, venne catturato il medico giapponese che era stato nominato generale medico dell'esercito giapponese affinché potesse assumere la guida del programma di guerra batteriologica. Dopo la cattura, scelse di collaborare con l'esercito degli Stati Uniti, per dimostrare tutto ciò che aveva imparato sugli stessi prigionieri di guerra americani e inglesi e anche sui membri della tribù indigena Fore, infettati, questi ultimi, proprio dal virus della pecora pazza Visna, endemico in Islanda.
Nel 1957, quando ormai la malattia aveva preso uno sviluppo quasi epidemico in Nuova Guinea, il dr. Carleton Gajdusek si recò in Nuova Guinea dove scoprì, dopo due anni di studio, la nuova malattia locale che fu chiamata ufficialmente come *malattia di Kuru.*

Il *Kuru* si caratterizza per i seguenti sintomi: rigidità, atassia cerebellare progressiva, tremori, disartria e istabilità emotiva, senza significativi segni di demenza. La lesione fondamentale a livello cellulare è la vacuolizzazione intra-citoplasmatica nell'assone e nei dendriti dei neuroni, fusione dei vacuoli, rigonfiamento e distruzione delle cellule. L'infiltrazione perivascolare di cellule mononucleate è scarsa o assente, e manca l'interessamento meningeo, la demielinizzazione primaria, la pleiocitosi liquorale, nonché alterazioni consistenti della VES, di altri valori del sangue e reazioni febbrili (in qualsiasi stadio dell'affezione).
Verso la fine degli anni 70 fu documentato un caso di trasmissione della malattia di *Creutzfeld-Jacob* da uomo a uomo, attraverso il trapianto di cornea. Il paziente presentò i sintomi della malattia di *Kuru* 18 mesi dopo il trapianto e morì successivamente. Parti del suo cervello furono prelevate al momento dell'esame autoptico, e furono conservate in soluzione fisiologica al 10% di formolo (4% di formaldeide) per 7 mesi. Una sospensione di tessuto cerebrale fu successivamente iniettata in uno scimpanzè, che mostrò i sintomi della malattia di *Creutzfeld-Jacob*, o *Kuru*. L'incapacità delle soluzioni fisiologiche al 10% di formolo, usate ordinariamente negli studi di anatomia patologica, di distruggere l'infettività del virus della malattia di *Creutzfeld Jacob* suggerisce la necessità di usare cautela nella manipolazione di questi tessuti.

HIV
E' sospettato di essere l'agente causale dell'AIDS, ma attualmente il dibattito scientifico è ancora aperto. Di recente si è prospettato per l'AIDS un altro agente causale: l'SV40 (Virus tumorale a DNA).

Questo allegato è liberamente scaricabile da :
http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/retrovirus%20%20e%20cancro.pdf

Allegato No. 6: LA LISTA UFFICIALE DEGLI OGM AUTORIZZATI

Sono 26: dodici varietà di mais, sei di colza, cinque di cotone e una di soia, una biomassa e una crema a base di lievito.
In seguito alla recente importazione illegale in Francia e in Spagna di mais Bt10 geneticamente modificato proveniente dagli Stati Uniti, la Commissione europea ha pubblicato un elenco dei 26 prodotti biotecnologici, il cui impiego è stato autorizzato nei 25 Stati membri.
I prodotti elencati comprendono dodici varietà di mais, sei varietà di colza, cinque di cotone e una di semi di soia, una biomassa e una crema a base di lievito.
L'elenco in questione è stato elaborato nell'intento di chiarire la confusione generatasi a seguito dei recenti eventi.
”Questo registro è un importante strumento per definire lo status giuridico degli OGM la cui vendita nell'UE era consentita prima che l'attuale legislazione entrasse in vigore nell'aprile 2004", spiega Markos Kyprianou, Commissario europeo responsabile di Salute e tutela dei consumatori.
"Il registro chiarisce quali prodotti possono essere venduti legalmente nell'UE, anche se in realtà molti al momento non sono presenti sul mercato".
I 26 prodotti erano autorizzati nel quadro della precedente normativa comunitaria o non richiedevano autorizzazione nel momento in cui venivano immessi sul mercato.
Poiché non erano soggetti alla nuova e rigida legislazione entrata in vigore nell'aprile 2004, che prevede un'approfondita procedura di autorizzazione e una valutazione scientifica della sicurezza da parte della Autorità europea per la sicurezza alimentare (AESA), la Commissione e il Centro comune di ricerca (CCR) hanno esaminato i prodotti prima che venissero aggiunti, con tutte le informazioni necessarie, alla sezione specifica del registro comunitario degli alimenti e dei mangimi geneticamente modificati.
Una volta inserito ufficialmente nel registro biotecnologico comunitario, le imprese che vendono il prodotto autorizzato possono continuare a farlo per un periodo che varia dai tre ai nove anni, scaduto il quale dovranno presentare alla Commissione europea una nuova domanda di autorizzazione.

Notification of existing products, entered in the Community Register of GM food and feed.

Transformation event	Notifier	Date of notification	Designation	Unique ID	More info...
MON810	Monsanto Services International S.A./N.V.	12.07.2004	Insect-protected maize line MON 810	MON-ØØ81Ø-6	
MON863	Monsanto Services International S.A./N.V.	12.07.2004	Rootworm resistant maize MON 863 generated by transformation of *Zea mays*	MON-ØØ863-5	
MON40-3-2	Monsanto Services International S.A./N.V.	13.07.2004	Glyphosate-tolerant soyabean 40-3-2	MON-Ø4Ø32-6	
NK603	Monsanto Services International S.A./N.V.	14.07.2004	Glyphosate tolerant NK 603 maize	MON-ØØ6Ø3-6	
NK603 x MON810	Monsanto Services International S.A./N.V.	15.07.2004	Hybrid maize NK603 X MON810 tolerant to glyphosate (NK603) and resistant to lepidopteran larvae of *Sesamia* spp. and *Ostrinia nubialis* (MON810)	MON-ØØ6Ø3-6 x MON-ØØ81Ø-6	
DAS1507	Pioneer Overseas Corporation	19.08.2004	Maize line 1507, with resistance to the European corn borer and certain other lepidopteran pests and with tolerance to the herbicide glufosinate-ammonium	DAS-Ø15Ø7-1	
GT73	Monsanto Services International S.A./N.V.	31.08.2004	Oilseed rape (*Brassica napus L.*), with tolerance to the herbicide glyphosate	MON-ØØØ73-7	
MON531	Monsanto Services International S.A./N.V.	23.09.2004	Cotton (*Gossypium hirsutum*) cultivar Coker 312, transformed using plasmid PV-GHBK04 to be provided with insect resistance trait	MON-ØØ531-6	
MON1445	Monsanto Services International S.A./N.V.	23.09.2004	Cotton (*Gossypium hirsutum*) cultivar Coker 312 , transformed using plasmid PV-GHGT07 to be provided with the resistance to glyphosate trait	MON-Ø1445-2	
T25	Bayer CropScience GmbH	01.10.2004	Maize (*Zea mays L.*) with increased glufosinate ammonium tolerance	ACS-ZMØØ3-2	
MON531 x MON1445	Monsanto Services International S.A./N.V.	04.10.2004	Cotton hybrid MON531 x MON 1445 is produced to combine insect resistance trait (MON 531) with resistance to glyphosate trait (MON 1445).	MON-ØØ531-6 x MON-Ø1445-2	
GA21	Monsanto Services International S.A./N.V.	04.10.2004	Maize (*Zea maize* L.) line GA21 with increased tolerance to the herbicide glyphosate	MON-ØØØ21-9	
Bt11	Syngenta Crop Protection AG	04.10.2004	Maize line Bt11	SYN-BTØ11-1	

Bt176	Syngenta Crop Protection AG	04.10.2004	Maize line (*Zea mays L.*) with the combined modification for insecticide properties conferred by the Bt-endotoxin gene and increased tolerance to the herbicide glufosinate ammonium	SYN-EV176-9	
MS8/RF3	Bayer CropScience GmbH	05.10.2004	Hybrid swede-rape (*Brassica napus L. oleifera Metzg.*) derived from crosses using: (a) the progeny of the male sterile swede-rape line MS8 (b) the progeny of the fertility restoration swede-rape line RF3	ACS-BNØØ5-8 ACS-BNØØ3-6 ACS-BNØØ5-8 x ACS-BNØØ3-6	
GA21 x MON810	Monsanto Services International S.A./N.V.	06.10.2004	Hybrid maize GA21 x MON 810 produced to combine insect-protection (MON810) and increased tolerance to the herbicide glyphosate (GA21)	MON-ØØØ21-9 x MON-ØØ81Ø-6	
MS1/RF1	Bayer CropScience GmbH	07.10.2004	Hybrid swede-rape (*Brassica napus L. oleifera Metzg.*) derived from crosses using: (a) the progeny of the male sterile swede-rape line MS1 (B91-4) cultivar Drakkar (b) the progeny of the fertility restoration swede-rape line RF1 (B93-101) cultivar Drakkar	ACS-BNØØ4-7 ACS-BNØØ1-4 ACS-BNØØ4-7 x ACS-BNØØ1-4	
MS1/ RF2	Bayer CropScience GmbH	08.10.2004	Hybrid swede-rape (*Brassica napus L. oleifera Metzg.*) derived from crosses using: (a) the progeny of the male sterile swede-rape line MS1 (B91-4) cultivar Drakkar (b) the progeny of the fertility restoration swede-rape line RF2 (B94-2) cultivar Drakkar	ACS-BNØØ4-7 ACS-BNØØ2-5 ACS-BNØØ4-7 x ACS-BNØØ2-5	
MON863 x MON810	Monsanto Services International S.A./N.V.	11.10.2004	Maize hybrid MON863 x MON810 produced by conventional breeding to combine the rootworm resistance trait in MON 863 with the lepidopteran insect resistance trait present in GM maize, MON 810	MON-ØØ863-5 x MON-ØØ81Ø-6	
TOPAS 19/2	Bayer CropScience GmbH	11.10.2004	Canola (*Brassica napus L. spp. oleifera*) derived from crosses between non-genetically modified swede rape and a line resulting from transformation event Topas 19/2	ACS-BNØØ7-1	
pMT742	NOVO Nordisk A/S	12.10.2004	NOVO Yeast Cream is a product produced from genetically modified yeast strains (*Saccharomyces cerevisiae*) cultivated on substrates of vegetable origin	…	
T45	Bayer CropScience GmbH	13.10.2004	Oilseed rape transformation event T45 modified to be tolerant to the non-selective herbicide Liberty®	ACS-BNØØ8-2	
MON863 x MON603	Monsanto Services International S.A./N.V.	13.10.2004	Hybrid maize MON863 x NK603 produced by conventional breeding to combine the rootworm resistance trait in MON 863 and glyphosate resistance trait in NK603	MON-ØØ863-5 x MON-ØØ6Ø3-6	
MON15985	Monsanto Services International S.A./N.V.	14.10.2004	Insect-protected cotton containing event 15985 was developed from cotton line 531	MON-15985-7	
MON15985 x MON1445	Monsanto Services International S.A./N.V.	14.10.2004	Cotton hybrid MON15985 x MON1445 is produced to combine insect resistance trait (MON 15985) with resistance to glyphosate trait (MON 1445).	MON-15985-7 x MON-Ø1445-2	
pCABL	Ajinomoto Eurolysine SAS	18.10.2004	Bacterial protein, by-product from the production by fermentation of L-Lysine HCl obtained from *(Brevibacterium lactofermentum)* the recovered killed microorganisms	…	

Allegato No.7: OGM : articolo di *Vandana Shiva*

Sono stata di recente a Bhatinda in Punjab per via di una epidemia di suicidi tra i contadini. Il Punjab è sempre stata tra le regioni agricole più fiorenti dell'India. Oggi i contadini sono indebitati e disperati. Ampie distese di territorio sono diventate desertiche. E, come fa notare un vecchio contadino, persino gli alberi hanno smesso di dare frutti perché l'eccessivo uso di insetticidi ha eliminato gli impollinatori – api e farfalle.

Il Punjab non è il solo ad aver sperimentato questo disastro ecologico e sociale. L'anno scorso sono stata a Warangal, nell' Andhra Pradesh, dove altri contadini si sono suicidati. Agricoltori che coltivavano tradizionalmente legumi, miglio e riso sono stati convinti dalle società venditrici di sementi a comprare semi ibridi di cotone proposti come "oro bianco", che avrebbero dovuto renderli milionari. Invece sono diventati poveri.

I semi indigeni sono stati soppiantati dai nuovi ibridi che non possono essere riprodotti e devono essere acquistati ogni anno a costi elevati. Gli ibridi sono anche molto vulnerabili agli attacchi degli insetti nocivi. A Warangal la spesa per gli insetticidi è cresciuta del 2000% passando da 2,5 milioni di dollari nel 1980 a 50 milioni di dollari nel 1997. Adesso i contadini usano gli stessi insetticidi per uccidere se stessi così da poter sfuggire per sempre da enormi debiti. Le industrie stanno ora cercando di introdurre semi geneticamente modificati, che aumenteranno ulteriormente i costi e i rischi ecologici. Ecco perché dei contadini, come Malla Reddy della *Andhra Pradesh Farmers' Union*, hanno sradicato in Warangal il cotone *Bollgard* geneticamente modificato della Monsanto.

Il 27 marzo, il venticinquenne Betavati Ratan si è tolto la vita perché non poteva restituire un debito contratto per far trivellare un pozzo profondo nella sua azienda di due acri. I pozzi sono adesso asciutti, come lo sono in Gujarat e Rajasthan dove oltre 50 milioni di persone fronteggiano una grave penuria di acqua.

La siccità non è una "calamità naturale". E' provocata dall'uomo. E' il risultato dell'estrazione dell'acqua in terreni già scarsi in regioni aride per coltivare prodotti da esportazione pagati in contanti, che richiedono molta acqua, invece di prodotti meno esigenti in acqua che sarebbero in grado di soddisfare i bisogni locali.

Sono queste esperienze che mi hanno fatto riflettere sul fatto che siamo in errore ad essere accomodanti nei confronti della nuova economia globale. E' ora di fermarsi e riflettere sull'impatto della globalizzazione nella vita della gente comune.
E' essenziale se vogliamo mantenere la capacità di sopravvivere.

Le dimostrazioni a Seattle e le proteste contro l'Organizzazione Mondiale del Commercio (WTO) dell'anno scorso obbligano tutti noi a rifletterci ancora. Per quanto mi riguarda è tempo adesso di ripensare radicalmente ciò che stiamo facendo. Quello che stiamo facendo verso i poveri in nome della globalizzazione è crudele ed imperdonabile. In particolare questo è evidente in India dove assistiamo a disastri in pieno svolgimento provocati dalla globalizzazione soprattutto nei cibi e in agricoltura.

Chi sfama il mondo? La mia risposta è molto diversa da quella data dalla maggioranza della gente. Ci sono donne e piccoli contadini che lavorano con la biodiversità, che sono i principali fornitori di cibo nel Terzo Mondo e, contrariamente all'opinione dominante, la loro biodiversità basata sul sistema di piccole aziende è molto più produttiva delle monocolture industriali.

La ricca varietà e l'organizzazione sostenibile della produzione di cibo sono stati distrutti in nome dell'incremento produttivo di cibo. Peraltro, con la distruzione della diversità, fertili risorse dell'alimentazione sono andate perdute. Quando vengono valutate in termini di prodotto per acro, e dalla prospettiva della biodiversità, le così dette "ottime rese" dell'agricoltura industriale non implicano maggior produzione di cibo e alimentazione.

La resa in genere si riferisce alla produzione per area unitaria di un'unica coltura. La quantità prodotta si riferisce invece alla produzione totale di diversi raccolti e prodotti. Seminare solo una coltura su tutta la superficie quale monocoltura incrementerà, naturalmente, la sua resa individuale. Seminare più colture mescolate porta ad avere una bassa resa della singola coltura, ma una grande quantità totale di cibo prodotto. Misurando il raccolto solo con il criterio della resa – e non calcolando l'effettiva quantità prodotta - si fa scomparire la produzione dei delle piccole aziende, dei singoli contadini.

Tutto questo nasconde la produzione di milioni di donne contadine nel Terzo Mondo – contadine come quelle del mio nativo Himalaya che combatterono contro il taglio di alberi nel movimento Chipko, che nei loro campi terrazzati coltivano diverse varietà di miglio, di legumi (piselli, soia, lenticchie), di riso. Vista con la prospettiva della biodiversità, la produttività basata sulla biodiversità è superiore alla produttività della monocoltura. Questa cecità nei

confronti della diversità si può definire come una “Monocoltura della mente”, che a sua volta crea la monocoltura nei nostri campi.

I contadini Maya nel Chiapas sono definiti non produttivi perché producono solo due tonnellate di grano per acro. Peraltro, la quantità totale di cibo prodotto è di venti tonnellate per acro quando la diversità dei loro piselli e zucche, delle loro verdure e dei loro alberi da frutta è valutata nel conteggio. A Java, piccoli contadini coltivano 607 specie nel loro giardino di casa. Nell’Africa sub-sahariana, ci sono donne che coltivano quasi 120 piante diverse nello spazio lasciato a lato delle colture da reddito, e questa è la principale risorsa di garanzia del cibo domestico. Un solo giardino casalingo in Thailandia ha più di 230 specie, e i giardini delle case africane ospitano più di sessanta specie di alberi. Uno studio fatto nell’est della Nigeria ha messo in evidenza che i giardini delle case - che occupano solo il 2% di superficie dell’ azienda familiare - rendono la metà del raccolto totale. Nello stesso modo, si valuta che gli orti familiari in Indonesia provvedano a più del 20% delle entrate domestiche e forniscano il 40% del cibo familiare. Ricerche fatte dalla FAO dimostrano che aziende che coltivano una varietà di specie possono produrre migliaia di volte più cibo di vaste monocolture industriali.

La diversità è anche la strategia migliore per prevenire siccità e desertificazione.

Ciò che è necessario al mondo per nutrire in modo sostenibile una popolazione crescente è l’incremento della biodiversità, non l’aumento della chimica o l’ingegneria genetica. Mentre donne e piccoli contadini cibano il mondo con la biodiversità, noi continuiamo a ripeterci che senza ingegneria genetica e globalizzazione dell’agricoltura il mondo si ridurrà alla fame. A dispetto dell’evidenza empirica che ci mostra che l’ingegneria genetica non produce più cibo – anzi - spesso porta all’abbandono dei campi, questa è continuamente proposta quale unica alternativa valida per cibare gli affamati.

Questo è il motivo per il quale io mi chiedo: chi sfama il mondo?

Questa deliberata cecità nei confronti della biodiversità, cecità verso i prodotti della natura, prodotti dalle donne, prodotti dai contadini del Terzo mondo, permette la distruzione e l’appropriazione della programmazione della creazione.
Prendiamo il caso del tanto decantato “golden rice” il riso geneticamente modificato nel combattere la deficienza di vitamina A quale cura per la cecità. E’ dato per scontato che senza ingegneria genetica non possiamo eliminare la carenza di vitamina A. Peraltro, la natura ci offre abbondanti e diverse risorse di vitamina A. Se non venisse lavorato, il riso stesso sarebbe una fonte di vitamina A. Se gli erbicidi non fossero sparsi sui nostri campi di grano, noi potremmo raccogliere bathua, amaranto, foglie di senape: verdure squisite e nutrienti, ricche di questa vitamina. Le donne in Bengala utilizzano come verdura più di 150 piante. Ma il mito della creazione indica i biotecnologi quali creatori della vitamina A, negando i diversi doni di natura e la conoscenza delle donne su come utilizzare questa diversità per nutrire i propri figli e la famiglia.

Il mezzo più efficace per attuare la distruzione della natura, delle economie locali e dei piccoli produttori autonomi è rendere le loro produzioni invisibili. Le donne che producono per la loro famiglia e per la comunità sono considerate come “non-produttive” e “economicamente inattive”. La svalutazione del lavoro delle donne, e del lavoro fatto in economie sostenibili, è l’ovvio risultato di un sistema costruito da un capitalismo patriarcale. Questo è il motivo per cui la globalizzazione distrugge le economie locali e la distruzione stessa è ritenuta una crescita.

E le donne stesse sono sminuite, perché molte di esse nelle comunità rurali e indigene con il loro lavoro cooperano con i processi della natura, trovandosi spesso in contraddizione con il dominante “sviluppo” indirizzato dal mercato e dai traffici politici: il lavoro che soddisfa i bisogni e assicura sussistenza è svalutato in generale. Ci sono meno supporti alla vita e sistemi per garantire la sopravvivenza.

La svalutazione e l’invisibilità delle produzioni sostenibili e in grado di riprodursi è più palese nel settore alimentare. Mentre la divisione patriarcale del lavoro aveva assegnato alle donne il ruolo di provvedere al cibo per le proprie famiglie e comunità, l’economia patriarcale e la visione scientifica e tecnologica fanno scomparire magicamente il lavoro delle donne per la produzione di cibo. “Nutrire il mondo” si distacca dalle donne che a tutti gli effetti lo fanno, e viene associato al commercio agricolo globale e dalle ditte biotecnologiche.

L’industrializzazione e l’ingegneria genetica del cibo e la globalizzazione dei commerci in agricoltura sono ricette per creare affamati, non per nutrire i poveri. Dappertutto, la produzione di cibo diventa un’economia negativa, con i contadini che spendono più per acquistare i mezzi per produzioni industriali di quanto incassano per i loro prodotti. Le conseguenze sono debiti in crescita ed epidemie di suicidi sia nei paesi ricchi che in quelli poveri.

La globalizzazione economica ci sta portando a una concentrazione di aziende sementiere, a un incremento nell’utilizzo dei fitofarmaci, e, in ultimo, a un aumento del debito. Capitale concentrato e agricoltura controllata dalle industrie si

stanno diffondendo in paesi dove i contadini sono poveri ma, finora, sono stati autosufficienti per il cibo. In paesi dove l'agricoltura industriale è stata introdotta attraverso la globalizzazione, i costi più alti hanno reso praticamente impossibile sopravvivere ai piccoli agricoltori.

La globalizzazione dell'agricoltura industriale non sostenibile sta dissolvendo le entrate dei contadini del Terzo Mondo attraverso la combinazione di svalutazione della moneta, aumento dei costi di produzione e crollo dei prezzi delle merci. I contadini dovunque sono pagati una frazione di quanto hanno ricevuto per la stessa merce un decennio fa.
Negli USA, il prezzo del grano è crollato da 5,75 a 2,43 $, il prezzo della soia è sceso da 8,40 a 4,29 $, e il prezzo del mais è passato da 4,43 a 1,72 $ per staio [uno staio equivale a circa 7 quintali, n.d.T.]. In India, dal 1999 al 2000, i prezzi del caffè sono crollati da 60 a 18 Rupie al Kg. e i prezzi dei semi oleosi sono scesi di oltre il 30%. Quest'anno la canadese *National Farmers' Union* lo ha così puntualizzato in un rapporto al Senato:

"Mentre gli agricoltori che coltivano cereali - grano, orzo, mais – hanno un reddito negativo e sono spinti a chiudere per bancarotta, le industrie che fanno cereali per la colazione raggiungono enormi profitti. Nel 1998, le ditte di cereali *Kellogg's*, *Quaker Oats* e *General Mills* hanno goduto di un aumento del tasso di rendimento rispettivamente del 56%, 165% e 222%. Mentre uno staio di mais era venduto a meno di 4 dollari, uno staio di *corn flakes* era commercializzato a 133 dollari. Nel 1998, le industrie di cereali incassavano utili da 186 a 740 volte più delle aziende agricole. Può darsi che i contadini stiano facendo troppo poco in quanto gli altri stanno ottenendo troppo".

E un rapporto della Banca Mondiale ha riconosciuto che "*dietro alla polarizzazione dei prezzi al consumo e dei prezzi mondiali c'è la presenza di grandi aziende commerciali nei mercati internazionali delle merci*".

Mentre i contadini guadagnano di meno, i consumatori, soprattutto nei paesi poveri, spendono di più. In India i prezzi per il cibo sono raddoppiati tra il 1999 e il 2000, e il consumo di cereali come cibo è crollato del 12% nelle zone rurali, accrescendo la privazione di cibo per coloro che già erano malnutriti, accrescendo il tasso di mortalità. L'aumento della crescita economica attraverso il commercio globale è basato su false eccedenze. E' commercializzato più cibo mentre i poveri stanno consumando di meno. Mentre la crescita aumenta la povertà, quando le produzioni reali diventano un'economia negativa, e gli speculatori sono definiti "creatori di ricchezza", qualcosa non ha funzionato tra i concetti e le categorie di ricchezza e la creazione di ricchezza. Portare la reale produzione della natura e della gente all'economia negativa implica che la produzione di beni reali e servizi è in declino, e si crea una maggior povertà per i milioni di persone che non fanno parte del percorso verso la creazione immediata di ricchezza.

Le donne - come ho detto – sono i principali produttori di nutrimento e elaboratrici di cibo nel mondo. Comunque, il loro lavoro nella produzione e nella elaborazione adesso è diventato invisibile.

In accordo con la società *McKinsey*, "i giganti del cibo americano riconoscono che il commercio agricolo indiano ha poche possibilità di crescita, soprattutto nella lavorazione degli alimenti. L'India lavora un minuscolo 1% del cibo che coltiva rispetto al 70% degli USA, Brasile e Filippine". Non è che noi indiani mangiamo il nostro cibo grezzo. I consulenti globali dimenticano di rilevare il 99% dell'elaborazione di cibo effettuata dalle donne a livello casalingo, o da piccole industrie artigianali, perchè non controllati dal commercio agricolo globale. Il 99% dell'elaborazione dei prodotti agricoli è stata intenzionalmente mantenuta ad un livello familiare.

Ora, sotto la pressione della globalizzazione, le cose stanno cambiando. Fasulle leggi sull'igiene, che smantellano l'economia del cibo basata su processi di lavorazione locali su piccola scala sotto il controllo della comunità, sono parte dell'arsenale del commercio agricolo globale per instaurare il mercato dei monopoli attraverso la forza e la coercizione, non la competizione.

Nell'agosto del 1998, la lavorazione su piccola scala di olio commestibile è stata messa al bando in India attraverso una "legge di inscatolamento" che ha messo fuori legge la vendita di olio sfuso e impone che l'olio sia confezionato nella plastica o nell'alluminio. Questo ha obbligato alla chiusura piccolissimi "ghanis" o mulini. Ha smantellato il mercato dei nostri vari semi da olio – senape, lino, sesamo, arachidi e cocco.

L'impadronirsi dell'olio commestibile da parte dell'industria ha danneggiato 10 milioni di esistenze. La recenti decisioni che impongono che la farina venga venduta impacchettata da parte di marchi di fabbrica costerà 100 milioni di vite. Tutti questi milioni di persone saranno spinti verso la nuova povertà.

L'obbligo del confezionamento aumenterà il carico sull'ambiente di milioni di tonnellate di plastica e alluminio. La globalizzazione del sistema del cibo sta distruggendo la diversità delle culture dei cibi locali e le locali economie del cibo. Una monocoltura globale sta forzando la gente a pensare che tutto ciò che è fresco, locale, fatto a mano è un rischio per la salute. Le mani umane sono state definite il peggior contaminante, e il lavoro per le mani dell'uomo sta diventando fuorilegge, per essere rimpiazzato dalle macchine e dalla chimica acquistati dalle industrie globali. Questi

non sono concepiti per sfamare il mondo, ma per rubare sostentamento ai poveri, per creare mercati per i potenti. Le persone sono considerate parassiti, da essere falcidiati per la "salute" dell'economia globale. Nel processo nuovi rischi ecologici e sanitari sono stati imposti alla gente del Terzo Mondo buttando su di loro – come pattumiera - cibi geneticamente modificati e altri prodotti rischiosi.

Recentemente, a causa di una decisione del WTO, l'India è stata obbligata ad abolire le restrizioni a qualsiasi importazione. Tra i prodotti ammessi all'importazione ci sono carcasse e parti di animali di scarto che sono una minaccia per la nostra cultura e portano rischi per la salute pubblica, come la malattia della mucca pazza.

Il *Center for Desease and Prevention* (CDS) di Atlanta negli USA ha calcolato che si verificano quasi 81 milioni di casi all'anno di malattie causate dal cibo. I morti causati da intossicazioni alimentari sono più che quadruplicati a causa della liberalizzazione degli scambi, passando da 2000 nel 1984 a 9000 nel 1994. Molte di queste infezioni sono state causate da carne allevata in aziende agricole-industriali. Negli USA ogni anno vengono macellati 93 milioni di maiali, 37 milioni di bovini adulti, 2 milioni di vitelli, 6 milioni di cavalli, capre e pecore e 8 miliardi di polli e tacchini. Adesso i giganti dell'industria della carne degli USA vogliono usare l'India come discarica per la carne contaminata prodotta con metodi violenti e crudeli.

Lo scarto dei ricchi è smaltito a spese dei poveri. La ricchezza dei poveri è sottratta con violenza attraverso nuovi e astuti mezzi quali il brevetto della biodiversità e la conoscenza indigena.

Si suppone che i brevetti e i diritti sulla proprietà intellettuale vengano rilasciati per nuove invenzioni. In realtà, invece, sono stati richiesti brevetti per varietà di riso come il basmati per il quale la *Doon Valley* - dove sono nata – è famoso, oppure per insetticidi derivati dal Neem [un albero molto diffuso in tutta l'India, di cui tradizionalmente vengono utilizzate foglie, frutti, linfa per le proprietà insetticide e disinfettanti, n.d.T] che le nostre madri e le nostre nonne hanno sempre usato. La *Rice Tec*, una industria di origine USA, ha ottenuto il brevetto n° 5.663.484 per delle varietà di riso basmati e dei frumenti.

Il riso "Basmati", il Neem, il Pepe, le Zucche amare, la Curcuma ... tutti gli aspetti di novità espressi dal nostro cibo indigeno e dal nostro apparato medico sono ora derubati e brevettati. La conoscenza dei poveri è trasformata in proprietà delle grandi industrie globali, e si arriva al punto in cui i poveri dovranno pagare per semi e medicine che essi stessi hanno elaborato e hanno utilizzato per sopperire alle loro necessità di cibo e cure mediche.

Tali falsi proclami di creazioni sono adesso la regola globale, con il *Trade Related Intellectual Property Rights Agreement* del WTO che obbliga i Paesi ad introdurre regimi che concedano brevetti per forme di vita e conoscenze indigene.
Invece di riconoscere che i vantaggi commerciali sono costruiti dalla natura e dal contributo di altre culture, la legge globale ha custodito gelosamente il mito patriarcale della creazione per inventare nuove proprietà sul diritto alle forme della vita proprio come il colonialismo utilizzava il mito della scoperta quale motivazione dell'assorbimento delle terre di altri come colonie.

Gli esseri umani non creano la vita quando la manipolano. La rivendicazione del *Rice Tec* di aver fatto "un'invenzione repentina di una nuova varietà di riso", o la notizia del *Roslin Institute* che Ian Wilmut "ha creato" Dolly rinnega la creatività della natura, la capacità di auto-organizzazione delle forme di vita, e le precedenti innovazione delle genti del Terzo Mondo.

I brevetti e la proprietà intellettuale sono preposti alla prevenzione della pirateria. Invece stanno diventando gli strumenti di rapina delle conoscenze tradizionali comuni del Terzo Mondo e le fanno diventare "proprietà" esclusiva di aziende e scienziati dell'Ovest.

Quando i brevetti sono concessi per semi e piante, come nel caso del riso "Basmati", il furto è definito creazione, e mettere in serbo e spartire i semi è definito furto della proprietà intellettuale. Ditte che hanno brevetti completi di raccolti quali cotone, soia e senape perseguono i contadini che serbano il seme e assumono agenzie di investigatori per scoprire dove gli agricoltori hanno messo il seme o se li hanno condivisi con i vicini.

Il recente annuncio che la *Monsanto* ha messo a disposizione gratis il genoma del riso è ingannevole: la Monsanto non ha preso l'impegno di bloccare la richiesta di brevetti delle varietà di riso o di altre colture.

La condivisione e lo scambio, le basi della nostra umanità e della nostra sopravvivenza ecologica, sono state ribattezzate come un crimine.
Questo rende tutti noi più poveri.

La natura ci ha dato l'abbondanza. La conoscenza delle donne indigene in biodiversità, agricoltura e alimentazione ha

basato su questa ricchezza la creazione di tanto dal poco, di crescita attraverso la condivisione. I poveri sono spinti verso una maggior povertà dal fatto che devono pagare per ciò che erano le loro risorse e la loro conoscenza. Anche i ricchi sono più poveri poiché i loro profitti sono basati sul furto e sull'uso della coercizione e della violenza. Questa non è creazione di ricchezza ma saccheggio.

La sostenibilità richiede la protezione di tutte le specie e di tutte le genti e il riconoscimento che specie differenti e genti differenti giocano un ruolo essenziale nel mantenimento degli ecosistemi e dei processi ecologici. Gli impollinatori sono fondamentali per la fertilità e lo sviluppo delle piante. La biodiversità nei campi fornisce ortaggi, mangime, medicine e protezione al suolo dall'acqua e dell'erosione eolica.

Tanto più l'umanità continua sulla strada della non sostenibilità, quanto più diventa intollerante verso le altre specie e cieca verso il loro ruolo fondamentale per la nostra sopravvivenza.

Nel 1992, quando i contadini indiani distrussero le piante da seme della *Cargill* in Bellary, Karnataka, per protesta contro la mancanza di semi, il direttore generale della *Cargill* affermò :"Noi forniamo i contadini di tecnologie intelligenti che impediscono alle api di appropriarsi del polline". Quando partecipai alla *Biosafety Negotiations* delle Nazioni Unite, la Monsanto faceva girare delle pubblicazioni per difendere i suoi raccolti resistenti all'erbicida *Roundup* in cui c'era scritto che impediscono "alle malerbe di rubare la luce del sole". Però ciò che la Monsanto chiama malerbe sono i campi verdi che procurano la vitamina A al riso e prevengono la cecità nei bambini e l'anemia nelle donne.
Una visione del mondo che definisce l'impollinazione come "furto delle api" e asserisce che la biodiversità "ruba" la luce del sole è una visione del mondo che mira essa stessa a rapinare i raccolti della natura sostituendo varietà impollinate e aperte con ibridi e semi sterili, e a distruggere la biodiversità della flora con erbicidi quali il *Roundup* della Monsanto. La minaccia rivolta alla farfalla Monarca dalle colture modificate geneticamente è solo uno degli esempi della povertà ecologica creata dalle nuove biotecnologie. Quando farfalle e api scompaiono, la produzione è compromessa. Come sparisce la biodiversità, con lei se ne vanno le fonti di nutrimento e di cibo. Quando le più grandi industrie vedono i piccoli contadini e le api come ladri, e attraverso lo sviluppo dei commerci e le nuove tecnologie cercano la ragione per eliminarli, l'umanità ha raggiunto una soglia pericolosa. L'imperativo di eliminare gli insetti più piccoli, le piante più piccole, i contadini più piccoli arriva da una profonda paura – la paura di tutto ciò che è vivente e libero. E questa profonda insicurezza e timore portano a esprimere violenza contro tutta la gente e tutte le specie.

L'economia del libero commercio globale è diventata una minaccia alla sostenibilità. La sopravvivenza dei poveri e delle altre specie è in gioco non solo come effetto collaterale o come un'eccezione ma in modo sistematico attraverso una riorganizzazione della nostra visione del mondo al più basilare livello. La sostenibilità, la condivisione e la sopravvivenza sono economicamente banditi in nome della competitività e dell'efficienza del mercato. Abbiamo urgente bisogno di riportare alla ribalta il pianeta e la gente. Il mondo può essere nutrito solo nutrendo tutti gli esseri che costituiscono il mondo.

Nel dare cibo agli altri e alle altre specie manteniamo le condizioni di garanzia della nostra stessa alimentazione. Cibando i lombrichi cibiamo noi stessi. Nutrire le vacche è nutrire il terreno: procurando cibo al suolo provvediamo alla nutrizione per gli esseri umani. Questa visione del mondo di ricchezza si fonda sulla condivisione e sulla profonda consapevolezza degli esseri umani quali membri della famiglia della terra. Questa consapevolezza che depauperando gli altri esseri, impoveriamo noi stessi e nutrendo gli altri viventi, nutriamo noi stessi è la base della sostenibilità. La sfida per la sostenibilità nel nuovo millennio è se l'uomo globale economico è in grado di abbandonare la visione del mondo basata sul timore e la scarsità, sulle monocolture e i monopoli, sul furto e sulla spogliazione per assumere una prospettiva fondata sull'abbondanza e la condivisione, sulla diversità e il decentramento, e il rispetto e la dignità per tutti i viventi.

La sostenibilità ci chiede di uscire dalla trappola economica che non lascia spazio alle altre specie e alla maggioranza degli uomini. La globalizzazione economica è diventata una guerra contro la natura ed i poveri. Ma le leggi della globalizzazione non sono divine. Possono essere cambiate. Dobbiamo far cessare questa guerra. In seguito a Seattle, una espressione sovente usata è la necessità di un sistema basato su regole. La globalizzazione è legge del commercio e ha posto *Wall Street* quale unica fonte di valore, e come risultato le cose che dovrebbero avere maggior valore - la natura, la cultura, il futuro – sono state svalutate e distrutte. Le regole della globalizzazione minano le leggi di giustizia e sostenibilità, di pietà e di condivisione. Dobbiamo spostarci da un totalitarismo di mercato a una democrazia della terra.

Possiamo sopravvivere come specie solo se viviamo in armonia con le leggi della biosfera. La biosfera è sufficiente per le necessità di tutti se l'economia globale rispetta i limiti posti dalla sostenibilità e dalla giustizia. Come ci ricorda Gandhi "*La Terra è sufficiente per i bisogni di tutti, non per l'avidità di qualcuno*".

ALLEGATO 8:

Comitato Promotore delle leggi popolari su Sovranità Alimentare e OGM

Ufficio stampa - uffstampa@altragricoltura.info

Roma, 20/7/07

COMUNICATO STAMPA

PRONTI ALLA RACCOLTA DELLE FIRME

DEPOSITATE IN CASSAZIONE LA LEGGE POPOLARE CHE INDICE IL REFERENDUM SUGLI OGM E QUELLA PER LA SOVRANITA´ ALIMENTARE

A TUTELA DEI DIRITTI DEI CONTADINI E DEI CONSUMATORI DA SETTEMBRE I CITTADINI ITALIANI POTRANNO,

CON DUE FIRME, DIRE:

NO AGLI OGM DELLE MULTINAZIONALI NEL CIBO

SI ALLA SOVRANITA´ ALIMENTARE CHE TUTELA GLI INTERESSI

DI CONTADINI E CONSUMATORI

Il 20 luglio 2007, presso la Corte di Cassazione sono state depositate due leggi di iniziativa popolare da parte del Comitato promotore.

Il comitato è stato promosso dai contadini di Altragricoltura Foro Contadino che ieri erano presenti a Roma da diverse regioni italiane del Nord del Centro e del Sud per firmare il deposito degli atti, e da altre associazioni e movimenti.

Fra i firmatari il deposito delle leggi, **Gianni Cavinato** (Associazione Consumatori Utenti), **Fabrizia Pratesi de Ferrariis** (Equivita) e **Enrico Lucconi** (particolarmente attivo con altri nella stesura della legge che indice il referendum sugli OGM).

Con la **Legge per la Sovranità Alimentare** i contadini e i loro alleati indicano alle istituzioni la strada per uscire dalla pesantissima crisi che sta investendo le campagne italiane. Nella legge si propone alle istituzioni di assumere i principi della sovranità alimentare come una delle chiavi possibili con cui affrontare il rilancio dell´agricoltura italiana, mettendo al centro gli interessi di chi lavora la terra e di chi consuma il cibo. La Legge per la Sovranità Alimentare, oltre che indicare principi, punta a realizzare spazi di partecipazione democratica con le Consulte per la Sovranità Alimentare e strumenti operativi nuovi come quelli contro il dumping, per promuovere il ciclo corto o l´Agenzia per la gestione dei beni comuni e le risorse naturali in agricoltura.

La Legge che istituisce il **Referendum sugli OGM**, realizza il primo degli obiettivi della partecipazione democratica: quello di permettere ai cittadini con il voto di decidere sull´introduzione degli ogm in Italia. La normativa europea prevede la consultazione popolare prima che gli ogm, sia pure nella forma della coesistenza, vengano definitivamente liberalizzati nella produzione. E´ arrivato il momento che il parlamento italiano, in ottemperanza al dettato normativo del legislatore europeo, convochi, con apposita legge, il referendum perché su questo tema così delicato i cittadini possano esprimersi per far valere i loro interessi contro le pressioni delle lobbies nazionali e internazionali del transgenico.

Al deposito delle leggi si è arrivati dopo un lungo percorso di confronto e discussione che ha coinvolto molte realtà contadine di base impegnate in vertenze, mobilitazioni e pratiche di economia etica oltre che realtà del consumo critico, dell´ambientalismo, del mondo accademico e delle istituzioni.

A partire da Settembre si avvierà la campagna di raccolta delle firme che punta fin d´ora a realizzare il più ampio risultato intervenendo per sei mesi in una vasta azione di sollecitazione della società. Il Comitato Promotore sta organizzando la rete territoriale e gli strumenti organizzativi di coordinamento perché la campagna di raccolta delle firma veda il protagonismo diffuso ed ampio di tutte le esperienze locali e di base, nel convincimento che la società italiana sia matura per rivendicare il diritto a scegliere su questioni così delicate.

Prossimi due appuntamenti del comitato promotore sono:

- **11/18 Agosto 2007 - Policoro (MT) TERRECONTADINE - Festa nazionale del ciclo corto. (www.terrecontadine.net)**

Il Comitato organizza, all´interno della Festa Nazionale di Altragricoltura, seminari, incontri e dibattiti per mettere a punto il percorso dell´autunno

- **Secondo fine settimana di Settembre: Assemblea nazionale del Comitato promotore e avvio della raccolta delle firme**

PROPOSTA DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE

Istituzione del Referendum popolare sugli Organismi Geneticamente Modificati (OGM)

Risulta sempre più evidente che sollecitazioni, di Stati e società multinazionali, favorevoli alla produzione di OGM, estranee agli interessi dei cittadini comunitari, sono in grado, molto spesso, di condizionare con efficacia e tempestività le scelte della Comunità Europea ad ogni livello, in particolare per quel che riguarda la produzione agricola, convenzionale e biologica, che la stragrande maggioranza dei medesimi cittadini vuole mantenere integra, ossia non inquinata da Organismi Geneticamente Modificati (OGM), pericolosi per la salute umana, animale e per l'ambiente.

Un evento del genere deriva dal fatto che questi Stati, che a torto o a ragione hanno introdotto sul proprio territorio la coltivazione degli OGM, non sono più in grado di produrre vegetali privi di OGM, stante l'inquinamento irreversibile che gli stessi organismi, una volta introdotti nell'ambiente, provocano di tutte le aree agricole.

Di questo inquinamento irreversibile ci dà notizia la Direttiva 2001/18/CE, del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 12 marzo 2001, sull'**emissione deliberata nell'ambiente degli OGM**, che al 4° *considerando* così dichiara: *" gli organismi viventi immessi nell'ambiente in grandi o piccole quantità per scopi sperimentali o come prodotti commerciali possono riprodursi e diffondersi oltre le frontiere nazionali, interessando così altri Stati membri; gli effetti di tali emissioni possono essere irreversibili"*.

In concreto, ciò significa che gli Stati, produttori degli OGM, debbono inquinare con gli OGM stessi tutto il mondo per non restare fuori dai mercati e dai Paesi che rifiutano gli OGM.

Ma ciò significa anche che, inquinato irreversibilmente l'ambiente con gli OGM, il produttore agricolo sarebbe per sempre privato del diritto millenario di

coltivare vegetali convenzionali (privi, cioè, di OGM) e, dunque, della libertà di produrli.

Tanto premesso, in presenza di comportamenti incerti, e a volte contraddittori, del legislatore comunitario e nazionale, nel disciplinare la materia, e del pericolo che scelte improvvide possano distruggere definitivamente ed irreversibilmente l'ambiente e la qualità della nostra produzione agricola, convenzionale e biologica, di sicura eccellenza a livello mondiale, appare questo il momento per chiamare a decidere, in merito, l'intera collettività nazionale, alla quale appartiene la sovranità di cui all'art. 1 della Costituzione e il diritto-dovere di scegliere, in prima persona, cosa coltivare e cosa mangiare per gli anni futuri, tanto più che è la stessa Direttiva comunitaria 2001/18/CE, sopra indicata, a prevedere la consultazione del pubblico prima di introdurre gli OGM in agricoltura e nell'ambiente (10° *considerando* e artt. 9 e 32 della Direttiva 2001/18/CE).

Anche il protocollo di Cartagena, entrato nel nostro ordinamento con la legge 15 gennaio 2004, n. 27, impone una rigida valutazione dei rischi connessi all'utilizzazione, alla manipolazione ed ai movimenti transfrontalieri degli OGM.

L'art. 23, comma 2, di tale legge (n. 27/04) più specificamente prevede che:

"*Le Parti, conformemente alle loro rispettive leggi e regolamenti, consultano il pubblico nel momento dell'adozione di decisioni relative agli organismi viventi modificati che permettono …*".

Tale protocollo, inoltre, risulta "*comunitarizzato*" dall'art. 32 della stessa Direttiva 2001/18/CE.

Pertanto é "*comunitariamente*" obbligatorio il previo interpello dei cittadini.

Né varrebbe eccepire la tassatività delle ipotesi referendarie di cui all'art. 75 della Costituzione, giacché questa disposizione disciplina il referendum abrogativo, non quello consultivo, come è il caso qui considerato.

Ove si prospettassero vincoli comunitari ineludibili che permettono la produzione degli OGM, è opportuno far rilevare che è proprio la normativa comunitaria citata a pretendere l'interpello generalizzato del pubblico prima di

introdurre gli OGM nell'ambiente e che, comunque, l'eventuale obbligo comunitario, nella materia, prevale sul limite costituzionale interno solo quando non tocca principi e diritti fondamentali previsti dalla nostra Costituzione (come il diritto alla salute, *art. 32 Cost.*, e il diritto all'integrità dell'ambiente, *art. 9 Cost.*), intangibili, in quanto tali, anche ad opera di prescrizioni comunitarie.

Peraltro, l'esito di un referendum consultivo assume valore essenzialmente politico, che il legislatore, comunitario e nazionale, non potrà in ogni caso ignorare.

In ragione di tutto ciò, prima di stabilire con disposizioni vincolanti l'introduzione e la coltivazione degli OGM sul territorio nazionale o su parte di esso, con il rischio fondato di **inquinare** con gli OGM, **irreversibilmente**, tutte le aree agricole, si ritiene opportuno sollecitare il parere dell'intero corpo elettorale, tramite **referendum consultivo**, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 9 e 32 della Direttiva 2001/18/CE e dagli artt. 12, 26 e all.VIII, del d.lvo 224 del 2003, e succ. mod., che ha attuato la Direttiva 2001/18/CE in questione.

In particolare, ai sensi dell'**art. 71 della Costituzione**, i sottoscritti cittadini italiani avanzano la **proposta di legge per l'Istituzione del Referendum popolare sugli Organismi Geneticamente Modificati (OGM).**

PROPOSTA DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE

Istituzione del Referendum popolare sugli Organismi Geneticamente Modificati (OGM)

Articolo 1

(Referendum popolare)

In applicazione ed attuazione di quanto disposto dalla Direttiva 2001/18/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio CE e dalla legge 15 gennaio 2004, n. 27, di ratifica ed esecuzione del protocollo di Cartagena, richiamato dall'art. 32 della Direttiva 2001/18/CE, che prevedono la consultazione del pubblico, prima di introdurre gli OGM (organismi geneticamente modificati) sul territorio nazionale, nell'ambiente, in agricoltura e nell'alimentazione umana ed animale, il corpo elettorale deve essere interpellato, tramite referendum consultivo nazionale indetto dal Governo, con le modalità previste dalla legge sul referendum abrogativo in quanto applicabili, da tenersi in un giorno scelto dallo stesso Governo. Il parere sarà quello espresso dalla maggioranza dei votanti.

*Il quesito referendario sarà: "**volete che gli organismi geneticamente modificati, detti OGM, sotto ogni forma o derivato, siano introdotti nell'ambiente, nell'alimentazione umana ed animale, coltivati, prodotti, in Italia, si o no ?".***

L'informazione del pubblico sull'argomento, nei due mesi precedenti la consultazione, deve essere fornita dai mezzi radiotelevisivi pubblici e privati secondo le regole previste per le consultazioni elettorali generali, provvedendo, in ogni caso, a che gli spazi informativi, riservati ai favorevoli e ai contrari all'introduzione degli OGM sul territorio, siano ripartiti in forma paritaria"

Proposta di legge di iniziativa popolare

"Introduzione del principio e degli strumenti della sovranità alimentare

Principi e strumenti per la costituzione delle consulte per la Sovranità Alimentare finalizzate alla tutela del diritto dei contadini a produrre, dei consumatori all'accesso al cibo, alla promozione del ciclo corto, dei valori culturali e tradizionali del cibo e della tutela agro-ambientale del territorio

Art. 1 (Finalità)

1) La presente legge indica i principi con cui deve essere governato il patrimonio agricolo e agro-alimentare italiano, alla luce dei profondi mutamenti indotti dalla globalizzazione dei processi economici e commerciali, al fine di mantenere, difendere ed estendere il tessuto delle aziende agricole contadine, di promuovere la loro funzione sociale, la tutela agro-ambientale del territorio, il consumo consapevole e l'accesso al cibo.
2) La presente legge riconosce come centrali i diritti dei contadini e delle contadine, dei lavoratori e dei cittadini consumatori nella gestione del patrimonio agricolo e agro-alimentare italiano come bene comune.
3) La presente legge stabilisce che i principi della Sovranità Alimentare, esplicitati nell'art. 2, costituiscono il principio regolatore delle scelte governative nel campo agro-alimentare, ispirandosi ai principi di tutela agro-ambientale delle risorse naturali e dei beni comuni utilizzati nella realizzazione dei cicli di lavorazione nonché al benessere e alla dignità delle specie animali.
4) La presente legge si prefigge l'obiettivo di dotare le istituzioni nazionali e locali di strumenti operativi con cui perseguire un governo solidale e partecipato dei cicli della produzione agro-alimentare e della gestione ambientale del territorio, ispirandosi alla proposta della Sovranità Alimentare avanzata in sede nazionale ed internazionale dai movimenti contadini e dalle numerosi organizzazioni della società civile che vi aderiscono.

Art. 2 (Principi generali)

1) L'azienda agricola contadina è un bene comune, custode di un grande patrimonio di saperi tecnici, scientifici e tecnologici, promotrice di relazioni economiche, culturali e sociali che hanno plasmato l'ambiente e il territorio, regolatrice di molte variabili ambientali che hanno ricadute dirette sulla condizione generale del Paese, variabile decisiva per la qualità della vita dei cittadini qualificandone la relazione con il cibo e il territorio. La sua presenza è, dunque, uno degli indicatori fondamentali per valutare la tenuta sociale, economica e culturale delle comunità rurali ed urbane.
2) Lo Stato e le Istituzioni operano per garantire il mantenimento e promuovere la crescita del più ampio tessuto di aziende agricole contadine, della loro funzione sociale e produttiva e agiscono attivamente per scongiurare la perdita di uno dei più grandi patrimoni della nostra storia civile.

3) L'agricoltura e l'alimentazione sono valori fondamentali per tutti i popoli, sia in termini di produzione e disponibilità di quantità sufficienti di cibi sani e di contenuto nutriente adeguato. Questi valori sono costituenti fondamentali di comunità, culture e ambienti rurali e urbani salubri.
4) Ogni popolo ha il diritto di scegliere il proprio modello di produzione, distribuzione e consumo degli alimenti. La Sovranità Alimentare è il diritto di ogni popolo a definire le sue politiche agrarie in materia di alimentazione, di sostenere, difendere e regolare la produzione agro-alimentare nazionale e il mercato locale al fine di promuovere e realizzare uno sviluppo sostenibile, e decidere in che misura vogliono essere autosufficienti senza riversare le loro eccedenze in paesi terzi con la pratica del *dumping*. Il diritto dei popoli a scegliere il proprio modello agro-alimentare si esprime anche e principalmente in materia di gestione del patrimonio genetico, sua manipolazione e sugli effetti derivanti dall'introduzione di tecniche come quelle transgeniche. I cittadini hanno il diritto di potersi esprimere con il voto su questioni delicate come l'introduzione degli ogm nella produzione o nel consumo
5) L'autonomia e la Sovranità Alimentare delle comunità e dei popoli possono essere garantite solamente per mezzo di sistemi di produzione diversificati, basati su una forte e diffusa presenza di aziende contadine, rispettosi dei valori culturali e ambientali che il territorio esprime. A tal fine lo Stato e le Istituzioni operano per tutelare e promuovere lo sviluppo delle aziende contadine assicurandone i diritti fondamentali e rimuovendo le cause che ostacolano la loro sopravvivenza e la loro crescita.
6) L'accesso al possesso o alla detenzione della terra e al credito sono diritti fondamentali e indispensabili per l'esercizio dell'attività produttiva agricola. La privatizzazione delle risorse naturali (diverse dal bene terra) quali beni comuni (acqua, patrimonio genetico ecc) e l'introduzione nell'ambiente degli Organismi geneticamente modificati (OGM), che irreversibilmente inquinano le aree agricole, sono considerati impedimenti assoluti alla produzione agricola convenzionale e biologica, nonché all'attività produttiva del coltivatore diretto.
7) La modalità contadina di produzione viene definita come quel modo di produrre il cibo in cui la funzione del lavoro prevale sugli altri aspetti della gestione aziendale, dove in particolare è centrale il lavoro famigliare o, comunque, in cui sia direttamente impegnato l'agricoltore. Questa modalità assume come centrale la tutela del reddito dell'azienda agricola produttrice, del salario e del rispetto dei diritti e delle condizioni di lavoro dei lavoratori e degli agricoltori, la responsabilità sociale della gestione del territorio e della tutela dell'ambiente, della salute e del rispetto delle condizioni di vita degli animali, la capacità di operare scelte in autonomia su cosa, in che modo e in che quantità produrre e su dove, a chi e in che modo distribuire i propri prodotti.
8) La produzione contadina assume la tutela della biodiversità, la riproducibilità delle risorse naturali, la tutela del territorio, dell'ambiente e delle diverse forme di vita come condizioni di base; il rispetto della dignità degli animali allevati e delle loro condizioni di vita, il riequilibrio del rapporto fra terra e capi allevati, il superamento dei sistemi di allevamento industriali con forte impatto negativo sull'ambiente sono obiettivi del processo di promozione della Sovranità Alimentare
9) La capacità di un popolo e delle sue comunità di definire la Sovranità Alimentare si caratterizza anche nella capacità di soddisfare il diritto dei cittadini ad un cibo sano, sicuro e accessibile e con un rapporto prezzo/qualità sostenibile sia per gli agricoltori sia per i consumatori. Un modello di produzione del cibo in cui le comunità possano riconoscere valori aggiunti culturali, ambientali e sociali, frutto di saperi sedimentati che esprimono liberamente le diverse culture. La Sovranità

Alimentare è, al tempo stesso, il diritto dei contadini a produrre ed il diritto dei cittadini al cibo.

10) La Sovranità Alimentare si basa su una corretta gestione economica dei cicli di produzione e consumo e della loro gestione commerciale. Il ciclo corto produzione/consumo è la modalità più efficace per garantire, al tempo stesso, la sostenibilità del reddito dell'azienda agricola, un corretto rapporto prezzo/qualità ai consumatori e la qualità sociale dei processi di produzione agro-alimentari. Per ciclo corto si intende la modalità del rapporto fra produzione e consumo che avvicina il più possibile la produzione al consumo eliminando le innumerevoli intermediazioni commerciali, spesso di carattere speculativo. Il ciclo corto promuove il consumo dei prodotti agro-alimentari su base regionale e territoriale e realizza il risparmio sociale ed ambientale derivante dal minor impatto della circolazione delle merci. Il ciclo corto prevede una modalità della produzione e del consumo socialmente responsabili, consapevoli ed eticamente sostenibili.
11) La Sovranità Alimentare rivendica relazioni eque fra i popoli, i sistemi agricoli e le nazioni, senza negare l'importanza del commercio internazionale, difendendo piuttosto il diritto di formulare quelle politiche e pratiche distributive che promuovano, con gli scambi commerciali, la priorità di garantire i diritti della popolazione ad una produzione alimentare sicura, sana ed ecologicamente sostenibile ed alla valorizzazione dei diversi sistemi agricoli presenti sul territorio.
12) Lo Stato, al fine di realizzare i principi della Sovranità Alimentare, vieta la pratica del dumping, che consiste nell'introduzione in un qualsiasi mercato territoriale di prodotti alimentari ad un prezzo più basso dei costi necessari alla produzione di quel prodotto in quel contesto territoriale. Il commercio internazionale e interno deve avere fini sociali, ambientali, di sviluppo e culturali. La deregolamentazione del commercio che lascia il controllo solo alle multinazionali ed alle grandi concentrazioni commerciali non può garantire queste importanti mete sociali.
13) Lo Stato e le Istituzioni, al fine di garantire la difesa e la valorizzazione del nostro sistema agricolo come pilastro fondante della salvaguardia ambientale dei nostri territori e del profilo democratico delle relazioni sociali, assolvono alle funzioni decisionali coinvolgendo i cittadini in un processo di partecipazione democratica.
14) Lo Stato riconosce che è indispensabile restituire ai contadini e ai cittadini il diritto di scelta del modello di produzione e consumo agro-alimentare, da cui corrono il rischio di essere sempre più emarginati dai processi in corso e dalle dinamiche internazionali della globalizzazione. La Sovranità Alimentare, nel suo obiettivo di sancire il diritto dei contadini a produrre ed il diritto dei cittadini al cibo, si costituisce come un articolato sistema di democrazia partecipata con la finalità di restituire protagonismo e responsabilità nelle scelte alla società civile, anche facendo ricorso agli istituti democratici previsti dal nostro ordinamento partecipativo, quali ad esempio i referendum, o comunque strumenti che consentano ai cittadini di esprimersi con il voto e la partecipazione sulle scelte fondamentali.

Art. 3 Istituzione della Consulta Nazionale e delle Consulte Regionali per la Sovranità Alimentare

1. Viene istituita la Consulta Nazionale per la Sovranità Alimentare, costituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, come luogo/strumento permanente di incontro fra le Istituzioni Nazionali e i movimenti e i cittadini che si riconoscono, sottoscrivendolo, nel documento sulla Sovranità Alimentare. La Consulta Nazionale opera attivamente per realizzare gli obiettivi che si dà annualmente dotandosi di ambiti di approfondimento su temi specifici (Tavoli di

lavoro) e di strumenti operativi (Agenzie, Osservatori, ecc..) che vengono istituiti di concerto con la Presidenza del Consiglio dei Ministri.
2. La Consulta Nazionale può promuovere e sostenere campagne e iniziative di ambito tematico, nazionale, territoriale ed anche di carattere internazionale tese a realizzare gli obiettivi e i principi indicati nella presente legge.
3. La Consulta Nazionale ha funzioni consultive per le diverse istanze con potere legislativo e gestionale in materia agro-alimentare e agro-ambientale e comunque per tutte le iniziative legislative che hanno una incidenza sulle questioni agro-alimentari.
4. La Presidenza del Consiglio dei Ministri può attribuire, nei limiti dei suoi poteri, oltre quelle già previsti dalla presente legge, delle funzioni specifiche alla Consulta Nazionale o a suoi strumenti operativi.
5. Al fine di realizzare gli obiettivi che si propone la Consulta per la Sovranità Alimentare si dota di strumenti operativi che sono indicati nell'articolo 4.
6. La Consulta Nazionale definisce ogni anno il Piano Nazionale per la Sovranità Alimentare e lo presenta nella Conferenza Nazionale per la Sovranità Alimentare. Il Piano Nazionale per la Sovranità Alimentare ha valore dirimente per i diversi livelli di pianificazione in materia di gestione territoriale, economica e sociale.
7. Viene istituito un fondo di bilancio finalizzato a realizzare gli obiettivi e i programmi definiti dalla Consulta Nazionale per la Sovranità Alimentare. Tale fondo verrà alimentato con una dotazione annuale prefissata e con i proventi del Fondo Antidumping, di cui al comma 5 dell'Articolo 5, nonché con quota parte di tutte le sanzioni che verranno comminate in seguito al mancato rispetto del dettato di questa legge di cui al comma 1 dell'Articolo 5.
8. In prima battuta la Consulta Nazionale è costituita dal Comitato promotore della presenta legge. La sua composizione verrà integrata successivamente come specificato nel comma 9. Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Consulta Nazionale per la Sovranità Alimentare definisce le modalità per la partecipazione dei soggetti che fanno richiesta di iscriversi e istituisce un apposito Registro nonché gli strumenti per la verifica annuale della sussistenza dei requisiti degli stessi soggetti iscritti al Registro.
9. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Consulta Nazionale si riunisce ed approva un suo regolamento interno, dotandosi di un coordinamento che viene eletto nella prima assemblea utile.
10. A partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, con apposito provvedimento legislativo possono istituire, presso le presidenze delle giunte regionali le Consulte Regionali per la Sovranità Alimentare.
11. Le Consulte Regionali per la Sovranità Alimentare partecipano con propri delegati ai lavori della Consulta Nazionale.

Art. 4 Strumenti operativi della Consulta Nazionale

1. I Tavoli di lavoro sono istanze di approfondimento della Consulta Nazionale su temi specifici, sono costituiti entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge e possono essere chiusi o integrati successivamente.
2. La Consulta Nazionale opera per costituire entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge gli strumenti operativi previsti dai successivi articoli 5/6/7/8
3. La Consulta Nazionale può proporre la costituzione di nuovi strumenti operativi o la ristrutturazione di quelli già esistenti avanzandone proposta alla Presidenza

del Consiglio che ne delibera la costituzione e il funzionamento attribuendo le risorse organizzative e finanziarie del caso.

Art. 5 Strumenti per la lotta al dumping

1. Si dà delega al Governo, entro sei mesi dell'entrata in vigore della presenta Legge, di definire, con apposito Decreto Legislativo, gli strumenti normativi e sanzionatori contro la pratica del dumping, così come definita nel comma 10 dell'Art. 2 e contro le violazioni del dettato della presente legge.
2. Tale Decreto dovrà prevedere, come strumento operativo di controllo e di contrasto del dumping, la costituzione di una specifica Sezione Antidumping all'interno dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.
3. L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato dovrà dotarsi, a tale scopo, di un Ufficio Studi che stabilisca e revisioni, almeno annualmente, i reali costi di produzione nel mercato agro-alimentare italiano.
4. Nei casi conclamati di dumping verrà inflitta una sanzione pecuniaria proporzionale al danno subito, inteso come la differenza di prezzo tra quello più basso praticato e quello determinato dalla sommatoria dei costi di produzione.
5. Gli importi ricavati dalle sanzioni pecuniarie inflitte alle imprese (agricole, industriali e commerciali) che praticano il dumping verranno destinati al Fondo Antidumping, i cui proventi verranno destinati al fondo di bilancio per le attività della Consulta Nazionale per la Sovranità Alimentare, nonché ad attività di formazione e informazione dirette a contrastare il fenomeno del dumping.
6. Presso la Consulta Nazionale per la Sovranità Alimentare viene istituito l'Osservatorio Antidumping che opera per monitorare i fenomeni legati al dumping e per promuovere la correttezza delle relazione commerciali in materia agro-alimentare, supportando l'autorità Garante della Concorrenza e del Mercato e promuovendo campagne di informazione e iniziative di formazione.
7. L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato consulta periodicamente, per lo svolgimento delle sue funzioni, l'Osservatorio Antidumping istituito presso la Consulta Nazionale per la Sovranità Alimentare.

Art. 6 Agenzia per i beni comuni e le risorse naturali in agricoltura

1. La garanzia dell'accesso ai beni comuni e alle risorse naturali (acqua, terra, energia, risorse fitogenetiche e zoogenetiche) ed al loro uso responsabile nel rispetto del valore sociale, economico e ambientale che esse rivestono per tutta la collettività sono compiti delle Istituzioni e dello Stato. La Sovranità Alimentare si basa su questi principi e su queste garanzie.
2. Viene istituita a tale scopo presso la Consulta per la Sovranità Alimentare l'Agenzia per i beni comuni e le risorse naturali in agricoltura. L'ambito di intervento dell'Agenzia è lo studio, la promozione e il monitoraggio delle condizioni di tutela, valorizzazione e gestione del patrimonio di risorse naturali collegate alla produzione agro-alimentare (aria, acqua, terra, energia, risorse genetiche), al fine di ottimizzarle in relazione al contesto territoriale e di assicurare le funzioni ambientali, sociali ed economiche indispensabili per l'esercizio dell'attività contadina promuovendo in via prioritaria sistemi di coltivazione e allevamento sostenibili, con esclusione di quelli che prevedono l'uso di Organismi Geneticamente Modificati.

3. Compiti specifici dell'Agenzia sono quelli di promuovere una gestione sostenibile delle risorse naturali in agricoltura e un loro uso responsabile, stimolando il più largo e diffuso accesso, rispettoso del valore ambientale, sociale ed economico che queste risorse assumono nei confronti della collettività.
4. L'Agenzia gestisce e promuove campagne di sensibilizzazione ed educazione, studi e ricerche e rivolge la propria attività nel contesto rurale, scolastico e, più in generale, rivolgendosi a tutti i cittadini.
5. L'Agenzia si costituisce come luogo di coordinamento delle diverse iniziative ed azioni che incidono nella gestione della risorse naturali (acqua, terra, energia, risorse fitogenetiche e zoo genetiche) finalizzandole alla conservazione della biodiversità e alla tutela della loro funzione di patrimonio collettivo e bene comune. L'Agenzia assolve alle stesse funzioni nei confronti dell'utilizzo delle risorse energetiche a diverso titolo collegate con la produzione agricola e/o collegate al ciclo di produzione promuovendone modalità di gestione e produzione compatibili con i criteri della salvaguardia e della valorizzazione dell'ambiente, della biodiversità, del territorio e del lavoro contadino.
6. Gli organi legislativi e gestionali in materia di risorse idriche, ambiente, energia e agricoltura consultano periodicamente, per lo svolgimento delle loro funzioni, l'Agenzia per i beni comuni e le risorse naturali in agricoltura.
7. Ogni anno l'Agenzia produce un rapporto sullo stato delle risorse naturali in agricoltura, avanzando proposte alla Conferenza per la Sovranità Alimentare. La consulta per la Sovranità Alimentare ne dà il massimo della diffusione.

Art. 7 Comitato per la promozione del ciclo corto, la riconversione delle aziende e la compensazione ambientale

1. Presso la Consulta Nazionale per la Sovranità Alimentare viene istituita il Comitato per la promozione del Ciclo Corto, la riconversione e la compensazione ambientale in agricoltura.
2. Compito del Comitato è quello di promuovere le migliori condizioni per realizzare le forme di ciclo corto come descritte dall'art. 2 comma 9 della presente legge, così come la riconversione delle aziende agricole italiane verso l'attuazione di forme del ciclo corto, sostenendone la fuoriuscita dalle situazioni di crisi aziendale attraverso il riconoscimento della funzione sociale dell'azienda agricola, mettendo in atto forme di compensazione ambientale.
3. Il Comitato gestisce e promuove campagne di educazione e informazione, studi e ricerche finalizzate al raggiungimento dei suoi obiettivi. In particolare promuove la creazione e lo sviluppo di esperienze di vendita diretta, dei mercati territoriali e di quartiere, di gruppi di acquisto e di vendita, nonché di tutte le forme di aggregazione e di cooperazione fra produttori e consumatori e, comunque, tutte le azioni volte a promuovere e realizzare forme di ciclo corto.
4. Il Comitato promuove presso le Istituzioni e gli Enti nazionali e regionali pubblici e privati l'adozione di misure, regolamenti e provvedimenti legislativi che favoriscono il consumo locale e il conferimento dei prodotti in ambito territoriale.
5. Il Comitato promuove fra i contadini, le aziende di trasformazione e le loro organizzazioni, gli attori commerciali della distribuzione, i soggetti gestori della ristorazione collettiva e commerciale, i consumatori e loro organizzazioni, accordi, protocolli e convenzioni per favorire il ciclo corto.

6. Il Comitato promuove accordi fra i contadini e loro organizzazioni e gli Istituti di Credito, per favorire il necessario sostegno alla riconversione delle aziende agricole verso l'attuazione di forme del ciclo corto.
7. Il Comitato produce ogni anno un rapporto sullo stato del ciclo corto in Italia e sulle condizioni delle aziende contadine nelle aree di crisi, al fine di valutare i bisogni del comparto ed avanzando proposte di intervento. La Consulta Nazionale per la Sovranità Alimentare si fà carico di diffondere il rapporto e di proporre al Governo ed alle Istituzioni competenti le soluzioni discusse e le proposte elaborate.

Si dà delega al Governo, entro sei mesi dell'entrata in vigore della presenta Legge, di definire, con apposito Decreto Legislativo, misure atte a promuovere il ciclo corto e la riconversione aziendale in tale direzione, nonché gli strumenti per la gestione delle forme di compensazione

ALLEGATO 9: Lettera aperta al Governo

Noi scienziati e medici sottoscrittori di questa petizione, chiediamo che tutti gli alimenti a base di organismi geneticamente modificati (OGM) siano ritirati dal mercato a meno che non siano stati sottoposti a rigorose verifiche che ne testino l'innocuita`, comprendenti test a lungo periodo su animali e umani. Questa domanda si applica a tutti gli alimenti a base di OGM che sono stati approvati in base al principio della "sostanziale equivalenza".

In pratica, tutti gli alimenti a base di OGM attualmente commercializzati non sono stati sufficientemente testati e dovrebbero cosi` essere ritirati per le ragioni qui di seguito esposte.

Il principio di "sostanziale equivalenza" e` basato sulla assunzione che gli alimenti a base di OGM comparati con i loro corrispettivi naturali non presentano differenze rispetto ad un limitato numero di caratteristiche scelte, per cui non dovrebbero esserci ragioni per sottomettere gli alimenti geneticamente modificati ad una accurata fase di test.

Questa assunzione non ha basi scientifiche. Essa non considera infatti la possibilita` che in ogni singolo caso, l'inserimento artificiale di geni nel DNA potrebbe causare disfunzioni metaboliche, o potrebbe imprevedibilmente generare sostanze dannose. Questi effetti secondari sono stati previsti sulla base di studi di Biologia Molecolare [1][2][3] e messi in evidenza in alcuni casi sperimentali [4]. Le sostanze dannose per esposizione a lungo termine sono di difficile individuazione. Di fatto, percio`, esiste un rischio considerevole se nella valutazione di OGM si adotteranno solamente i protocolli sperimentali usati per stabilire la "sostanziale equivalenza".

L'insufficienza del principio di sostanziale equivalenza e` brevemente esposto in alcuni documenti che e` possibile trovare in rete [5]; ed e` spiegato in piu` grande dettaglio in un articolo di recente pubblicazione sulla rivista scientifica "Nature" [6]. Solo applicando un protocollo sperimentale rigoroso nei i test riguardanti la sicurezza alimentare, includendo test a lungo termine su animali (dell'ordine della durata di vita delle cavie) e su umani (dai 3 ai 5 anni) e` possibile minimizzare i rischi di sottostima della imprevedibile tossicita` delle sostanze generate all'interno degli alimenti geneticamente modificati [7].

Conclusioni
Il principio di "sostanziale equivalenza" non ha basi scientifiche. Come conseguenza di cio`, essendo questo lo standard che e` stato utilizzato per approvare gli alimenti a base di OGM, risulta che nessuno di questi alimenti puo` essere considerato sicuro da un punto di vista sanitario. Nel peggior caso l'esposizione della popolazione puo` avere effetti disastrosi. Percio` gli alimenti a base di OGM attualmente commercializzati dovrebbero essere ritirati immediatamente. Inoltre nessun nuovo alimento geneticamente modificato dovrebbe essere introdotto fino a che non si siano sviluppati e adottati appropriati metodi di certificazione.

Bibliografia:

1. Antionou M, Cummins J, Daniel EE, Epstein S , Howard C V, Orskov B, Pusztai A, Raghuram N, Seralini G-E, Wuerthele S. "The safety of GE foods. Reasons to expect hazards and the risk for their appearance" in http://www.psrast.org/defknfood.htm

2. Fagan J, "*Assessing the safety and nutritional quality of genetically engineered foods*" in http://www.psrast.org/jfassess.htm

3. National Research Council (USA), . "*Genetically Modified Pest Protected Plants*". p. 137 (Washington, D.C.: National Academy Press, 2000). ISBN 0309069300. Copia in linea : http://www.nap.edu/html/gmpp/

4. a) Violand BN et al. Protein Science. 3:1089-97, 1994. b) Reddy SA, Thomas TL.Nature Biotechnology, vol 14, sid 639-642, May 1996. c) Inose, T. Murata, K. Int. J. Food Science Tech 30: 141-146, 1995. d) Nordlee, J.A. et al. The New England Journal of Medicine 14: 688-728; 1996.

5. PSRAST, "*Substantial equivalence versus scientific food safety assessment*" in http://www.psrast.org/subeqow.htm

6. Millstone E, Brunner E and Mayer S, "*Beyond Substantial Equivalence*", Nature 401: 525-526, 7 Oct 1999.

7. Fagan J, "*Testing the safety of genetically engineered foods*" in http://www.psrast.org/jfreqtst.htm

Questo testo è disponibile anche in Inglese, Francese , o Russo (http://www.psrast.org)

ALLEGATO 10:
Il Consiglio dei Diritti Genetici presenta il progetto "*Osservatorio Agro-biotecnologie*".

L'obiettivo di tale progetto è l'attuazione di analisi indipendenti delle richieste di commercializzazione e sperimentazione dei rilasci ambientali di OGM ai sensi della Direttiva 2001/18/CE.

La nuova direttiva prevede per l'autorizzazione alla commercializzazione di un OGM il superamento di un processo complesso, che vede coinvolte le autorità scientifiche e politiche dei diversi Stati Membri dell'UE nonché la stessa Commissione, finalizzato alla valutazione dei rischi ambientali e sanitari connessi al rilascio nell'ambiente dell'OGM stesso. Nell'ambito di tale processo di valutazione è stata prevista, per i singoli cittadini o gruppi organizzati, la possibilità di partecipare attraverso il diritto all'informazione e la facoltà di esprimere osservazioni e obiezioni.
Il Consiglio dei Diritti Genetici, in veste di gruppo organizzato interessato al controllo dei rilasci di OGM ha attivato l'Osservatorio Agrobiotecnologie, composto da un gruppo di esperti del settore.

L' osservatorio intende concorrere direttamente al processo di valutazione dei nuovi OGM e, fornendo le informazioni necessarie in una forma accessibile, vuole promuovere una effettiva partecipazione del pubblico efficace e correttamente informata a livello scientifico.

I documenti elaborati dall'Osservatorio verranno pubblicati on-line sul portale del Consiglio dei Diritti Genetici:
www.consigliodirittigenetici.org.

Allegato 11:

IL TRASFERIMENTO GENICO ORIZZONTALE: IL FLAGELLO DELL'INGEGNERIA GENETICA (1)

Riassunto

I fautori dell'ingegneria genetica non fanno distinzione tra DNA transgenico e DNA naturale, affermando che il DNA è DNA, non importa come si ottiene. E aggiungono: abbiamo mangiato tanto DNA da quando è nata l'ingegneria genetica (circa 30 anni fa) e non siamo mai diventati né cavoli né mucche, perché dovremmo preoccuparci del DNA transgenico?
Ci dobbiamo seriamente preoccupare perchè Il DNA transgenico è artificiale ed è costruito con geni di virus e batteri, che causano malattie e che sono messi insieme in combinazioni mai esistite in miliardi d'anni d'evoluzione, mentre il DNA naturale è quello tramandato, per miliardi d'anni, attraverso meccanismi naturali.

Per comprendere meglio questa faccenda è sufficiente conoscere come si ottiene il DNA transgenico: i geni per essere trasferiti da un individuo (donatore, per es.: un pesce) ad un altro (ospite, per es.: fragola, la quale dopo il trasferimento diventa OGM) vengono inseriti in particolari unità, dette costrutti o cassette; in pratica, ciascun gene viene legato a due pezzi di DNA, il primo, detto promotore, segnala alla cellula di accendere il gene (start della trascrizione del DNA) ed il secondo, detto terminatore, spegne il gene (stop alla trascrizione) e fa si che quanto trascritto possa essere tradotto in proteina. In questo processo, apparentemente naturale, l'anomalia sta nel fatto che ciascun pezzo del costrutto ha origine diversa, spesso virale e spesso prelevato da virus mortali; il gene stesso può essere composto da DNA di diversa origine e almeno una cassetta contiene il gene responsabile della resistenza ad antibiotici e medicine, che resta nell'organismo transgenico (OGM); inoltre, i legami che tengono insieme tutti i pezzi del costrutto sono deboli e quindi i costrutti sono instabili, rispetto al DNA naturale, tendendo alla rottura ed alla ricombinazione con altro DNA (dello stesso ospite, DNA che di solito non si esprime direttamente, detto anche DNA spazzatura che spazzatura non è, nel quale comunque ci numerosi provirus, accumulatisi nel corso di millenni di evoluzione).

Questa instabilità e fragilità del DNA transgenico aumenta il trasferimento genico orizzontale (il trasferimento genico verticale è quello che avviene attraverso l'impollinazione) e la ricombinazione, con tutti i rischi che comporta: mutazioni geniche, inserzioni casuali, cancro, riattivazione di virus dormienti (provirus) e generazione di nuovi virus. Per circa 30 anni, l'ingegneria genetica ha creato una grande varietà di costrutti, cassette e vettori, attraverso la ricombinazione del DNA dei più promiscui e pericolosi batteri, virus, plasmidi (pezzi di DNA parassitico) e trasposoni (pezzi di DNA che saltano nel genoma), progettati per superare tutte le barriere e per invadere i genomi di tutte le specie.
L'ingegneria genetica aumentando notevolmente, da 10 a 10.000 volte, il processo che crea nuovi batteri e virus, che causa malattie infettive e diffonde tra i patogeni la resistenza ad antibiotici e medicine è di per se un pericolo. Il DNA transgenico, diverso da quello naturale, è pericolosissimo, ma nessun Paese ha una legislazione seria atta a prevenire la sua fuga o rilascio nell'ambiente. Questo argomento è spesso e volentieri ignorato.

Perché non si fa qualcosa per arginare rigidamente e seriamente la produzione di DNA transgenico che è il vero flagello dell'ingegneria genetica?
Il fatto che il DNA transgenico delle piante geneticamente modificate passa da una specie all'altra spiega perché la coesistenza tra piante transgeniche e non transgeniche è sinonimo di contaminazione sicura. Infatti, nel mondo vegetale la contaminazione non avviene solo attraverso trasferimento genico verticale (impollinazione), ma, in forma ancora più subdola, anche superando le barriere tra specie, attraverso il trasferimento genico orizzontale.

I responsabili non vogliono che si faccia ricerca mirata per timore che venga fuori la verità e quando alcuni ricercatori la fanno i poteri forti direttamente o indirettamente ne impediscono la divulgazione o pubblicazione dei risultati a meno che non si accetti di taroccare i dati e giungere a conclusioni opposte a quelle che i dati suggerirebbero.

http://www.greenplanet.net/content/view/20339/1/

Allegato 12

FEDERAZIONE PER IL DIRITTO ALLA LIBERTA' DI CURA - ONLUS

Fe.di.l.c.o. - 33100 UDINE, via Villa Glori, 41 - C. F. 94102460303 - c/c 83920553
www.dirittolibertadicura.org
e-mail:
info@dirittolibertadicura.org

N e w s l e t t e r

Dicembre 2007

In questo numero:

Convegno "OGM" – Udine 21 ottobre 2007

La **relazione riassuntiva** degli interventi (i power point allegati alla relazione sono accessibili dal nostro sito, http://www.dirittolibertadicura.org, cliccando sotto la voce di menu "Eventi" e di seguito sul titolo del convegno).

- http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/relazione%20convegno.pdf

Il cibo OGM

Allegato 13 : Gli Ogm aumentano l'uso dei Pesticidi

27 February 2008

Riportiamo qui sotto il comunicato stampa, con cui è presentata l'edizione 2008 del rapporto annuale dell'organizzazione *FOE International* (*Friends of the Earth Internazionale*)

Un nuovo rapporto di *Friends of the Earth International* rivela che la coltivazione di OGM ha portato ad un massiccio rialzo nell'utilizzo di pesticidi nocivi nei principali paesi produttori di colture geneticamente modificate.
Si tratta dell'edizione 2008 del rapporto degli Amici della Terra Internazionale «Chi trae profitto dalle colture GM ?».
Il rapporto conclude che gli OGM commercializzati attualmente hanno aumentato globalmente l'uso di pesticidi tossici invece di diminuirlo. In particolare, vi si afferma che l'uso del diserbante *RoundUp* (glifosato) è aumentato con l'uso della soia *Roundup Ready* resistente al glifosato, che è la pianta OGM più coltivata al mondo. Secondo il rapporto, uno studio di un'Agenzia governativa brasiliana del 2007 ha rivelato che l'uso del glifosato è aumentato del 79,6 % dal 2000 al 2005, molto più velocemente rispetto all'espansione della superficie coltivata a soia RR. Inoltre in Argentina nel 2007 un'infestante resistente al glifosato, chiamata erba di Johnson, ha infestato 120.000 ha. Si stima che, per risolvere il problema, occorrerà usare 25 milioni di litri di erbicidi diversi dal glifosato.
Dopo più di un decennio di coltivazione di piante OGM, più del 70 % delle superfici piantate ad OGM sono concentrate in due soli paesi, gli Stati Uniti e l'Argentina, precisa il rapporto che sostiene che oggi, le piante GM non hanno affatto ridotto la fame e la povertà in Africa o altrove.
Secondo Nnimmo Bassey, coordinatore di *Friends of the Earth International* per gli OGM in Nigeria: « *L'industria biotecnologica dice agli Africani che noi abbiamo bisogno degli OGM per rispondere ai nostri bisogni alimentari. Ma come si fa a credere a tali affermazioni, quando la maggior parte degli OGM sono utilizzati per nutrire il bestiame dei paesi ricchi o per produrre agrocarburanti e, nel complesso, non hanno affatto un rendimento superiore rispetto alle colture convenzionali?* ». Il rapporto sfata le argomentazioni di chi sostiene che l'uso della soia *Roundup Ready* e del cotone Bt migliora le rese.

Per consultare il comunicato stampa in versione originale (in inglese) e accedere al rapporto integrale di *FOE International*, cliccare sul link riportato qui sotto.

http://www.foei.org/en/media/archive/2008/gm-crops-increase-pesticides

Il nuovo rapporto di *Friends of the Earth* sugli Ogm (*Who Benefits from GM Crops: the Rise in Pesticide Use*), rivela che le colture transgeniche sono in perdita su tutti i fronti.
Gli Ogm non servono a contrastare la fame e la povertà nel mondo ne' ad accrescere la resa agricola ma hanno determinato un massiccio aumento dell'uso di pesticidi e continuano ad essere respinti in Europa.

Le popolazioni rurali, invece, beneficiano positivamente dei sistemi agricoli verdi, primo tra tutti quello biologico, che creano nuovi posti di lavoro, preservano l'ambiente e garantiscono la crescita economica delle comunità.
Il rapporto di *Friends of the Earth* è stato pubblicato in concomitanza con il rilascio annuale dei dati sulle biotecnologie da parte dell'industria del biotech.

Sintesi delle conclusioni:

1) L'adozione delle colture OGM ha condotto a un massiccio aumento dell'uso di pesticidi:

Studi governativi dimostrano che l'uso dell'erbicida *Roundup* (glifosato) è aumentato 15 volte negli Stati Uniti e quasi dell'80% in Brasile. Ciò ha causato a livello mondiale un aumento del numero di erbe infestanti resistenti al glifosato, più elevati costi di produzione per gli agricoltori e gravi danni all'ambiente.
Gli Stati Uniti, inoltre, hanno evidenziato un aumento nell'uso di pesticidi tossici, uno dei quali vietato in Europa:

2) Il maggior ricorso al glifosato non serve più a far diminuire l'uso di altri pesticidi.

Tra il 2002 e il 2006 l'uso del 2,4 D (componente dell'agente *Orange*) per la soia è più che raddoppiato;
Tra il 2002 e il 2005 l'uso dell'atrazina (vietata in Europea perché dannosa per la salute) per il mais è aumentato del 12% negli Stati Uniti.

3) Le colture OGM non servono a combattere la fame o la povertà

La grande maggioranza delle colture OGM finora commercializzate viene utilizzata nei mangimi per animali e serve ad alimentare i mercati della carne e del bestiame dei paesi ricchi industrializzati, non a sfamare i poveri.
Le colture OGM, in quanto parte del modello dell'agricoltura intensiva, concorrono a sottrarre terra e fonte di sostentamento ai piccoli agricoltori e non contrastano la povertà.

L'industria dichiara sovente che il cotone Bt ha determinato un aumento della resa complessiva del cotone determinando un miglioramento delle condizioni di vita degli agricoltori. Un'analisi più approfondita di tali dichiarazioni dimostra, tuttavia, che l'aumento della resa è stata causata da condizioni metereologiche favorevoli e dal passaggio all'irrigazione e all'uso di sementi migliorate ma non geneticamente modificate. In molti paesi, inoltre, gli agricoltori che hanno pagato un costo aggiuntivo per acquistare il cotone Bt hanno finito con lo spendere in insetticidi chimici quanto quelli che hanno piantato cotone convenzionale.

Nel complesso, la resa delle colture OGM non è superiore a quella delle colture convenzionali

Persino il Dipartimento per l'Agricoltura statunitense ha ammesso che nessun OGM immesso sul mercato è stato modificato per aumentare la resa agricola. I fattori che più influiscono sulla resa delle colture sono le condizioni metereologiche, l'irrigazione e i fertilizzanti, la qualità del suolo e la capacità di gestione degli agricoltori.

Allegato 14 : Riscontrati frammenti di DNA di OGM nell'intestino umano. 21/07/2002

Fonte: *The Institute of Science in Society*, UK.

Alcuni ricercatori britannici sono riusciti a dimostrare per la prima volta che frammenti di DNA di organismi geneticamente modificati rimangono nella flora batterica intestinale umana. Si tratta dei risultati di una ricerca che fa parte del progetto sulla valutazione dei rischi degli OGM sull'uomo realizzato dalla *Food Standards Agency* e commissionato dall'ex Ministero dell'Agricoltura, Pesca e Alimentazione. Nel primo esperimento alimenti a base di prodotti contenenti OGM sono stati somministrati a sette individui a cui era stato asportato parte dell'intestino e a cui era pertanto stata inserita una protesi. Dall'analisi del cibo digerito e depositatosi nella protesi è risultato che parti di DNA degli organismi transgenici erano presenti in tutti e sette i soggetti. Ben il 3.7% di DNA OGM è stato trovato in uno dei sette. Nel secondo esperimento il pasto a base di OGM è stato somministrato a 12 soggetti sani. Nonostante nessun frammento di DNA OGM fosse stato riscontrato nelle feci, dall'analisi dei microbi presenti nel cibo digerito parti del suddetto DNA sono invece state rilevate. Molti dei geni inseriti negli OGM sono resistenti agli antibiotici, perciò la loro presenza nello stomaco umano, come altresì sperimentato dai ricercatori dell'Università di Newcastle, potrebbe compromettere l'efficacia dei medicinali a base di antibiotico comunemente prescritti a molti pazienti.

Allegato 15 : OGM nocivi alle farfalle:
Uno studio biennale: i mais MON810 e Bt11 riducono del 20% la natalità dei lepidotteri.

Fonte: *Greenpeace*, 9 dicembre 2004

Roma, 9 dicembre 2004 –
Greenpeace chiede agli stati membri dell'UE di mettere in atto misure per prevenire la coltivazione del mais OGM, MON810, a livello nazionale.

L'associazione spiega che, sebbene sia permessa la coltivazione di questo mais nell'UE, gli Stati membri hanno la possibilità di adottare misure che la impediscano, qualora sorgano dubbi sulla sicurezza dei prodotti.

"*Ora ci sono sufficienti evidenze scientifiche che la coltivazione di piante Bt resistenti agli insetti potrebbe avere un impatto negativo su numerose specie di farfalle*" afferma Federica Ferrario della campagna OGM di Greenpeace.

"STOP"Greenpeace oggi renderà disponibile, durante l'audizione informale presso la XIII Commissione Agricoltura della Camera sul Decreto sulla coesistenza, lo studio scientifico sugli effetti a lungo termine sulle farfalle *Monarca* nordamericane del mais Bt MON810 della *Monsanto* e del Bt11 della *Syngenta*.

Lo studio è stato condotto per 2 anni in campo aperto e ha mostrato che il 20% in meno delle larve esposte al polline di questo mais Bt raggiungeva l'età adulta.

Queste piante OGM producono infatti una tossina, nota come Bt (*Bacillus thuringensis*), tossica per numerosi insetti, non solo per quelli dannosi che si vorrebbe colpire.

Sugli effetti a breve termine del mais Bt vi era già stato uno studio pubblicato su "*Nature*" e relativo al mais Bt 176 della *Syngenta*.

I risultati preoccupanti erano stati attribuiti però all'alto livello di Bt nel polline di quel mais, mentre il MON810 e il Bt11 presentano livelli inferiori.

Eppure, questo nuovo studio, il primo a lungo termine, dimostra il contrario.
Lo scorso 8 settembre, la Commissione aveva approvato l'inserimento di 17 nuove varietà di mais transgenico MON810 nel registro comunitario delle sementi, rendendo possibile così l'acquisto in tutta Europa di semi di mais transgenico nel 2005.

L'Agenzia Europea per la sicurezza alimentare aveva considerato il mais sicuro per l'ambiente e i risultati dei precedenti studi sull'impatto sulle farfalle *Monarca* erano stati reputati non rilevanti.

"*L'impatto del mais Bt sulle popolazioni europee di farfalle non è stato ancora studiato, ma uno studio a breve termine mostra come una comune farfalla europea, la Vanessa Io, abbia la stessa reazione al Bt della farfalla Monarca. Finché non avremmo approfondito questi impatti, il MON810 non deve essere coltivato in Europa*" conclude Ferrario.

Troppi insetti: è colpa degli OGM.

Fonte: *The Independent*, di Geoffrey Lean. 30/03/03

I sorprendenti risultati di una recente ricerca hanno dimostrato che gli OGM resistenti ai pesticidi in realtà favoriscono il proliferare degli insetti. Gli scienziati dell' *Imperial College* di Londra e dell'università Simon Rodrigues di Caracas, hanno scoperto che i parassiti sono in grado di utilizzare il veleno come nutrimento e che le piante OGM, piuttosto che tenerli a bada, in realtà ne favoriscono l'aumento. Pare, infatti, che le larve che si nutrono delle foglie delle piante transgeniche siano capaci di digerire e, successivamente, utilizzare le tossine come scorta di cibo supplementare e che siano più grandi di quelle convenzionali con una velocità di crescita superiore del 56%.

Gli OGM uccidono gli uccellini.

Fonte: *Genet* ,-30-07-03
Secondo i risultati di un recente studio pubblicato dalla britannica *Hawk and Owl Trust* gli OGM potrebbero avere un impatto decisamente letale sulle specie di piccoli uccelli che popolano le campagne del paese. L¹associazione ha dimostrato che l¹introduzione di nuove pratiche agricole, come l¹utilizzo di piante geneticamente modificate per resistere agli erbicidi, danneggerebbe in modo irreversibile Allodole, Fanelli, Verdoni, Zigoli dei Giunchi e Sordoni.

Allegato 16: in arrivo le Banane OGM

Pronti in Uganda i primi laboratori per la sperimentazione degli OGM.
Fonte: New Vision, Uganda, di Patrick Luganda. 29/01/2003.

L'Istituto per la Ricerca sui Prodotti Agricoli di Kawanda, in Uganda, ha approntato il primo laboratorio per la modificazione genetica delle banane.
Numerosi scienziati del NARO, l'*Istituto Nazionale per le Ricerche Agricole* e di altre istituzioni scientifiche hanno già cominciato il periodo di formazione presso il nuovo laboratorio.
Il Dr. Wilberforce Tushemereirwe, responsabile del progetto sulle banane, ha dichiarato che la messa a punto della tecniche di produzione del frutto geneticamente modificato allo scopo di renderlo immune ad una serie di parassiti, potrebbe durare dagli 8 ai 10 anni.

Principale finanziatore del progetto è lo stesso governo dell'Uganda ma contributi sono anche venuti dalla Fondazione Rockefeller, dal Belgio e dall'USAID.

Allegato 17:
Gli effetti della contaminazione da OGM peggioreranno

La contaminazione delle colture naturali da varietà geneticamente modificate è destinata a peggiorare con la nuova generazione di piante transgeniche finalizzate alla produzione di alimenti farmaceutici e di sostanze chimiche. La possibilità di sviluppare vaccini, ormoni e microrganismi direttamente nel DNA delle piante pone serie preoccupazioni e i frequenti casi di inquinamento della filiera alimentare da colture sperimentali negli Stati Uniti dimostrano il fallimento delle strategie di sicurezza adottate. I ricercatori della *Union of Concerned Scientist*, pertanto, lanciano l'allarme per le conseguenze, sanitarie ed economiche, derivabili dall'immissione nell'ambiente di questi nuovi OGM e chiedono al Dipartimento per l'agricoltura statunitense (USDA) la loro messa al bando. Il gruppo ha presentato il suo rapporto al meeting annuale dell' *American Association for the Advancement of Science* (AAAS), svoltosi a Boston sulle problematiche globali legate agli sviluppi scientifici e tecnologici.

18/2/08
Più gravi le conseguenze della contaminazione con le “farma-colture” (OGM di seconda generazione)
Fonte: The Guardian, James Randerson

La *Union of Concerned Scientists* ha chiesto al Dipartimento per l’Agricoltura statunitense (USDA) di proibire la coltivazione all’aperto delle farma-colture per impedire che le sostanze a uso farmaceutico e industriale da esse prodotte contaminino le specie convenzionali e danneggino la salute dell’uomo.
E’ assodato, infatti, spiega il Prof. Paul Gepts dell’Università della California, che il flusso di geni si verifica regolarmente tra piante e che i geni immessi nell’ambiente si trasmettono ad altre varietà della stessa specie o ai loro parenti selvatici rendendo impossibile limitare la contaminazione.
Nel caso delle farmacolture, tuttavia, la contaminazione può rivelarsi particolarmente pericolosa poiché sono allo studio varietà modificate capaci di produrre farmaci, vaccini, ormoni e sostanze chimiche per l’industria che possono danneggiare la salute umana e risultare tossiche per gli animali selvatici.
Secondo Karen Perry Stillerman della *Union of Concerned Scientists*, la grande varietà delle sostanze potenzialmente producibili con questa forma di manipolazione genetica non consente in questa fase di tracciare un quadro esauriente delle conseguenze della contaminazione ma è certo che essa causerà gravi danni alla salute e all’ambiente e notevoli perdite sul fronte economico.

Allegato 18:

Beppe Grillo: quando le Api muoiono sui campi OGM

Le Api che si nutrono di prodotti OGM non li apprezzano.

Sono rimaste indietro.

Non si sono evolute.

E' difficile stare al passo con la razza umana.

Il loro scarso apprezzamento è tale che, dopo un po', muoiono.

Ma prima passano il messaggio.

E sui campi OGM non si vede più un'ape.

Le api, prima di morire, producono miele OGM.

Noi mangiamo miele OGM senza saperlo.

Ci farà bene?
Lo scopriremo solo morendo.

E' il bello dell'OGM.
Stupisce sempre.

Come fanno gli apicoltori a sapere che le loro api sconfinano in campi OGM?

Le api si muovono senza precauzioni.
Vanno di fiore in fiore.
Di coltivazione OGM in coltivazione OGM.
Anche in quelle sperimentali.
Di prodotti OGM non ancora approvati.

Le api sono contro il progresso.
Chi non si adegua è perduto.
E non va in Borsa.

Le api sono una risorsa economica, ma non producono bond.

Un alveare può contenere fino a 50.000 api.
In Europa ci sono miliardi di api.

Ogni volta che un'ape esce dall'alveare impollina cento fiori.
Il culo che si fanno le api a impollinare vale nell'Unione Europea alcuni miliardi di Euro di stipendio.

Ma il valore dell'impollinazione è incommensurabile.
Senza le api centinaia di piante scomparirebbero.

Qualcuno pensa di essere in grado di fare il loro lavoro?
Forse con i nuovi prodotti di multinazionali OGM che ci rassicurano sempre sul nostro futuro e sul valore delle loro azioni?

Siamo diventati cavie inconsapevoli di derivati di prodotti OGM.

Gli Stati Uniti hanno più della metà di tutte le coltivazioni OGM mondiali.
Quasi 50 milioni di ettari su 90 milioni.

Per vincere la fame nel mondo.
Dicono.

O forse per esportarla....

Beppe Grillo

Nota 1: negli Stati Uniti, per cause legate ai pesticidi, ai cambiamenti ambientali e all'OGM, le api selvatiche native sono diminuite del 90% negli ultimi 50 anni.
Gli alveari sono diminuiti di due terzi.

Nota 2: 11 gennaio 2007: una ricerca canadese rivela che nei campi di Colza geneticamente modificata (OGM) si è verificata una forte riduzione del numero delle api presenti, assieme anche ad un forte deficit nell'attività di impollinazione
www.greenpeace.org/italy/news/ogm-api

Allegato 19: Gli organismi contaminati dagli OGM presentano le stesse caratteristiche di nocività.

Fonte: *Reuters*. 29/11/02

Le conclusioni di uno studio effettuato da un gruppo di scienziati americani hanno mostrato che le piante OGM possono trasferire gli stessi livelli di tossicità agli insetti che vivono nello stesso ambiente anche quando esse non sono "gli originali" ma gli ibridi generatisi a causa del fenomeno dell'impollinazione incrociata.

I ricercatori dell'università del Nord Carolina hanno le prove del fatto che le "super erbacce" sono in grado di resistere a più erbicidi contemporaneamente e agli insetti e che sono altresì in grado di diffondersi rapidamente.

Gli scienziati hanno ibridato in laboratorio semi di colza OGM con una varietà tradizionale.

Cinque degli undici ibridi hanno "*espresso l'insetticida prodotto dal gene a livelli simili a quelli delle piante OGM originali dimostrandosi altamente tossici per gli insetti*".

Allegato 20:
Il Mais transgenico è causa di fenomeni di pseudo-gravidanza ([1]).

Jerry Rosman, allevatore della contea statunitense di Shelby, si era comprensibilmente allarmato dopo essersi accorto che i livelli di nascite nel proprio allevamento di ovini erano scesi dell'80%. Accadeva, infatti, che le scrofe entrassero nel normale periodo di gestazione di 113 giorni presentando tutti i sintomi di gravidanza e risultando positive ai test agli ultrasuoni, praticati con regolarità ogni trenta giorni. Tuttavia, alla fine dei 113 giorni, le scrofe cominciavano a tornare alle normali dimensioni pre-gravidanza perdendo tutti i segni della gestazione. Non erano presenti neppure fenomeni di aborto fetale. Dopo 14 o 30 giorni le scrofe andavano di nuovo in calore e i casi di pseudo-gravidanza si ripetevano. Ma di nuovo l'autopsia non mostrava alcun segno di gravidanza, soltanto un accumulo di liquidi. Rosman, trent'anni di esperienza come allevatore, ha analizzato e ricercato tutte le possibili cause dello strano fenomeno. Ha pensato dapprima ad un'epidemia, poi ad un qualche errore nell'applicazione dei sistemi di inseminazione artificiale e infine ai programmi nutrizionali. Le analisi di laboratorio compiute su campioni di sangue e tessuto hanno escluso qualsiasi traccia di patologia ed anche i test sui livelli di estrogeni eseguiti all'Università del Missouri sono risultati normali. Soltanto la scorsa estate, dopo aver preso la difficile decisione di abbattere tutto il suo bestiame Rosman ha avuto notizia di altri allevatori che stavano adottando le stesse misure a causa di fenomeni di pseudo-gravidanza di cui erano stati vittime anche i loro esemplari. A questo punto, Rosman si è accorto che ciò che accomunava lui e gli altri allevatori era il fatto di aver utilizzato nei mangimi il granturco OGM Bt (Monsanto). Ha deciso allora di ritornare all'uso di granturco tradizionale e finalmente le pseudo-gravidanza non si sono più ripetute. Lo stesso Gary Munkvold, professore associato di patologie dei vegetali presso l'Università di Stato dell'Iowa, concorda pienamente con le ipotesi avanzate da Rosman sulle cause scatenanti il fenomeno.

E **l'USDA vende granoturco sospetto** ([2]).

Iowa Farmers Union (IFU) e *Friends of the Earth* (FoE) sono riuscite ad ottenere la copia di una ricevuta fiscale relativa alla vendita di 950 stai di granturco in data 9 Gennaio 2003 dalla *Commodities Credit Corporation* per conto dell'USDA alla *G & R Grain and Feed Company di Portsmouth*, nell'Iowa. Gli stessi ricercatori dell'USDA sospettano che proprio tale varietà di granturco OGM sia stata la causa dei gravi problemi riproduttivi riscontrati in alcuni suini nell'Iowa. Più precisamente si tratta di fenomeni di pseudo-gravidanza in cui le scrofe mostrano tutti i segni della gravidanza senza tuttavia la presenza reale del feto. IFU e FoE hanno inoltre inviato lettere al segretario dell'USDA, Ann Veneman ed agli uffici dell'Agenzia per i Servizi Agricoli chiedendo che il granturco a rischio non venga utilizzato nella preparazione di alimenti e mangimi e che l'USDA si astenga da vendere altre forniture del granturco in suo possesso finché non verranno chiariti i dubbi sulla sicurezza del prodotto.

1) *Iowa Farm Bureau Spokesman*, USA, di Tom Block. (14/05/02)
2) *Friends of the Earth USA/Iowa Farmers Union*. (23/02/03)

Allegato 21: Negli USA già esistenti più di trecento coltivazioni sperimentali segrete di piante OGM per la produzione di sostanze medicinali.

Fonte: *Genet*. 11/07/02

Secondo una recente relazione pubblicata da *Genetically Engineered Food Alert Coalition*, un'associazione statunitense costituita da gruppi di consumatori e di ambientalisti, una nuova tipologia di contaminazione genetica sarebbe alle porte, quella cioè rappresentata dai vegetali geneticamente modificati allo scopo di ottenere sostanze farmacologiche. Le piante, che a quanto pare vengono già coltivate in ben 300 campi sperimentali segreti sparsi in tutti gli Stati Uniti, includono specie modificate per produrre sostanze che inducono l'aborto, ormoni della crescita, sostanze per la coagulazione sanguigna e la tripsina, un allergene. Larry Bohlen, direttore del progetto *Health and Environment Programs* presso la sezione americana dell'associazione ambientalista *Friends of the Earth* e membro della Coalizione, ha dichiarato a proposito "un solo errore da parte di una multinazionale e ci ritroveremo tutti a ingerire attraverso i cereali che consumiamo quotidianamente medicinali prescritti ad altri".

Allegato 22:
Gli scienziati hanno creato la pianta definitiva: il mais contraccettivo

Le piante che prevengono le gravidanze sono il frutto del lavoro della società biotecnologia …*OMISSIS*… dove i ricercatori hanno scoperto una rara classe di antibiotici che attaccano lo sperma.
Isolando il gene che regola la produzione di questi anticorpi e inserendolo nel Mais, la società ha creato queste "piccole fabbriche vegetali" di contraccettivi.

"-…*Abbiamo una serra piena di piante di Mais che sviluppano le sostanze anti-spermatozoi-*, ha dichiarato il presidente della società californiana …OMISSIS…

"-…*Abbiamo creato anche piante di Mais che producono anticorpi contro l'Herpes, così potremmo produrre una gelatina a base vegetale che non solo previene la gravidanza, ma anche blocca la diffusione delle malattie a trasmissione sessuale*…-

Questo Mais contraccettivo è basato su una ricerca relativa a una malattia rara: l'infertilità auto-immunitaria: le pazienti che ne sono affette producono anticorpi che attaccano lo sperma.
Normalmente, i biologi usano batteri (E.Coli) per produrre proteine umane. Questa ditta californiana ha deciso invece di usare il Mais perché ha una struttura cellulare molto più simile a quella dell'uomo, rendendo più semplice la manipolazione.

La società, che ha dichiarato che non coltiverà le pannocchie di Mais in prossimità di altri vegetali, ha annunciato il lancio di prove cliniche sul Mais.

Tratto da *The Guardian*, gennaio-marzo 2006, Robin McKie, Science Editor-Observer

Conclusione
Ecco finalmente spiegato come gli OGM potranno finalmente combattere la fame nel mondo…
Basterà diminuire le bocche da sfamare !!
Finora, per sbaglio, accadeva che nei sacchi di Mais normale finisse anche qualche sacco di Mais OGM al *Bacillus thuringensis*, o roba del genere, (comunque tossico).
Ma adesso, per controllare la crescita demografica basterà quindi inviare per sbaglio qualche container di semi di Mais californiano nei paesi stranieri che si vuole "sterilizzare"….

Percy Schmeiser, agricoltore il cui Mais era stato contaminato da quello OGM di un vicino, è stato già condannato a pagare i diritti alla Monsanto…
adesso forse rischia anche di diventare sterile se dovesse già aver consumato anche Mais contraccettivo, sia pure multato, forse, per l'uso non autorizzato della proprietà intellettuale (brevetto) di questa nuova pannocchia di mais californiana…..

Allegato 23: L'inquinamento genetico minaccia l'agricoltura biologica

IFOAM
http://www.ifoam.org/
Traduzione a cura di Fabio Quattrocchi mailto:FABIOCCHI@Infinito.it

Nonostante gli sforzi per mantenere gli OGM fuori dalla produzione biologica, qualche agricoltore biologico statunitense ha trovato pezzi di DNA modificato nelle sue piantagioni di mais (semi inclusi). Il presidente dell'IFOAM ha detto "*Coloro che rivendicano i diritti su questi geni dovrebbero essere ritenuti responsabili per la diffusione incontrollata nell'ambiente e negli alimenti.*"

Gli agricoltori biologici rimangono contrari a qualsiasi utilizzo di OGM in agricoltura, e gli standard del biologico lo proibiscono esplicitamente. Gli agricoltori bio, trovati con semi OGM, seguivano scrupolosamente le regole che la certificazione richiede, il che assicura che essi non usavano nessun tipo di materiale OGM nei loro terreni.
Le tracce di OGM devono essere venute da fuori.
Anche se al momento non e' chiara l'origine, e' molto probabile che l'inquinamento sia stato causato dal trasporto di polline proveniente da piantagioni GM limitrofe. Oppure i semi forniti agli agricoltori erano gia' GM. I fornitori di semi non sono in grado di garantire la vendita di semi 100% OGM-free.

Questo mette in evidenza che l'inquinamento genetico sta gia' avvenendo fuori dal controllo delle compagnie che hanno rilasciato questi OGM. In altri termini significa che, se tale diffusione di geni non verra' fermata subito, i consumatori saranno privati del diritto di scegliere alimenti OGM-free.

I prodotti biologici rimangono la miglior opzione per i consumatori che desiderano evitare gli OGM. Gli agricoltori bio e le agenzie di certificazione prenderanno tutte le misure adeguate per prevenire la contaminazione. Comunque gli agricoltori e le agenzie di certificazione non possono fare tutto da soli. Se non si prenderanno urgentemente dei provvedimenti, sara' impossibile produrre mais biologico negli USA. Questo vale anche per gli agricoltori convenzionali che vogliono evitare gli OGM.

Il problema in questione non ha conseguenze dirette solo sugli agricoltori bio; ma significa anche una drastica perdita del patrimonio culturale legato alle varietà di piante, e quindi ha grosse conseguenze sui popoli in tutto il mondo. Per migliaia di anni, gli uomini hanno selezionato e incrociato varieta' naturali adattate a microclimi, per fornirci cibo di buona qualità.

E' obiettivo dell'agricoltura bio preservare queste conoscenze e varieta', seguendo principi scientifici ed ecologici.

L'IFOAM chiede ai governi di tutto il mondo di eliminare immediatamente l'uso di OGM in agricoltura e produzione di cibo, proprio nel momento in cui abbiamo la chance di fermare l'inquinamento genetico. L'IFOAM ritiene che le industrie biotech siano responsabili di tale inquinamento, pertanto sarebbe opportuno che i governi approvassero delle regole che rendano le industrie stesse colpevoli dell'inquinamento genetico.

Allegato 24:

Il cibo OGM, contenendo RETRO-VIRUS transgenici, può provocare tumori maligni come il Cancro o la Leucemia, mutazioni genetiche sulla discendenza, e può essere causa di nuove malattie infettive

(http://files.meetup.com/673083/NACCI%20Il%20cibo%20OGM-1.doc)

La *biotech*, o bio-tecnologia, applicata alle piante è nata dalla ricerca del *DNA ricombinante* degli anni '70.

La speciale natura della RICOMBINAZIONE GENETICA, che è alla base della tecnica impiegata per modificare il DNA, è basata sull'utilizzo di speciali "mosaicismi virali", capaci di modificare il DNA. Fra essi, il più noto e il più impiegato è il CaMV (*Cauliflower Mosaic Virus*: virus del Mosaico del Cavolfiore): un "mosaicismo virale" incapace di sopravvivere in assenza della sua cellula–ospite: un vero e proprio parassita virale che le Multinazioni OGM hanno scelto nell'ultimo decennio di utilizzare per modificare moltissime piante ad uso alimentare animale e/o umano.

E' stato negli anni 70-80 che debuttò nei centri di ricerca genetici la RICOMBINAZIONE GENETICA.

Ma, all'inizio, gli scienziati erano molto cauti nell'utilizzo di queste tecniche, ravvisando gravissimi pericoli di inquinamento genetico sia nelle piante che negli animali, nei batteri e soprattutto nell'uomo: si coniò allora il termine di "genetic bomb", paragonando la RICOMBINAZIONE GENETICA artificiale provocata dall'uomo alle modificazioni genetiche provocate sul DNA delle cellule animali e vegetali dalle stesse radiazioni ionizzanti della bomba atomica, inventata e già sperimentata meno di 30 anni prima su Hiroshima e Nagasaki.

Per RICOMBINAZIONE si intende infatti la modifica genetica casuale del DNA, in maniera analoga a quanto si osserva sottoponendo il DNA delle cellule a radiazioni ionizzanti.

NOTA: in merito agli effetti delle radiazioni ionizzanti sul DNA delle cellule, è disponibile in **ALLEGATO PDF No.1** una serie di tabelle inerenti alle aberrazioni cromosomiche e altri danni indotti al DNA umano dall'esposizione a radiazioni ionizzanti, da dati di letteratura scientifica internazionale http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/effetti%20radiazioni%20ionizzanti.pdf

In anni recenti, con la legalizzazione dei brevetti genetici che autorizzano la liberazione in campo aperto delle piante OGM, i regolamenti governativi dell'America e dell'Europa hanno scelto di ignorare i pericoli che la speciale natura della RICOMBINAZIONE GENETICA del DNA attuata dall'uomo su piante e animali rappresenta per il futuro del nostro mondo.

Si ignorarono così questi pericoli a causa delle pressioni economico-affaristiche delle lobby delle nuove industrie bio-tecnologiche che vedevano nella modificazione genetica delle piante e degli animali una nuovo campo di applicazione scientifico-commerciale.

Si scelse di basare la sicurezza o la pericolosità delle nuove piante OGM unicamente sui regolamenti e sulle strutture governative o sopranazionali già esistenti, basandosi unicamente sulla tossicità chimica e sulla presenza o meno di organismi patogeni…

E' ben noto che il CaMV (*Cauliflower Mosaic Virus*) è usato oggi per guidare la replicazione di *retrovirus* introdotti delle piante dalle Multinazionali OGM per modificare il DNA delle piante (piante OGM).
Questo virus è attivo sia nelle piante definite "*Angiosperme*" che nelle piante definite "*Gimnosperme*", cioè in pratica su tutte le piante.

L'utilizzo di questo particolare virus dalle Multinazionali OGM per modificare geneticamente le piante è dovuto ai suoi particolari *promoters* ("motori" di attivazione genetica) contenuti in esso.

Il CaMV ha due di questi *promoters*: il **19S** e il **35S**.
Di questi due, il **35S** è il *promoter* più usato dalle Multinazionali .

Il ***promoter* 35S** è una sequenza di DNA di circa 400 basi (unità di sequenza genica, caratterizzata da 4 diverse molecole : Adenina, Citosina, Guanina o Timina)

Il *promoter* CaMV è il preferito fra tutti i *promoters* impiegati dalle Multinazionali OGM per modificare le piante, perché non è influenzato dalle diverse condizioni dei tipi di tessuto cellulare vegetale, e dove ha così modo di agire.

Purtroppo, esso è in grado di penetrare e di replicarsi anche nelle cellule degli animali, comprese quelle dei mammiferi e anche quelle *umane*, come ben dimostrato dal lavoro di Vlasak, del 2003 (vedi **ALLEGATO PDF No.2** in PDF (Vlasak J.: *Comparison of hCMV immediate early and CaMV 35S promoters in both plant and human cells*, Journal of Biotechnology No. 103, pp.: 197-202, 2003 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/vlasak.pdf).

Questi para-retrovirus artificiali, così creati e così impiegati dalle Multinazionali per modificare il DNA delle piante, sono simili ai *retrovirus* già presenti in natura come il *retrovirus* HIV dell'AIDS, quello della LEUCEMIA UMANA, o quello dell'Epatite B umana (Bonneville : *Retrovirus, Viroids and RNA recombination*, RNA Genetics, Vol. 11, pp: 23-42, 1988).

Si sa infatti, sempre dalla letteratura scientifica, che il CaMV è strettamente correlato al virus dell'Epatite B umana e a quello dell'AIDS (Doolitte: Quart.Rev.Biol. 64, 2, 1989) ; (Xiong and Eickbush, EMBO Journal 9, pp. 3353, 1990)

Nota: l'uso del *promoter* CaMV nelle piante è analogo all'uso dei *promoters* per vettori retrovirali usati nella terapia genica di malattie umane. Le sperimentazioni cliniche di terapia genica umana usano infatti il sistema dei *promoters* per fornire un "motore" di attivazione dei geni estranei che essi portano con se nel DNA bersaglio delle cellule umane geneticamente malformate.

Il grande e rischioso azzardo dell'utilizzo del CaMV in piante da utilizzo per l'alimentazione animale e/o umana è caratterizzato dalla RICOMBINAZIONE GENETICA dei cromosomi (DNA) delle piante, ma questo determina la possibile ricombinazione dello stesso promoter 35S anche con il DNA dell'animale o della persona che ha ingerito il frutto, la verdura, la pasta o la soia OGM e contenenti appunto tali *para-retrovirus artificiali*.

I virus possono anche incorporare, nella RICOMBINAZIONE GENETICA, dei geni cellulari presenti nella pianta o nell'animale che si è nutrito precedentemente di tale pianta OGM, per passare poi all'uomo (che si era nutrito dell'animale), con effetti genetici assolutamente sconosciuti.

Una delle conseguenze più probabili è l'insorgenza di **cancri** e di **leucemie**.
Un'altra conseguenza è quella delle **modificazioni genetiche sulla discendenza**.
In entrambi i casi, il sistema del DNA "salterebbe" in maniera analoga all'esposizione alle radiazioni ionizzanti (vedi ALLEGATO 1)

A differenza però delle radiazioni ionizzanti, vi sarebbe anche la minaccia dell'insorgenza di nuove malattie infettive

NUOVE MALATTIE INFETTIVE: è stato dimostrato che i geni del CaMV incorporati nei cromosomi di piante (Canola) si ricombinano con virus infettivi per produrre malattie virali molto più virulente.

Tale modello sperimentale sulla questione della sicurezza delle piante transgeniche contenenti geni virali transgenici come il CaMV è riportato in **ALLEGATO PDF No.3** (Gal S.: *Agroinfection of transgenic plants leads to viable Cauliflower Mosaic Virus by intermolecular recombination*, Virology, No.187, pp.: 525-533, 1992 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/gal.pdf)

Sulla ricombinazione tra CaMV e vari virus coinvolgenti il promoter vedi **ALLEGATO PDF No.4** (Ray Vaden: *Recombination sites in Cauliflower Mosaic Virus DNAs; implications for Mechanisms of recombination*, Virology, No.177, pp: 717-726, 1990 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/ray%20vaden%20.pdf)

Altri studi scientifici hanno dimostrato che questi *retrovirus* possono scambiare fra loro catene di DNA con altro DNA ed RNA con altro RNA, creando nuove infezioni virali (Mol.Plant-Microbe Interactions 5, 48, 1992).

Esperimenti simili suggeriscono che le alterazioni delle piante possono provocare malattie mortali
Vedi **ALLEGATO PDF No.5** (Greene A.: *Recombination between viral RNA and transgenic plant transcripts*, Science, Vol. 263, 11 march 1994 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/greene.pdf)

Pericolosissime catene di DNA virale prodotte da normali virus a RNA sono così frequentemente propagati nell'ambiente vegetale (piante OGM) usando CaMV 35S *promoter* per guidare la produzione di virus ad RNA che altrimenti non potrebbero propagarsi nel DNA delle piante. Ma da qui possono anche passare nel DNA di animali (compreso l'uomo) o in quello di batteri e/o virus.
Vedi **ALLEGATO PDF No.6** (Boyer J.C.: *Infectious transcripts and cDNA clones of RNA Viruses*, Virology, No. 198, pp.: 415-426, 1994 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/boyer.pdf)

Altra documentazione utile : J. Desuns and G. Lomonossoff: J.Gen. Vir. 74, pp.: 889, 1993

In conclusione: il CaMV *promoter* si ricombina con i virus infettivi per produrre nuove malattie virulenti.

IL CaMV virus e i suoi *promoters* **19S** e **35S** possono incorporare geni del DNA della pianta–ospite, dell'animale–ospite, o di un batterio-ospite, o di un altro virus (purchè a DNA), creando nuove malattie virulente.

In quest'ultimo caso (virus a DNA), il CaMV si può ricombinare con i virus a DNA degli insetti, e propagarsi così nelle cellule degli insetti (Zuidema D.: J.Gen.Vir. 71, pp.312, 1990).

E' così plausibile che una larga parte della popolazione umana, consumando pomodori modificati geneticamente con il CaMV (ricombinato ad esempio con virus dell'Epatite umana B), possa creare un SUPER-VIRUS capace di propagarsi così nelle piante ad uso alimentare, negli insetti (es.: zanzare) e quindi da essi arrivare all'uomo.

Si riportano in **ALLEGATO No. 7** un elenco di retro-virus naturali che negli animali o nell'uomo provocano la Leucemia, i Linfomi, i sarcomi o il cancro della mammella.
http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/retrovirus%20%20e%20cancro.pdf
Essi sono molto pericolosi, e una ricombinazione casuale con il **promter 35S** del *Cauliflower Mosaic Virus* dev'essere considerata come altamente probabile, una volta introdotte le piante OGM nell'alimentazione animale e/o umana

Ulteriori dati scientifici utili:

Allegato No.8 (Allison R.F.: *Recombination in plants expressing viral transgenes*, Seminars in Virology, Vol. 7, pp.: 417-422, 1996 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/allison.pdf)

Allegato No.9 (Wintermantel W.M.: *Isolation of recombinant viruses between Culiflower Mosaic Virus and a viral gene in transgenic plants under conditions of moderate selection pressure*, Virology, No. 223, pp.: 156-164, 1996 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/wintermantel.pdf)

Allegato N.10 (Latham J.: *GM Gene Flow (B): Horizontal gene transfer of viral inserts from GM plants to viruses*, Technical paper, February 2004 http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/latham.pdf)

VEDI anche : Convegno di UDINE – 21 OTTOBRE 2007

http://www.dirittolibertadicura.org/images/OGM/relazione%20convegno.pdf

Nota: 130 articoli scientifici disponibili in PDF su richiesta a: www.medicinetradizionali.it/nacci%20piante.htm

Allegato 25:
Cliniche straniere che eseguono Terapia Metabolica anti-cancro con Vitamina B17, *Aloe*, ESSIAC, *Graviola*, e altre sostanze fitoterapiche

Mexican Clinics

Oasis of Hope Hospital –

also known as Contreras Clinic is in Tijuana Mexico. (note: Gerson Center now operates out of its own clinic.) They are currently the only facility authorized by The Issel's Foundation to use use the name of Issels and Issels Treatment. They have been treating cancer patients over 35 years.
USA Phone: 1-888-500-HOPE (4673)
International Phone: 011-52-664-6316111

Gerson Healing Centers of America

has an office in Bonita, California, but the main clinic is in the Oasis Hospital in Mexico. They not only treat cancer, but also heart disease, diabetes, multiple sclerosis, lupus, arthritis, and liver diseases. Therapy is Gerson, minerals, enzymes, liver extract, B12, acupuncture, botanicals, massage, and chiropractic. They offer a variety of educational programs. http://www.gerson.org/ 1-888-4-GERSON

Stella Maris Clinic

Dr. Alvarez
Tijuana, Mexico
US Contact: PO Box 435123
San Ysidro, CA 92143
800-662-1319 or 619-662-1319
011-52-66-46-343444
http://stellamarisclinic.com

NFAM write up http://www.nfam.org/treatment/clinicstella.html

For over 21 years, the Stella Maris Clinic has offered help for the Cancer Patient and those with other Degenerative Diseases through natural methods, metabolic therapy, and nutritional support.

Their basic 21 day therapy includes detoxification, lymphatic massage, an IV cocktail of LAETRILE, dmso, and ascorbic acid, enzyme therapy, vaccine therapy, European Mistletoe, nutritional guidance, and individualized protocols to rebuild the immune system

Lawrence H. Taylor, M.D.

consults with BioMedics Institute in Mexico. His program calls for a reordering of a patient's body and mind, from immune system support and detoxification to emotional counseling and a complete nutritional program. He may use 714X, amygdalin (LAETRILE), PolyMVA, shark cartilage, selenium, flaxseed oil, and a variety of supplements. EDTA chelation, biological dentistry, and mental detoxification are also used.

There is a write up on this physician in Burton Goldberg's book *The Alternative Medicine Definitive Guide to Cancer.*

Contact info:
Lawrence Taylor, M.D.
1000 Cordova Court
Chula Vista, CA 91910
(888) 626-8067 - BioMedics Institute

International Bio Care Hospital and Medical Center (IBC)
Tijuana, Mexico

Formerly Int'l Biologics Hospital
Dr. Rodrigo Rodriguez, M.D.
No.15 Azucenas St., Tijuana, B.C., Mexico 22440
Clinic: (800) 785-0490 (USA)
or (800) 701-7345 (US/Can.)
http://www.ibchospital.com/
email ibchospital@ibchospital.com

Located about 3 miles the other side of the border, this small hospital impressed us. The area is run down, but the hospital is modern, clean, and comfortable. They are a full in-house hospital.

The seven staff doctors and approximately 90 support personnel treat a variety of degenerative diseases especially cancer. There are 16 rooms with 2 beds each and private or semi-private accommodations are available. Their rooms are medium sized and have the look and feel of a standard American hospital room. For cancerous conditions, a 3-week stay is average with a return check-up in 4 to 6 months. Some American insurance policies cover certain treatments and procedures. Using a wide variety of therapies, for 25 years they've treated a range of chronic metabolic disorders, immunological disorders and other genetic challenges – including those involving surgery.

The treatment program is founded on a broad basis of lifestyle changes, of which nutrition is among the most important. Therapies are very individualized and include: detoxification, specialized diets, hyperthermia, supplementation, laetrile, orthomolecular therapy to help rebuild the immune system, metabolic, nutritional, bioelectric, live cell therapy, chelation, UBIT - Ultraviolet Blood Irradiation, dmso, and chelation. They also offer the P53 gene vaccine.

The clinic emphasizes that they do not "cure" cancer but hope to get it "under control". They are interested not in treating a disease per se but in helping the body heal itself.

I.M.A.Q - Dr. Castillo –

Dr. Isai Castillo Ramos in Tijuana treats cancer, diabetes, arthritis, and many chronic diseases. He uses IVs, Hoxsey, LAETRILE, nutrition, etc. Costs to go to his clinic are very low compared to many other clinics. 800-296-9881
http://www.drcastillo.com/

Europa Institute

Tijuana, B.C. Mexico.

Europa Institute of Integrated Medicine - contact a consultant for the clinic - Dr. Carolyn Bormann, who has an office in Twin Peaks, but the clinic is in Mexico.

Contact: Dr. Borman
The clinic is located just 500 yards south of San Diego, California on the Mexican side of the Border.
http://www.arrowheadhealthworks.com/EUROPA.htm
(909) 338-3533.

Europa Institute of Integrated Medicine - Contact Dr. Carolyn Bormann, a consultant for them has an office in California, but the clinic is in Mexico. They treat cancer and also multiple sclerosis, lupus, CFIDS, viral syndromes, and other immune dysfunctions. They use ozone, chelation, photoluminescence, UBI, hyperthermia, amino acid, enzyme, nutrition, hydrotherapy, neural therapy, and biologicals. (909) 338-3533.
Genesis West Research Institute for Biological Medicine, previously run by Sergio Amescua, M.D., is now being run by Jacob Swilling, PhD. They treat cancer and other chronic and degenerative illnesses. Treatments include detoxification, non-toxic dentistry, chelation therapy, oxygen and ozone, therapeutic nutrition, pH balance, and Bio-Energetic Medicine. www.cancertherapies.com 831-309-7988

THE EUROPA INSTITUTE is owned and staffed by U.S. trained, fully-licensed Board Certified American & Mexican Medical Doctors, with over 50 years of combined clinical experience, trained in trauma and emergency procedures. It is owned and managed by Jeffrey Freeman, M.D.,A.A.F.P. and his physician wife, Dr. Sonia Rodriguez, M.D. The facility is registered and licensed with the Mexican Dept. of Health.

Cancers they specialize in include: brain, lung, liver, skin, kidney, cervical, uterine, prostate, and bone. They also treat cardiovascular disease, heart disease, chronic infections, aids/HIV, and fibromyalgia.

The complete cancer program as arranged by Dr. Borman is discussed on her web page at http://www.arrowheadhealthworks.com/cancer.htm. It includes the use enzyme therapy, metabolic therapy, hyperthermia, bio-oxidative therapy, ozone therapy, blood irradiation, chelation, biological response modifiers (BMR'S), venom therapy, dmso, orthomolecular therapy, cesium, aloe, natural hormones, supplements, and infusion therapy, among other approaches.

We have had one complaint about the program - apparently there was a problem with the hyperthermia machine, so be sure it is working before you go down.

Harold Manner Center

has an office in San Ysidro and a hospital in Tijuana, Mexico. They are best known for their use of LAETRILE in treating cancer. They were temporarily shut down but we have heard they have re-opened.

Hospital Bajanor S.A. de C.V.

in San Diego also treats arthritis, heart disease, lung infections, and kidney stones. They use detoxification, amino acids, LAETRILE, DMSO, EDTA chelation, GH3, polypeptides, Hoxsey, Germanium, and nutrition. www.bajanor.com. 1-888-294-0342

Bio-Medical Center
(Hoxsey Clinic)

Bio-Medical Center (Hoxsey Clinic) in Tijuana was established in 1963 and was one of the first alternative cancer facilities in Mexico. They use Hoxsey tonic and salves to treat cancer. Best results are with skin cancer (including melanoma) and breast cancer. 011-52-664-684-90-11

Since 1963, this clinic has provided Hoxsey therapy. It was one of the first alternative cancer facilities in Mexico. Mildred Nelson, who was Harry Hoxsey's chief nurse at the Hoxsey Clinic in Dallas until he left clinical practice, carried on the therapy in Mexico until her death in 1999. Her sister now runs the clinic.

The clinic was closed for 6 weeks around March 2000 by Mexican medical authorities, but it was allowed to reopen. They are being monitored by local health department officials.

It is not as expensive as many therapies - it costs only $3500 for the therapy no matter how long it takes, with 30% due at the first appointment.

There are several books and videos available on Hoxsey. Go to our books, audios, and videos page to see titles we recommend about Hoxsey.

In addition to the Hoxsey treatment, comprised of a liquid elixir containing a mixture of herbs and several topical salves, the clinic may also use other supplements, diet, nutrition, and chelation therapy. They treat most types of malignancies, but it is said to be especially effective with skin cancer (including melanoma), breast cancer, and has been successful with some recurrent cancers and even with patients who've had radiation and/or chemotherapy. Often what people will do is combine Hoxsey treatment with other approaches, like laetrile.

For a write up on the clinic, go to http://naturalhealthline.com/newsletter/01feb00/nelson.htm.

Contact information:

Bio-Medical center
615 General Ferreira, Colonia Juarez
Tijuana, B.C. Mexico.

Mailing Address:
PO Box 433654
San Isidro, CA 92143-3654

Tel: 011-52-664-684-90-11
Fax: 011-52-664-684-9744

American Biologics

Tijuana, Mexico
American Biologics Integrative Medical Center
800-227-4473
619-429-8200
619-429-8004 fax

http://www.americanbiologics.com ; **amer@bioamericanabiologics.com**

American Biologic is an "integrated facility" that offers a wide variety of approaches, including laetrile, enzymes, chelation, oxygen therapies, bioelectrical therapies, nutritional therapy, hydrotherapy, and hyperthermia. They also have an office in Chula Vista California. American Biologics was also temporarily shut down and were renting a small part of the old Hospital Del Mar/The Meridian Hospital, but we have been told they have reopened their clinic. We have received some positive and some negative comments about this clinic; mostly we have heard that they have become more conventional than in the past. Go to our web page on them for more information. 800-227-4473

American Biologics is owned by Dr. Robert W. Bradford and Maricarmen Cedillo. They offer a wide variety of approaches, including laetrile, enzymes, herbs, DMSO, hydrazine sulfate, chelation, oxygen therapies, vaccines, bioelectrical therapies, UV blood irradiation, nutritional therapy, hydrotherapy, detoxification and hyperthermia. In some cases low-grade radiation, surgery, and chemotherapy may be used.

We have heard some good reports from people who have gone to this facility in the past. However, we have also received a couple of complaints. A major complaint has been not understanding that they are more conventional than in the past. One person said they made an error in the therapy and although he had good results with his cancer, he will need to be on a drug for thinning his blood the rest of his life - He said he is alive though.

Bradford also operates the Bradford Research Institute and The Committee for Freedom of Choice

CHIPSA –

the home of the Center for Integrative Medicine, is a modern full-service hospital located Tijuana. CHIPSA treats all forms of cancer and is one of the few places in the world where patients can receive the Coley's Toxins modalities. They use a modified Gerson Diet. They also use the VG-1000 vaccine, CoQ10, Ozone Therapy, Hyperthermia, LAETRILE, DMSO, Wobe Enzymes, Chelation, Biological Dentistry, diet, supplements, and a variety of other approaches. 1-877-424-4772 - (1-877-4-CHIPSA)
Contreras Clinic - See Oasis Hospital below.

Institute of Chronic Disease

is run by Dr. Gustavo Andrade. They treat cancers, Candidiasis, Chronic Fatigue Syndrome and Herpes. Therapies include conventional therapies, vitamins, enzymes, LAETRILE, ozone, shark cartilage, Hydrazine Sulfate, and chelation. http://www.bajaonline.com/dr-andrade/programs.htm 011-526-680-9292.

American Metabolic Institute and St. Joseph Hospital

La Mesa, Mexico

Geronimo Rubio, MD
1-800-388-1083
Mexico: 52 6621 7602
http://www.ami-health.com/

American Metabolic uses up to 150 different nontoxic medications and therapies to train the immune system to eliminate cancer. The clinic was temporarily shut down, but they have advised us they have re-opened. We have received some positive and some negative comments about this clinic. Go to our web page on them for more information - at http://www.cancure.org/american_metabolic.htm. 800-388-1083
As of May 1st, the Gerson Institute has initiated a license agreement with a new treatment center co-owned and operated by the two most knowledgeable and devoted Gerson physicians in the world: Dr. Alicia Melendez and Dr. Luz Maria Bravo. The new treatment facility, called Baja Nutri Care, is located in the Playas area of Tijuana, Mexico. Call **Tel.** 619-685-5353 or 888-4-GERSON.

They have an office in San Diego called American Metabolics, but the hospital, St. Joseph Hospital, is located in a working-class section of Mexico, ten miles south of San Diego. It is a small hospital in a garden setting. The clinic was temporarily shut down, but have advised us they have re-opened.

For ten years they have been treating degenerative diseases, particularly cancer, with a wide variety of alternative protocols. The hospital has 8 private rooms with an extra bed for family members or friends to stay. In some cases it might be necessary to share bathroom facilities. There is a complete organic food kitchen. There are three doctors on staff and approximately thirty other employees.

A metabolic therapy program is developed to balance the patient's health and to train the immune system to eliminate cancer. A variety of approaches are used including: chelation therapy, supplements, enzymes, lymphatic therapy, acupuncture, Oxygen therapies, lmmunotherapy, Colon therapy, Rife frequency generator technology, botanicals, specialized herbal medicines, shark liver oil, intravenously delivered LAETRILE (amygdalin), Cranial electro-stimulation, reflexology, nutritional therapy, detoxification, and counseling. In some cases they may actually use low-dose radiation or chemotherapy. There is even a 7-21 day tissue cleanse and complete mercury amalgam removal program.

The protocols for treating cancer developed by American Metabolic's medical director, Dr. Geronimo Rubio, were featured in Burton Goldberg's 1100 page best selling cancer- treatment reference book *The Alternative Medicine Definitive Guide to Cancer*.

American Metabolics uses vaccines that are cultured from the patient's blood and tumor cells. Although all forms of cancer are treated, they appear to have had the most success with lymphomas, liver, brain, breast, pancreas and lung. Recently we had one patient with breast cancer whose cancer started growing again within a couple of weeks after attending the clinic and getting the vaccine - she will be going to another clinic for follow up treatment. You should be aware that this can happen at any clinic - not all approaches will work for everyone. Many others have reported success at this clinic, but we recommend that you talk to people who have gone there recently before thinking about going to the clinic. Confirm the costs to attend and where the treatment will be done.

Note: We have received a couple of complaints regarding the costs to attend the clinic or for particular therapies. It is recommended that you have your medical records reviewed so the doctors can give the best estimate on time required for treatment and costs. If you decide to go to this clinic, we recommend that you get all costs in writing up front before starting therapy so there will be no surprises.

List of Clinics in the United States Offering Alternative Therapies

USA

Arizona:

Jesse Stoff, M.D., is no longer associated with Solstice or **IntegraMed**. He is training doctors and setting up treatment protocols for Immune Therapies International (ITI).

California:

American Biologics has an office in Chula Vista, but the clinic is in Mexico.

American Metabolic Institute has an office in San Diego, but the clinic is in Mexico.

Bio-Medical Center (Hoxsey Clinic) has an office in in San Ysidro, but the clinic is in Mexico.

Contreras Clinic (Oasis Hospital) has an office in Chula Vista, but treat in Mexico.

Europa Institute of Integrated Medicine - contact a consultant for the clinic - Dr. Carolyn Bormann, who has an office in Twin Peaks, but the clinic is in Mexico.

Genesis West Research Institute for Biological Medicine has an office in Irvine, but the Clinic is in Tijuana, Mexico.

Gerson Healing Centers of America has an office in San Diego, but the main clinic is in Mexico at Oasis of Hope. The diet is used to treat autoimmune disorders, CHD, and Type II diabetes using Gerson's Diet, Issel's treatments, and Danopoulos' protocols. They have clinics in Mexico, Canada, and the UK. See our organizations page. 1-888-4-GERSON www.gerson.org.

Harold Manner Center has been temporarily shut down. They are best known for their use of laetrile in treating cancer. The clinic is in Mexico.

Douglas Hopper, MD in Santa Monica specializes in family practice, treating ADD, allergies, Alzheimer's, arthritis, CFS, cancer, fibromyalgia, Parkinson's, thyroid disorders, and many other conditions. He uses a wide range of approaches. Note: He will be doing a special program to test the use of hi vitamin C, and other supplements against cancer. The program is being funded so there is no charge to participate. You might want to contact him for information. He can be reached at 310-581-8585, by fax at 320-215-4650, website http://www.yourowndoctor.com/aboutus.asp?site=2092&doc=2092, or email: hoppermd@alumni.princeton.edu.

Institute of Chronic Disease has an office in San Ysidro , with a clinic in Mexico.

International Biocare Hospital is in Mexico - They use the Alivizatos Treatment.

International Center for Medical & Biological Research has an office in San Diego and clinic in Mexico.

Livingston Foundation Medical Center in San Diego is run by Kenneth C. Forror, M.D. He also treats allergies, arthritis, lupus, and scleroderma. There is a 10-day comprehensive program which includes vaccines, nutrition, diet. A 2-day prevention program is also offered. Their website is http://www.lfmc.net/. (888) 777-7321.

Oasis Hospital has an office in San Ysidro, but the clinic is in Mexico. It is also called the Contreras Clinic.

James R. Privitera, M.D. has an office in Covina. He treat arthritis, circulatory problems, preventive medicine, chronic fatigue, and PMS in addition to cancer. His approach is to use nutrition, immunological enhancement, chelation, and darkfield microscope. His website is http://www.nutriscreen.com/. Contact info: Phone: (626) 966-1618 or Toll Free: (888) 220-7888 or toll free: 800-5-PREVENT

Rational Therapeutics, run by Robert Nagourney, M.D. in Long Beach treats blood disorders and solid tumors. His approach is laboratory-based therapy utilizing short form (apoptotic) assays to identify active agents and eliminate inactive agents. Custom tailored, assay-directed therapy, to provide personal cancer strategies based on your tumor response in the laboratory. This eliminates much of the "guess work" prior to your undergoing the potentially toxic side effects of chemotherapy regimens. Contact info: 562-989-6455. Website: http://www.rationaltherapeutics.com/

Robert Jay Rowen, M.D. has moved from Alaska to Santa Rosa, CA. You can reach him at 707-571-7560. He treats most forms of cancer, as well as treating chronic pain, immune dysfunction, allergies, and cardiovascular disease. The main therapies he uses includes: IPT therapy, chelation, bio-oxidative, nutrition, herbs, acupuncture, immune therapies, vitamin C, vaccines, and detoxification. He is not using LAETRILE in California. We understand he enjoys treating later stage cancers. His website is http://www.doctorrowen.com, and his email is drrowen@att.net.

Stella Maris Clinic has an office in San Ysidro, with the clinic in Mexico.

Lawrence H. Taylor, M.D., has an office in Chula Vista, but operates his clinic in Mexico.

Colorado:

Robert C. Roundtree, M.D., practices at the Helios Health Center in Boulder. He works with many patients who use traditional therapies, so he uses nutritional and herbal supplementation to help reverse damage that can result from chemotherapy and radiation. His goal is to build the immune system back. He has been on sabatical.

Robert C. Roundtree, M.D., was practicing at the Helios Health Center in Boulder. However, right now he is on sabbatical. When he starts practicing again, we will post this information on our website.

He works with many patients who use traditional therapies, so he uses nutritional and herbal supplementation to help reverse damage that can result from chemotherapy and radiation. His goal is to build the immune system back.

He may use Maitake mushroom, green drinks, bovine cartilage, shark liver oil, aloe vera, flaxseed oil, astragalus, homeopathic remedies, Tri-Butyrate, and a variety of supplements.

There is a write up on this physician in Burton Goldberg's book *The Alternative Medicine Definitive Guide to Cancer.*

Contact info:
Helios Health Centre
4150 Darley Ave, Suite 1
Boulder, CO 80303
303-499-9224

Florida:

Hippocrates Health Institute in West Palm Beach, FL**.** They treat cancer, heart disease, diabetes, obesity, allergies, and more. They use diet, detox, mind/body approaches, nutritional counseling, wheatgrass and juice therapy, nutripuncture, and electro-magnetic treatments. We are not sure if they are set up to treat advanced cancers. www.hippocratesinst.com 800-842-2125

Georgia:

Stephen B. Edelson, M.D. in Atlanta considers detoxification of the body and strengthening the immune system to be vital in reversing cancer. He uses nutritional supplementation, detoxification, immunotherapy, diet, and strengthening the immune system, as well as LAETRILE (amygdalin), carnivora, ultra-violet blood irradiation, coffee enemas, shark cartilage, and vitamins as part of their therapy. They have also started using IPT therapy, along with laetrile and megadoses of Vitamin C to control and reverse cancer. www.edelsoncenter.com 404-841-0088.

The Edelson Center

Stephen Edelson, M.D.
3833 Roswell Rd, Suite 110, Atlanta, GA 30342.
Tel: (404) 841-0088.
http://www.edelsoncenter.com/

The Edelson Center (*Environmental & Preventive Health Center*) is Dr. Edelson's clinic.
They attempt to show patients how to achieve improved health through exploration of the reason for illness, treatment and prevention. They use nutritional supplementation, detoxification, immunotherapy, diet, and strengthening the immune system. They use LAETRILE (amygdalin), carnivora, ultra-violet blood irradiation, coffee enemas, shark cartilage, and vitamins as part of their therapy. They are also using IPT therapy, along with LAETRILE and megadoses of Vitamin C to control and reverse cancer.

They work with a variety of conditions, including *environmentally-related illnesses*, autism, and more. http://www.edelsoncenter.com/Diseases_Treatment/index.htm gives information on a variety of conditions.

This clinic is written up in Burton Goldberg's book *The Alternative Medicine Definitive Guide to Cancer*. You might want to see if your local library has this book.

Note: One person told us Dr. Edelson would not treat them until they had a tumor in their colon removed - they didn't want surgery, so they didn't work with him. There have been a couple of minor complaints, but overall we have heard good things about him.

Maryland:

Paul V. Beals, M.D. also runs a clinic in Laurel. He treats Most nonmetastatic cancers and various degenerative diseases. including heart disease, diabetes, lung disease, multiple sclerosis, and fibromyalgia. He uses diet, metabolic nutrition, IV & oral vitamins & minerals, immunotherapy, LAETRILE, megavitamins, DMSO, hydrogen peroxide, BCG, and chelation. Contact info: (301) 490-9911.

Nevada:

Dr. Brodie in Reno includes nutritional and herbal supplements along with strong physical and psychological support and conventional treatments where necessary. www.drbrodie.com 775-829-1009

Dr. Douglas Brodie, MD

6110 Plumas Suite B
Reno, NV 89509
775- 829-1009 or Fax: 9330
http://www.drbrodie.com/cancermanagement.htm

Dr. Brodie has been in practice over 25 years. His program includes diet, vitamins, supplements, and special immune enhancing substances to support and enhance the body's natural defenses against cancer through optimum nutrition, detoxification, diet and supplements, enzymes, LAETRILE, herbal preparations, homeopathy, and special non-toxic substances. They use a number of immune enhancing substances called "*Biological Response Modifiers*." His program compliments and enhances most of the conventional treatment programs. His approach is to include nutritional and herbal supplements along with strong physical and psychological support and conventional treatments where necessary. We have been getting very good feedback about Dr. Brodie and his approaches.
This clinic is written up in Burton Goldberg's book *The Alternative Medicine Definitive Guide to Cancer*.

James W. Forsythe, M.D., H.M.D. manages two clinics: Cancer Screening and Treatment Center of Nevada for conventional cancer treatment and Century Wellness Center for alternative medicine. Dr. Forsythe's expertise is in conventional therapy and he may propose that as your first option.

James W. Forsythe, M.D., H.M.D. manages two clinics: Cancer Screening and Treatment Center of Nevada for conventional cancer treatment and Century Wellness Center for alternative medicine. The Century Wellness Center offers homeopathy, Chinese herbal medicine, acupuncture, hyperbaric oxygen, and intravenous immunotherapy, and immune-stimulating therapies. He may use germanium, Laetrile, alpha interferon, Selenium, shark cartilage, pancreatic enzymes, and Echinacea. The person, not the tumor, is the focus.

James Forsythe, M.D.
521 Hammill Lane
Reno, NV 89509
Tel: 775.827.0707
http://thecrew2.reno.powernet.net/virtual/drforsythe.com/index.php.

He is written up in Burton Goldberg's book *The Alternative Medicine Definitive Guide to Cancer.* However, we have been told by a couple of people that Dr. Forsythe's expertise is in conventional therapy and he will propose that as your first option.

New York:

Revici Life Science Center, in New York, NY - Emanuel Revici, M.D., until he passed away ran the **Revici Life Science Center** in NY, NY. Dr. Korin took over until he passed away. It is run for awhile by Dr. Joseph Carozzi. It may now run by Dr. Revici's grandson. They use fatty acids and sterols, enzymes, high-dose selenium, dietary changes, and a "biologically guided" nontoxic chemotherapy. He recommends not taking high dose vitamins without checking how these shift the body's acid/alkaline balance. 212 252-1942

Emanuel Revici, M.D., until he passed away ran the **Revici Life Science Center** in NY, NY. Dr. Korin took over until he passed away. It is run for awhile by Dr. Joseph Carozzi. It may now run by Dr. Revici's grandson.

They use fatty acids and sterols, enzymes, high-dose selenium, dietary changes, and a "biologically guided" nontoxic chemotherapy. He recommends not taking high dose vitamins without checking how these shift the body's acid/alkaline balance.

They treat late stage cancers, especially brain, lung, pancreatic, and metastasized breast carcinomas, and also AIDS.

This clinic is written up in Burton Goldberg's book *The Alternative Medicine Definitive Guide to Cancer*.

Contact info:
The Revici Life Science Center Inc.
200 West 57th St, Suite 402,
New York, NY 10019.
Tel: 212 252-1942

Michael B. Schachter, M.D. of the Schachter Center in Suffren has had good responses with breast, lung, colon, lymphoma, and Hodgkin's. He also treats AIDS, neurological problems, and candida. He uses detoxification, EDTA & DMPS chelation, laetrile, DMSO, coenzyme Q10, hydrogen peroxide, shark cartilage, hydrazine sulfate, biomagnetic, and homeopathy. (845) 368-4700

New patient services: ext. 6 http://www.mbschachter.com

Schachter Center for Complementary Medicine

Michael Schachter, M.D.,
Two Executive Blvd, Suite 202,
Suffern, NY 10901
Tel: 845 368 4700
New patient services: ext. 6

http://www.mbschachter.com
Treatment programs emphasize lifestyle changes and address diet, exercise, nutritional supplements and stress management. For many patients, programs involving injectable vitamins, minerals, chelating agents and bio-oxidative substances play a major role in treatment. Other modalities used include homeopathy, acupuncture, and counseling.

He uses enzymes, a variety of oils, amino acids, botanicals, amygdalin (laetrile), shark and bovine cartilage, intravenous infusions, chelation, a variety of adjunctive therapies, hormone balancing, hydrazine sulfate, and if necessary, he refers patients to a holistic dentist to have mercury amalgams removed as part of an overall detoxification program.

One of the approaches he has been using in conjunction with A.P. John Institute is CAAT.

This clinic is written up in Burton Goldberg's book *The Alternative Medicine Definitive Guide to Cancer*.

Dr. Gonzales in New York treats all cancers, but specializes in pancreatic cancer. He uses a metabolic approach, with high doses of supplements. 212-213-3337 website: http://www.dr-gonzalez.com/

Nicholas Gonzales, M.D., operates a clinic in New York, NY. He is best known for his work with pancreatic cancer patients, though he treats patients with all types of cancers. His program consists of large doses of pancreatic enzymes, glandulars, coffee enemas, detoxification, a wide range of dietary supplements and an organic diet. He uses a "metabolic approach" to treating cancer.

The National Cancer Institute (NCI) is currently sponsoring a study to evaluate the nutritional treatment of pancreatic cancer at his clinic. For information on these trials, go to http://nccam.nih.gov/nccam/ne/press-releases/gonzales.html.

Nicholas Gonzalez, M.D.
36 a East 36th St, Suite 204
New York, NY, 10016
Tel: 212-213-3337or fax----3414
http://www.dr-gonzalez.com/

This clinic is written up in Burton Goldberg's book *The Alternative Medicine Definitive Guide to Cancer*.

NOTA: in merito a casi clinici del Dott. Gonzales, vedi anche ALLEGATO 51

Philip E. Binzel, Jr., M.D. 667 Waverly Dr. Washington Court House, OH 43160, (740) 335-2974 Author of the book *Alive and Well*. Note: He is retired, but will occasionally accept patients.

Texas:

Burzynski Clinic, in Houston is run by S.R. Burzynski, M.D., Ph.D. They have found their best results with brain cancer. They also treat non-Hodgkins lymphoma, prostate, and kidney cancer. Their main therapy is the use of antineoplastons. Therapy is very expensive here. 713-335-5697 www.cancermed.com/

Burzynski Research Institute
Stanislaw R. Burzynski, MD, PhD
www.cancermed.com

9432 Old Katy Rd, Suite 200
Houston, TX 77055-6330
713-335-5697 or fax 713-335-5699
info@burzynskiclinic.com

Write up at http://63.173.141.67/treatment/clinicburzynski.html

Dr. Burzynski discovered peptides and amino acid derivatives in the human body that control cancer, not by *destroying* cancer cells but by *correcting* them. He named these substances antineoplastons.

Antineoplastons are nontoxic substances that have shown to be a promising therapy for difficult-to-treat brain cancers, low- and intermediate-grade non-Hodgkin's lymphoma, and many common types of solid tumors.

Note: Antineoplastons have not been approved by the Food and Drug Administration as safe and effective for the treatment of any disease or condition. However, clinical trials are under way on this treatment.

Dr. Burzynski has been approved by the Food and Drug Administration as Principal Investigator in over 70 clinical trial studies. These studies encompass a wide range of cancer types in both children and adults. However, he is best known for treating brain cancer.

After 25 years of experimentation, the outlook for antineoplastons in the treatment of cancer has never been brighter. However, Dr. Burzynski advises that the treatment is still considered experimental, and that no promises of effectiveness can be made.

All residents of the United States must participate and be treated under a current FDA-approved clinical trial or Special Exception. Residents of most other countries must receive FDA permission to ship antineoplastons to that country. All patients are treated on an outpatient basis. The treatment is self-administered and normally free of serious side effects.

Currently there is legislation underway to allow for choice of therapy in treating ones cancer that resulted from Thomas Navarro being denied treatment at Burzynski's clinic. Go to our legislation page for more information on the **Thomas Navarro FDA Patient Rights Act (H.R. 3677)** or go to www.cancerbusters.com.

Vladimir Rizov, M.D., in Austin gets good results with prostate cancer. He also treats cardiovascular problems, arthritis, fungal infections, and allergies. He uses IPT therapy, DMSO, vitamins, EDTA, enzymes, nutrition, detoxification, chelation, oxygen, and homeopathy. Website: www.newvitality.com Phone: (512) 451-8149

The Paracelsus Clinic in Federal Way is run by Dr. Dorman. They treat a variety of conditions, primarily with prolotherapy and chelation. Their website is: http://www.paracelsusclinic.com/ or they can be reached by phone at 253-529-3050.

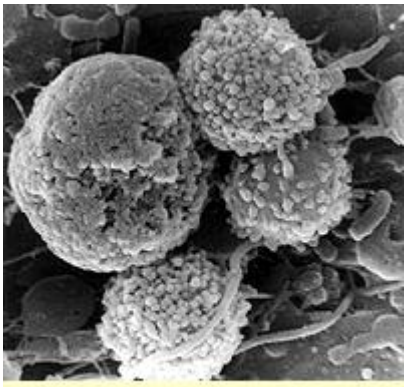
Wisconsin:

Waisbren Clinic in Milwaukee, run by Burton A. Waisbren, Sr., M.D., treats carcinoma, lymphoma, multiple sclerosis, and chronic fatigue syndrome. Therapies they use include BCG, Coley's vaccine, lymphoblastoid lymphocytes, vaccines, Interleukin2, and Interferon. www.waisbrenclinic.com 414-272-1929

Waisbren Clinic

The Waisbren Clinic was established in Milwaukee in 1951. Here empathetic, traditional and investigative internal medicine has been practiced ever since. The need for our investigative studies surfaced among our patients and those seen in our teaching activities at Marquette Medical School and the Medical College of Wisconsin.
The guiding principles of this clinic are: We first listen carefully to the patient on a one to one basis in the privacy of the physician's office; we then ask them how they think we can help them; and we point out to patients who have been told there is nothing to do that there is always something to do and that we will search for it.
We have described the practice of the Waisbren Clinic as that of "investigative internal medicine". We base this on the premise that difficult and unusual cases may represent "experiments of nature". The intense study of these often reveals information of general interest. In this vein, we have been able to discover and report some important findings. They include:

1. Gram negative shock
2. Deafness due to aminoglycosides
3. Platelet destruction due to ristocetin
4. Potentiation of antibiotics by gamma globulin
5. The utility of multiple antibiotics in severe burns
6. Human lymphocyte-tumor cell interaction (see picture)
7. The probable efficacy of combined immunotherapy in cancer.
8. Some people with ALS have elevated Lyme disease antibody titers.
9. Swine flu vaccine and hepatitis B vaccine were associated with autoimmune complications.


Human lymphocyte-tumor cell interaction. A scanning electron microscopy study. JAMA 1979;241:2631-2.

Currently, the clinic focuses on both the practice of internal medicine and the diagnosis and treatment of problem diseases. Further information regarding the above subjects can be found in our publications, which are available if you email waisbrenclinic@ameritech.net.

About Dr. Waisbren Burton A. Waisbren, Sr., M.D. is a native Milwaukean who received his B.S. and M.D. degrees from the University of Wisconsin Medical School in Madison, Wisconsin. He served his internship at the Harvard Service at Boston City Hospital. His military service was at the Navy Medical Research Institute, Bethesda, Maryland and the Biological Warfare Center, Camp Dietrick, Maryland. His residency and fellowship was served at the University of Minnesota Hospitals where he was an instructor in the medical school. He received a master's degree in bacterial genetics from the University of Minnesota in 1951. He moved to Milwaukee, his hometown, in 1951 and established a private practice in internal medicine, infectious disease and immunology. At that time, he also headed the infectious disease control unit at the Milwaukee County Hospital. From 1951 to 1969, he was the director of the infectious disease division of first the Marquette Medical School and then the Medical College of Wisconsin. During that time, he was appointed associate clinical professor of medicine. He was the medical director of the St. Mary's Hospital Burn Center from 1962 to 1982. He has directed a cancer immunotherapy clinic in Milwaukee since 1973. He has published numerous articles in the peer reviewed medical literature and has authored books on systematic methods of critical care and on medical emergencies.

Dr. Waisbren is board certified by the American Board of Internal Medicine and also is a fellow of the American College of Physicians and the Infectious Disease Society of America. He is a founding member of the Infectious Disease Society of America, the American Burn Association, and the Critical Care Society of America. **Immunotherapy for cancer which includes: Coley's vaccine, mixed bacterial vaccine, transfer factor, BCG, and lymphoblastoid lymphocytes.**

A scientific essay regarding a 25-year experience in the treatment of cancer with multiple immunotherapy modalities.

http://www.waisbrenclinic.com/artinfo.html http://www.waisbrenclinic.com/chronic-lyme-disease-case-reports.html The Management of Chronic Lyme disease Treatment of Amyotrophic Lateral Sclerosis and Multiple Sclerosis with Anti-Lyme Disease Antibiotics with Antibiotics

NOTA VEDI anche ALLEGATO 52

List of Clinics in CANADA
Offering Alternative Therapies

Cose, Inc., in Rock Forest, Quebec is primarily run by Gaston Naessens, Francoise Naessens, Stephane Sdicu, and Daniel Sdicu. They treat cancer and multiple sclerosis, rheumatoid arthritis, and degenerative diseases. Their main therapy is 714X. Note: Gaston Naessens invented the Somatoscope, a microscope capable of reaching 30,000X magnification and a condenser permitting ultramicroscopy to help in diagnosing cancers. Note: The clinic is currently closed, but it may be reopening. For info on 714X and Gaston Naessens, go to http://www.billybest.net/

Vital Path Health Centre in British Columbia treats cancer fibromyalgia, liver disease, and stroke using hyperbaric oxygen, homeopathy, oxygen, Chinese herbs, Essiac and Hoxsey in some cases, diet, and acupuncture. Psychological therapies are also used, such as guided imagery and positive affirmations. Their website is http://www.vitalpathhealthcentre.com/ for more information. (250) 549-1400

Abram Hoffer, M.D., Ph.D. practices in British Columbia. He is considered a pioneer in the use of scientific or orthomolecular nutritional substances for healing. He uses high doses of Vitamin C along with other supplements, and a low-fat, low-sugar, dairy-free diet.

Dr. Hoffer has authored over 500 medical articles and many books. He works with many patients who have already received conventional treatments. His therapies reinforce and complement these treatments by reducing side effects and boosting the immune system.

Contact info:
Abram Hoffer, M.D.
2727 Quadra, Suite 3
Victoria, British Columbia, Canada V8 4E5.
Tel: 250 386 8756.
http://www.islandnet.com/~hoffer

This clinic is written up in Burton Goldberg's book *The Alternative Medicine Definitive Guide to Cancer*.

List of Clinics in EUROPE
Offering MetabolicTherapies

Austria

Germany

England(UK)

Switzerland

Austria

The Kroiss-Cancer-Center for Alternative Cancer Therapy run by Dr. Thomas Kroiss in Vienna, Austria is especially known for treating breast cancer, cancer of lung, colon/rectum, prostate, brain tumor, leukemia, liver metastases, bone metastases, and ovarial tumors, using Their website is http://www.kroisscancercenter.com/ and they can be reached by phone at 43-1-982 57 67 or by fax: 43-1-982 69 92.

NOTA: vedi anche ALLEGATO 53

England/UK

Callebout, M.D. in London, England uses numerous herbs, nutritional supplements, enzymes, and substances uniquely tailed to fight cancer, along with a detoxification regime, an overhaul of the patient's diet, and psychological tips for "health survivorship." 011 44 207 2 55 2232 or Mobile: 44 7930 336348

Etienne Callebout, M.D. in London, England uses numerous herbs, nutritional supplements, enzymes, and substances uniquely tailed to fight cancer, along with a detoxification regime, an overhaul of the patient's diet, and psychological healing strategies. He alternates protocols so that the malignancy gets hit from different angles at different times.

He may use 714X, aloe vera, amygdalin (laetrile), bovine cartilage, dmso, Wobe-Mugos and other enzymes, glandulars, green tea, Iscador, flaxseed oil, Maitake, vaccines, shark cartilage, and other homeopathic and herbal remedies.

His approach is written up in Burton Goldberg's book *The Alternative Medicine Definitive Guide to Cancer*.

Contact info:

10 Harley Street
London, England W1N1AA
011 44 207 2 55 2232
Mobile: 44 7930 336348
Fax: 44 1582 769832

The Issels Cancer Treatment

A 50 year old therapeutic system originating in Europe

Therapy includes: detoxification, nutritional support, supplementation of vitamins, minerals and enzymes, Chelation Therapy, acupuncture, massage therapy, counseling, Oxygen/Ozone Therapy, vaccines, light therapy, and a truly integrated approach to treating cancer. The treatment is not meant to replace conventional care, but to be used with it.

With the Issels Treatment, so-called **"incurable"** cancer patients have led full **cancer free** lives, some for up to **45 years**, and as follow-up to conventional treatment, the cure rate is as high as 87%.

Oasis of Hope is currently the only facility authorized by The Issel's Foundation to use use the name of Issels and Issels Treatment. Call 888-500-4673. They have been treating cancer patients over 35 years. Go to http://www.issels.com/reply_oasis.asp for more information. The Issels Treatment Center is a separate entity within the Oasis hospital. Call them at (888) 4ISSELS (447-7357) for more information.

You might want to read Dr. Issel's textbook - *Cancer, A Second Opinion* published in 1999 by Avery. You can also read testimonials on their website - www.issels.com.

Germany

Hufeland Clinic for Holistic Immunotherapy in Bad Mergentheim Germany uses a treatment based on a well-established concept developed by Dr. Josef Issels, which is a holistic approach using fever therapy, hyperthermia and immunobiological medicine. They treat most cancers including breast, melanoma, prostate, colon, kidney, brain, and sarcomas, as well as arteriosclerosis. They also use colonics, eumetabolic, homeopathic, vitamins, minerals, enzymes, ozone, oxygen, hydrogen peroxide, chelation, hydrotherapy, acupuncture, and nutrition. 49 7931/536-0 http://www.hufeland-klinik.de/Englisch/hufeland_clinic.htm

Dr. Helmut Keller treats cancer as well as multiple sclerosis, chronic polyarthritis, Crohn's disease, and neurodermatitis using preventative programs, immune evaluations, vitamins, minerals, and hyperthermia. Phone: 011-49-9288-5166. We show he has moved to Stella Maris Clinic in Mexico.

Hans Nieper's clinic is in Hanover, north of Frankfurt. Although he is no longer alive, the office is still open and they treat cancer, multiple sclerosis, arteriosclerosis, coronary disease, amyotrophic lateral sclerosis, rheumatoid arthritis, and osteoporosis. Therapies include eumetabolic therapy, gene repair, beta-carotene, dialdehydes, squalene-ascorbate, ureylmandelonitrile, laetrile, and enzymes. (Trying to confirm contact info: 011-49-511-348-08-08 or Fax: 011-49-511-318417.)

Institute for Immunology and Thymus Research in Bad Harzburg outside of Hanover is run by Milan C. Pesic, M.D. They have had the best response with treating the following cancers: lung, bladder, colon, pancreatic, breast, Hodgkin's, non-Hodgkins, and Kaposi's sarcoma. They use THX/Thymex-L, a thymus extract for the immune system. Tel.: 0049-5322-960541

Switzerland

Fred Vogeli is opening a clinic in Switzerland. He uses Hulda Clark's approaches. Go to www.drclark.net or email info@drclark.net for more info.

Lukas Klinik, CH-4144 Arlesheim, Phone: 011-41-61-72-3333. Their website is http://www.lukasklinik.ch/English/Default1.htm. They use Mistletoe in their treatment programs. They aim to give special consideration not only to the physical situation of the sick individual but also to his or her soul and spirit. The work bases on the insights gained in anthroposophically extended medicine which was developed by Rudolf Steiner and Ita Wegman.

Paracelsus Klinik Center for Holistic Medicine and Dentistry combines holistic medicine, naturopathic treatments and biological dentistry. They work with some clinics in the U.S. In US, contact 508-748-0816.

Allegato 26:

Attenzione al miele filtrato

Normativa: arriva un oggetto misterioso: il miele filtrato

E' la novità prevista dalla nuova Direttiva CE sul miele (n. 2001/110/CE) pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale italiana -serie CE- del 7 marzo scorso. Miele filtrato viene definito quello "ottenuto eliminando sostanze organiche o inorganiche estranee, in modo da avere come risultato un'eliminazione significativa dei pollini". La definizione è un capolavoro di furbizia perché in realtà chi ha voluto questa norma aveva in testa i pollini e non le sostanze organiche e inorganiche. Ma prima di vedere il perché bisogna andare a leggere un'altra novità della Direttiva, ovvero la norma che ha imposto sul miele l'indicazione del Paese d'origine in cui è stato raccolto. Così la CE, apparentemente, ha fatto contenti i consumatori, che sapranno se il miele viene dalla Cina (ne arriva un fiume) o da altri Paesi del terzo mondo ove è di qualità scandente. Ma intanto la Direttiva ha dato agli importatori una prima scappatoia, poiché basterà aggiungere un grammo di miele italiano a una tonnellata di miele cinese per sostituire l'indicazione del Paese di provenienza con la dizione "miscela di mieli originari e non originari della CE". Non contenta di questa prima scappatoia, la CE ne ha trovata anche un'altra come regalo agli importatori, ovvero il miele filtrato, che è un miele privato dei pollini dopo essere stato filtrato da una membrana con pori piccolissimi (ormai la microfiltrazione è di moda). Praticamente è un miele denaturato perché ridotto a uno zucchero fluido e dura anche di più perché la microfiltrazione trattiene i lieviti responsabili della fermentazione. Ma il regalo agli importatori, afferma l'Unione Nazionale Consumatori, è doppio perché la scomparsa dei pollini rende il miele un oggetto misterioso. Dall' analisi dei pollini, infatti, si riconosce non solo l'origine floreale, ma anche la provenienza del miele: se scompaiono, con un'opportuna miscelazione potrà essere dichiarato miele italiano anche un miele cinese, anzi potrà essere aggirata la disposizione della stessa Direttiva che prevede l'obbligo di dichiarare in etichetta "miele filtrato". Quindi è più di un regalo agli importatori di miele scadente. Altre novità introdotte dalla Direttiva, che dovrà essere recepita entro il 1 agosto 2003, sono il miele industriale e la possibilità di riportare in etichetta indicazioni che fanno riferimento "a criteri di qualità specifici". Il miele normale non può essere pastorizzato per allungarne la vita, perché la Direttiva prevede un tenore massimo di idrossimetilfurfurale (HMF) di 40 milligrammi per kilogrammo. L'HMF è un sottoprodotto che si forma dal glucosio del miele quando questo viene riscaldato, ma se è sotto i 40 mg/kg significa che può aver subìto solo un lieve riscaldamento per ragioni tecniche di confezionamento, cioè per facilitare l'invasettamento. Il "miele per uso industriale", invece, è stato surriscaldato per eliminare difetti originari o di vecchiaia, ma può essere venduto al consumatore anche con i difetti e comunque con la menzione "unicamente ad uso culinario", cioè per fare dolci. Ovviamente costerà di meno. Quanto alla possibilità di indicare in etichetta "criteri di qualità specifica" del miele, non si sa ancora a che cosa si riferisce la Direttiva. Di certo, c'è che anche il miele dovrà riportare la data di scadenza, dalla quale è per ora esentato, nel senso che è facoltativa.
(**Unione Nazionale Consumatori** marzo 2002)

ALLEGATO 27

Lo strano caso della “corazzata tedesca di New York”

Durante la Prima Guerra Mondiale del 1914-18, unità navali tedesche di superficie e subacquee condussero una dura e feroce guerra contro le navi mercantili dell’Inghilterra e della Francia.
Dopo il 1917, con l’entrata in guerra anche degli Stati Uniti, tale attività di contrasto ai traffici marittimi delle potenze ostili agli Imperi Centrali di Germania e Austria-Ungheria si estese anche all’America.

La storia che stiamo per raccontarvi riguarda un fatto realmente avvenuto durante il periodo di neutralità degli Stati Uniti, quando in piena guerra mondiale, mentre nove milioni di uomini morivano nell’immenso mattatoio delle trincee della vecchia Europa, una corazzata tedesca, in pieno assetto di guerra, entrò nella rada di New York, con i suoi giganteschi cannoni navali puntati contro i grattacieli di Manhattan e la sua intera popolazione: una micidiale macchina da guerra capace in pochi minuti di scatenare l’inferno su oltre otto milioni di abitanti…

Era la nave da battaglia “Kronprinz-Wilhelm”, orgoglio della Marina Imperiale da guerra tedesca, che aveva già colato a picco nell’Atlantico ben quattordici navi mercantili francesi e inglesi in meno di nove mesi di attività.

Ma in quella triste alba newyorkese, quando l’immensa nave da guerra tedesca emerse dalle nebbie atlantiche al largo della città americana, essa portava a bordo un carico di morti e di moribondi.

Centodieci marinai dell’equipaggio, colpiti da una strana malattia, avevano iniziato a morire alla media di due uomini al giorno, presentando i sintomi di una debolezza estrema, atrofizzazione muscolare, paralisi, dilatazione del miocardio e dolore ad ogni minimo contatto sulla pelle.

La storia era ancora più emblematica: la nave da guerra tedesca aveva saccheggiato ben quattordici navi mercantili nemiche, prima di colarle a picco, e si era pertanto impadronita di tutte le loro riserve alimentari. I marinai tedeschi avevano avuto modo così di mangiare e bere abbondantemente con banchetti continui; mai nella loro vita avevano mangiato così bene: i loro abbondanti e continui pasti erano consistiti sostanzialmente in molta carne, molta farina bianca, molte verdure conservate, molte patate, molti biscotti, molto formaggio, margarina, the nero e spumante a fiumi.
I marinai avevano mangiato il cibo che avevano ritenuto indispensabile, mentre la frutta e le verdure fresche erano state consumate in pratica dai soli ufficiali di bordo tedeschi.
E’ un fatto curioso che nessuno di questi ufficiali era stato colto però da tale malattia.
I medici tedeschi della “Kronprinz-Wilhelm” erano stati comunque incapaci di far fronte alla situazione in atto e, nonostante gli sforzi, non erano stati capaci di procurare la guarigione ad un solo marinaio, né a limitarne il contagio….

Nel porto di New York, mentre all’equipaggio tedesco fu fatto divieto di sbarcare, rinomati e famosi medici americani salirono a bordo della corazzata tedesca per visitare, con tutte le precauzioni possibili, gli strani ammalati, mentre i morti venivano portati via.
Ma nessuno di loro fu in grado di capire la natura della strana malattia.

E i marinai tedeschi continuavano a morire, giorno dopo giorno.
Fu a quel punto che si presentò, sulle banchine del porto, uno strano medico di origini irlandesi, tale “Dott. Alfred W. Mc Cann”, che propose una ancor più strana “terapia”, tutta a base di vitamine naturali, consistente cioè in frutta *fresca* e foglie verdi *fresche*.
Sia pure con riluttanza, fu fatto salire a bordo.
Alla fine, i medici tedeschi di bordo si convinsero di quanto andasse blaterando lo strano medico irlandese, convinto assertore delle …”cure naturali” contro quella tremenda malattia che stava uccidendo senza scampo l’intero equipaggio della più potente unità navale tedesca della storia….
Ma, per non urtare la suscettibilità dei marinai, in accordo con gli ufficiali di bordo, fu concesso all’equipaggio di consumare anche un po’di carne, sia pure in quantità ridottissime: i marinai tedeschi, come tutti del resto, credevano infatti che la carne, “cibo dei ricchi”, fosse l’alimento più “nutriente” di tutto.
Lo strano medico irlandese vietò anche, stranamente, tutti gli altri alimenti proteici: dal latte al formaggio, al burro, alle uova. Vietò anche gli amidacei, le sostanze grasse e quelle zuccherine.

In meno di due settimane li salvò tutti.

Disse più tardi il grande chimico svedese Berg, “*…la più potente nave da guerra tedesca fu sconfitta dalle conserve alimentari…*”

Allegato No. 28:
Espianto di organi a cuore battente:
il paziente è realmente morto dopo sole 6 ore di E.E.G. piatto ?

Attualmente vi è una certa discussione in ambito medico e non-medico fra fautori degli espianti d'organo a cuore ancora battente, e fautori di varie associazioni che, viceversa, ritengono inconciliabile tali atti con gli aspetti etici e umanitari della nostra società come ad esempio: www.antipredazione.org o recenti libri divulgativi sull'argomento.

Personalmente si e ritenuto utile e interessante riportare qui delle vecchie documentazioni mediche tedesco-occidentali ("*Praxis der Intensivbehandlung*", Georg Thieme Verlag Stuttgard), pubblicate in anni quando in Europa non era ancora arrivato dall'America quel forte interesse "commerciale" ad avviare questo genere di chirurgia. Erano ancora gli anni Settanta, quando film come "*Coma Profondo*, con Tom Selleck (il personaggio della serie televisiva di "*Magnum P.I.*") sembravano aver alzato la cortina di silenzio sopra gli espianti di organi a cuore ancora battente (spesso da giovani soggetti) per eseguire poi i trapianti di questi organi in altri pazienti (spesso anziani).
Ma, come si sa, le generazioni passano, e con esse i ricordi e i fatti.

Confini tra la vita e la morte

Tratto da TERAPIA D'URGENZA, 1979, Piccin Editore, tradotto dal libro di medicina "*Praxis der Intensivbehandlung*".
Il testo è riportato integralmente, con esclusione delle sole figure e didascalie sottostanti.

Confini tra la vita e la morte
cap. 44, W. Bushart e P. Rittmewer

Fondamenti fisiopatologici

Anche se un tempo esistevano delle comunicazioni su una rianimazione con successo del cuore, tuttavia 15 anni fa un arresto cardiaco veniva equiparato ancora alla morte clinica.
Attualmente con delle semplici manovre rianimatorie, che possono essere impiegate sul posto stesso dell'incidente senza mezzi ausiliari e senza perdita di tempo subito dopo l'arresto cardiaco, sono stati spostati i confini tra la vita e la morte finora validi, e la definizione della morte clinica è divenuta problematica. I fondamenti fisiopatologici per una rianimazione condizionatamente possibile dopo un arresto circolatorio temporaneo sono stati elaborati da Opitz, Schneider, Hirsch e altri. L'organismo in toto e i singoli tessuti hanno, in circostanze ben definite, un determinato tempo di rianimazione in presenza di un'ischemia totale.
Con il termine "*periodo di rianimazione*" s'intende quell'intervallo di tempo di ischemia totale entro il quale si può reintegrare completamente con la reintroduzione di sangue ossigenato le funzioni dell'organismo o dei singoli organi.
Descriviamo come periodo di paralisi, dopo il quale s'interrompe lo svolgimento del metabolismo funzionale dei tessuti, la prima fase del periodo di rianimazione. Se la durata dell'ischemia supera questo periodo allora viene ad essere danneggiato anche il metabolismo strutturale; si giunge alla morte cellulare ed entro il periodo di tempo di un paio d'ore si manifestano istologicamente le necrosi. Se, tuttavia, la circolazione viene ripristinata prima che decorra il periodo della rianimazione allora si può tener conto della ripresa.
Nella sua prima fase, il "*periodo di latenza del recupero*", l'organo non mostra alcuna funzione, esso diventa funzionale soltanto al termine del tempo di recupero.
Durante il periodo di rianimazione vengono cedute ai tessuti la quota di ossigeno legata all'emoglobina e la quota modesta disciolta nel plasma. Le cellule ricevono l'ulteriore energia mediante scissione della fosfocreatinina, con la metabolizzazione dell'adenosintrifosfato in adenosindifosfato. Ulteriori fonti energetiche in condizioni anaerobiche vengono messe a disposizione mediante un aumento della quota della glicolisi. Il contenuto in fosfati e glicogeno energeticamente ricchi determina in larga misura, oltre alle particolarità del metabolismo, come ad esempio nel

miocardio, la durata del periodo di rianimazione. Il tessuto cerebrale presenta un contenuto di glicogeno relativamente modesto.
Il "*periodo di rianimazione dell'organismo in toto*" viene delimitato, senza provvedimento d'appoggio, dal "*tempo di rianimazione del cuore*". Esso misura da 4 a 6 minuti e ciò significa che entro questo periodo il cuore può riprendere a funzionare spontaneamente senza massaggio cardiaco. Questo fatto ha valore, praticamente, soltanto nell'episodio di Adams-Stokes; tuttavia con il massaggio cardiaco il tempo di rianimazione del cuore può essere prolungato di molto per cui fattore limitante per il successo delle manovre rianimatorie è la durata di anossia ammessa per il cervello (tempo di rianimazione) durata che Schneider indica in normotermia fino a 8-10 minuti. Il tempo di rianimazione del cervello può superare questo periodo con una precedente infusione di glucosio, un'ossigenazione iperbarica e un'ipotermia.
Secondo recenti conoscenze dovute ad esperimentazioni su animali, il tempo di rianimazione del cervello non è delimitato da una insufficiente tolleranza all'ischemia delle cellule cerebrali stesse durante questi periodi, ma assai di più dalla loro capacità di recupero ridotta dal disturbo della micro-circolazione cerebrale. Una ipertensione artificiale determina un tempo di rianimazione notevolmente più lungo in rapporto alla solita norma, ma in clinica, al contrario, le condizioni sono particolarmente sfavorevoli in quanto il circolo sistemico, dopo il ripristino dell'attività cardiaca, è in un primo momento insufficiente.

Accertamento della morte

Punti di vista generali

Poiché non è necessario che il cervello sia danneggiato irreversibilmente quando subentra per breve tempo un arresto circolatorio e poiché d'altra parte le funzioni circolatorie possono normalizzarsi nuovamente nonostante si sia superato il tempo di rianimazione del cervello, esiste oggi una certa insicurezza riguardo al momento in cui *subentra la morte*, fenomeno questo da paragonare alla *morte cerebrale*. Al contrario, non ci sono problemi quando la morte sopravviene come conclusione di una affezione nota e, per esperienza, inguaribile. In un caso del genere il medico si asterrà da ogni manovra rianimatoria e in queste circostanze si conferma a mezzo dell'ECG che le funzioni cardiocircolatorie sono cessate e si attendono i segni classici di morte, come la rigidità cadaverica. La situazione è chiara quando alla prima ispezione dell'organismo inanimato esistono già dei sicuri segni come la rigidità cadaverica e l'autolisi. Macchie ipostatiche nelle parti declivi del corpo possono essere scambiate per una circolazione minimale ed altrettanto un raffreddamento non può essere ritenuto in ogni caso un segno sicuro di morte; esso, in rari casi, può persino aumentare la speranza di un successo delle manovre rianimatorie. Se non vi è chiarezza sulle circostanze concomitanti dell'arresto circolatorio e non sono presenti *segni sicuri di morte*, allora si iniziano innanzitutto le manovre rianimatorie, e queste possono essere interrotte quando, dopo 30 minuti, le pupille non si restringono, oppure non inizia il respiro spontaneo e la funzione circolatoria non si mette, nel frattempo, in moto.
Per cessare il tentativo di rianimazione devono essere soddisfatti tutti e tre questi punti. Se, al contrario, dopo 30 minuti si presentano segni di un recupero cerebrale, anche quando la circolazione non abbia ancora ripreso, allora i provvedimenti per la rianimazione vanno proseguiti durante il trasporto in Ospedale e là continuati con più ampie possibilità diagnostiche e terapeutiche.

Determinazione della morte cerebrale

In numero sempre maggiore giungono sotto osservazione pazienti nei quali si possono ripristinare soltanto la funzione circolatoria, ma nei quali domina un coma profondo. Respirazione, reazioni, riflessi sono scomparsi, la muscolatura è atonica e le pupille sono midriatiche oppure con un allargamento di media ampiezza e non reagiscono alla luce. Noi vediamo dei quadri clinici simili, anche senza un pregresso arresto circolatorio, sotto respirazione artificiale in disturbi circolatori isolati del cervello, come nell'embolia gassosa nel quadro della chirurgia a cuore aperto, in traumatologia dopo l'embolia gassosa, dopo edemi cerebrali gravissimi, nella contusione o compressione grave del cervello. Anche negli avvelenamenti non di rado ci si trova a confronto con questa situazione.
In tutti questi casi si pone al medico il problema della situazione funzionale del cervello e a questo proposito l'Elettro-Encefalo-Gramma (E.E.G.) può dare un ulteriore chiarimento.
Se in una di queste situazioni si trova ancora un'attività elettrica cerebrale, si è sicuri che la funzione del cervello si è mantenuta ancora su un piano relativamente alto di organizzazione. In questi pazienti il metabolismo cerebrale non è ancora sospeso con certezza, ma se al contrario domina un silenzio elettrico del cervello, allora si è raggiunto il limite del metabolismo strutturale vero e proprio. Anche in queste condizioni è possibile una piena ripresa del cervello.
In verità, se dopo una temporanea ripresa l'attività corticale regredisce ancora una volta verso il silenzio elettrico, allora si è raggiunto il crollo completo delle funzioni cerebrali.
In 40 casi di rianimazione, che in un collettivo comune di oltre 1.000 rianimati, vennero seguiti con cura sia encefalograficamente sia clinicamente, si trovò solamente in 6 casi (15%) primariamente un silenzio elettrico duraturo. Al contrario, si registrò per 34 casi (85%) un recupero dell'attività corticale, di essi 7 volte (17,5%) un recupero stabile, 27 volte un recupero transitorio (67,5%) con un silenzio elettrico secondario e poi definitivo. Questi 27 casi di morte "*tardiva*" presentano particolari problemi.

Esperimenti su animali hanno indicato come sia documentabile il fenomeno della morte tardiva con un recupero passeggero completo dell'attività elettrica anche dopo il superamento del tempo di rianimazione del cervello.
Spesso nella clinica non sono chiari i motivi di questo nuovo peggioramento; molti pazienti morirono per la malattia di base, per cui a volte si dovrebbe cercare il fattore determinante la morte cerebrale non nel cervello ma alla periferia.

Frattanto vi è una serie di indizi sul fatto che l'edema cerebrale è lo stadio terminale comune della *Morte Cerebrale Dissociata*.

Nell'esperimento sull'animale si potè dimostrare che la profilassi e il trattamento più efficaci dell'edema cerebrale consistono nella terapia con ossigeno iperbarico. Questo fenomeno si basa sul fatto che il grado di sviluppo dell'edema cerebrale è una funzione diretta della irrorazione sanguigna del cervello. Quest'ultima, oltre alla regolazione dovuta alla pressione parziale di CO_2, dipende dalla pressione arteriosa di ossigeno. Sotto trattamento con ossigeno iperbarico si giunge ad uno strozzamento della perfusione cerebrale senza che vi sia un'ipossia del tessuto. Fino a qual punto le ricerche di Hossmann (13, 14) abbiano un'importanza clinico-terapeutica lo si dovrà dimostrare in futuro.

Dato che non è possibile comprendere dal *Silenzio Elettrico del Cervello* se si tratta di una situazione transitoria o definitiva, si sono creati dei criteri impegnativi che permettono di sospendere i trattamenti sostitutivi dopo un silenzio elettrico di lunga durata del cervello. A parte le considerazioni etiche che angustiano il medico in queste situazioni estreme, bisogna prendere in considerazione il dispendio oltre la norma in personale ed in mezzi richiesto dal trattamento intensivo.
D'altra parte non si può pretendere anche dai parenti di sopportare oltre il necessario il peso psichico di una situazione irreversibile. Ma i criteri con i quali i singoli Autori hanno operato sulla base delle loro esperienze, divergono in maniera non irrilevante nei riguardi della durata del silenzio elettrico cerebrale richiesta. La pubblicazione presentata da Spann e Coll, culmina nella constatazione che, con funzioni altrimenti depresse del S.N.C., basterebbe un arresto elettrico di 6 ore per poter ammettere la morte del cervello. L'Associazione Chirurgica Tedesca ha considerato durante il Congresso del 1967 che per i pazienti con gravi traumi cranio-encefalici fosse sufficiente un arresto dell'attività elettrica del cervello di 12 ore per accertare con sufficienza la morte cerebrale. Gli Autori francesi sono andati più in là in quanto richiedono 48 ore; d'altra parte **si è potuto osservare un ritorno all'attività corticale <u>anche dopo 2 giorni</u> di silenzio elettrico del cervello.**
Si è comunque visto che per valutare la situazione è di importanza determinante la conoscenza della causa del danno cerebrale. Per principio, al giorno d'oggi si è perfettamente d'accordo sui seguenti concetti: se dopo un grave trauma cranio-encefalico si presume un *Morte Cerebrale Dissociata* allora è sufficiente, in presenza di una contemporanea scomparsa delle funzioni neurologiche, l'accertamento di un arresto elettrico cerebrale in condizioni standard di derivazione per oltre 12 ore (linee direttive della Società Tedesca di Elettro-Encefalo-Grafia) 19, per poter ammettere la morte cerebrale a meno che non si abbia avuto certezza della sopraggiunta morte cerebrale già prima mediante un'angiografia cerebrale (NOTA del dott. Giuseppe Nacci: attualmente, nel 2006, si può optare per tecniche diagnostiche più efficaci come una Risonanza Magnetica Funzionale o per una scintigrafia PET).

Se, al contrario, non è chiaro il meccanismo patogenetico, non si possono escludere degli avvelenamenti, o esiste un arresto circolatorio di durata per lo più sconosciuta, allora se vi è ancora incertezza si seguirà il decorso, come minimo, per due giorni.

Un *Arresto Elettrico Cerebrale* per oltre tre giorni, oppure un peggioramento dell'EEG dopo la ripresa di un silenzio elettrico fino ad un nuovo arresto, permettono già da soli di ammettere un danno cerebrale irreversibile. Ulteriori punti d'appoggio si ottengono dall'osservazione clinica. Se non si possono più scatenare i riflessi circolatori e mancano, in presenza di una graduale riduzione spontanea della temperatura, le oscillazioni periodiche giornaliere della temperatura corporea, in questo caso un arresto elettrico cerebrale contemporaneo può essere valutato già a priori come definitivo. L'interruzione della respirazione artificiale in questi casi non è solo permessa ma anzi indicata per valutazioni mediche ed etiche. Da un punto di vista medico in tali situazioni sarebbe possibile anche un prelievo di organi. Ma a questo proposito non si metterà mai abbastanza in evidenza come le norme indicate per accertare la morte cerebrale devono essere impiegate con tutte le loro conseguenze e come esse hanno per fondamento il livello delle nostre possibilità attuali di cura, possibilità che certamente cambieranno ancora in futuro. Un particolare problema rappresenta la presenza continua o il ritorno dei riflessi periferici oltre la morte cerebrale; in questo caso si parla di spinalizzazione. Mancano i segni piramidali, i riflessi sono ora omolaterali quando non esiste un danno sul piano spinale o periferico; sono stati osservati dei decorsi con riflessi tonici.

Ulteriori possibilità di controllo

Per chiarire maggiormente il problema se esiste un arresto elettrico passeggero o definitivo e poter così accelerare l'accertamento della morte cerebrale, si può ricorrere ancora ad ulteriori parametri.

Se la pressione intracranica in seguito all'edema cerebrale supera quella arteriosa, allora non è possibile una irrorazione sanguigna del cervello. Nell'Angiogramma carotideo si riscontra un arresto del mezzo di contrasto all'altezza della base cranica. Se questo reperto è riproducibile dopo 30 minuti si può essere sicuri che il cervello non è stato irrorato per quei 30 minuti e quindi si è superato il suo tempo di rianimazione. Recentemente però si è sostenuta l'opinione che si può fare a meno di ripetere l'esame. A dire il vero, un'angiografia monolaterale da sola non conferma ancora un arresto dell'irrorazione sanguigna. Da alcuni Autori l'allungamento di più del doppio della norma del tempo di circolo cerebrale viene valutato già come segno di un danno cerebrale irreversibile. A questo proposito però bisogna considerare che sono stati accertati da vari ricercatori tempi normali di circolo decisamente diversi. Nuovi aspetti sono rivelati dalla possibilità di documentare l'arresto dell'irrorazione sanguigna con la scintigrafia.

La determinazione della *Differenza Arteriovenosa Cerebrale dell'Ossigeno* non ha finora soddisfatto le attese che in essa si erano riposte quale metodo di accertamento della morte cerebrale. A questo proposito ha importanza la considerazione che con una riduzione non è più concepibile un metabolismo del cervello. Un reperto di tal genere dopo 30 minuti dovrebbe quindi parlare ugualmente per un danno irreversibile del cervello. Questo metodo però può tradire il ricercatore già al momento in cui viene a ridursi la circolazione a causa dell'edema cerebrale.
Ambedue i metodi, cioè l'angiografia e la differenza arterio-venosa, hanno una forza probante solo in presenza di un esito negativo.
Non si può dedurre da un reperto normale che il cervello vive ancora, ma anche il problema dell'arresto elettrico cerebrale non si esaurisce con quanto è stato detto finora.

Perfino <u>dopo un arresto elettrico nell'EEG di 4 giorni</u>, con scomparsa di tutte le manifestazioni cliniche cerebrali, vennero osservate, una volta iniziata la respirazione artificiale, <u>meccanismi mesencefalici</u> sotto la necessità crescente di ossigeno:
quindi di conseguenza le strutture del tronco cerebrale dovevano essere ancora in vita.
La temperatura in questo paziente non si era abbassata.
La <u>Tensione Continua nel Cervello (*DC-Potential*)</u> durante questi quattro giorni di arresto elettrico <u>era manipolabile</u> mediante variazioni dei gas ematici.
Soltanto dopo la sospensione definitiva della respirazione artificiale avvenne la *Depolarizzazione Terminale*.

Frattanto si è osservato nell'esperimento su animali che la Tensione Continua (*DC-Potential*) può persistere *<u>anche dopo il superamento del tempo di rianimazione del cervello</u>,* fatto questo confermato dal caso descritto.
Resta in un primo momento da vedersi quali strutture mantengono presente questa tensione.
Caspers indica la Tensione Continua nel Cervello (*DC-potential*) come un potenziale di sommazione delle cariche attuali della membrana nervosa, il che fornisce ulteriori parametri. La negativizzazione significa una depolarizzazione delle strutture nervose cerebrali, la positivizzazione invece una polarizzazione.
E' certo che una Tensione Continua non più eccitabile è da equiparare alla morte cerebrale.
Non sono state ancora indicate però le premesse tecniche per un controllo clinico abitudinario.

Allegato 29 : L'Uomo e lo Scimpanzè; un paradosso evolutivo

TRATTO DA: Giorgio Mangiarotti: Lineamenti di Biologia, UTET, 1978, Unione Tipografico-Editrice Torinese, *Capitolo 35: Evoluzione molecolare ed evoluzione biologica (pagg.: 725-766). Evoluzione della mioglobina e dell'emoglobina (pagg.:767-786).*

Il testo scientifico offre diversi spunti di riflessione:

"*…A livello di sequenze molecolari, uomini e scimpanzè risultano straordinariamente simili. Per quanto riguarda le proteine, le sequenze esaminate nell'uomo e nello scimpanzè sono identiche al 99%. Soltanto 19 aminoacidi su 2.633 risultano essere sostituiti*..". La distanza genetica tra queste 2 specie in base ai patterns elettroforetici è quindi bassissima, pari a quello intercorrente fra specie gemelle. Ciò però è in forte disaccordo con la classificazione morfologica, che assegna l'uomo e lo scimpanzè non solo a specie NON gemelle, ma addirittura a famiglie diverse. La figura 35.11 del testo di Mangiarotti ([1287]) rappresenta il notevole contrasto tra l'evoluzione biologica (aspetto esteriore, postura, locomozione mezzi di comunicazione..) e l'evoluzione molecolare (DNA, profilo proteico dell'albumina, dell'emoglobina, etc…) seguita alla separazione delle linee evolutive dell'uomo e dello scimpanzè. Lo studio evolutivo dei profili proteici dell'albumina, della mioglobina, e di altre proteine è uno studio sicuro, la cui rispondenza alla realtà è certa (vedi fig. 35.5 del testo di Mangiarotti). Quindi è un ottimo sistema per studiare i processi evolutivi, poiché negli ultimi 120 milioni di anni la modifica (mutazione) delle proteine è stata *costante* nel tempo. Naturalmente, ogni proteina evolve (muta) nel corso del tempo con velocità diversa rispetto alle altre proteine (vedi fig. 35.6 del testo di Mangiarotti) e di questo gli studiosi devono tenerne conto.
Il DNA e i profili proteici dell'albumina, dell'emoglobina della mioglobina e di altre proteine conducono comunque a porre Scimpanzè e Uomo molto distanti dalle altre forme di vita (vedi ad esempio figure del testo di Mangiarotti: 35.3; 35.4; 35.10; 35.17; 35.27; 35.28; 35.29; 35.30; tabelle 35.I; 35.II; 35.III; 35.VI; 35.VII, 35.VIII; 35.IX; 35.XIV;) e viceversa, molto vicini fra loro. Tale vicinanza è però INCOMPATIBILE sotto l'aspetto morfologico.
Secondo il profilo genetico, uomo e scimpanzè sarebbero *specie gemelle*, con il 99% del patrimonio genetico simile e risulterebbero separati quindi, in base alle differenze genetiche, circa 12 milioni di anni fa (Miocene Medio), o poco più (dati ricavati da Fig. 35.29 del testo di Mangiarotti). Ma, secondo il profilo morfologico, le differenze sono molto più cospicue (vedi fig. 35.12 del testo di Mangiarotti), e pertanto, secondo l'autore del presente lavoro, Dott. Giuseppe Nacci, la separazione fra Scimpanzè e Uomo dovrebbe essere molto più antica di quanto calcolato sulla semplice differenza genetica, ma tale separazione tra Scimpanzè e Uomo, basata unicamente su criteri morfologici, venendo spostata indietro, entra in conflitto con la data di separazione posta dal profilo genetico, quest'ultima ferma su circa 12-15 milioni di anni fa (Miocene Medio).

La soluzione di questo apparente paradosso, secondo l'autore del presente lavoro, potrebbe venire partendo dal fatto di *riconsiderare da capo lo studio di confronto dei due diversi DNA, cioè fra quello dello Scimpanzè e quello dell'Uomo*.

Prima di farlo, però, proviamo a riclassificare l'Uomo e lo Scimpanzè in base a criteri puramente morfologici, considerando cioè parti diverse dello scheletro umano e dello scheletro dello scimpanzè, che vengono così misurate ed espresse in termini di lunghezze relative (vedi pagina 760 del lavoro di Mangiarotti).
Il risultato, estremamente interessante, riportato a pag. 760 del lavoro di Mangiarotti, è che "*la differenza media nelle proporzioni corporee dell'uomo e dello scimpanzè risulta essere non solo maggiore di quella fra famiglie diverse, ma addirittura ad un sotto-ordine diverso.*"

Osserviamo quindi il DNA dello Scimpanzè e quello dell'Uomo:

Lo Scimpanzè ha 48 cromosomi (come tutte le Scimmie)
L'UOMO ha 46 cromosomi.

L'ORGANIZZAZIONE dei singoli cromosomi, valutata con tecniche di bandeggio (tecnica di laboratorio), è decisamente DIVERSA fra Uomo e Scimpanzè.
Vi sono anche differenze piuttosto marcate nella disposizione dei geni lungo i cromosomi omologhi. I siti a cui ibridizzano in laboratorio (test di ibridizzazione) specifiche classi di RNA (compresi gli RNA ribosomiali) sono distribuiti in maniera molto diversa lungo i cromosomi delle due specie.
Sebbene sia abbastanza facile stabilire la corrispondenza tra ciascun cromosoma umano e un determinato CROMOSOMA dello Scimpanzè (fig. 35.15), il pattern di bande presenta differenze più o meno marcate: sono riscontrabili almeno 10 grosse inversioni e traslocazioni che si sono verificate dopo la separazione delle due linee evolutive (quando si verificò tale separazione?), e inoltre vi è stata come la fusione di 2 cromosomi dello Scimpanzè in uno solo, quello che nell'Uomo viene chiamato come "Cromosoma 2".
Stranamente, soltanto il cromosoma X, quello che viene trasmesso dalla femmina, possiede lo stesso pattern di bande nelle due specie.

Come mai il cromosoma X della specie umana non è diverso da quello dello Scimpanzè ?

E' forse una commistione genetica, una ibridazione di specie ?

In tal caso, si può parlare di un cromosoma X "perduto", le cui bande avrebbero presentato differenze sostanziali rispetto al cromosoma X dello Scimpanzè e quindi di quello attualmente presente nella specie umana ?

E quali sarebbero stati i geni portati dal cromosoma X "perduto" ?

E' possibile evidenziare una qualche forma di tara genetica indotta dall'attuale cromosoma X ?

Questa tara può essere iscritta all'incapacità sia per lo Scimpanzè e sia per la razza umana di sintetizzare ex-novo particolari sostanze a cui noi oggi diamo il nome di VITAMINE, e la cui mancanza incide notevolmente sul nostro stato di salute e quindi sulla stessa longevità ?

Può essere cioè correlato a particolari sostanze come il DHEA, il Q10, la Citrullina e altre molecole d'importanza vitale per la nostra salute ?
In particolare, è possibile che sia andata perduta la capacità di sintetizzare il gruppo delle vitamine F quali l'acido grasso *cis-cis linoleico*, e l'acido grasso *gamma-linolenico* ?

E' possibile risalire a questi "geni perduti" di un ipotetico cromosoma X perduto?

Personalmente, si ha come l'impressione di essere in presenza di "precise" mutazioni genetiche che devono essere avvenute nel cromosoma della scimmia, tanto da farle fare quell'incredibile salto evolutivo di "specie" che ha trasformato lo Scimpanzè nell'Uomo.

Ma CHI o che cosa ha determinato 12-15 milioni di anni fa questa precisa modifica nel DNA in ben 10 punti diversi ?

ALLEGATO 30:

Scala degli Effetti biologici della Chemio-Terapia

http://www.vitarubata.com/pneumopatie%20iatrogene/Effetti%20biologici%20della%20Chemio-Terapia%20e%20della%20Radio-Terapia.pdf

ALLEGATO 31:NASCE “BOTTEGASOLIDALE.COM”
Postato il Friday, 05 December @ 18:38:53 CET di greenmaster

HI-Lab writes "È finalmente on-line BottegaSolidale.com, un'importante iniziativa a sostegno dell'agricoltura biologica, dell'economia e delle cooperative sociali e del commercio equo.

E' stata infatti inaugurata alla presenza del Vescovo di Locri, mons. Giancarlo Bregantini.
Si tratta di un grande emporio di commercio elettronico solidale dove possono essere acquistati prodotti alimentari, artigianato e manufatti di ogni tipo. E nasce proprio dal sud per porsi al servizio di tutta la realtà italiana del terzo settore!

I prodotti di BottegaSolidale.com provengono:
dalla produzione BIOLOGICA o ECO-COMPATIBILE;
dalle COOPERATIVE SOCIALI di tipo B;
dalle cooperative nate dal PROGETTO POLICORO della Chiesa Italiana per creare lavoro al sud;
dal COMMERCIO EQUO E SOLIDALE provenienti dal sud del mondo.
L'iniziativa è molto importante e non è un caso che abbia già il partenariato ufficiale di: - Banca Etica
- Progetto Policoro nazionale
- CGM Consorzio nazionale della Cooperazione Sociale
- AIAB (Associazione Italiana Agricoltura Biologica) Calabria
- Fondazione Peppino Vismara.

Acquistando dal sito la merce arriva a casa propria con il corriere ed è possibile pagare in contrassegno o con carta di credito presso Banca Etica.

Per ulteriori informazioni scrivere a info@bottegasolidale.com
Sito Web: http://www.BottegaSolidale.com "

ALLEGATO 32 :
Il crimine della sperimentazione sull'embrione umano congelato

L'ampia disponibilità di embrioni umani per la ricerca, ad uso e consumo delle Multinazionali Chimico-farmaceutiche e biotech potrà dare un notevole impulso a come creare virus OGM mirati per il DNA umano (oggi lo sono soltanto per le piante OGM) e quindi capaci d'interagire in maniera mirata con il nostro DNA, una volta compresi i meccanismi funzionali del GENOMA UMANO (DNA umano).
Quest'ultimo è stato infatti sequenziato di recente dopo oltre un decennio di lavoro (vedi Progetto Dulbecco).
Ma il DNA umano dev'essere ora compreso nei suoi meccanismi funzionali: in fondo è come un vocabolario in cui manca il significato di ogni sequenza genetica ivi trascritta (ci sono oltre 50.000 geni), cioè il meccanismo funzionale che rende la cellula umana, i tessuti umani, gli organi e gli apparati umani *normali, sani e funzionanti*. Il segreto di ciò potrà essere dato solo dallo studio mondiale di centinaia di migliaia di embrioni e feti umani che nei loro nove mesi di sviluppo consentiranno di scoprire il meccanismo genetico della perfetta funzionalità delle cellule e degli organi: essi potrebbero essere studiati nel loro evolvere "naturale", simulando la placenta della madre (ad esempio messi in provette simili all'utero materno). Essendo tanti gli embrioni italiani (circa 30.000), questi potrebbero così essere studiati con buoni margini statistici, ottenendo un risultato scientifico affidabile nello studio dei singoli geni ivi contenuti, e delle interazioni tra le loro molecole proteiche, i loro segnali di sviluppo e/o di inibizione della differenziazione dei singoli organi e apparati nei 9 mesi che resterebbero in questi teorici uteri artificiali.
Speciali Retrovirus creati in laboratorio, forse gli stessi oggi impiegati per modificare le piante (vedi Organismi Geneticamente Modificati) potrebbero così essere usati per interferire in maniera guidata sull'evoluzione giornaliera degli embrioni e dei feti, allo scopo di studiare le diverse strade evolutive che si hanno in caso di alterato segnale del DNA umano indotto da questi simpatici Retrovirus: sarebbe così possibile capire attraverso questi poveri feti umani, ridotti a mostri genetici dalla manipolazione operata su di essi dai Retrovirus artificiali di laboratorio, il segreto dello sviluppo umano dall'embrione al feto.
A quali fini?
Dicono che questo servirà per curare le malattie che non siamo ancora in grado *ufficialmente* di curare: quasi tutte malattie cronico-degenerative (cancro, diabete, AIDS, malattie auto-immuni, malattie cardio-circolatorie, allergia, sclerosi multipla…), in realtà molto spesso malattie dovute invece a carenze delle oltre 30.000 vitamine naturali che non troviamo più nella frutta e nella verdura fresca, poiché pesantemente contaminate dai pesticidi chimici o perchè modificate da manipolazioni genetiche (piante OGM): il dott. Rath e molti altri medici europei e nord-americani si stanno coraggiosamente battendo per tornare alla vecchia Medicina Classica Occidentale che fu di Gerson e di Kousmine, basata sull'agricoltura biologica, sulla corretta alimentazione e sulle piante mediche effettivamente curative anche contro il cancro….
Ma al di là della questione etica se sia giusto o meno manipolare embrioni e feti umani a scopo scientifico (sono già degli esseri umani a tutti gli effetti fin dall'attimo del concepimento ?), vi è però da fare la seguente considerazione:
Come riportato nella DECIMA DICHIARAZIONE D'INTESA, è un po' strano che la ricerca scientifica sugli embrioni umani sia oggi tutta in mano alla ricerca privata, e in particolare alle Multinazionali Chemio-farmaceutiche e biotech (quella che fa gli OGM).

In fede ,
Dott. Giuseppe Nacci

ALLEGATO 33 : L'influenza umana e la supposta minaccia dell'influenza aviaria, della SARS e di altre epidemie……

1 GRAMMO giornaliero di vitamina C è il dosaggio ritenuto minimo per l'attivazione di una buona difesa immunitaria in soggetti sani NON esposti a virus o germi infettivi…
In presenza di maltempo, pioggia o vento, il dosaggio minimo, sempre in soggetti NON esposti a virus o germi infettivi, dovrebbe essere di almeno 3-4 grammi al giorno, uno ogni 3-4 ore.
In presenza di raucedine o tosse (da sovrainfezione batterica e/o virale di origine ignota) è necessario salire ad almeno 5-6 grammi al giorno, con associazione di mucolitici di comprovata efficacia. Dietro parere medico si potrà salire nell'assunzione della vitamina C anche fino a 10-12 grammi al giorno.

Si ravvisa che non è stato ancora dimostrato che l***'influenza aviaria*** possa essere trasmessa da uomo a uomo. Può essere trasmessa da pollame e altri volatili, ma l'utilizzo di mascherine e guanti abbatte radicalmente tale evenienza. L'influenza aviaria comunemente nota non è però pericolosa per l'uomo, essendosi registrati molti episodi di focolai epidemici in tutto il mondo (di cui 6 in Italia negli ultimi anni), per un numero complessivo di morti molto basso. Di gran lunga più pericolosi sono altre malattie che pollame o volatili possono trasmettere, come in particolare la Psittacosi, etc…
A scopo di completamento di questa breve relazione, si riportano dati e informazioni mediche sull'influenza umana e sull'influenza aviaria.

Influenza aviaria

Nel 1878 è documentato il primo caso di influenza aviaria in Italia: è un virus che colpisce solo i volatili e che, occasionalmente, in caso di ripetuti e stretti contatti con i volatili, può trasmettersi anche all'uomo, come per molti altri tipi di virus o germi (Psittacosi, Carbonchio, Leptospirosi, Rabbia, etc….).
Questi virus vengono definiti con particolari sigle che aiutano a comprendere il meccanismo e la eventuale pericolosità della loro azione. Dal 1997 ad oggi si sono avute 6 epidemie di influenza aviaria in Italia, ciascuna con il suo bravo virus : H5N2, H7N1, H7N3…con ecatombe di polli, quaglie e tacchini in Veneto e nella Pianura Padana…tutte risolte con le normali misure veterinarie (Epicentro, bollettino dell'istituto Superiore di Sanità:
http://www.epicentro.iss.it/focus/flu_aviaria/busani.asp

Uno dei virus aviari (cioè che colpiscono i volatili) più comuni è l'H1N5: in circa 10 anni avrebbe ucciso circa 200 persone, ma i dati sono contrastanti, poiché *NON* si trasmette da uomo a uomo, ma ha bisogno di stare a contatto con le persone per molto tempo, risultando quindi caratteristica di popolazioni povere e arretrate, come nei casi segnalati nel Sud-Est asiatico, dal Vietnam alla Thailandia, quindi di famiglie che vivono a stretto e continuo contatto con il proprio pollame, dentro la propria casa, con pavimenti in terra battuta, in condizioni igienico-sanitarie inesistenti e con un generale stato nutrizionale molto carente e spesso privo della nozioni mediche di base per una corretta alimentazione, soprattutto in chiave vitaminica, essendo la razza umana deficitaria di importanti componenti vitaminiche come la C (la cui quantità giornaliera dovrebbe essere dell'ordine di diversi grammi giornalieri, soprattutto se a contatto con germi o virus come nel caso di promiscuità con pollame e altri animali).
200 morti da Aviaria in dieci anni è numero irrisorio: la Lebbra uccide ogni giorno circa 100 persone, la Peste bubbonica da 1.000 a 3.000 vittime ogni anno, il terribile virus dell'Encefalite giapponese ha ucciso nel solo 2005 quasi mille persone…la stessa influenza umana "*normale*" uccide ogni anno, solo negli Stati Uniti, circa 30.000-50.000 persone….

La stampa (vedi ad esempio "*L'Espresso*" del 14 ottobre 2004, pagine 206-212) è giunta però ad affermare, in base ad allarmistiche interviste rilasciate dal dott. Anthony Fauci, direttore dell'NSAID (Istituto Nazionale per le malattie Infettive e Allergiche) di Bethesda, che il virus dei polli, il H5N1 è "…*un ceppo sconosciuto al nostro sistema immunitario*…", e che "…*il tasso di mortalità negli uomini sarà del 70%...)*
Nota 1: è normale per le difese immunitarie umane combattere contro virus e germi antigenicamente totalmente sconosciuti: è nelle regole della nostra evoluzione biologica e delle nostre normali difese immunitarie….
Nota 2: è un po' "forte" affermare una tale percentuale di mortalità…nemmeno il terribile virus della Febbre Gialla, letale addirittura nel 50% dei casi, raggiunge queste percentuali…
Nota 3 : perché si è così convinti che la pandemia da un virus H5N1 ci sarà comunque?

Gli antefatti:

Nel 1999, la *Roche*, multinazionale chemio-farmaceutica con sede a Basilea, registra un farmaco anti-influenzale: il *Tamiflu*.
Le vendite però non sono cospicue come si sperava da parte del comitato direttivo di questa azienda: il farmaco costa oltre 50 euro a confezione, non è mutuabile, determina nausea, vomito e diarrea:
una cassetta di arance rosse di Sicilia è sicuramente preferibile…

Nel 2002-2003 si diffonde la notizia, *non confermata da studi medici*, che una variante molto aggressiva del virus H5N1 si era stranamente trasmessa anche da persona a persona, nel Sud Est asiatico, lasciando così intravedere il "passaggio di specie" di questo vecchio e antichissimo virus, quasi sempre innocuo per l'uomo.

Il 29 gennaio del 2004 la *Roche* diffonde uno strano comunicato-stampa dal titolo: "*Il Tamiflu, il farmaco per uso orale della Roche, è efficace nel trattamento dell'influenza aviaria*".
Nel testo si legge però che l'azienda svizzera conferma la *possibile* efficacia del *Tamiflu, in attesa* di dati clinici *certi*, e fa riferimento a un documento dell'OMS che consigliava di tenere a disposizione l'*Oseltamivir* (nome tecnico del *Tamiflu*) per il trattamento dei *casi sospetti* di influenza aviaria.
Il comunicato lasciava dunque intendere che ci fosse stata una presa di posizione ufficiale dell'OMS a favore del *Tamiflu*.
Ma la verità era ben diversa: le raccomandazioni OMS non erano altro che un volantino dell'ufficio regionale dell'OMS a Manila (Filippine), in cui si elencavano alcune misure di sicurezza come la distruzione degli allevamenti di volatili, l'uso di indumenti speciali e il lavaggio frequente delle mani. Come "prevenzione medica" si consigliava anche, fra le tante cose, "…di tenere a disposizione l'*Oseltamivir*...".
Ma il comunicato stampa funzionò: da quel giorno il *Tamiflu* è diventato il farmaco principale contro il virus dei polli, è stato citato nelle raccomandazioni OMS in caso di pandemia e sono così partiti i primi ingenti ordinativi da parte dei governi europei, a spese del contribuente.

Nel novembre 2004 vengono presentati i primi risultati delle ricerche: il *Tamiflu* era sì efficace *in vitro* contro il virus H5N1, ben conosciuto da decenni e sensibile a moltissime altre sostanze farmacologiche, ma non esisteva nessuna prova che esso fosse efficace anche *in vivo*, cioè nell'uomo, in caso di pandemia, cioè in caso di sua vera e reale mutazione con salto di specie, cioè di capacità di trasmissione da uomo a uomo.
La stessa *Roche* dovette ammettere che una protezione "statisticamente significativa" del loro prodotto (il *Tamiflu*) contro la trasmissione del virus dei polli *non* era dimostrabile…

Né erano state fatte prove di confronto del *Tamiflu* con la vitamina C, notoriamente molto efficace nell'alzare le difese immunitarie dell'uomo contro le infezioni virali più comuni, come ad esempio il raffreddore o l'influenza, fatto facilmente verificabile da chiunque.

Laurent Kaiser, virologo del Centro Nazionale per l'Influenza di Ginevra dichiara nel 2005: "..non si ha alcuna certezza che il *Tamiflu* funzioni, e anche se si dimostrasse efficace, questo non cancellerebbe i dubbi, poiché il virus potrebbe sviluppare una resistenza all'*Oseltamivir*…."

Intanto, il fatturato nel 2004 per la Roche, con il *Tamiflu*, è di circa 280 milioni di Euro-dollari, ma molti di più sono previsti per il 2005-2006.

Settembre 2005: a Malta viene ospitato un Congresso di Medicina, a cui partecipa il Gotha scientifico internazionale: fanno gli ospiti di casa le tre più importanti Multinazionali chemio-farmaceutiche produttrici di vaccini a livello mondiale, fra cui la "*Roche*", che pagano come sponsor dell'intero evento.

Settembre-ottobre 2005: si genera l'equivoco: all'aviaria viene dato il nome d'influenza: la gente si confonde e i medici non fanno molto per sanare il malinteso: parte intanto la campagna anti-influenzale normale in tutto l''Occidente.
Le vendite dei *normali vaccini anti-influenzali*, solo in Italia, aumentano di ben 7 volte: ci sono file e file di gente spaventata davanti alle farmacie italiane, europee e americane per acquistare il *vaccino anti-influenzale umano* che molti credono efficace anche contro il virus dell'Aviaria
Ma cosa c'entra la *normale influenza umana* con il virus H1N5 dei polli?
Nulla, però ha fatto lievitare le vendite, solo in Italia, di ben 7 volte.
Si è così generato un enorme equivoco nella popolazione che è stata sollecitata a vaccinarsi oltre misura contro il virus influenzale umano, credendo così di proteggersi anche da quello dei polli, l'H1N5.

Nessuno lo dice, ma c'è anche un grave rischio a vaccinare la gente contro la *normale influenza umana*, quando il virus dei polli H1N5 sembrerebbe essere alle porte…
Ogni bravo medico lo sa benissimo, e meglio ancora lo sanno gli infettivologi: di fronte ad una reale pandemia, come la paventata influenza aviaria del N1H5, la prima cosa che bisogna evitare è proprio la vaccinazione di massa contro i virus dell'influenza normalmente prevista (milanese, cinese, etc..).
Questo, per due motivi:
il primo è che l'H5N1 possa ricombinarsi con i ceppi influenzali che sono quelli da cui sono tratte le proteine usate per fabbricare i vaccini, ed è quindi facile capire che vaccinando in massa la popolazione si offre all'H5N1 la possibilità insperata di ricombinarsi proprio con il ceppo virale vaccinico "normale", acquisendone così gli antigeni e diventando veramente un "super-virus".
Il secondo motivo è basato sul fatto che ogni vaccinazione determina comunque una caduta delle difese immunitarie che si può protrarre per diversi mesi, e questo è particolarmente grave in soggetti, spesso anziani, che dovranno poi reggere all'assalto di un altro virus, il N5H1, considerato "ufficialmente" (vedi dichiarazioni di Anthony Fauci) ben peggiore del virus influenzale umano…

Così, dietro la paura dell'influenza aviaria che NON è arrivata, le multinazionali chemio-farmaceutiche hanno fatto affari d'oro: 20 milioni di dosi di vaccino anti-influenzale solo per l'Italia, contro i 3 milioni di dosi dell'anno scorso… potenza dei polli morti in TV.

Tempo addietro, un alto dirigente del Dipartimento della Sanità americano aveva affermato che il motivo per cui gli europei tendevano a vaccinarsi molto poco rispetto agli americani risiedeva nell'assenza di paura verso l'influenza…

Un anno dopo, possiamo verificare che la paura di una malattia che nessuno conosce, ma che uccide in TV migliaia di polli, ha fatto realmente lievitare le vendite… potenza della pubblicità tele-giornalistica.

Un'ultima considerazione:
tralasciando l'influenza aviaria dei polli, siamo davvero convinti che la vaccinazione contro l'influenza umana normale sia realmente efficace?
La Medicina moderna si basa su dati scientifici certi e ripetibili, confermati dalla sperimentazione clinica e/o di laboratorio che qualsiasi medico può compiere.
La Medicina moderna, purtroppo, è oggi gravemente inquinata dagli interessi economici delle grandi multinazionali chemio-farmaceutiche, le quali limitano sempre di più la libertà di conoscenza dei medici e, di conseguenza, la libertà di cura e di informazione ai pazienti.
E' quindi doveroso riportare, qui di seguito, una breve informazione scientifica sul vaccino anti-influenzale. Questa informazione è ricavata da pubblicazioni su riviste mediche ufficiali.

Un'ampio studio su pubblicazioni medico-scientifiche (in termini tecnici si chiama "*review*") è spesso il sistema più corretto per raccogliere informazioni sicure sull'argomento prescelto.
In questi "*review*", infatti, vengono commentati e confrontati fra loro soltanto studi scientificamente dimostrati e quindi deontologicamente in linea con i principi medici di scrivere *solo* la verità su un qualsiasi aspetto medico-scientifico.
Di qui il consiglio di studiare non solo le "*review*" ma, in base ad esse, risalire alle vecchie pubblicazioni medico-scientifiche, anche se risalenti a molti decenni fa, se necessario.
Prendendo così ad esempio la questione del vaccino anti-influenzale, è utile riportare l'ampia "*review*" pubblicata sulla prestigiosa rivista scientifica "Lancet" (The Lancet, Vo. 366, Issue 9492, 1 October 2005, pagg. 1165-1174). In questo numero sono stati studiati e confrontati fra loro tutti gli studi ufficiali pubblicati sull'argomento negli ultimi quaranta anni. La "*review*" conclude che "*…l'utilità della vaccinazione anti-influenzale in soggetti di età superiore a 65 anni è risultata essere modesta o nulla…*".

Secondo un altro studio, questa volta canadese, del 15 giugno 2004, ("*Effectiveness of inactivated trivalent influenza vaccine in long-term care institutions, Toronto, 2003-2004*, Canada Communicable Disease Report, Vol.30, No.12, 15 june 2004, pp.109-116" [disponibile in PDF]), si constatava addirittura che "*…a causa delle vaccinazioni anti-influenzali, tendevano ad ammalarsi di più le persone che si vaccinavano, rispetto a quelle che non lo avevano fatto…*".

Infine, nel febbraio del 2005, sulla rivista "Arch. Int. Med." (Eelko H.: *Clinical effectiveness of influenza vaccination in persons younger than 65 years with high-risk medical conditions*, Arch. Int. Med., Vol. 165, No. 3, February 14, 2005 [disponibile in PDF]), si è concluso che "*…negli Stati Uniti, negli ultimi 25 anni, non è stato possibile correlare la maggior diffusione della vaccinazione con una diminuzione di mortalità nei soggetti con oltre 65 anni, per complicazioni da influenza* (*bronco-plomoniti, etc*….)….".

Morti :
Nel 1918/19 la "Spagnola" uccise in pochi mesi 50 milioni di persone.
Nel 1957, l'influenza asiatica ne uccise 4 milioni.
Nel 1958, l'influenza di Hong Kong ne uccise 2 milioni.

Dal 2004 stiamo ancora aspettando la Pandemia dell'influenza aviaria…..

Dott. Giuseppe Nacci

Allegato 34 :

19 giugno 2005
ROMA
Giornata Nazionale della Salute Consapevole

Associazione Consensus

Prima Giornata Nazionale della Salute Consapevole

Roma, domenica 19 GIUGNO 2005

Ore 11:00

I valori della medicina “ufficiale” sono in crisi, e noi cittadini ne stiamo pagando le conseguenze. Consideriamo questi fatti:
Il Ministero della Sanità ha approvato l'uso del *Ritalin*, una medicina prima considerata "sostanza stupefacente", ed ora riammessa ad essere usata su bambini "troppo vivaci". Eppure il farmaco può creare una pericolosa dipendenza e si sospetta che sia stata la causa di alcuni suicidi. Il Ministero ha inoltre approvato l'impiego dell’antinfiammatorio *Vioxx*, che ha causato solo in America almeno 50.000 morti.
Nel frattempo,la ricerca e l'impiego di pratiche più naturali di terapia sono fortemente osteggiate, se non punite con la prigione. Questo è lo stato della sanità in Italia.
Se non reagiamo, lo Stato continuerà a pensare che qualsiasi decisione prenda (suggerita spesso dalle case farmaceutiche) incontrerà sempre la nostra passiva approvazione.
Per salvaguardare il benessere psico-fisico nostro e dei nostri figli, terremo il 22 maggio a Roma, alle ore 11, la prima

Giornata Nazionale della Salute Consapevole

Per la prima volta in Italia, avremo la possibilità di far vedere allo Stato che esistiamo, che abbiamo opinioni in materia sanitaria e che intendiamo manifestare civilmente la nostra disapprovazione su decisioni e comportamenti lesivi per la nostra salute.
La vostra presenza è molto importante. Partecipando mostrerete allo Stato che volete difendere i vostri diritti. Quindi invitiamo:

- *Tutti quei cittadini che vogliono difendere il diritto ad una salute consapevole ed alla scelta terapeutica.*
- *Medici e Terapeuti di ogni disciplina.*
- *Genitori e famiglie.*

Sollecitiamo caldamente i Centri ad organizzare trasferimenti in pullman per i propri gruppi. Per ulteriori dettagli i partecipanti possono contattare l’associazione o il centro dal quale hanno ricevuto questo messaggio, oppure contattare:
Associazione Consensus – Rinaldo Lampis,
Tel 348 4107897
Email rilampis@tin.it

La salute del cittadino è la vera base
sulla quale si fonda la felicità e la forza di una nazione.
Benjamin Disraeli

Invito all’azione – 19 giugno - Giornata della Salute Consapevole
(locandina spedita separatamente)

Salve a tutti.
Ringrazio tutte quelle persone che hanno visitato il sito di Consensus, manifestando la loro approvazione per il suo contenuto.

Come noi, molti sentono la necessità e l’urgenza di agire, anche individualmente, nel campo della salute personale. Come nel recente caso del

ritardato ritiro dal mercato di antinfiammatori tipo “Vioxx”, lo Stato sembra più propenso a curare gli interessi delle case farmaceutiche, piuttosto che proteggere la salute dei cittadini.
Infatti, permette l'impiego di farmaci dannosi, come il Vioxx, che hanno causato solo negli Stati Uniti oltre 50.000 morti.
E che dire della ri-legalizzazione di un farmaco da usare su bambini vivaci come il Ritalin, fino a poco tempo fa classificato come sostanza che procura tossicodipendenza, depressione e tendenze al suicidio?
Altresì pochi genitori sanno (perché lo Stato ci considera degl’immaturi, incapaci di comprendere certi argomenti), che il vertiginoso **aumento di autismo** nei bambini è collegato al mercurio presente nelle vaccinazioni.

Questo stato di cose, in continuo peggioramento, ha molte cause.
C’entra la nostra passata apatia, che ha delegato alla pubblica Sanità diritti personali e privati riguardo la nostra salute e quella dei nostri figli.
C’entra l’aggressività di mercato delle case farmaceutiche, che sono riuscite a convincere il cittadino che “la pillola” chimica è in grado di risolvere qualsiasi problema fisico e mentale.

Ma, principalmente, la presente situazione di pericolo sanitario nella quale si trovano specialmente anziani e bambini, è data da una palese deficienza scientifica (intesa come mancanza di conoscenza dei fatti) da parte di molti medici.
Ciò che parecchi medici “non hanno” è la comprensione che l’organismo umano è un delicato sistema bio-mentale che può essere trattato efficacemente solo nel suo insieme.
Invece, nel mondo limitato e poco realista della medicina ufficale, il corpo umano è visto come una macchina puramente biologica, nella quale immettere sostanze chimiche (farmaci). Questa visione ignora gli aspetti più importanti del sistema-persona: le sue componenti mentali ed emotive.
La visione meccanicistica e incompleta del corpo umano, da parte di chi dovrebbe sapere, determina quindi le oppressive leggi vigenti, ufficializza i trattamenti permessi, approva o proibisce metodi di cura e sostanze medicinali.

Per protestare contro l’imposizione di Stato di una visione primitiva della realtà umana, il Movimento Consensus ha indetto una campagna nazionale per la Salute Consapevole.
L’inizio della Campagna, come già annunciato in precedenza, avverrà con la Passeggiata per la Salute Consapevole che si terrà a Roma il 19 giugno alle ore 11.
Tutti gl’individui che hanno a cuore la difesa del diritto ad una Salute Consapevole sono caldamente invitati alla Passeggiata, che si terrà dal Colosseo a Piazza Venezia (dalle 11:00 alle 12:30), con incontro pomeridiano (dalle 14.30 alle 16.30) in un teatro del centro.
Alla Passeggiata, di natura famigliare, saranno presenti gruppi in rappresentanza delle varie scuole terapeutiche italiane e della risoterapia (medici-clown). Saranno distribuiti palloncini ai bambini presenti.
Coloro che non potranno partecipare all’evento, saranno invitati a svolgere altre attività, che verranno suggerite con successiva comunicazione,nelle loro città di residenza.
A tutti coloro che condividono il valore di questa iniziativa, è chiesto di contribuire, anche in maniera simbolica (5 euro) alle spese della manifestazione. I contributi serviranno a coprire le spese organizzative e materiali, quali la produzione di magliette, di palloncini, di volantini e la cartellonistica.

I contributi possono essere versati in ogni ufficio postale, caricando la carta **postepay 4023 6004 1183 7612** intestata a rinaldo lampis (non ci sono costi di accredito).
Collaborate per ottenere la libertà di terapia in Italia.
Alla prossima
rinaldo lampis

Ultimi articoli pubblicati nel sito:
- **Le biopsie possono diffondere il cancro?**
- **Alla ricerca delle cause delle malattie**

ALLEGATO 35
Novembre 2005: Ultima lettera dall'America

Questa lettera ci venne inviata via E-MAIL prima della scomparsa dalle reti INTERNET del nostro sito WEB www.lecurenaturali.com (su "pressioni" dell'Ordine dei Medici di Trieste) e quindi anche della sua importantissima sezione in lingua inglese (www.lecurenaturali.com/natural_cures), dove si era dato particolare spazio, fin dal 2003, alla opposizione pacifica del popolo americano contro gli OGM e la Chemio-Terapia .
Si pubblica qui, per dovere di cronaca.

Lettera del 2005:

Dear Dr Nacci,

Thank you for the very fine piece on GMO. It is the best I have seen because it is simple and can be understood by all.

We certainly stand with you and call for an elimination of all GMO activities.

I send you information which we send to patients who are interested in Alternative Cancer Therapies for cancer.

Sincerely,
Frank D Wiewel
Former Chairman,
Pharmacological and Biological
Treatments Committee
Office of Alternative Medicine (OAM)
National Institutes of Health (NIH)
Founder,
People Against Cancer

People Against Cancer - Who we are - What we do

Thank you for your inquiry about the work of People Against Cancer.

This year 1,500,000 Americans will be diagnosed with cancer and 750,000 will die despite the best standard therapy.

People Against Cancer is a non-profit membership organization dedicated to new directions in the "war on cancer."

Standard Therapy
The standard therapy for cancer includes surgery, radiation, chemotherapy and hormonal therapy. These are, at best, short term fixes.

Address the Problem
None of these options addresses the problem. Only the symptom. The symptom is the tumor. The true problem is the failure of the immune system to patrol, identify, isolate and eliminate the cancer cells as they routinely arise in the body.

Innovative and Wholistic Therapy
We prefer innovative and wholistic concepts which include comprehensive detoxification by eliminating toxins from the food, air, water, environment - and the body. We believe it is essential to address the fundamental issues of diet, nutritional supplements all the way through the state-of-the-art innovative biological therapies.

For People With Cancer, we have developed a program called **The Alternative Therapy Program** to help identify the finest comprehensive treatment options throughout the world.

We will be happy to help you find the best specific individualized cancer therapy for you, your friend or your loved one through our **Alternative Therapy Program.**

The Alternative Therapy Program Simple Steps:

1) **Join People Against Cancer** as a Sustaining Member. You can join on the Website at:
http://www.peopleagainstcancer.net/detail.asp?product_id=075

2) **Complete our Medical History Questionnaire.** Collect and send us all of your medical records. You can download Membership information, our Questionnaire and our Medical Records Release form to get your records at:
http://www.peopleagainstcancer.net/cancer_inforequest.asp

3) **We submit your records to the International Physicians Network** - the finest innovative and conventional physicians from around the world;

4) **We collect their extensive consultations, opinions and recommendations**;

5) **We send you an extensive written report and you set up a personal telephone consultation** and have access to ongoing consultations throughout the year.

To Access The Alternative Therapy Program By Mail

If you filled in our form and requested a written copy of our information, and you included your name, address, phone, fax and email, we will send you additional information by Priority Mail about who we are and what we do.

To Access The Alternative Therapy Program By Fax

You can fax us at 515-972-4415 (On 24 hours). If you include your fax number, we will fax you information about all of our programs, including **The Alternative Therapy Program** and details of how to access our programs or get further information.

To Access The Alternative Therapy Program On The Web

1) Go to: http://www.peopleagainstcancer.net/cancer_inforequest.asp

1) **Read:** The details of the Alternative Therapy Program at:
http://www.peopleagainstcancer.net/cancer_alternative.asp

3) **Go to:** http://www.peopleagainstcancer.net/cancer_inforequest.asp
Download The Medical History Questionnaire after filling out our simple form at:

4) **Print:** The Medical History Questionnaire (Link in Blue) (see Note below)

5) **Complete:** the Medical History Questionnaire and use the Medical Records Release Form to get all of your medical records

6) **Join:** People Against Cancer for best treatment options and consultation in the world.

To Access The Alternative Therapy Program By Phone

If you have any questions feel free to call us at 515-972-4444, between the hours of 10-5 Central Daylight Time (CDT) Monday -Friday.

People Against Cancer
604 East St
PO Box 10
Otho, IA 50569-0010
Phone: 515-972-4444
Fax: 515-972-4415
email: Info@PeopleAgainstCancer.com
web: www.PeopleAgainstCancer.com

Foreign Friends: Sadly, we can not send "Free Information" by mail to our friends outside of the US, because of the tremendous number of requests and costs. Please click on the URL below to download "Free Information" from People Against Cancer information form on the web at
http://www.peopleagainstcancer.net/cancer_inforequest.asp

ALLEGATO 36

Efficacia dell'Aloe sul Diabete Mellito dell'Adulto e sulle malattie cardio-vascolari (5.000 casi).

O.P. Agarwall: ***Antidiabetic activity of Aloe: preliminary clinical and experimental observation*****, Horm. Res. Vol. 24, No.4, pp.: 288-294**

O.P. Agarwall: ***Prevention of Atheromatous Heart Disease*****, Angiology, The Journal of Vascular Disease.**

In India è stato condotto un ampio studio durato 5 anni su 5.000 pazienti compresi fra 35 e 65 anni d'età, che soffrivano di aterosclerosi, spesso anche diabetici. Tutti i pazienti avevano accusato in passato vari attacchi di *angina pectoris*, e la malattia peraltro era stata confermata all'Elettro-CardioGramma (ECG). Una caratteristica specifica di questa ricerca era che un alto numero di pazienti, oltre il 63%, aveva anche il Diabete Mellito dell'Adulto. Molti avevano anche un secondo fattore di rischio, rappresentato dall'Ipertensione arteriosa, presente nel 43% dei soggetti. Infine, circa la metà del campione era composto da fumatori (Tabagismo: da 10 a 15 sigarette al giorno). Tutti i dati numerici relativi allo Studio sono riportati nella tabella 1.

Tab.1: Effetti della terapia con *Aloe vera* sul "*Diabete Mellito dell'Adulto*"
5.000 soggetti studiati, di cui 3.167 diabetici (76,6% maschi 23,4% femmine)

Glicemia a digiuno		Glicemia post-prandiale	
Squilibrio lieve	**Squilibrio marcato**	**Squilibrio lieve**	**Squilibrio marcato**
(110-115)	(116-150)	(161-250)	(251-400)
64,6%	35,4%	63,9%	36,1%

Dopo 3 mesi di trattamento con *Aloe vera*, il 94,4% dei diabetici aveva una Glicemia normale, il 5,6% aveva ancora valori al di sopra della norma.

Ai pazienti venivano consegnati periodicamente 100 grammi di succo di Aloe; veniva poi insegnato loro come mescolarla alla farina con cui preparare in casa il loro pane, che mangiavano poi a pranzo e a cena. Ai pazienti fu prescritto un regime dietetico stretto, mentre nessuna controindicazione venne adottata relativamente ai farmaci (anti-ipertensivi, antidiabetici orali, digitatici, etc…), che i partecipanti allo Studio potevano assumere liberamente. A tutti i pazienti venne però proibito di assumere bevande alcoliche di qualsiasi tipo, mentre non vi era alcun divieto di continuare a fumare.

Scomparsa dell'ischemia e riduzione del Colesterolo

La cura con il pane addizionato con il succo di *Aloe vera* ebbe dei risultati positivi tangibili già dopo 3 mesi, che a distanza di un anno risultarono addirittura straordinari. Una prima prova si ebbe all'Elettro-CardioGramma (ECG) effettuato durante un Test da Sforzo al tappeto scorrevole: prima di iniziare la cura tutti i pazienti presentavano i segni di una ischemia (nel 56,4% era interessata la parete anteriore del cuore, nel restante 43,6% la parete inferiore).
Quando però questo esame venne ripetuto dopo un anno di cura con *Aloe vera*, solo in circa il 7% dei casi presentavano ancora segni d'ischemia, suddivisi più o meno allo stesso modo nei due gruppi. Risultati altrettanto positivi si ebbero per il Colesterolo totale e i Trigliceridi. Questo risultato è particolarmente importante perché all'inizio dello studio tutti i pazienti di questo gruppo presentavano valori aumentati di Colesterolo totale e di Trigliceridi (vedi tabella 2).

Tab. 2: Andamento del profilo lipidico dopo terapia con *Aloe vera*

Colesterolo totale — **IPER-COLESTEROLEMIA**

Valori iniziali Totale: 5.000 pazienti	**LIEVE**	**MODERATA**	**MARCATA**
100%	1.912 (38,2%)	2.258 (45,1%)	830 (16,6%)
Dopo 3 mesi di cura	Presentavano valori ancora alti :	Presentavano valori ancora alti :	Presentavano valori ancora alti :
5.000 pazienti (100%)	143 (2,9%)	171 (3,4%)	34 (0,7%)

Trigliceridi — **IPER-TRIGLICERIDEMIA**

Valori iniziali Totale: 5.000 pazienti	**LIEVE**	**MODERATA**	**MARCATA**
100%	1.824 (36,5%)	2.416 (48,3%)	760 (15,2%)
Dopo 3 mesi di cura	Presentavano valori ancora alti :	Presentavano valori ancora alti :	Presentavano valori ancora alti :
5.000 pazienti (100%)	191 (3,8%)	81 (1,6%)	76 (1,5%)

Dopo tre mesi di terapia, circa 9 pazienti su 10 mostravano invece dei valori di grassi nel sangue notevolmente ridotti e rientrati nei limiti della norma. In pratica, la cura con l'*Aloe vera* (che si aggiungeva a una dieta mirata a far scendere il Colesterolo), aveva eliminato quasi del tutto il principale squilibrio che esponeva questi pazienti al rischio di un infarto o di un altro evento cardio-vascolare.

L'*Aloe vera* mette sotto controllo la glicemia

L'Aloe vera aggiunta alla dieta ha ottenuto effetti molto positivi sul Colesterolo: tre mesi di terapia hanno riportato i valori alla normalità in circa il 93% dei pazienti. In 4.642 casi su 5.000 fu possibile diminuire i valori della Colesterina LDL che causano il restringimento delle arterie, e aumentare quelli del Colesterolo HDL che proteggono le arterie.

Inoltre, con la riduzione dei livelli di Colesterolo, nella grande maggioranza dei pazienti sono cessati gli attacchi di *angina pectoris* (dolore toracico) dovuti a ischemia miocardica.

Una caratteristica del gruppo di pazienti studiati era l'alta percentuale di diabetici. Oltre il 63% dei pazienti presentava valori squilibrati di Glicemia. Per accertare gli effetti della terapia con *Aloe vera* si sono valutati i livelli di zuccheri nel sangue in due momenti: a digiuno e dopo un pasto. In entrambe le situazioni i soggetti diabetici hanno mostrato dei valori alterati. Nella tabella 1 viene riportato che in due / terzi dei pazienti si trattava di un lieve scostamento della Glicemia dai valori normali, mentre nel terzo rimanente si trattava di uno squilibrio più marcato. In generale, la tendenza si conferma sia per la Glicemia a digiuno che per quella post-prandiale.

Il risultato più confortante è però che, dopo tre mesi di terapia con *Aloe vera*, in 2.990 pazienti su 3.167 i valori glicemici erano discesi al di sotto della soglia di normalità. Solo 177 soggetti (121 di quelli che in origine avevano un'Iper-glicemia lieve, e 56 con un'Iper-glicemia più marcata) non hanno infatti tratto giovamento dalla terapia. L'efficacia dell'*Aloe vera* in pazienti con inizio di Diabete è forse ancora più importante di quella sul Colesterolo, perché è noto che l'eccesso di zuccheri nel sangue, anche la forma che si manifesta dopo i cinquant'anni, è una malattia grave che può portare nel tempo a complicanze serie per il cuore, il sistema circolatorio, gli occhi e il cervello….

Il dott. O.P. Agarwall, nelle conclusioni del Suo Lavoro, sottolinea con forza un dato: lo Studio in questione è la più estesa ricerca che sia mai stata condotta sulle capacità terapeutiche dell'*Aloe vera* in queste forme di patologie (Diabete Mellito dell'Adulto, Iper-colesterolemia, Iper-trigliceridemia, *Angina pectoris*, Cardiopatie su base aterosclerotica).

Tutti i 5.000 partecipanti si sono presentati regolarmente ai controlli per 5 anni, e nessuno di essi è deceduto.

Uno degli aspetti più interessanti è il fatto che nessun effetto collaterale negativo è stato osservato.

Questa Ricerca, seria e indipendente, che fa ancora una volta onore alla grande e millenaria tradizione della Medicina ayurvedica indiana, dimostra inequivocabilmente che l'*Aloe vera* può essere usata con effetti positivi nelle cardiopatie di origine aterosclerotica.

I maggiori vantaggi di questa terapia si hanno nei pazienti cardiopatici con associato il Diabete Mellito dell'Adulto.

ALLEGATO 37 : un Paziente ci scrive……

In un tempo lontano,
prima di nascere,
domandai a Dio tutte le Cose del Mondo, per essere Felice:
Dio mi diede allora la Vita, perché fossi Felice di tutte le Cose del Mondo….

Gli chiesi allora l'Amicizia, per non essere solo al Mondo:
Dio mi diede un Cuore grande, per amare tutto il Mondo.

Gli chiesi la Forza, per avere la Vittoria,
ma Dio me la negò, perché imparassi la Sconfitta.

Gli chiesi la Ricchezza, per essere Felice:
ricevetti la Povertà, per essere Saggio.

Gli chiesi il Potere, per avere il Comando,
ma Dio me lo negò, perché imparassi l'Obbedienza.

Gli chiesi la Salute, per fare Cose Grandi:
ricevetti la Malattia, per fare Cose Migliori.

Non ho avuto nulla di tutto quello che avevo chiesto a Dio,
ma ho avuto tutto quello che non avevo mai sperato di poter avere per davvero…

Perché,
mio malgrado,
tutte le mie Preghiere,
anche se non formulate,
sono state,
alla fine,
esaudite.

Anonimo

ALLEGATO 38 :

Paziente terminale guarito dal cancro al polmone con dieta alimentare arricchita con *acidi grassi OMEGA-3* (EPA - DHA)

La comunità scientifica è scossa dal caso di un malato terminale statunitense affetto da Istiocitoma fibroso maligno con lesioni multiple in entrambi i polmoni che senza intervento chirurgico, né Chemio-Terapia, ma solo con dosi elevate di ***acidi grassi omega-3*** introdotti nella sua dieta grazie all'olio di pesce, ha avuto un lento ma marcato miglioramento. Il paziente è tuttora asintomatico dopo 5 anni di trattamento e le TAC hanno dimostrato una riduzione delle masse tumorali del 90%. Pur con la dovuta cautela, il caso del signor D.H. sta sollevando il più vivo interesse degli scienziati.
L'uomo, un vecchio di 78 anni di Reno, Nevada, è un vicino di casa di Ronald S. Pardini, professore di Biochimica e direttore associato della *Nevada Agricoltural Experimet Station* presso l'Università di Nevada. Una volta ricevuta la terribile diagnosi, l'uomo si è rivolto a Pardini, autore in passato di ricerche che avevano dimostrato che l'assunzione di ***acidi grassi omega-3*** diminuiva significativamente la crescita delle cellule tumorali mammarie, ovariche, pancreatiche, del colon e della prostata in topi di laboratorio.

"*Nel 2000, al signor D.H. furono diagnosticati solo pochi mesi di vita*, spiega Pardini. "*Ma cinque anni dopo D.H. è ancora vivo e ha persino guadagnato peso*." Il signor D.H. anziché essere sottoposto ad intervento chirurgico e a Chemio-Terapia, è stato sottoposto a terapia nutrizionale tesa a incrementare drasticamente l'assunzione di ***acidi grassi omega-3*** mediante il consumo di olio di pesce e a diminuire, viceversa, l'assunzione di ***acidi grassi omega-6***.

"Abbiamo stimato un consumo quotidiano per D.H. di 15 grammi di ***acido eicosapentenoico omega-3*** (EPA) e di ***acido docosaesaneoico*** (DHA) al giorno, e la percentuale di ***acido linoleico*** / ***omega 3*** nella sua dieta era di 0,81" spiega Pardini : "*Nei 5 anni finora trascorsi, una serie di TAC e di radiografie hanno registrato una lenta ma costante diminuzione in numero e dimensioni dei noduli bilaterali. Il signor D.H. non ha denunciato effetti collaterali particolari dovuti al grande consumo di olio di pesce, ed è rimasto asintomatico*".

Fonte: Pardini R.S.: *Nutritional Intervention with Omega-3 Fatty Acids in a case of Malignant Fibrous Histiocytoma of the Lungs*, Nutrition and Cancer 2005, 52 (2) , pp.: 121-129

Nota del dott. Giuseppe Nacci:
I vegetariani e i vegani non hanno fonti dirette nella loro dieta di ***acido eicosopentanoico*** (EPA) e di ***acido docosoesanoico*** (DHA), contenuti ad esempio nell'olio di alcuni pesci o negli stessi tipi di pesce grasso delle acque fredde: cioè i vegani non hanno fonti vegetali di acidi grassi a lunga catena della famiglia degli Omega 3, e quindi possono convertire soltanto l'***acido alfa-linolenico*** in EPA e in DHA. Ma ***l'acido alfa-linolenico*** è molto raro da trovare nei cibi. Una delle fonti più ricche di questo è comunque l'Olio di semi di Lino spremuti a freddo, le noci e le foglie verdi delle piante. Il DHA invece può essere ricavato anche dalla carne e dal pollame (ma non l'EPA).

ALLEGATO 39:

I Mostri genetici di Domani

Tratto parzialmente da "*Centauri e Chimere sempre più vicini ?* ", pp.32-35, del libro "*OGM e clonazione: la bomba è nel piatto!*" di Valeria Mangani e Adolfo Panfili, TECNICHE NUOVE Editore, febbraio 2000

Gli esperimenti sui trapianti vengono condotti anche con organi di babbuini, poiché con essi il rigetto iperacuto è più debole. Thomas E.Starzl è uno dei pionieri dell'Università di Pittsburg, USA, nel 1992 ha trapiantato un fegato di babbuino in uno sfortunato paziente affetto da HIV e da epatite B.
In proposito non è noto se il paziente abbia fornito il suo "consenso informato", ma è risaputo soltanto che gli organi di controllo dell'Università di Pittsburg e i "membri degli organi statali USA hanno fornito il loro nulla osta.
Il paziente è sopravvissuto 70 giorni, ma la sua anamnesi clinica profila scenari orribili costellati da: intossicazione settica, esofagite, viremia (presenza di virus nel sangue), pleurite emorragica, collasso cardiocircolatorio e tosse acuta.

In seguito, nel paziente trapiantato era subentrata insufficienza renale ed epatica, sviluppandosi poi una ostruzione biliare, l'*exitus* (morte) fu indotta infine da una incoercibile sanguinamento di varici esofagee (emorragia interna da lesione di alcuni vasi venosi presenti nell'esofago).
Chirurgicamente, comunque, Starzl considerò il trapianto come un successo, perché il fegato di babbuino aveva funzionato quasi ininterrottamente e il decesso del paziente era subentrato a causa delle numerose infezioni indotte dalla somministrazione d'immunosppressori in dosi troppo massicce. Al riscontro autoptico sul paziente sorprendentemente si rivelò che le cellule di babbuino avevano ben attecchito nei vari apparati ed organi (Starzl T.E.: *Baboon-to-human liver transplation*, Lancet, 341, pp.: 65-71, 1993). Starzl ha poi affermato che in tutti i trapianti di successo, quale che sia l'organo, avviene in qualche modo una "migrazione delle cellule" con una veloce diffusione attraverso il flusso sanguigno. Secondo Starzl lo xenotrapianto ha tante più possibilità di successo quante più cellule animali si integrano nel corpo umano consentendo così alle cellule del sistema immunitario di adattarsi meglio alle cellule animali estranee. Sulla scorta di queste considerazioni emerge che il successo degli xenotrapianti risiede nella realizzazione di un ibrido genetico-cellulare tra uomo e animale (Starzl T.E.: *Cell migration, chimerism, and graft acceptance*, Lancet, 339, pp.: 1579-1582, 1992). Per tale situazione, Starzl ha coniato il termine "chimera post-trapianto". Un'altra squadra di ricercatori diretta da David Sachs (Biotransplant, Massachussetts, USA) suggerisce perciò di trapiantare anche il midollo osseo dell'animale donatore nel paziente che si è sottoposto allo xenotrapianto; in questo modo si otterebbe un paziente più "chimerico" che potrebbe avere maggiori possibilità di ripresa (Sachs D.: *Tolerance and xenograft survival*, Nature Med., 1,9, 969, 1995). Finora vengono preferiti i maiali transgenici perché i babbuini sono ritenuti più problematici a causa della loro relazione di parentela con gli uomini. Secondo molti specialisti di xenotrapianti, i babbuini costituirebbero un ostacolo psicologico soprattutto se venissero creati allevamenti di scimmie da utilizzare come "magazzino di riserva" per i trapianti di organi.
Che la società si ponga meno scrupoli se vengono utilizzati i maiali antromorficamente più distanti dalle caratteristiche morfologiche umane ?
E' difficile comprendere come una popolazione che in maggioranza mangia carne di maiale possa rifiutare questo progetto per ragioni morali, secondo White D., considerando inoltre che i maiali sono relativamente compatibili con l'uomo se si considerano il peso, gli organi e altre proprietà immunologiche.

Molti colleghi ricercatori invocano maggiori precauzioni e, tra questi, Claus Hammer dell'Università di Monaco, che, secondo la rivista *Der Spiegel*, è probabilmente il più importante esperto tedesco di xenotrapianti. Hammer afferma: Ogni cosa diventa molto più complicata, poiché dalle reazioni immunitarie dipendono una moltitudine di ulteriori fattori biochimici e fisiologici.
Tra questi va innanzitutto considerato il *pool* anticorpale naturale, individuale e congenito che, anche se tuttora avvolto nel mistero, rappresenta un elemento fondamentale e vitale del sistema immunitario. "*Più si ricerca, più dati si accumulano, maggiore è la confusione*", sostiene Claus Hammer (Hammer C.: *Fundamental problems of xenotransplation*, Pathologie Biologie, 42 (3), pp.: 203-207).
Inoltre, un numero sempre maggiore di scienziati mette in guardia sui potenziali rischi di queste tecniche di trapianto non propriamente fisiologiche.
Gli xenotrapianti sollevano anche problemi etici, perché la nuova tecnologia crea creature miste, metà umane e metà animali. Come menzionato all'inizio, non c'è alcuna possibilità che un organo animale, trapiantato nell'uomo, si comporti come un organo isolato, come un nuovo radiatore di una macchina. Al contrario, dopo un xenotrapianto, le cellule animali si annidano ovunque, in tutto il corpo. Cosa può significare per gli essere umani se la linea di confine tra uomo e animale viene cancellata in questo modo? Cosa può significare per me che ikl mio "io" sia fatto di cellule umane e di babbuino, che le mie orecchie e le mie mani siano composte da cellule umane e suine, che io sia un miscuglio di creature differenti, in percentuali arbitrarie ? Come può questo intaccare la mia dentità e me stesso ? ("*Hirnverpflanzung. Die erste Unsterblichkeit auf Erden ?*" Rowohlt, 1993)
I sostenitori ad oltranza della nuova tecnologia dichiarano che a causa della barriera emato-encefalica (sangue-cervello), le cellule animali possono difficilmente raggiungere il Sistema Nervoso Centrale (SNC), e il cervello in particolare.
Tuttavia sorge spontaneo il quesito se in realtà corpo e cervello siano assolutamente separati l'uno dall'altro, tanto da consentirci di affermare che l'intelletto , l'anima, l'identità abbiano sede unicamente nel cervello e che, di conseguenza, non rivesta importanza se il resto del corpo venga trasformato in una chimera uomo-animale. Il filosofo britannico Berhard Williams commenta così: "*Se qualcuno ha intenzione di scindere la personalità di un uomo dal suo corpo, non sa esattamente come procedere. Questo è in parte ciò che intende Wittgenstein quando dice che il corpo umano è la migliore immagine dell'anima*".
Occorre assolutamente rivalutare eticamente la ricerca sugli xenotrapianti, prima che sia troppo tardi….

ALLEGATO 40 : Vaccino contro il papilloma-virus umano : 371 gravi reazioni avverse dopo vaccinazione con *Gardasil*

Tratto da *Xagena* - http://www.vaccinionline.net/index.php?show=12638&pageNum=0 - 5 luglio 2007

Judicial Watch, un'associazione di interesse pubblico, ha ottenuto dall'FDA (*Food and Drug Administration*) la possibilità di visionare gli effetti indesiderati correlati al vaccino contro il papilloma-virus umano (HPV), *Gardasil*.

All'11 maggio 2007, il sistema di farmaco-sorveglianza post-marketing sui vaccini VAERS (*Vaccine Adverse Event Reporting System*) degli Stati Uniti, annoverava 1.637 reazioni avverse digitando la sigla HPV4, che corrisponde alla vaccinazione con *Gardasil*, un vaccino quadrivalente. Di queste reazioni, 371 sono definite gravi.

Delle 42 donne che hanno ricevuto *Gardasil* mentre erano incinte, 18 sono andate incontro a reazioni avverse, che variavano tra l'aborto spontaneo ed i danni fetali.

La paralisi, la paralisi di Bell (paralisi facciale), la sindrome di Guillain Barre e le convulsioni sono alcuni dei gravi eventi avversi neurologici associati alla vaccinazione con *Gardasil*.

Nel database sono segnalati anche 3 casi di 3 persone morte dopo aver ricevuto il vaccino. Una ragazza è morta per trombosi 3 ore dopo aver assunto *Gardasil*.

Due ragazze di 12 e 19 anni sono morte per problemi cardiaci e/o per trombosi. Secondo l'FDA queste morti non sarebbero correlate al vaccino.

Riguardo ai 1.637 effetti indesiderati riportati da *Judicial Watch*, l'FDA ritiene che siano in linea con i quasi 3 milioni di persone vaccinate negli Stati Uniti con *Gardasil*. Inoltre non tutte le reazioni avverse sarebbero correlate alla vaccinazione contro il papilloma-virus.

Nonostante la rassicurazione dell'FDA rimangono dubbi sulla sicurezza del *Gardasil*.

Descrizione di 20 casi dopo vaccinazione con *Gardasil*, scelti con modalità random, presenti nel VAERS *line list Report* dell'11 Maggio 2007

Caso 1 definito grave: ragazza di 14 anni che immediatamente dopo somministrazione di *Gardasil* ha avvertito un dolore intenso al sito di iniezione. E' caduta ed ha perso i sensi per 10-15 secondi. La ragazza, che ha manifestato cefalea, visione offuscata, è stata inviata al Dipartimento d'Emergenza. L'esame neurologico è risultato normale. I medici hanno diagnosticato disidratazione e sincope vasovagale secondaria al dolore prodotto dall'iniezione al sito di somministrazione.

Caso 2 definito grave: una ragazza di 18 anni con nessuna storia di allergie è stata vaccinata con *Gardasil*. Il giorno dopo ha manifestato rash ed orticaria, non al sito di iniezione. Quando si è presentata al proprio medico curante presentava orticaria in tutto il corpo. E' stata trattata con *Benadryl* (Difenidramina), un antistaminico per os, e sottoposta a trattamento con Metilprednisolone (*Solu Medrol*).

Caso 3 definito grave, minacciante la vita: una ragazza di 17 anni dopo essere stata vaccinata con *Gardasil* ha presentato intorpidimento e formicolio ai piedi e alle mani, che sono persistiti e

peggiorati. Dopo 25 giorni dalla vaccinazione la ragazza ha manifestato una grave forma di debolezza. E' stata ricoverata e gli è stata diagnosticata la sindrome di Guillain-Barre. E' stata trattata con Immunoglobulina. La ragazza sta lentamente migliorando, ma soffre sempre di debolezza.

Caso 4 definito grave: una ragazza di 15 anni, che era stata precedentemente vaccinata per l'epatite A e vaccinata con vaccino meningocicco A CYW, dopo essere stata vaccinata con *Gardasil*, ha presentato convulsione in forma lieve. Inoltre ha avvertito un forte dolore al sito di iniezione. La ragazza è stata ricoverata per 1 giorno.

Caso 5 definito grave: una ragazza di 17 anni affetta da asma, è stata vaccinata con *Gardasil*. Il giorno successivo alla vaccinazione ha presentato pollice di aspetto edematoso, e le palme della mano sono diventate rosse e calde. La ragazza ha poi avvertito senso di oppressione a livello toracico. Alla ragazza è stato somministrato immediatamente una dose massiccia di Cetirizina (*Zirtec*), un antistaminico, e Paracetamolo.

Caso 6 definito grave: una ragazza di 17 anni che presentava allergia alle sulfonamidi, è stata vaccinata con *Gardasil*. Cinque giorni dopo la vaccinazione la ragazza ha presentato ingrossamento dei linfonodi a livello della clavicola, con problemi di movimento del braccio. Alla ragazza è stato consigliato l'intervento chirurgico per l'asportazione dei linfonodi.

Caso 7 definito grave: una ragazza di 18 anni affetta da asma e sindrome dell'ovaio policistico, è stata vaccinata con *Gardasil*. La ragazza stava assumendo contemporaneamente Bupropione (*Wellbutin XL*), Litio e Risperidone (*Risperdal*). Alla sera dello stesso giorno della vaccinazione la ragazza ha sviluppato gonfiore del braccio sinistro e difficoltà respiratorie. Il giorno successivo la ragazza ha sviluppato gonfiore al volto.

Caso 8 definito grave: una ragazza di 15 anni, affetta da asma, allergia alle arachidi ed una storia di anafilassi, è stata vaccinata con *Gardasil*. Dopo alcune ore la ragazza ha presentato una reazione anafilattica. Alla ragazza è stato somministrato immediatamente *EpiPen* (autoiniettore di Adrenalina), ed è stata trasportata al Dipartimento di Emergenza.

Caso 9 definito grave: una ragazza di 18 anni è stata vaccinata con *Gardasil*. Dopo circa un'ora la ragazza ha avvertito brevità del respiro e stato febbrile. La paziente è stata subito ricoverata presso il Dipartimento d'Emergenza e sottoposta a terapia.

Caso 10 definito grave, con disabilità permanente: una donna di 24 anni è stata vaccinata con *Gardasil*. Alcune ore più tardi la donna ha manifestato gonfiore agli occhi e prurito. E' stata trattata con *Benadryl*, un antistaminico, ed è stata mandata a casa. Successivamente è comparsa visione offuscata.

Caso 11 definito grave: una ragazza di 16 anni, che era stata vaccinata con *Gardasil*, ha sviluppato debolezza alle estremità inferiori ed è stata ricoverata con diagnosi di sindrome di Guillain-Barre in forma lieve. Dopo trattamento con Gammaglobuline, la ragazza ha recuperato in modo quasi completo, ma è perdurato l'intorpidimento alle estremità degli arti.

Caso 12 definito grave, con disabilità permanente: una ragazza di 15 anni con una storia di ipersensibilità agli allergeni, è stata vaccinata con *Gardasil*. La ragazza stava assumendo *Ortho Tri-Cyclen LO*, una pillola contraccettiva a base di Etinil Estradiolo e Norgestimato. La ragazza ha sviluppato prurito ed orticaria alle gambe e alle braccia.

Caso 13 definito grave, minacciante la vita: una donna di 25 anni che aveva iniziato ad assumere Nitrofurantoina per un'infezione del tratto urinario qualche giorno prima della vaccinazione con Gardasil, ha manifestato orticaria. La donna è stata trattata con Metilprednisolone (*Medrol*). Venti giorni dopo, la donna ha presentato gonfiore della lingua e restringimento laringeo. Alla donna è stata somministrata immediatamente Epinefrina (*EpiPen*).

Caso 14 definito grave: una ragazza di 15 anni affetta da diabete di tipo 1 ed in terapia con Insulina, è stata vaccinata con *Gardasil*. Il giorno dopo la vaccinazione la ragazza è andata incontro a crisi di grande male ed è stata ricoverata per 3 giorni in ospedale.

Caso 15 definito grave. Una donna di 20 anni dopo 2 ore che era stata vaccinata con G*ardasil* ha presentato vomito e dolore addominale, con successivo peggioramento tale da impedirle di stare supina. E' stata ricoverata in ospedale e sottoposta ad appendicectomia.

Caso 16 definito grave, minacciante la vita: una ragazza di 13 anni è stata ricoverata in ospedale con debolezza agli arti sia superiori che inferiori. La ragazza era stata vaccinata con *Gardasil*. Alla ragazza è stata diagnosticata una forma grave della sindrome di Guillan-Barre, ed infezioni delle vie respiratorie. Per il presentarsi di insufficienza respiratoria è stata sottoposta a ventilazione meccanica, e a tracheostomia con intubazione. Ha sviluppato dolore neuropatico ed ipertensione.

Caso 17 definito grave, minacciante la vita: una ragazza di 13 anni è stata vaccinata con *Gardasil*, con successiva presentazione di intorpidimento e formicolio ai piedi, che si è poi esteso alle mani. Ha presentato difficoltà a camminare, per la mancanza di sensibilità ai suoi piedi. Alla ragazza è stata diagnosticata la sindrome di Guillain-Barre.

Caso 18 definito grave: una ragazza di 12 anni affetta da emicrania, è stata arruolata in uno studio clinico ed ha ricevuto le 3 dosi del vaccino per il papillomavirus, *Gardasil*. Tre mesi dopo l'ultima dose di vaccino, la ragazza ha presentato difficoltà a camminare ed è stata ricoverata in ospedale. La debolezza muscolare sofferta dalla ragazza è stata ritenuta essere correlata alla vaccinazione con *Gardasil*.

Caso 19 definito grave, con disabilità permanente: una donna di 19 anni è stata vaccinata con *Gardasil*. La donna stava assumendo un antistaminico, *Zyrtec* (Cetirizina), e contraccettivi ormonali per os. La donna, subito dopo la vaccinazione, ha sviluppato un rash non al sito d'iniezione, ma nel braccio in cui è stata eseguita la vaccinazione. Inoltre, la donna ha accusato una forte mialgia sia agli arti superiori che agli arti inferiori, e la sua mano si è scolorita. Un esame ha rivelato un'infezione streptococcica, e la donna è stata trattata con antibiotici. E' stata evidenziata un'elevata conta leucocitaria.

Caso 20 definito grave, con disabilità permanente: una donna di 18 anni senza storia di allergie, è stata vaccinata con Gardasil (una sola dose), e dopo aver manifestato rash maculopapuloso bilaterale alle estremità inferiori, gonfiore bilaterale agli arti inferiori con la gamba destra di dimensioni maggiori rispetto alla gamba sinistra, dolore muscolare intenso, particolarmente sotto le ginocchia, con difficoltà a camminare, è stata ricoverata in ospedale. Alla dimissione la donna era in terapia con *Percocet* (Ossicodone ed Acetaminofene), e Prednisolone.

Fonte: 1) Judicial Watch, 2007;
2) FDA, 2007 Xagena2007

tratto da: www.disinformazione.it

Nota 1 : HPV è l'acronimo di *Human Papilloma Virus*, un virus che può infettare sia le femmine che i maschi. Ha oltre 100 forme, 17 delle quali possono in alcuni casi causare il cancro dell'utero. L'HPV è anche causa delle verruche che possono interessare tutto il nostro corpo a anche i genitali (conditomi). E' un virus talmente comune che solo negli USA lo contraggono ogni anno 6 milioni di persone, metà delle quali di età compresa fra i 15 e i 25 anni. In generale, un quarto delle persone sessualmente attive. Secondo il National Cancer Institute, oltre 30 tipi di HPV possono essere trasmessi per contatto sessuale. Non esistono cure, almeno ufficialmente. Tuttavia, la maggioranza delle infezioni non danno sintomi e guariscono da sole. Molte infezioni sintomatiche possono durare anni, ma solo in pochi casi si trasformano in cancro e molto dipende dalla salute del sistema immunitario. Se si formano lesioni pre-cancerose, queste spesso ci mettono 20 anni per trasformarsi in tumore. E' anche noto che due soli tipi di HPV causano il 70% di tutti i cancri dell'utero e altri due tipi causano il 90% dei conditomi suia negli uomini che nelle donne.

Nota 2: L'HPV si può contrarre anche per semplice contatto cutaneo, non è necessario un rapporto sessuale.

Nota 3: Nei Paesi occidentali, da quando è stato introdotto il Pap Test (che mette in evidenza le cellule anormali che si possono sviluppare sulla cervice uterina) l'incidenza del cancro dell'utero si è ridotta progressivamente. Questo permette di identificare le lesioni sospette ai primi stadi e di intervenire con tutta calma prima che si sviluppi un cancro. Va comunque precisato che può dare falsi negativi e che non è un test specifico per l'HPV, per il quale c'è un test a parte.

Nota 4: Negli USA, dove il Pap test è un esame di routine da 50 anni, l'incidenza del tumore è relativamente bassa. Inoltre, sempre negli USA, i dati dicono che le donne che muoiono di tumore della cervice per lo più non hanno mai fatto, o lo hanno fatto raramente, un Pap test. Il tumore della cervice uterina è un *big killer* soprattutto nei paesi sottosviluppati dove l'assistenza sanitaria è carente. A livello mondiale, infatti è la seconda causa di morte tra le donne, mentre negli USA si posiziona tra la undicesima e la quindicesima posizione.

Nota 5: Secondo la *OMISSIS*, il vaccino avrebbe una efficacia del 95-100% nel prevenire 4 tipi di HPV: il 6 e l'11, che causano il 90% dei conditomi, e i tipi 16 e 18 che causano il 70% dei tumori della cervice. Questo significa, ed è bene sottolineare, che non previene tutti i tipi di cancro dell'utero, ovvero rimangono fuori quelli causati da altri tipi di HPV.

Nota 6: un recente studio sul Papilloma Virus apparso sul *Journal of American Medical Association* mostra che solo il 2% delle donne con HPV è infettata dai tipi che più frequentemente causano il cancro e che solo il 3,4% è infettato con i tipi da cui protegge il vaccino. Lo stesso Studio afferma che in generale il 90% delle infezioni guarisce in due anni.

Nota 7: La professoressa Diane Harper, direttrice *Gynecologic Cancer Prevention Research Group* presso il *Norris Cotton Cancer Center* del *Dartmounth Medical School* dello *New Hampshire,* e con vent'anni di esperienza sulle ricerche che riguardano il vaccino contro l'HPV, ha affermato che *"….è stupido rendere obbligatoria la vaccinazione per le bambine tra gli 11 e i 12 anni…"*.
Ha poi aggiunto che la vaccinazione di massa *"….è un enorme esperimento sanitario…."*, e che *"…non sappiamo ancora se l'effetto protettivo del vaccino durerà per più di 5 anni…"*.

Nota 8: Uno Studio apparso sul *New England Journal of Medicine* ha scoperto che il solo uso del preservativo riduce del 70% la possibilità di contrarre l'HPV.

Tratto da ANSA , 2007, 28 marzo.

Ultime note, marzo 2008: ALLARME dalla SVEZIA

L'Agenzia medica svedese: I vaccini anti papilloma (HPV) potrebbero creare problemi per la salute oltre ad aggiungere costi alla prevenzione.

In un recente rapporto, l'agenzia governativa svedese per la valutazione medica (SBU), ha raccomandato al *Consiglio Nazionale per la Salute e Previdenza* di revisionare la strategia di prevenzione del cancro al collo dell'utero.

L'uso spropositato del vaccino HPV, promosso e pubblicizzato in grande scala dai produttori, aggiungerà una spesa sostanziosa all'ormai ridottissimo *budget* riservato alla prevenzione del cancro mentre l'efficacia dello stesso vaccino non potrà essere provato per duo o tre decenni.

L'articolo sotto riportato, apparso su un giornale svedese, sottolinea come la spinta eccessiva del governo ad inserire il vaccino HPV nel programma vaccinale dei bambini, ha creato false speranze non sostenute dalle evidenze scientifiche.

La spinta del vaccino HPV inganna le donne

Un nuovo Studio di esperti sulla protezione contro il cancro al collo dell'utero.

(Testo originale in svedese)

La commercializzazione menzognera di un nuovo vaccino contro il cancro è un incredibile inganno alle donne svedesi e rischia di creare nuovi pericoli per la salute.
Sono state poste alte aspettative su due nuovi vaccini contro certi virus che potrebbero causare cancro al collodell'utero.

Il Consiglio Nazionale svedese per la salute e previdenza sta subendo pressioni per inserire questi vaccini nel programma vaccinale dei bambini.

Una valutazione scientifica presentata nel gennaio 2008 dimostra che gli studi sono insufficienti e incerti sugli effetti preventivi del vaccino contro il cancro.

Con la vaccinazione generale esiste un serio rischio che un minor numero di donne si sottoporrà a visite ginecologiche di controllo causando nuovi rischi per la salute.

"*Il modo in cui la pubblicità ingannevole fatta al vaccino aumenta le speranze, è un tradimento alle donne*" scrivono la direttrice e il manager dell'agenzia governativa svedese per la valutazione medica (SBU).

La Svezia ha fatto passi da gigante nella lotta contro il cancro all'utero.
Dal 1960, dopo l'introduzione di esami ginecologici su campioni di cellule (PAP test), il numero di nuovi casi di cancro è più che dimezzato. Nonostante questo, 450 donne ogni anno vengono diagnosticate di cancro all'utero e 150 muoiono a causa della malattia.

Perciò, è positivo vedere che la ricerca in questo campo negli ultimi anni ha fatto progressi dando come risultato due vaccini (*Gardasil* e *Cervarix*) contro le infezioni di due tipi di *papilloma virus*, che in alcuni casi potrebbero causare una mutazione delle cellule che col tempo, in alcune donne, potrebbero trasformarsi in cancro al collo dell'utero.

E' importante innanzitutto chiarire che non stiamo parlando di vaccini contro il cancro al collo dell'utero.
Stiamo parlando di vaccini contro solo due dei 13 o più tipi di infezione HPV associati al cancro del collo dell'utero.

La maggior parte delle volte, queste infezioni si risolvono da sole, in alcuni casi potrebbero diventare permanenti e causare un cambiamento cellulare, che potrebbe poi trasformarsi in cancro.

La ragione per la quale i ricercatori mirano esclusivamente a questi due tipi di *papilloma virus* è perché in vari paesi ne è stata dimostrata la presenza in 2/3 delle donne con il cancro al collo dell'utero. La percentuale media d'infezione varia di paese in paese. Gli studi effettuati dimostrano che nei paesi nordici la proporzione di cancri al collo dell'utero che potrebbero trarre beneficio dai vaccini contro HPV 16 e 18 è minore.

L'agenzia governativa svedese al momento non è in grado di dire quanto una vaccinazione generale ai bambini potrebbe aiutare a prevenire futuri casi di cancro.

Esistono alcuni documenti scientifici che proverebbero che il vaccino può prevenire mutazioni cellulari dovuti al papilloma virus 16 e 18, ma gli effetti sul cancro possono essere verificati solo decenni dopo.

Gli studi di controllo effettuati dopo il vaccino sono ancora troppo pochi per trarre conclusioni sul cancro.

Un calcolo approssimativo dimostra che una vaccinazione generalizzata contro i virus HPV16 e 18 ai bambini potrebbe prevenire lo sviluppo di metà dei casi di cancro al collo dell'utero.

Il vaccino in questione inoltre non deve assolutamente essere di sostituzione ai periodici controlli ginecologici (PAP-test) in quanto le aspettative sull'efficacia del vaccino sono esagerate e non c'è certezza.

Non è stata ancora stabilita né la durata dell'efficacia del vaccino né se saranno necessari richiami periodici per una protezione prolungata.

Inoltre non è possibile stabilire attraverso analisi del sangue quali livelli di anticorpi sono collegati alla protezione dall'infezione.

Le agenzie di ricerca medica stanno monitorando gli effetti indesiderati riscontrati fino ad ora.

Un altro punto da chiarire è il costo della campagna.

La spesa diretta per ogni lotto è di circa 21 milioni di euro per vaccinare tutte le ragazze e gli effetti potranno solo essere visti dopo 20-30 anni.

Ogni dose di richiamo costerà circa 6 milioni di euro.

Se dovranno essere vaccinati anche i maschi, visto che sono portatori sani del virus, le spese raddoppieranno.

L'interrogativo principale a questo punto è se varrebbe la pena spendere questi fondi per altri metodi di prevenzione e/o cura del cancro e di altre malattie.

La scorsa estate, il produttore del *Gardasil* ha fatto una campagne pubblicitaria su giornali e cartelloni diretti al consumatore finale.

Le campagne pubblicitarie di farmaci che necessitano prescrizione medica non sono permesse, ma per i vaccini esiste un'eccezione.

Ancora non è chiaro come viene interpretata questa eccezione. E' chiaro comunque che la pubblicità per il vaccino HPV 16 e 28 ha aumentato le aspettative delle donne aumentando la richiesta del vaccino.

Secondo una statistica **moltissime donne credevano che la campagna pubblicitaria fosse promossa dal governo** e che il vaccino proteggesse contro il cancro al collo dell'utero.

Questo è un chiaro segno che la pubblicità dovrà essere affiancata da **informazioni neutrali indipendenti** dai produttori dei vaccini.

Ogni altro tipo d'informazione sarà un tradimento e un inganno alle donne.

La pressione dell'opinione pubblica sta avendo effetti su legislatori e politici.
Alcuni consigli comunali vorrebbero diminuire il numero di vaccini in attesa di una decisione del Consiglio Nazionale per la Salute e Previdenza. Questo crea un'ineguaglianza tra i sistemi sanitari delle varie città.

L'agenzia governativa svedese di valutazione medica sta provvedendo ad una valutazione scientifica delle procedure medico/farmaceutiche e non prende posizione riguardo all'inclusione o meno del vaccino anti-papilloma nel programma vaccinale dei bambini.

Sono state controllate le informazioni riguardanti la decisione del *Consiglio Nazionale per la Salute e Previdenza* e sono state trovate numerose falle: **gli studi sono insufficienti e incerti sugli effetti preventivi del vaccino contro il cancro.**

ALLEGATO 41:

***Centro di Ricerca sul Cancro Cesare Maltoni della Fondazione Europea Ramazzini*:**

L'Esposizione ad Aspartame a Basse Dosi, dalla Vita Fetale e per Tutta la Vita, aumenta gli Effetti Cancerogeni sui Ratti

Lifespan Exposure to Low Doses of Aspartame Beginning During Prenatal Life Increases Cancer Effects in Rats

Morando Soffritti, Fiorella Belpoggi, Eva Tibaldi, Davide Degli Esposti, Michela Lauriola

Abstract

Il secondo studio Ramazzini sull'aspartame è in stampa sul giornale scientifico *Environmental Health Perspectives*
Il testo completo in inglese dell'articolo è disponibile online:
http://www.ehponline.org/docs/2007/10271/abstract.html

Environmental Health Perspectives (EHP), il giornale peer-reviewed dell'*Istituto Nazionale di Scienze Ambientali Americano*, è un importante veicolo per la divulgazione di informazioni riguardanti ambiente, salute pubblica e risultati scientifici.

La finalità di EHP è essere un forum utile al dibattito sull'interrelazione tra ambiente e salute pubblica, divulgando, in maniera equilibrata e obiettiva, le ricerche peer-reviewed maggiormente significative e le notizie più attuali e credibili del settore.

Con un fattore di impatto del 5,34, EHP appare tra i primi su 132 giornali di scienze ambientali e primo tra 90 giornali di salute pubblica, ambientale e occupazionale.

EHP viene letto in oltre 190 paesi.

Riassunto dello Studio

Premesse: in un precedente studio condotto al Centro di Ricerca sul Cancro Cesare Maltoni della Fondazione Europea Ramazzini (CRCCM/FER), è stato dimostrato per la prima volta che l'aspartame (APM), somministrato con il cibo a varie dosi, a ratti Sprague-Dawley di 8 settimane di età fino alla morte spontanea, è un agente cancerogeno multipotente.

Finalità : l'obiettivo di questo secondo studio è di meglio quantificare il rischio cancerogeno dell'APM, iniziando il trattamento durante la vita fetale.

Metodi: lo studio è stato condotto su gruppi di 70-95 ratti Sprague-Dawley maschi e femmine, a cui l'aspartame è stato somministrato col cibo a concentrazioni di 2000, 400, o 0 ppm dal dodicesimo giorno della vita fetale fino alla morte naturale.

Risultati: i risultati dello studio dimostrano: a) un aumento significativo, dose correlato, di animali portatori di tumori maligni nei maschi ($p<0.01$), in particolare nel gruppo trattato a 2000 ppm ($p<0.01$); b) un aumento significativo dell'incidenza di linfomi/leucemie nei maschi trattati a 2000 ppm ($p<0.05$) e un aumento significativo, dose correlato, nell'incidenza di linfomi/leucemie nelle femmine ($p<0.01$), in particolare nel gruppo trattato a 2000 ppm ($p<0.01$); c) un aumento significativo, dose correlato, nell'incidenza di cancro mammario nelle femmine ($p<0.05$), in particolare nel gruppo trattato a 2000 ppm ($p<0.05$).

Conclusioni: i risultati di questo saggio di cancerogenicità non solo confermano, ma rinforzano la prima dimostrazione sperimentale della cancerogenicità multipotente dell'APM a un livello di dose vicino a quello giornalmente ammesso per gli esseri umani. Inoltre, lo studio dimostra che quando l'esposizione all'APM inizia durante la vita fetale, gli effetti cancerogeni aumentano.

Link al primo studio sull'aspartame della Fondazione Europea Ramazzini (*Environ Health Perspect* 114:379-385, 2006): "*Prima Dimostrazione Sperimentale degli Effetti Cancerogeni Multipotenti dell'Aspartame Somministrato nel Cibo a Ratti Sprague-Dawley*".

Contatto stampa
Kathryn Knowles
development@ramazzini.it

ALLEGATO 42 :

Api: estinzione silenziosa

Tratto da "Bollettino Bio", 2004

Le api vengono decimate dalla chimica e dai cambiamenti climatici.
Un danno inestimabile per gli ecosistemi e per l'economia

Le api sono nei guai.
Scompaiono dai campi ad un ritmo vertiginoso, gli apicoltori ne trovano sempre di più morte sotto gli alveari, la produzione è in grave calo in tutto il mondo.
Si tratta di un fenomeno complesso, come tutti quelli che riguardano gli ecosistemi, ma in questo caso non è difficile risalire al responsabile principale della moria: il binomio insetticidi ed effetto serra.
A lanciare l'allarme questa volta è il *World Watch Institute* diffondendo dati che non lasciano margini al dubbio.
Un terzo degli alveari di ape domestica è già scomparso e la stessa sorte riguarda quelle selvatiche che soccombono nella competizione con altre specie.
Al danno naturale, si aggiunge quello economico perché – spiegano i ricercatori del *World Watch* – il valore dell'impollinazione delle piante è stimabile intorno ai 10 miliardi di euro l'anno nel mondo.
La decimazione delle api comincia alla fine degli anni Sessanta, quando cominciò l'uso intensivo di fitofarmaci in agricoltura.
Molti si sono rivelati letali per questi piccoli e preziosi insetti.
Alcuni sono stati vietati nel corso degli anni, ma spesso sono stati rimpiazzati da altri non meno letali.
E' il caso del *Imidacloprid* e del *Fipronil* due molecole introdotte dalla *Bayer* nel '99, di cui è stata comprovata la tossicità.
Alcuni Paesi ne hanno vietata le vendita, altri, come l'Italia, si sono limitati a stabilire alcune limitazioni.
Per quanto riguarda il nostro Paese, *l'annus horribilis* è stato il 2003.
"Le condizioni climatiche estremamente secche sono state così avverse che il calo produttivo generale è stato di un minimo del 25%, fino ad un massimo del 75% nelle aree più colpite" spiega Enzo Marinelli, ricercatore dell'Istituto Sperimentale per la Zoologia Agraria.
Secondo i dati forniti dai produttori, nel 2003 sette api su dieci non hanno concluso il loro ciclo vitale.
"Il 2004 è andato sicuramente meglio, ma già quest'anno la stagione non è cominciata bene, questa volta a causa di un inverno troppo rigido e lungo, insomma il contrario del 2003", spiega ancora il ricercatore.
"Ai problemi causati dall'imprevedibilità del clima, vanno aggiunti i danni certi della chimica – conclude Marinelli -. Senza un impiego più ragionevole delle sostanze chimiche in agricoltura, non possiamo sperare in una inversione di tendenza di questa grave crisi".

API NON TROVANO PIÙ I FIORI E MUOIONO

20 APRILE 2008

La "Campagna Liberi dai Veleni" lanciata da Apitalia e alla quale hanno aderito tra le più importanti associazioni ambientaliste e no trova ulteriori conferme

E sì perché i danni provocati dai 2.500 agenti chimici riversati nell'ambiente e di cui non si hanno abbastanza informazioni per valutarne a fondo gli effetti sanitari, a fronte degli 88.000 prodotti, trovano una ulteriore conferma in uno studio della *Virginia University*, Stati Uniti, coordinato dal ricercatore Jose Fuentes. Cosa dice la ricerca? Che le sostanze chimiche cosparse nell'ambiente e che si depositano sui fiori disorientano gli insetti impollinatori e non gli fanno più trovare l'appuntamento con il loro obiettivo alimentare: nelle aree a più elevato inquinamento è distrutto il 90 per cento dell'aroma dei fiori. E' anche così che le api muoiono.

Entrando più in dettaglio: sino a 100 anni fa quando gli ambienti naturali erano meno inquinati le molecole di profumo rilasciate dai fiori venivano avvertite dalle api ad una distanza di 1.200 metri.

Ora la distanza è di 200-300 metri. Cosa succede? Durante il loro tragitto naturale le molecole, portate dal vento, sono alterate dallo "smog fotochimico" e le api non sentendo più l'odore dei fiori non sono più capaci di andare a bottinare. L'odore dei fiori diventa irriconoscibile e le api girano a vuoto e non riescono a portare avanti la loro opera di impollinazione.
Tra gli imputati troviamo l'ozono cattivo, che va a finire anche nei nostri polmoni, gli idrossili e i nitrati. "Trovano conferma le nostre peggiori convinzioni e ne viene fuori che l'overdose di chimica che ha invaso le città e le campagne sta distruggendo il ciclo riproduttivo della vita nelle aree agricole, mettendo a rischio la vita animale. Non si tratta solo di valutare la quantità di inquinanti ma anche che le api e gli altri insetti entrano in contatto con nuovi elementi chimici come ftalati, muschi sintetici, ritardanti di fiamma e chi più ne ha più ne metta che scatenano alterazioni ormonali negative su tutti i sistemi viventi. Le api non muoiono solo per neonicotinoidi ma a causa dell'intero arsenale chimico non testato" denuncia con forza Massimo Ilari, Direttore Editoriale di Apitalia. E aggiunge. "A proposito di neonicotinoidi se fanno male alle api fanno male anche agli altri animali e all'uomo. Il mais, ad esempio, che è trattato con queste sostanze è utilizzato per la preparazione di olio, biscotti, cibi per celiaci e altro. Quindi i danni sono per tutti noi. E' giunto il momento di vedere il fenomeno in modo globale non di ghettizzarci solo su alcune molecole".

Se vuoi salvare l'ape, l'uomo e l'ambiente firma la petizione liberi dai veleni su www.apitalia.net/it/liberidaiveleni.php

La Campagna è stata promossa da Apitalia, ANAI (Associazione Nazionale Apicoltori Italiani), Verdi per la Pace, Movimento Difesa del Cittadino. Tra gli aderenti segnaliamo il Blog di Beppe Grillo. La Rivista Aam Terra Nuova, il natural network Green Planet, Eco Radio, Legambiente. La nuova ecologia, Slow Food Legnano, LifeGate, Cooperativa Apicoltori Montani di Matelica, Associazione ambientalista Ver.gia.ra.

Redazione Apitalia

ALLEGATO 43:
Terapia Breuss: un caso clinico documentato

Paziente diabetico e iperteso con cancro al polmone (lobo superiore di destra) diagnosticato nel febbraio del 2006, di 6 x 4,5 centimetri, con interessamento del mediastino.

Anamnesi ufficiale dell'ospedale: *NSCLC lobi sup. pulm. dex cum infiltratio mediastini; diabetes mellitus (typ II); Hypertensio art.*

NSCLC: *Non-Small-Cells Lung Cancer* (Cancro del Polmone a Cellule-Non-Piccole)

Il paziente rifiutava la Chemio e si affidava a terapia simil-gersoniana (nello specifico Terapia Breuss) accettando una dieta totalmente priva di proteine, priva di vitamina B12, priva di cloruro di Sodio, priva di Glucosio.

Piante impiegate giornalmente, per 42 giorni: 3 etti di *Beta vulgaris cruenta* (Barbabietola rossa), 1 etto di Carote crude biologiche (*Daucus carota*), 1 etto di tubero di *Meum mutellina* (Sedano di Monte, Levistico) o di Sedano selvatico (*Apium graveolens*), 30 grammi di Rafano (*Cochlearia armoracia*), 1 etto di decotto di bucce di Patate (*Solanum tuberosum*); bevute fredde;

Tempi e modalità di somministrazione : METODO BREUSS

In visita medica venerdì 14 luglio 2006, si riscontrava notevole riduzione della massa tumorale, da verosimile "*deproteinatio tumoris*" con quadro flogistico interlobare destro da Risposta Immunitaria (Cascata Immunitaria). Si riscontrava anche scomparsa dell'ipertensione arteriosa.

Dicembre 2006: riferite in buone condizioni di salute. Prosegue con dieta simil-gersoniana (ripresa l'assunzione di proteine dal pesce). Ancora escluso latte e derivati, uova, carne, etc…

Giugno 2007: riferite buone condizioni di salute. Prosegue con la dieta.

Vedi ALLEGATO FOTO

Foto 1 : X-Ray polmone del febbraio 2006 http://fiocco59.altervista.org/cancro_regressione.htm
Foto 2: X-Ray polmone del maggio 2006 http://fiocco59.altervista.org/cancro_regressione.htm

ALLEGATO 44:
Ricerca di vitamine nel sangue di pazienti affetti da tumore

1.
Introduzione

Circa 20 anni fa fu scoperto uno strano ma importantissimo fenomeno naturale: il suicidio "naturale" delle cellule tumorali maligne ad opera di migliaia di vitamine naturali contenute nella frutta e nelle verdure fresche di stagione: l'apoptosi.
Personalmente ho raccolto circa un centinaio di lavori scientifici internazionali dove sono riportate le diverse concentrazioni delle varie vitamine naturali (dai circa quattromila bioflavonoidi ai circa seicento carotenoidi fino ai 200 Isoprenoidi riportati) con gli effetti distruttivi di queste innocue vitamine su moltissimi tipi di cancri, linfomi e leucemie ;
(http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php)

L'approccio terapeutico "simil-gersoniano", che seguo, è basato sull'assunto che il cancro sia una malattia metabolica dovuta a carenze di vitamine e a graduale intossicazione chimica dell'organismo, con deficit delle difese immunitarie, della funzionalità dei vari organi e anche, soprattutto, da impossibilità da parte delle cellule "vecchie" di morire spontaneamente al termine del loro periodo di vita a causa della mancanza cronica di vitamine atte a far funzionare correttamente il DNA di queste cellule.
Di qui la proliferazione incontrollata di queste cellule "vecchie" che iniziano ad invadere i tessuti e gli organi circostanti. Cellule che però, se esposte a modeste dosi di vitamine naturali, tendono immediatamente a ripristinare spontaneamente i propri meccanismi di suicidio "naturale", come dimostrato dai tanti lavori scientifici illustrati nella conferenza.

Interessante notare che le concentrazioni "letali" per il cancro di queste vitamine riportate dai vari lavori scientifici sono perfettamente in linea con le quantità di tali vitamine che si possono misurare nel sangue di questi pazienti, se alimentati per molte settimane con grandi quantitativi di frutta e verdure fresche derivate da agricoltura biologica, cioè un'agricoltura pulita, senza uso di pesticidi, che purtroppo distruggono invece queste importantissime vitamine.

2.
Quali vitamine si possono già misurare nel sangue fra tutte quelle che hanno capacità apoptotica sul cancro ?

L'obiettivo di questo documento è quello di focalizzare l'attenzione del lettore sulla possibilità di ricercare la disponibilità da parte di aziende o ditte (anche straniere) di eseguire ricerche di laboratorio su prelievi ematici di pazienti mirate alla misurazione di particolari vitamine dotate di capacità apoptotica .

Le vitamine su cui intenderei ricercare notizie di APPLICAZIONE PRATICA per la loro misurazione in vivo sono moltissime, e chiedo quindi se è possibile che possa essere fatta una rapida indagine commerciale tra le varie DITTE allo scopo di sapere quali fra le seguenti vitamine possono già essere misurate di routine.

Le principali vitamine ad attività apoptotica

Antrachinoni : *Emodina*

Gruppo B :
B13 (*acido orotico*),
B14 (*Xantopterina*),
B15 (*acido pangamico*),
B17 (*Amigdalina* o *Laetrile*)

Carotenoidi :
alfa-Carotene,
beta-Carotene,
Licopene,
Luteina,
Canta-xantina,
Cripto-xantina,
Zea-xantina, e altri 600 ...)

Vitamina C1 : *acido ascorbico*
Vitamina C2: *Esculoside*

Vitamina D1 (Calciferolo),
Vitamina D2 (Ergocalciferolo),
Vitamina D3 (Colecalciferolo)

Vitamine gruppo E:
alfa-tocoferolo,
beta-tocoferolo,
gamma-tocoferolo,
delta-tocoferolo,
epsilon-tocoferolo,
zeta-tocoferolo,
eta-tocoferolo

Vitamine gruppo F (PUFA o Linacidina o acidi grassi polinsaturi) :
acido alfa-linolenico
omega 3 : ***acido eicosopentanoico*** (EPA) e di ***acido docosoesanoico*** (DHA),

Vitamina M (*Stigmasterolo*)

Vitamina N (acido tiotico o *lipoico*)

Bioflavonoidi (circa 5.000 o più):
Antocianine (Nasunina, etc…),
Flavoni (*Luteolina*, *Apigenina*, etc. ...)
Flavanoli (*Catechine*, *Teaflavina*, *Tearubigina*, etc...),
Flavonoli (*Quercitina*, *Kampferolo*, *Miricetina*, *Rutina*, etc. ...),
Flavanoni (*Narigenina*, *Tangeretina*, *Esperidina*, etc. ...),
Isoflavoni (*Genisteina*, *Daidzeina*, etc…).
Attualmente sono sempre più in uso i termini in lingua inglese, data anche la necessità di ricercare in bibliografia medico-scientifica gli ultimi studi su questi complessi molecolari:
Acacetin, Apigenin, Baicalein, Baicalin, Bilabetol, Biochanin A, Campherol, Catechin, Chrysin, Citrin, Daidzein, Diosmin, Epicatechin, Epigallocatechin, Epigallocatechin-3-gallate, Equol, Eriodictyol, Fisetin, Formononetin, Galangin, Gallocatechin, Genistein, Genistin, Ginketol, Gitogenin, Glycitein, Hesperidin, Hyperoxide, Isoamnetin, Isoginketol, Kampherol, Liquiritin, Luteolin, Morin, Munetone, Myricetin, Naringenin, Naringin, Nasunin, Nobiletin, Pychnogenol, Quercetin, Robinetin, Ruscogenin, Rutin, Silydiamin, Silymarin, Silychristin, Tangeretin, Taxifolin, Wogonin, etc..
Nota: Anthocyanins: *Peonidine-3-glucoside*, *Cyanidin-3-glucoside*….

Isoprenoidi (circa 200 o più). Attualmente sono sempre più in uso i termini in lingua inglese, data anche la necessità di ricercare in bibliografia medico-scientifica gli ultimi studi su questi complessi molecolari:
Abscisic acid, Acorenone, Alloaromadendrene, Aromadendrene, Bergamotene, Bisabolene, Borneol, Bornyl acetate, Isoborneol, Cadinene, Camphene, Caranol, Carene, Carvacrol, Carvone, Pinocarvone, Caryophyllene, Cedrine, Cineole, Cinnamaldehyde, Cinnamate, Citral, Cyclocitral,, Citronellal, Citronellyl acetate or butyrate or propionate, Copaene, Cresol, Cubebene, Cymene, Damascenone, Elemene, Estragol, Eugenol, Farnesene, Fencone, Geraniol, Germacrene, Hotrienol, Humulene, Ionol, Ionone, Isopinocamphone, Isopulegol, Limonene, Linalool, Longifolene, Mentol, Neomenthol, Menthone, Isomenthone, Murolene, Myrcenol, Myrcene, Myrtenol, Neral, Nerol, Nerolidol, Nootkatone, Ocimene, Ocimenol, Perillaldehyde, Phellandrene, Pinene, Pinocamphone, Piperitol, Piperitone, Pristane, Pulegone, Sabinene, Sabinol, Santalol, Selinadiene, Selinene, Sinensal, Styrene, Terpinene, Terpineol, Terpinolene, Thymol, Tricyclene, Vanillin, Valencene, Verbenone, Vitispirane, etc….

Stilbeni : *Resveratrolo*

fito-enzimi proteolitici (*Bromelaina, Papaina, Actinidina*)

Minerali organici: soprattutto Composti solforati (solfuri di Allile), *Germanio organico*

allyl Sulfur (an organo-Sulfur compound) (*)
Diallyl sulfide [DAS], (an organo-Sulfur compound) (*)
Diallyl disulfide [DADS], (an organo-Sulfur compound) (*)
Diallyl trisulfide [DATS], (an organo-Sulfur compound) (*)
(*)which are decomposition products of Allicin
Germanium sesquioxide
Manganese Superoxide Dismutasis (SOD),
Selenium derivatives (*sodium Selenite, Seleno-DL-Methionine, Se-methyl-selenocysteine*)

Altri:

Tannins: is a group of polyhenols; tannins are divided into 2 chemically distinct groups:

1) the condensed tannins (***Proanthocyanidin***)
2) the hydrolysable tannins (as hydrolysable ***Ellagitannins***, such as ***Woodfordin C*** (macrocyclic ellagitannin dimmer), *Oenothein B*, ***Camellin B***, ….. …..

NOTE: Anthocyanins: Peonidine-3-glucoside, Cyanidin-3-glucoside , ….

Terpenes:

Alisol B acetate,
Atractylon, Atractylenolides,
Betulinic acid,
Boswellic acid,
Carnosic acid
Myristicin,
Parthenolide,
Pomolic acid,
Tymoquinone, …

Vanillys-phenols : is a group of polyhenols; share structural similarities possessing both the vanillyl (4-hydroxy 3-methoxyphenyl) moiety and the ketone functional group in their structure:
Paradols,
Gingerols,
Yakuchinone B,
Curcumin (diferuloyl methane),
Capsaicin (homo-vanillic acid derivative : 8 methyl-N-Vanillyl-6-nonenamide),…

Altri:

Ursolic acid **(**contenuto nell'asparago**)**

Oltre alle analisi del sangue per la misurazione delle vitamine a capacità apoptotica sul cancro, è necessario anche saper se è già disponibile un **kit** a basso costo per la misurazione nelle urine dei seguenti valori:

1) MISURAZIONE del tasso di **8-idrossi-deossiguanosina** in ciascun paziente neoplastico in cura domiciliare

2) rapporto fra acido ippurico e creatinina *per dosaggio della vitamina B17*
Acido ippurico : 2,5 grammi /1 grammo di creatinina (valore normale)

3) rapporto fra tiocianati e creatinina *per dosaggio della vitamina B17*
Tiocianati: inferiore a 4 mg/litro di urine oppure inferiore a 2,5 milligrammi /1 grammo di creatinina (valore normale).

3.
L'alimentazione anti-ossidativa nel paziente oncologico

Il sistema più semplice per ottenere queste vitamine naturali è l'alimentazione. Questa dovrebbe essere basata su 8-10 bicchieroni al giorno di centrifugati e/o frullati a base di Verdure fresche da agricoltura biologica ben lavate (almeno quattro volte), Frutta fresca, Ortaggi, Tuberi; importante la scelta degli alimenti che dovrà essere certificata come prodotti ottenuti senza impiego di anti-parassitari e/o pesticidi, pur nei limiti della effettiva qualità del cibo, dato il comune inquinamento ambientale esistente in Europa.

La supplementazione di succhi concentrati di Frutta e Verdura migliora le difese immunitarie, in particolare, la cito-tiossicità dei *Natural Killer* può aumentare da 25 a 100 volte, con aumenti significativi anche della Interleukina 2, Interleukina 6, e proliferazione delle cellule T (Inserra P.F.: *La supplementazione di succhi concentrati di Frutta e verdura migliora le funzioni immunitarie, Integrative medicine,* 1999, 2, pp.: 3-10)

Ancora, la stessa supplementazione di succhi concentrati di Frutta e Verdura riduce il danno ossidativo al DNA dei linfociti periferici di circa il 66% (Smith J.M.: *La supplementazione di succhi concentrati di Frutta e Verdura riduce il danno ossidativo al DNA dei linfociti periferici,* Nutr. Research, 1999, 2, pp. 3-10)

Di tuttu i più comuni carotenoidi contenuti nei cibi, il beta-Carotene, l'alfa-Carotene, il Licopene, la Luteina, la Zeaxantina e la Cantaxantina hanno dimostrato potente azione anti-ossidativa, immuno-modulante e la possibilità d'influenzare l'espressione genetica, migliorando i rapporti di legame giunzionale intercellulare (Gerster H.: *Anticarcinogenic effect of common carotenoids,* Int. J. Vitam. Res., 1993, 63, pp.93-121).

I carotenoidi Luteina e la Zeaxantina, principalmente contenuti nelle Verdure a foglie verde scuro (es.: Spinacio), risultano essere anch'essi efficaci.

Alti livelli di anti-ossidativi naturali quali carotenoidi, tocoferoli, e acido ascorbico sono stati studiati, per la verifica di eventuali cambiamenti in positivo nell'iter patologico di gravi malattie croniche come il Cancro. Gli studi pratici a lungo termine, hanno tuttavia quasi sempre dimostrato che singoli nutrienti come il beta-Carotene ottengono risultati scoraggianti, poiché gli anti-ossidativi risultando efficaci soltanto se combinati e assunti a largo spettro (almeno 13.000 principi vitaminici, fattori co-enzimatici di varia natura). In tal senso, sono stati misurati i rispettivi livelli di carotenoidi e di tocoferolo nel plasma umano a seguito d'integrazione alimentare con estratti commerciali di Frutta e Verdura, quindi si è provveduto a stabilire l'efficacia dell'integrazione nella modifica dei processi ossidativi, effettuando la misurazione dei livelli dei Perossidi lipidici presenti nel siero ematico: 15 soggetti adulti sani hanno consumato questi estratti commerciali 2 volte a giorno, ai pasti, per 28 giorni; campioni di plasma e di siero furono prelevati prima dell'inizio dello Studio, al 7, 14 e 28 giorno.

Dopo 28 giorni, i livelli di anti-ossidativi nel sangue, in particolar modo il Licopene, aumentarono in maniera significativa:
Beta-Carotene : +510%
Alfa-Carotene: + 119 %
Luteina / Zeaxantina: + 44%
Licopene : + 2046%
Alfa-Tocoferolo : + 58%
Retinolo: +14%

Viceversa, il livello dei Perossidi lipidici nel siero sanguigno diminuì di 4 volte dopo 7 giorni, attestandosi su un valore di -75%. La diminuzione del livello dei perossidi lipidici coincise con un aumento dei carotenoidi e dell'alfa-Tocoferolo, come logica conseguenza del miglioramento funzionale dei meccanismi di difesa contro l'ossidazione.
Analogamente, anche il gamma-Tocoferolo dimostrò un calo di concentrazione ematica (-38%), a causa del continuo stress ossidativo da parte della normale flora batterica; questo processo anti-ossidativo garantito dal gamma-Tocoferolo è dovuto al fegato e alla bio-disponibilità alimentare dell'alfa-Tocoferolo. Quando quest'ultimo è presente in adeguate quantità, il gamma-Tocoferolo viene "consumato" in particolari distretti corporei, come ad esempio l'intestino, evidenziando così un suo lieve ma continuo livello di bassa concentrazione. Viceversa, quando vi è carenza di alfa-Tocoferolo, il fegato tende a risparmiare il consumo di gamma-Tocoferolo, rialzando in tal modo i livelli ematici di quest'ultimo (Wise J.A.: *Variazione dei livelli plasmatici di Carotenoidi, alfa-Tocoferoli e Perossidi lipidici in seguito all'integrazione dietetica con succhi concentrati di Frutta e Vegetali*.).

In un altro esperimento (Leeds A.R.: *disponibilità di micro-nutrienti da preparati di Frutta e Verdura essiccate e incapsulate: uno studio in volontari sani*, J. Hum. Nutr. Dietet 1999, 13, pp. 21-27) d'integrazione alimentare con estratti commerciali di Frutta e Verdura, le concentrazioni plasmatiche al settimo giorno di terapia, eseguite su 16 individui adulti, riscontrarono i seguenti valori:
1) beta-Carotene: incrementato fino a concentrazioni ematiche stabili di 0,5 microMoli /Litro
2) Vitamina C: incrementato di circa 3 volte, fino a raggiungere concentrazioni ematiche stabili di circa 60 microMoli / litro.
3) Vitamina E: incrementato, fino a raggiungere concentrazioni ematiche stabili di circa 3 microMoli / litro.
4) Il livello plasmatico di Malondialdeide, considerato un indicatore generale di perossidazione, diminuì di circa il 40%.

In un altro esperimento (Abbey M.: *Antioxidant vitamins and low-density-lipoprotein oxidation*, Am. J. Clin. Nutr., 1993, 58, pp.: 525-532) d'integrazione alimentare con estratti commerciali di Frutta e Verdura, dopo 3 mesi di supplementazione alimentare con 18 milligrammi al giorno di beta-Carotene, 900 milligrammi di vitamina C e 200 milligrammi di alfa-Tocoferolo, le concentrazioni plasmatiche aumentarono rispettivamente di:
beta-Carotene : +500%
vitamina C: + 55%
alfa-Tocoferolo +27%

4.
PROPOSTA OPERATIVA:
ricercare la possibilità tecnica di sottoporre ad esami del sangue i pazienti ricercando determinati valori vitaminici

STATO DELL'ARTE

Vitamine probabilmente già facilmente misurabili nel sangue:

Tocoferolo totale

Alfa-Tocoferolo

Gamma-Tocoferolo

Carotenoidi totali

Perossidi lipidici (es: Malondialdeide)

Dei diversi lavori scientifici allegati (VEDI elenco qui sotto di circa 40 articoli stranieri in PDF), soltanto uno di essi descrive la misurazione nel sangue di complessi vitaminici da pazienti malati di cancro: i CAROTENOIDI:

Shine Chang: *Relationship between plasma carotenoids and prostate cancer, Nutrition and cancer*, 53, 127-134, 2005
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/carotenoidi%20sono%20fattori%20attivi%20contro%20il%20cancro%20della%20prostata.pdf

In questo lavoro viene descritta la misurazione di :
beta-criptoxantina
alfa –carotene
beta-carotene
Luteina
Zeaxantina

NOTA: i Carotenoidi hanno dimostrato di indurre apoptosi sul cancro della prostata, come dimostrato in un lavoro dell'ILLINOIS del 2001 su 32 pazienti
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/carotenoidi%20sono%20fattori%20attivi%20contro%20il%20cancro%20della%20prostata.pdf

Bibliografia NON essenziale

Lavori allegati:

sul **LICOPENE**:
Longwer Chen: *Oxidative DNA damage in prostate cancer Patients consuming tomato sauce-based entrees as a whole-food intervention*, Journal of the National Cancer Institute Vol. 93, No. 24, pp.. 1872-1879, 2001
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/licopene%20(pomodoro)%20induce%20il%20PSA%20nel%20CANCRO%20della%20PROSTATA.pdf

---

sull'**EMODINA** (vitamina dell'Aloe)
Lee H.Z.: *Effects and mechanisms of emodin on cell death in human lung squamous cell carcinoma*, Br. J. Pharmacol., 134, pp.11-20, 2001. www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php
Palù G.: *Aloe-Emodin is a new type of anticancer agent with selective activity against neuroectodermal tumors*, Cancer Research, 60, pp.2800-2804, 2000.
www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

Sugli **ISOPRENOIDI**:
Dana Tatman: *Volatile isoprenoid constituents of fruit, vegetables and herbs cumulatively suppress the proliferation of murine B16 melanoma and human HL-60 leukemia cells*, Cancer Letters 175, 2002, pp.: 129-139.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/TATMAN%20(%20ARTICOLO%SUGLI%20%20ISOPRENOIDI).pdf

---

sull'**ACIDO URSOLICO** (vitamina dell'asparago)
Huang J.. *Experimental study on apoptosis induced by ursolic acid isolated from asparagus in HL-60 cells*, Zhongguo Zhong, 1999, 19 (%) pp.: 296-298
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Acido%20ursolico%20(Asparago)%20induce%20apoptosi.htm

---

sull'**ACIDO CARNOSICO**, (vitamina del Rosmarino)
Steiner M.: *Carnosic acid inhibits proliferation and augments differentiation of human leukemic cells induced by 1,25dihydroxyvitamin D3 and retinoic acid*, Nutr. Cancer 2001, 41 (1-2), pp. 135-144 www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

---

Sui **FLAVONOIDI**:

Caltagirone S.: *Flavonoids apigenin and quercetin inhibit melanoma growth and metastatic potential*, Int. J. Cancer, No. 87, pp.: 595-600, 2000
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/allpdf.php

Ren W.: *Flavonoids: promising anticancer agents*, Med Res. Rev. 2003, 23(4), pp.: 519-534
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Flavonoidi%20promettenti%20agenti%20anticancro.pdf

Diane F. Birt: *Dietary agents in cancer prevention: flavonoids and isoflavonoids*, Pharmacology and Therapeutics 90, 2001, pp.: 157-177. 1129
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/azione%20di%20anti-leucemia%20dei%20bioflavonoidi_1.pdf ,

Jun Matsui: *Dietary bioflavonoides induce apoptosis in human leukaemia cells*, Lekemia research 29, 2005, 573-581. http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/azione%20di%20anti-leucemia%20dei%20bioflavonoidi_2.pdf

---

sul ***Citrus limonum***
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/FLAVONOIDI%20contenuti%20nel%20Limone20%provocano%20APOPTOSI.pdf

sulla beta **Criptoxantina** ed **Esperidina**
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Ciproxantina%20e%20Esperidina.pdf).

sulla **Quercitina**
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Quercitina%20apoptosi%20su%20LEUCEMIA.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/quercetina.pdf

---

sul **Resveratrolo**

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/resveratrolo_2.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/resveratrolo%20induce%20apoptosi%20su%20melanoma.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Resveratrolo%20induce%20apoptosi%20sulla%20Leucemia.pdf http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/resveratrolo_1.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/resveratrolo_2.pdf

---

Sulla **CURCUMINA (CURCUMA)**:
G. Radhakrishna Pillai: *Induction of apoptosis in human lung cancer cells by curcumin*, Cancer Letters 208, 2004, pp.: 163-170.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/curcuma%20provoca%20APOPTOSI%20(SUICIDIO)%20di%20cellule%20del%20cancro%20del%20polmone.pdf

Altro articolo:

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/curcuma%20longa%20e%20isotiocianati%20(Crucifere).pdf

---

sull'**acido betulinico**

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/betulla_1.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/betulla_2.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/betulla_3.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Acido%20betulinico%20induce%20apoptosi%20su%20tumori%20neuroectodermali.pdf

---

sulle **Catechine** del **the verde**

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/the%20verde_2.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/the%20verde_3.pdf

---

sul **PEPERONCINO** (*Capsicum frutescens* aut *annuum*)

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/peperoncino%20efficace%20su%20leucemia.pdf)

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Capsaicina%20(peperoncino)%20induce%20APOPTOSI%20in%20cellule%20del%20cancro%20della%20prostata%20sia%20androgeno-positive%20che%20androgeno-negative.pdf

---

sull'***Allium sativum***

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/aglio_provoca_apoptosi_del_cancro_del_polmone.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/AGLIO%20provoca%20apoptosi%20in%20cancro%20della%20PROSTATA_2.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/aglio%20induce%20apoptosi%20sulla%20leucemia%20mieloide%20cronica.htm

---

Sul **PARADOLO** (**ZENZERO**)

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Zenzero%20induce%20APOPTOSI%20su%20LEUCEMIA%20con%206-paradolo%20e%206-gingerolo.pdf

---

Sulla **MIMOSINA** (contenuta nella **MIMOSA)**
1142) F. Reno: *Mimosine induces apoptosis in the HL-60 human tumor cell line*, Apoptosis, Vol. 4, No.6, 1999, pp.: 469-477.
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/MIMOSA%20fa%20suicidare%20cellule%20tumorali.pdf

---

sui **Glucosinolati** (http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Glucosinolati.pdf)

---

sulla ***Melaleuca alternifolia***
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/terpenoide%20di%20olio%20di%20Melaleuca%20alternifolia%20induce%20apoptosi%20su%20MELANOMA.pdf

---

sull'**Ellipticina** della ***Ochrosia elliptica***

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Ocrosia%20elliptica%20induce%20apoptosi%20su%20cancro%20della%20mammella.pdf

---

sulla ***Sutherlandia frutescens***
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/sutherlandia%20frutescens.pdf

---

sulle ***Uncaria tomentosa*** **e** ***Uncaria guianensis***
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Uncaria_species.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Uncaria_species%20azione%20antiproliferativa%20degli%20acidi%20uncarinici%20di%20Uncaria.pdf

---

sull'**Acacetina**
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/ACACETINA%20induce%20APOPTOSI%20su%20cancro%20del%20fegato.pdf

---

sulla **Diosgenina**
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/DIOSGENINA%20fa%20suicidare%20cellule%20dell'OSTEOSARCOMA.pdf

---

sull'**Elemene**

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/elemene_zedoaria_provoca_apoptosi_nella_leucemia.pdf

NOTA: L'Elemene, in particolare, si è dimostrato molto efficace su 40 casi di tumore al cervello (regressione nel 70%), come dimostrato da Tan, nel 2000 (Tan P.: *Clinical study on treatment of 40 cases of malignant brain tumor by Elemene emulsion injection*, Chin. J. Integ. Trad. Western Med, 20, pp.: 645-648, 2000) http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/allpdf.php)

---

sulla ***Sophora flavescens***
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Sophora%20flavescens%20induce%20apoptosi%20su%20leucemia.htm

---

sull'***Hibiscus sabdaiffa***

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/ibisco_induce_apoptosi_su_leucemia_e_retinoblastoma.pdf

---

sul ***Panax ginseng***
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/GINSENG/%20pianta%20che%20induce%20apoptosi%20su%20molti%20tumori%20maligni_1.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/GINSENG/%20pianta%20che%20induce%20apoptosi%20su%20molti%20tumori%20maligni_2.pdf

---

sull'**Altholactone**
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/altolactone%20induce%20apoptosi%20su%20leucemia.pdf

sulla **Camellin B**

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/camellina%20B_(english).pdf

---

---

sulla ***Phyllanthus urinaria***
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/PHYLLATHUS%20provoca%20APOPTOSI%20su%20tumori.pdf

---

sulla ***Salvia***

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/salvia%20%20induce%20apoptosi%20su%20tumori.pdf

---

sull'**acido boswellico**
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/acido%20boswellico%20induce%20apoptosi%20su%20cellule%20del%20melanoma%20e%20del%20fibrosarcoma.pdf

---

Sul **PARTENOLIDE** (Partenio)

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/PARTENOLIDE%20induce%20APOPTOSI%20su%20diversi%20tipi%20di%20tumori%20maligno.pdf

---

Interessante la Goniotalamina del *Goniothalamus species*
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/GONIOTALAMINA%20induce%20APOPTOSI%20su%20cellule%20della%20LEUCEMIA_1.pdf

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/GONIOTALAMINA%20induce%20APOPTOSI%20su%20cellule%20della%20LEUCEMIA_2.pdf

sugli Spinaci
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/spinaci%20sono%20efficaci%20su%20papillomi_(english).php

sul Selenio organico
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Selenio%20induce%20APOPTOSI%20su%20cellule%20del%20carcinoma.pdf).

sulla *woodfordin I* , (*Chamaenerion angustifolium*),
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/EPILOBIO%20Chamaenerion%20angustifolium%20(woodfordin%201)%20induce%20apoptosi%20su%20leucemia.pdf

Clorofillina e Clorofilla modulano anch'esse l'apoptosi (Ref. 1158
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/clorofilla%20e%20clorofillina%20inducono%20APOPTOSI.pdf

La Genisteina inibisce il cancro umano della mammella
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/GENISTEINA%20fa%20suicidare%20cellule%20del%20cancro%20della%20mammella.pdf

sul Manganese superossido dismutasi :

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Manganese-Superossido%20Desmutasi-%20apoptosi%20del%20mesotelioma%20pleurico.pdf

La Cianidina 3-Glucoside e la Peonidina 3-Glucoside, contenute nel riso biologico indiano
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Riso%20indiano%20(CIANIDINE)%20inducono%20APOPTOSI%20su%20cellule%20del%20cancro.pdf

Anche l'alcool perillico
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Perillyl%20alcohol%20(Monoterpene)%20against%20cancer.pdf)
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Perillyl%20alcohol%20(Monoterpene)%20induces%20APOPTOSIS%20on%20CARCINOMA.pdf)
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Perillyl%20alcohol%20inhibits%20human%20breast%20cancer.pdf)
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Anti-leukaemia%20effects%20of%20Perillyl%20alcohol.pdf)

la *Gardenia species*.

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/Geniposide,%20contenuto%20nel%20frutto%20di%20Gardenia,%20fa%20suicidare%20cellule%20del%20tumore%20del%20cervello.pdf

la *Morinda citrifolia*

http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/articolo%20sul%20NONU%20(morinda%20citrifolia)%20attiva%20contro%20tumore%20al%20cervello_1.pdf

la Alisol B, un triterpene
http://www.erbeofficinali.org/dati/nacci/studi/ALISMA%20PLANTAGO-AQUATICA.pdf

ALLEGATO 45 : Jason Vale, un eroe americano

Il 18 giugno 2004, Jason Vale e' stato condannato a 63 mesi di carcere per aver venduto e pubblicizzato una cura per il cancro a base di Laetrile - conosciuta anche come Amigdalina, vitamina B17 o "semi di albicocca", nonostante che gli fosse stato vietato da un ingiunzione dell'Aprile del 2000.

"Non c'e' nessuna evidenza scientifica che sostiene che il Laetrile possa offrire altro che false speranze ai malati di cancro" ha dichiarato il Dr. Lester M. Crawford, commissario dell'FDA.

Gli studi sulle proprieta' della B17 sono stati ben documentati e raccolti nel libro "*World Without Cancer*" di Edward Griffin (ISBN: 0912986190) e il Dr. Krebs, lo scopritore della B17 sostiene che mangiare 7 semi di albicocca al giorno preverra' lo sviluppo di cancro durante tutto il corso della vita.

La B17 e' contenuta nei semi della frutta come pesche, ciliege, mele, uva ma i semi di albicocca sono quelli a possedere il piu' alto concentrato di questa vitamina.

Jason Vale, nonostante i suoi eccezionali risultati nel curare il cancro dal quale egli stesso era affetto e nell'aver trattato altre persone, paga lo scotto di non aver rispettato gli standard dell'Establishment medico e i dettami dell'industria farmaceutica che hanno fatto pressioni sull'FDA per rendere illegale la B17. Il loro business non puo' essere sostenuto da ricerche e o trattamenti su alimenti che non possono essere brevettati e che potrebbero essere venduti in qualsiasi negozio. La scienza medica oggi non sopravviverebbe senza quei brevetti che, una volta approvati, permettono loro di fare soldi sul diritto di vendita e che di fatto stabiliscono un monopolio sulla cura delle malattie.

Jason Vale e' un altro coraggioso eroe che si aggiunge alla lunga lista di personaggi storicamente perseguitati dagli enti governativi che dicono di tutelare la nostra salute per il solo fatto di aver utilizzato e diffuso una terapia naturale, che funziona, a bassissimo costo e senza effetti collaterali. Ancora una volta l'unica medicina possibile e' quella vicina alla nostra alimentazione. (Ippocrate: lascia che il cibo sia la tua medicina e la medicina il tuo cibo).

Oggi il Laetrile e' ancora disponibile in Australia e in Messico.

Riferimenti:
- http://www.worldwithoutcancer.org.uk/introduction.html
- http://www.cancure.org/laetrile.htm
- http://curezone.com/foods/laetrile.asp
- http://www.whale.to/cancer/laetrile.html
- http://www.sumeria.net/health/laetrile.html
- http://www.joevialls.co.uk/vialls/laetrile1.html
- http://www.healingdaily.com/detoxification-diet/vitamin-b-17-laetrile.htm
- http://stopcancer.com/B-17-2.htm

Allegato 46 : Sementi alla FAO e Biopirateria:

COMUNICATO STAMPA dalla sede romana della FAO dove si sta discutendo il Trattato sulle risorse fitogenetiche.

Giovedí 1 Ottobre 2007

Le organizzazioni di agricoltori richiedono la sospensione del trattato sulle sementi.

I governi non riescono a coprire le obbligazioni minime previste dal trattato.

Affermazione della conferenza delle Nazioni Unite.

Le organizzazioni degli agricoltori invitate a partecipare alla riunione delle Nazioni Unite sul Trattato che governa lo scambio di sementi per la ricerca e il miglioramento genetico delle piante ieri hanno detto ai governi riuniti che il Trattato dovrebbe essere sospeso.
Parlando a nome di 30 organizzazioni di agricoltori e della societá civile Ibrahima Coulibaly, appartenente a ROPPA (*Organizzazione Regionale Agricoltori dell´Africa Occidentale*), ha detto: "il *Trattato, ospitato a Roma dalla FAO* (Organizzazione dell´Agricoltura e dell´Alimentazione) *deve bloccare lo scambio di germoplasma per l´agricoltura, il materiale base per realizzare il miglioramento genetico. La sospensione dovrebbe avere effetto fin quando i governi continuano a non rispettare le obbligazioni minime del Trattato, inclusi gli accordi sul finanziamento minimo necessario*".

La seconda riunione dell´*Organo di Governo del Trattato Internazionale* sulle risorse fitogenetiche per l´agricoltura e l´alimentazione ("la legge dei semi") é iniziata lunedí e dovrebbe durare fino a venerdí, peró é stata bloccata, di fatto nel quasi totale silenzio, perché i 115 governi membri non sono riusciti a trovare i 4,9 milioni di dollari necessari per mantenere il Segretariato in funzionamento e garantire i meccanismi minimi di monitoraggio che dovrebbero assicurare la condivisione equitativa dei benefici derivanti dagli scambi di sementi per la sperimentazione.
I governi sono stati anche incapaci di impegnarsi nel finanziamento della conservazione in-situ ("nella fattoria") in vista della costruzione di competenze nel Sud globale.

"*Il caso piú grave di biopirateria istituzionalizzata mai visto*", ha affermato Andrew Mushita della *Rete per lo Sviluppo e la Conservazione Comunitaria della Biodiversitá* (una rete di conservazione diffusa in 21 paesi). "*Agli effetti pratici i governi stanno permettendo alle compagnie multinazionali di sementi di imporre un regime con forza di legge che obbliga allo scambio delle sementi degli agricoltori senza un beneficio per gli agricoltori stessi*" ha dichiarato ieri Mushita rivolto ai governi.

Un altro rappresentante della societá civile presente alla riunione, Wilhelmina Pelegrina di SEARICE, una organizzazione che ha sede nelle Filippine, ha dichiarato: "*Ci aspettiamo anche che il Gruppo Consulente sulla Ricerca Agricola Internazionale* (CGIAR) *sospenda i suoi scambi di germoplasma*". Quet´anno undici istituti del CGIAR hanno distribuito 100.000 campioni di sementi nello spirito del Trattato. "*Ci auguriamo che la sospensione del Trattato sia temporanea e che i governi tornino alla ragione rapidamente*", ha affermato Pelegrina.

Le negoziazioni per il Trattato iniziarono negli anni novanta perché i ricercatori scientifici e le multinazionali che migliorano le sementi vedevano gravemente ridotto il loro accesso al materiale genetico. Scienziati e agricolturi, specialmente in Africa, Asia e America Latina, rispondevano negativamente ai ricercatori del Nord perché le compagnie private prendevano le varietá degli agricoltori, le patentavano e ne traevano profitti. il declino nello scambio di sementi stava minacciando la sicurezza alimentare globale e i governi decisero di agire. Il trattato, dopo sette anni di aspre negoziazioni, include provvedimenti per il rispetto dei diritti degli agricoltori e dovrebbe garantire un flusso equo di benefici finanziari verso i paesi in via di sviluppo. Privato dei fondi per le funzioni amministrative di base, gli agricoltori e i paesi in via di sviluppo non possono avere fiducia nella equitá del sistema.

Secondo Pat Mooney del gruppo ETC, con base in Canada, presente alla riunione, "*Il settore delle industrie di sementi realizza globalmente vendite annuali di 23 miliardi di dollari. A partire dagli anni settanta le imprese di pesticidi iniziarono ad aquisire le imprese di sementi. Oggi*"dice Mooney "*le prime dieci compagnie di sementi controllano il 57% del commercio di sementi. Lo scorso anno l´86% della superficie agricola mondiale destinata a produrre colture geneticamente modificate (OGM) era coltivata con sementi prodotte da una sola impresa biotecnologica: la Monsanto". Questi giganti multinazionali della genetica sembrano essere i maggiori beneficiari dell´attuale disputa sul Trattato.*

"*Non sono tutti i governi*", afferma Guy Kastler, ViaCampesina Europa, "*i veri biopirati in questa riunione sono Francia, Germania e Australia. Questi governi rendono impossibile l´adempimento degli obblighi del trattato da parte della comunitá internazionale; sebbene le loro imprese di sementi siano state ampiamente*

beneficiate dal Trattato questi tre paesi non hanno apportato uno spicciolo alle operazioni del trattato e ne stanno bloccando attivamente le negoziazioni in questa sede".

Rappresentanti delle organizzazioni degli agricoltori e della societá civile, che partecipano a spese proprie alla riunione sebbene siano stati invitati dalla FAO, sedevano increduli vedendo come i governi si rifiutavano di discutere il programma di lavoro proposto per il Trattato. Nessun commento veniva speso da parte dei governi sulle questioni piú contenziose.

Gli agricoltori sono gravati con l´enorme onere della conservazione e del miglioramento delle piante.
Il dato é stato confermato martedí quando il rappresentante della UPOV, l´*Unione per la Protezione delle nuove Varietá Agricole* (l´organo inter-governamentale con sede a Ginevra che supervisiona la proprietá intellettuale per quanto riguarda le piante).
Ha detto che i miglioratori genetici hanno "registrato" solo 70.000 varietá in anni recenti.
Gli agricoltori migliorano e adattano un milione di varietá ogni anno.

"*Se le negoziazioni alla FAO collassano*" ha affermato Maria Elza Gomez appartenente a una piccola organizzazione di agricoltori brasiliana, "*la questione potrebbe essere rimandata alla Convenzione delle Nazioni Unite sulla Diversitá Biologica, il cui comitato scientifico si incontrerá nella sede romana della FAO a Febbraio 2008. I governi e la FAO potrebbero perdere il controllo del Trattato se questo venisse trasferito a un altro organo delle Nazioni Unite. Sarebbe un grave errore: il controllo sui semi, primo anello della catena alimentare, rimarrebbe in mano di un gruppo di esperti che non sanno nulla d´agricoltura*".

Per maggiori informazioni:

Guy Kastler, Via Campesina/Europe, + (33) 60-394-5721

Maryam Rahmanian, CENESTA, +39 (340) 821-9456

Pat Mooney, ETC Group, +1 (613) 261-0688

Ditdit Pelegrina, SEARICE, +63 917 793 8618

Antonio Onorati, Crocevia, +39 (340) 821-9456

Andrew Mushita, Community Technology Development Trust, +39 (338) 645-2819

ALLEGATO 47: Morte per farmaci

Negli USA, droghe quali cocaina ed eroina sono responsabili della morte di 10.000-20.000 persone ogni anno. È un grosso problema, ma i farmaci di prescrizione usati negli Stati Uniti sono un problema ancora più grande. Da un articolo del *Journal of the American Medical Association* (JAMA) veniamo a sapere che, rispetto alle circa 10.000-20.000 vittime dell'assunzione di droghe illegali, ogni anno negli U.S.A. muoiono circa 106.000 pazienti ospedalizzati a causa di farmaci prescritti e correttamente somministrati.

Un articolo di *Newsweek* sottolinea che i farmaci da prescrizione medica sono la quarta causa di morte negli USA, preceduti solo da malattie cardiache, dall' ictus e dal cancro. In questo Paese le reazioni avverse a farmaci prescritti da medici causano un numero di decessi doppio rispetto alle morti per HIV/AIDS o per suicidio. Il conto non include i decessi di pazienti esterni, né quelli dovuti a negligenza medica, o all'assunzione di farmaci senza rispettare le posologie prescritte.

Un altro articolo fa notare che le statistiche mediche governative e le statistiche delle riviste mediche dimostrano che spesso la medicina americana causa più danni che benefici. Sono 2,2 milioni le persone che hanno avuto reazioni negative dopo aver assunto medicamenti prescritti.

Già nel 1995 il Dr. Richard Besser, del CDC (*Center for Disease Control and Prevention*), denunciava che ogni anno venivano fatte, per infezioni virali, 20 milioni di prescrizioni di antibiotici non necessari. Nel 2003, il Dr. Besser ha aggiornato i suoi dati a decine di milioni di antibiotici non necessari.

Oggi il numero di procedure mediche e chirurgiche non necessarie ammonta a 7,5 milioni annui. Le persone annualmente esposte a ospedalizzazione non necessaria sono 8,9 milioni.
Gli autori concludono:”Quando in una società il killer numero UNO è il Sistema Sanitario, allora il sistema non ha scuse: deve solo dimostrare che si impegna a migliorare le proprie carenze. È un sistema che ha bisogno di attenzione immediata”.

Referenze

"Drug deaths." Globe & Mail (Canada). February 27, 1998.
Morbidity and Mortality Weekly Report. CDC. 2007;56(05):93-96.
Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN: "Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients." JAMA 1998;279:1200.
Kalb C: "When drugs do harm." Newsweek. April 27, 1998. Page 61.
"Reaction." American Medical News. January 15, 1996. Page 11.
Null G, Dean C, Feldman, M, Rasio, D, Smith D: "Death by Medicine." Life Extension. March, 2004. www.lef.org/magazine/mag2004/mar2004_awsi_death_01.htm.
Moore TJ, Cohen MR, Furberg CD: Serious adverse drug events reported to the Food and Drug Administration, 1998-2005. Archives of Internal Medicine 2007;167:1752-1759.

Potete trovare le informazioni relative a questo articolo di Christopher Kent, D.C. J.D. qui: www.nwo101.com/2008/01/recreational-drugs-far-less-likely-to.html.Si possono trovare online articoli simili anche in italiano, come questo: "www.aerrepici.org/deathbymedicine.htm

ALLEGATO 48 : IL PESSIMO AFFARE DI COLTIVARE BENZINA

Tratto da Greenplanet (INTERNET)

I cosiddetti “bio-carburanti”, un mito da sfatare.

Pietro Perrino, ricercatore del CNR, ha calcolato per *Greenplanet* le necessità di energia e le emissioni di anidride carbonica (il gas dell'effetto serra) legate all'intero ciclo produttivo

Questa vignetta di Andy Singer (via Blogeko) sfata il mito dei biocarburanti meglio di un qualsiasi lungo discorso.

Mostra quanta chimica e quante energie fossili ci sono dietro all'etanolo, la benzina prodotta a partire dai campi di mais (ma anche da molte altre colture) che piace tanto agli Stati Uniti di Bush e all'Unione Europea.

Entrambi hanno deciso di promuoverne la produzione sostenendo, a torto, che i biocarburanti restituiscono all'atmosfera solo l'anidride carbonica immagazzinata dai vegetali da cui derivano e che dunque non contribuiscono all'effetto serra e al riscaldamento globale.

Per la precisione, gli Stati Uniti vogliono sostituire entro il 2050 il 30 % della benzina con i biocarburanti e l'Unione Europea vuol sostituire l'8% della benzina entro il 2015.

Chi non vuol fermarsi alle suggestioni della vignetta, può leggere l'articolo (La follia dei Biocarburanti) scritto per *Greenplanet* da Pietro Perrino, dirigente di ricerca del Cnr.

Egli innanzitutto calcola le emissioni nell'atmosfera di anidride carbonica (il gas dell'effetto serra) e le necessità di energia legate all'intero ciclo di produzione dei biocarburanti, dimostrando che da questo punto di vista non ci sono vantaggi, se non in alcuni casi molto limitati e altrettanto specifici.

E i limitati vantaggi sono di gran lunga cancellati, scrive sempre Perrino, dagli "effetti collaterali" dei biocarburanti: queste colture rappresentano un invito a nozze per gli OGM, contribuiscono alla deforestazione, entrano in competizione con le colture alimentari e fanno aumentare il prezzo del cibo.

Insomma: un pessimo affare per il pianeta e per il genere umano.

Fin qui le considerazioni del ricercatore. Resta un ultimo aspetto.

A questo pessimo affare sarebbe meglio attribuire il nome di "agro-carburanti", e non più di "bio-carburanti". Quel "bio" iniziale, che può richiamare l'aggettivo "biologico", proprio non ha senso.

I carburanti si ottengono per lo più da colture geneticamente modificate, fatte crescere a suon di concimi chimici e pesticidi, e - lo dimostra l'articolo di Perrino - non hanno nulla a che spartire con un'agricoltura sostenibile e rispettosa dell'ambiente.

Rappresentano l'esatto contrario dell'agricoltura biologica, appunto.

Preleva l'articolo La follia dei Biocarburanti da INTERNET

ALLEGATO 49: Studio shock sull'uso dei cellulari: "Rischio tumore sale del 20-30%"

Due ricercatori svedesi hanno verificato 11 ricerche: l'utilizzo per più di 10 anni fa crescere le possibilità di ammarlarsi.Formazioni tumorali soprattutto sul lato della testa dove viene appoggiato. "*Vietarlo del tutto ai bambini*"

di LUIGI BIGNAMI(8 ottobre 2007)

Chi utilizza il telefonino cellulare da più di 10 anni vede aumentare le possibilità del 20 per cento di contrarre il glioma e del 30 per cento di ammalarsi di neuroma acustico.

Il primo è un tipo di tumore maligno che colpisce soprattutto il tessuto nervoso del cervello, ed è difficilmente curabile; il secondo è una formazione benigna.

La probabilità di incorrere in tumori è indiscutibile, almeno stando ad una ricerca condotta da due scienziati svedesi, Lennart Hardell dell'*University Hospital* di Orebro e Kjell Hansson Mild della *Umea University,* e pubblicata su '*Occupational Environmental Medicine'*.

I due ricercatori hanno analizzato 11 ricerche che dalla Svezia alla Danimarca, dalla Germania al Giappone e dagli Stati Uniti alla Gran Bretagna hanno studiato l'evolversi di tumori al cervello e hanno scoperto che il fenomeno è in stretta relazione con l'uso dei cellulari e che i tumori si manifestano soprattutto sul lato della testa dove normalmente viene appoggiato il telefonino.

In particolare si è rilevato un aumento dei glioma e dei neuromi acustici.

I due ricercatori hanno voluto condurre loro stessi delle ricerche e la loro conclusione conferma quanto scoperto dagli studi internazionali.

A tutt'oggi sono numerosi gli studi realizzati per verificare la pericolosità dei telefoni cellulari sull'uomo.

La maggior parte ha concluso che il loro utilizzo non induce alterazioni alle cellule tali da ritenersi pericolose.

Solo il mese scorso, ad esempio, un progetto voluto dal governo britannico e da varie società di telecomunicazioni inglesi, chiamato "*Mobile Telecommunications and Health Research*", aveva stabilito che "non è stata trovata alcuna relazione tra l'uso dei cellulari ed effetti dannosi sulla salute delle persone".

Ma mai era stato realizzato una ricerca sui rischi dell'uso prolungato dei telefonini, mai cioè l'analisi si era soffermata su chi stesse utilizzando in modo continuo la telefonia mobile da almeno 10 anni.

E questo perché - naturalmente - mancavano i dati.

Ma ora questi dati ci sono, proprio perché i cellulari hanno avuto il loro boom a partire da una decina di anni fa.

E i risultati dell'uso dei telefonini sugli effetti al cervello non sono certo incoraggianti.

Ma cosa significa essere utilizzatori abituali dei cellulari? "Significa usare un telefonino, ma anche un cordless, per circa un'ora al giorno, che equivale a 2000 ore in 10 anni", hanno spiegato i due ricercatori al quotidiano Indipendent.

Il consiglio è quello più ovvio: utilizzare il meno possibile il cellulare per lunghe conversazioni e soprattutto proibirne quasi completamente l'uso ai bambini, in quanto il loro cranio più fine fa arrivare con maggiore intensità le radiazioni al cervello e al sistema nervoso ancora particolarmente vulnerabile.

Sottolinea Kjell Hansson Mild: "*Se in 10 anni l'aumento dei tumori al cervello come conseguenza dell'uso dei telefonini è evidente, se non si interviene soprattutto nei più giovani, nell'arco di 20 o 30 anni si potrebbe avere una vera e propria epidemia*".

I ricercatori, inoltre, sottolineano l'importanza di studiare e mettere a punto apparecchi che siano il meno possibile emettitori di radiazioni proseguendo la strada già percorsa da quando vennero costruiti i primi cellulari ad oggi.

LINKS utili:

Tabella emissioni radiazioni cellulari: http://web.tiscali.it/no-redirect-tiscali/gicis/cellulare.htm

ALLEGATO 50 : **Le Scimmie di Dio**

Non Oggi,
certamente non Domani,
ma in un Giorno Futuro,
sicuramente,
quando i Figli dell'antica Terra saliranno tra le Stelle,
finalmente Padroni di uno Spazio-Tempo che fu di Schild e di Einstein,
superando gli interminati Spazi siderali di un Universo amico,
mai nato da un assurdo Big Bang,
né abitato da immaginifici Buchi Neri,
ma pacifico nella sua Eterna Evoluzione,
fatta di continue nascite di nuove Galassie da vecchie Galassie,
di nuova Materia da Onde gravitazionali di Energia,
deterministico e causale nella sua Natura,
allora,
quei lontani Figli,
finalmente Padroni di una immensa Conoscenza,
perché capace di portarli al di là
dell'Orizzonte della Luce
delle Stelle più lontane,
guarderanno indietro,
fino ai Secoli e ai Millenni
delle grandi Barbarie e delle grandi Guerre.

E ricorderanno con orrore
i terribili anni della Follia Genetica,
quando falsi Medici di una falsa Medicina
e Apprendisti Stregoni,
violarono il Segreto della Vita,
scimmiottando Dio.

ALLEGATO 51: 30 Clinical Cases of Dr. Gonzales and Dr. Isaac

CASE 1

Patient IG: A 12+ Year Survivor of SARCOMA
Patient IG is a 58-year old woman who in the summer of 1993 first noticed a mass above her right ear. After the lesion became chronically irritated by her eyeglass frames, in August 1993 she opted to have it removed. The nodule, measuring about 1 cm in diameter, was found consistent with "malignant neoplasm, probably metastatic." The slides were sent for review at the Mayo Clinic, where the pathologist classified the cancer as an epithelioid sarcoma. A subsequent third review of the slides confirmed the diagnosis of epithelioid sarcoma.
The patient then underwent a metastatic work-up. A bone scan in September 1993 revealed: "Single abnormal focus of uptake in the left occipital-parietal region, worrisome for metastatic neoplasm."
A skull series the same day showed a "9 mm geographic lucency in the left occipital bone, possibly representing a calvarial metastasis." The report of a CT scan of the head a week later stated:
"Images of the skull demonstrated one small lytic area…in the left occipital bone…It measures under a centimeter in size. It is in the medullary space of the bone but appears to affect the cortex also. No soft tissue component is noted."
A CT scan of the neck and chest showed a probable right thyroid cyst, and two areas of decreased attenuation in the liver compatible with either cysts or metastatic disease.
IG then met with a head and neck surgeon, who proposed wide excision with removal of much of her jaw followed by reconstruction. But when she was told she most likely would die of her disease anyway, she refused surgery. After investigating alternative approaches to cancer, she learned of our therapy and consulted with Dr. Isaacs in late September 1993. She thereafter followed her program diligently.
In June 1994, nine months after she began her nutritional regimen, she noticed a lump above her right ear in the same location as the original tumor. The nodule stabilized for two years, before it was resected in August 1996. The pathology report describes once again an epithelioid sarcoma. After Dr. Isaacs made some adjustments in the protocol, IG continued her therapy faithfully as before.
Over the years, IG has been very compliant with her regimen, and enjoyed improvement in her overall energy and sense of well being. Since the surgery of 1996, the disease has not recurred. When last seen by Dr. Isaacs in August 2006 she was in good health with no visible evidence of cancer.
Epithelioid sarcomas tend to be fairly aggressive. If localized, as with most sarcomas, surgery can be curative, but once metastatic, survival is usually measured in months. A review of epitheloid sarcomas reported that "Median post-distant metastasis survival was 8 months."
We don't think the lesion that appeared after she began her therapy indicates global treatment failure. As mentioned previously, we find at times that tumors will recur in areas of prior surgery, though nowhere else. We suspect that in areas of such tissue disruption, the resulting fibrosis and scarification compromise blood supply to the area, and create a protected area where residual cancer cells can grow unhindered. We suspect such a scenario in this patient's case. Regardless, today, 13 years from her original diagnosis of metastatic cancer she is in excellent health with no clinical evidence of her disease.

CASE 2

Patient AL: A 10-Year Survivor of OVARIAN CANCER

Patient AL, prior to developing cancer, had a long history of neuro-muscular symptoms dating to 1979, when she first developed a mass in her left calf, associated with muscle pain, atrophy, and numbness. In the intervening years, as the symptoms worsened, she consulted numerous physicians at numerous centers. Though multiple muscle biopsies had all been unrevealing, she was nonetheless treated empirically and unsuccessfully with a variety of drugs including prednisone. In 1985, she sought another evaluation at the Mayo Clinic, where a muscle biopsy confirmed polymyositis. After she was also diagnosed with motor and sensory neuropathy, type II, AL began another course of prednisone but with little improvement, followed by six months on Imuran. The latter drug did nothing for her disease, but did lead to weight gain, insomnia and anxiety.

As her symptoms worsened, AL, who knew of my work from a family member, decided to seek treatment with me for her neuromuscular problems. When she first came to my office in 1989, she had been off all medications for some three years, during which time her symptoms of weakness, nerve pain and numbness continued to progress. When I first saw her, she had no gynecological problems other than the history of a hysterectomy for uterine fibroids.

I designed a protocol to treat this patient's muscle and neurological problems, without the high doses of enzymes we use against cancer. Subsequently, AL complied well with her program, and when I saw her for a return visit in August 1989, she reported her condition that had worsened without respite over the previous 10 years had improved significantly. She described a "20%" overall gain in motor strength and calf thickness, a marker her previous doctors had used to track her decline. The proximal muscle weakness in both legs had reversed to the point she could stand from a sitting position for the first time in years. However, on exam I detected a small pelvic mass and told her she needed to follow up with a gynecological evaluation upon returning home.

Some weeks later, in early fall, an ultrasound revealed a 7 x 8 cm cystic lesion posterior to the bladder. Then in early November 1989, at the Moffitt Cancer Center in Tampa, she underwent exploratory laparotomy and was found to have extensive malignant disease throughout her pelvis and abdomen. Her surgeon proceeded with bilateral oophorectomy, omentectomy, and extensive lymphadenectomy of pelvic, periaortic and precaval lymph nodes. The pathology report describes "Omentum diffusely infiltrated by papillary serous carcinoma" of ovarian origin, as well as tumor in both ovaries that involved both fallopian tubes. Cancer had infiltrated into all 21 of 21 nodes evaluated, and peritoneal washings were positive for "metastatic adenocarcinoma consistent with ovarian primary."

After surgery, AL met with an oncologist who strongly recommended intensive chemotherapy, but she decided to refuse all conventional treatment, instead choosing to begin the cancer version of my therapy. At that point, I redesigned her regimen to include high doses of pancreatic enzymes throughout the day.

In December 1989 her oncologist wrote a summary note to me, which accompanied the records of her recent hospitalization. In his letter, he states:

"She is diagnosed as having a Stage IIIC Grade I papillary serous cystadenocarcinoma of the ovary. I have recommended that she receive chemotherapy. She would be a candidate for GOG Protocol 104 intravenous Cisplatinum and Cyclophosphamide versus intraperitoneal Cisplatinum and Cyclophosphamide. Mrs.---- unfortunately did not wish to pursue the idea of chemotherapy…"

She thereafter followed her program diligently for six years. By the mid 1990's, her muscle weakness began to progress once again, making return trips to New York difficult, though she continued on the regimen and we worked together by phone. We last spoke in August of 1999, when she wrote after hearing me on the radio. She was 78 at the time, able to walk with a leg

brace, and otherwise was doing fine, apparently cancer free nearly 10 years out from her diagnosis of extensive ovarian malignancy.
DeVita reports, regarding ovarian cancer patients such as this:
"patients with stage III disease have a 5-year survival rate of approximately 15-20% that is dependent in large part on the volume of disease present in the upper abdomen…"
In this patient's case, the disease did extend into the upper abdomen at the time of diagnosis. Furthermore, these survival statistics refer to patients treated with aggressive chemotherapy, which AL refused, choosing to follow only my regimen. Her prolonged disease free survival can only be attributed to her nutritional program.

CASE 3

Patient JR: A 13-Year Survivor of OVARIAN CANCER
Patient JR is a 57 year-old woman whose father developed both rectal and primary liver cancer, and whose mother survived breast cancer before dying of pancreatic cancer. She herself had a history of gynecological problems dating back to 1981 when at age 31 she was first diagnosed with bilateral ovarian cysts. Over the years, her gynecologist followed her with sequential ultrasounds and recommended surgery when she developed persistent severe pelvic pain. JR refused his suggestion, instead deciding to treat herself with alternative approaches, including several visits to the Hippocrates Institute, a live-in facility offering a raw vegetarian approach to various diseases. She believed her nutritional interventions did help her overall health, though the cysts did not regress.
In March 1993, during a period of extreme personal stress, the patient herself felt that the cysts had enlarged. An ultrasound at Johns Hopkins Hospital revealed:
"…a large approximately 14 X 10 x 12 cm mass in the mid line pelvis….Multiple foci of hyper-echogenicity are noted…Therefore, this mass likely arises from the left ovary.
"…Within the right ovary, there are two hypoechoic regions and a focus of calcification…The largest hypoechoic region measures approximately 1.5 x 1.6 x 1.5 cm…."
At that point, her gynecologist insisted she undergo exploratory surgery, but JR instead returned to the Hippocrates Institute for a several week stay. Despite the aggressive dietary intervention, the mass continued to grow.
In mid-October 1993, JR returned to her gynecologist, with the large pelvic mass clearly evident. Another ultrasound revealed that the mass had grown considerably since March, now measuring "20 x 22 x 15 cm." The radiology report states "This has moderately increased in size since the last examination…A normal right ovary is identified…."
JR then proceeded with surgery at Johns Hopkins Hospital after her physician agreed to remove only the mass and the associated ovary, not the uterus or right ovary. During the procedure, she was found to have a huge tumor that had penetrated into the recto-sigmoid area of the colon. Though the surgeon did preserve the uterus and right ovary, his resection was quite extensive as documented in the Discharge Summary:
"The patient …underwent surgery on November ---1993, undergoing an exploratory laparotomy…resection of ureterosacral tumors, resection of left parametria, omentectomy, resection of rectosigmoid, left common iliac node dissection and para-aortic lymph node dissection…"
The pathology report describes an enormous tumor, "measuring "17 x 12 x 7 cm" consistent with "Adenocarcinoma probably serous," though the tumor was finally classified as a clear cell subtype of ovarian adenocarcinoma. The lymph nodes appeared free of cancer, as did the right ovary. Since the disease appeared to be largely limited to the left ovarian mass, as big as it was and though the tumor had penetrated the colon, she was assumed to have "localized" stage I cancer.

Postoperatively, JR met with an oncologist at Johns Hopkins who strongly recommended chemotherapy. She initially agreed to the treatment, but after her discharge from Hopkins – with plans to return to start therapy - she then consulted with a second oncologist at George Washington University Medical Center, who was less insistent about the need for immediate treatment. JR therefore decided to refuse conventional approaches, though she did agree to return for routine surveillance. Note that a CA 125, a blood marker for ovarian cancer, was 16.1 at the time, within normal limits.

After learning of my therapy, she first came to my office in January 1994 and subsequently followed her nutritional therapy faithfully. When she returned for her first follow-up visit in April 1994, three months after she had begun treatment with me, she reported feeling "better than I have in years," with significant improvement in her energy, stamina and well being. Shortly after that session, she experienced mild midcycle bleeding and consulted her local gynecologist, who felt a mass in the pelvis on exam. JR detailed the interaction with her oncologist in a note to me in late April:

"I continue to feel great. What is so frustrating, though, is going to the doctor and being told something might be wrong when I am feeling the best I have in years. I think that on some level, Dr ----(the oncologist) hopes that something will be wrong so that he can prove to me that my program will not work."

Despite the concern, an ultrasound in May showed no lesions on the ovary, no fibroids, and a follow up exam with her gynecological oncologist was normal. Subsequent CA 125 tests all fell within the normal range.

JR continued doing well until mid-December 1995, nearly two years after she had started her nutritional program, when she developed sudden onset abdominal pain associated with nausea and vomiting. When the CA 125 came back elevated at 52 (normal less than 36), her oncologist immediately suggested radiographic studies. Before any testing could be done, her symptoms became so severe she went to the local emergency room, where an intestinal obstruction was ruled out. After intravenous hydration, she improved and went home, with a diagnosis of gastroenteritis. A repeat CA 125 in December came within the normal range at 22, and a CT scan showed a right ovarian cystic area, but nothing suspicious.

Since that time, JR has diligently followed her nutritional program, and is in excellent health. Her CA 125 has been within the normal range, the most recent level from 2005 coming in at 7. She excels at a stressful job that requires considerable travel, but nonetheless manages her nutritional program efficiently and effectively. Today, nearly 13 years after she began with me, she has no evidence of cancer, and has been able to avoid the intensive chemotherapy her doctors at Johns Hopkins aggressively pushed so long ago. Her long-term disease free survival to me is certainly intriguing.

In fact the two patients I have discussed with a history of ovarian cancer – AL and JR – both refused the chemotherapy that was strongly suggested after the initial surgery documented extensive disease. We find that patients with a diagnosis of ovarian cancer who have received, before consulting with us, multi-agent chemotherapy tend to have a more difficult course, with many ups and downs.

CASE 4

Patient AL: A 10-Year Survivor of OVARIAN CANCER

Patient AL, prior to developing cancer, had a long history of neuro-muscular symptoms dating to 1979, when she first developed a mass in her left calf, associated with muscle pain, atrophy, and numbness. In the intervening years, as the symptoms worsened, she consulted numerous physicians at numerous centers. Though multiple muscle biopsies had all been unrevealing, she was nonetheless treated empirically and unsuccessfully with a variety of drugs including

prednisone. In 1985, she sought another evaluation at the Mayo Clinic, where a muscle biopsy confirmed polymyositis. After she was also diagnosed with motor and sensory neuropathy, type II, AL began another course of prednisone but with little improvement, followed by six months on Imuran. The latter drug did nothing for her disease, but did lead to weight gain, insomnia and anxiety.

As her symptoms worsened, AL, who knew of my work from a family member, decided to seek treatment with me for her neuromuscular problems. When she first came to my office in 1989, she had been off all medications for some three years, during which time her symptoms of weakness, nerve pain and numbness continued to progress. When I first saw her, she had no gynecological problems other than the history of a hysterectomy for uterine fibroids.

I designed a protocol to treat this patient's muscle and neurological problems, without the high doses of enzymes we use against cancer. Subsequently, AL complied well with her program, and when I saw her for a return visit in August 1989, she reported her condition that had worsened without respite over the previous 10 years had improved significantly. She described a "20%" overall gain in motor strength and calf thickness, a marker her previous doctors had used to track her decline. The proximal muscle weakness in both legs had reversed to the point she could stand from a sitting position for the first time in years. However, on exam I detected a small pelvic mass and told her she needed to follow up with a gynecological evaluation upon returning home.

Some weeks later, in early fall, an ultrasound revealed a 7 x 8 cm cystic lesion posterior to the bladder. Then in early November 1989, at the Moffitt Cancer Center in Tampa, she underwent exploratory laparotomy and was found to have extensive malignant disease throughout her pelvis and abdomen. Her surgeon proceeded with bilateral oophorectomy, omentectomy, and extensive lymphadenectomy of pelvic, periaortic and precaval lymph nodes. The pathology report describes "Omentum diffusely infiltrated by papillary serous carcinoma" of ovarian origin, as well as tumor in both ovaries that involved both fallopian tubes. Cancer had infiltrated into all 21 of 21 nodes evaluated, and peritoneal washings were positive for "metastatic adenocarcinoma consistent with ovarian primary."

After surgery, AL met with an oncologist who strongly recommended intensive chemotherapy, but she decided to refuse all conventional treatment, instead choosing to begin the cancer version of my therapy. At that point, I redesigned her regimen to include high doses of pancreatic enzymes throughout the day.

In December 1989 her oncologist wrote a summary note to me, which accompanied the records of her recent hospitalization. In his letter, he states:

"She is diagnosed as having a Stage IIIC Grade I papillary serous cystadenocarcinoma of the ovary. I have recommended that she receive chemotherapy. She would be a candidate for GOG Protocol 104 intravenous Cisplatinum and Cyclophosphamide versus intraperitoneal Cisplatinum and Cyclophosphamide. Mrs.---- unfortunately did not wish to pursue the idea of chemotherapy…"

She thereafter followed her program diligently for six years. By the mid 1990's, her muscle weakness began to progress once again, making return trips to New York difficult, though she continued on the regimen and we worked together by phone. We last spoke in August of 1999, when she wrote after hearing me on the radio. She was 78 at the time, able to walk with a leg brace, and otherwise was doing fine, apparently cancer free nearly 10 years out from her diagnosis of extensive ovarian malignancy.

DeVita reports, regarding ovarian cancer patients such as this:

"patients with stage III disease have a 5-year survival rate of approximately 15-20% that is dependent in large part on the volume of disease present in the upper abdomen…"2

In this patient's case, the disease did extend into the upper abdomen at the time of diagnosis. Furthermore, these survival statistics refer to patients treated with aggressive chemotherapy, which AL refused, choosing to follow only my regimen. Her prolonged disease free survival can

only be attributed to her nutritional program.

CASE 5

Patient JR: A 13-Year Survivor of OVARIAN CANCER
Patient JR is a 57 year-old woman whose father developed both rectal and primary liver cancer, and whose mother survived breast cancer before dying of pancreatic cancer. She herself had a history of gynecological problems dating back to 1981 when at age 31 she was first diagnosed with bilateral ovarian cysts. Over the years, her gynecologist followed her with sequential ultrasounds and recommended surgery when she developed persistent severe pelvic pain. JR refused his suggestion, instead deciding to treat herself with alternative approaches, including several visits to the Hippocrates Institute, a live-in facility offering a raw vegetarian approach to various diseases. She believed her nutritional interventions did help her overall health, though the cysts did not regress.
In March 1993, during a period of extreme personal stress, the patient herself felt that the cysts had enlarged. An ultrasound at Johns Hopkins Hospital revealed:
"…a large approximately 14 X 10 x 12 cm mass in the mid line pelvis….Multiple foci of hyper-echogenicity are noted…Therefore, this mass likely arises from the left ovary.
"…Within the right ovary, there are two hypoechoic regions and a focus of calcification…The largest hypoechoic region measures approximately 1.5 x 1.6 x 1.5 cm…."
At that point, her gynecologist insisted she undergo exploratory surgery, but JR instead returned to the Hippocrates Institute for a several week stay. Despite the aggressive dietary intervention, the mass continued to grow.
In mid-October 1993, JR returned to her gynecologist, with the large pelvic mass clearly evident. Another ultrasound revealed that the mass had grown considerably since March, now measuring "20 x 22 x 15 cm." The radiology report states "This has moderately increased in size since the last examination…A normal right ovary is identified…."
JR then proceeded with surgery at Johns Hopkins Hospital after her physician agreed to remove only the mass and the associated ovary, not the uterus or right ovary. During the procedure, she was found to have a huge tumor that had penetrated into the recto-sigmoid area of the colon. Though the surgeon did preserve the uterus and right ovary, his resection was quite extensive as documented in the Discharge Summary:
"The patient …underwent surgery on November ---1993, undergoing an exploratory laparotomy…resection of ureterosacral tumors, resection of left parametria, omentectomy, resection of rectosigmoid, left common iliac node dissection and para-aortic lymph node dissection…"
The pathology report describes an enormous tumor, "measuring "17 x 12 x 7 cm" consistent with "Adenocarcinoma probably serous," though the tumor was finally classified as a clear cell subtype of ovarian adenocarcinoma. The lymph nodes appeared free of cancer, as did the right ovary. Since the disease appeared to be largely limited to the left ovarian mass, as big as it was and though the tumor had penetrated the colon, she was assumed to have "localized" stage I cancer.
Postoperatively, JR met with an oncologist at Johns Hopkins who strongly recommended chemotherapy. She initially agreed to the treatment, but after her discharge from Hopkins – with plans to return to start therapy - she then consulted with a second oncologist at George Washington University Medical Center, who was less insistent about the need for immediate treatment. JR therefore decided to refuse conventional approaches, though she did agree to return for routine surveillance. Note that a CA 125, a blood marker for ovarian cancer, was 16.1 at the time, within normal limits.
After learning of my therapy, she first came to my office in January 1994 and subsequently

followed her nutritional therapy faithfully. When she returned for her first follow-up visit in April 1994, three months after she had begun treatment with me, she reported feeling "better than I have in years," with significant improvement in her energy, stamina and well being. Shortly after that session, she experienced mild midcycle bleeding and consulted her local gynecologist, who felt a mass in the pelvis on exam. JR detailed the interaction with her oncologist in a note to me in late April:

"I continue to feel great. What is so frustrating, though, is going to the doctor and being told something might be wrong when I am feeling the best I have in years. I think that on some level, Dr ----(the oncologist) hopes that something will be wrong so that he can prove to me that my program will not work."

Despite the concern, an ultrasound in May showed no lesions on the ovary, no fibroids, and a follow up exam with her gynecological oncologist was normal. Subsequent CA 125 tests all fell within the normal range.

JR continued doing well until mid-December 1995, nearly two years after she had started her nutritional program, when she developed sudden onset abdominal pain associated with nausea and vomiting. When the CA 125 came back elevated at 52 (normal less than 36), her oncologist immediately suggested radiographic studies. Before any testing could be done, her symptoms became so severe she went to the local emergency room, where an intestinal obstruction was ruled out. After intravenous hydration, she improved and went home, with a diagnosis of gastroenteritis. A repeat CA 125 in December came within the normal range at 22, and a CT scan showed a right ovarian cystic area, but nothing suspicious.

Since that time, JR has diligently followed her nutritional program, and is in excellent health. Her CA 125 has been within the normal range, the most recent level from 2005 coming in at 7. She excels at a stressful job that requires considerable travel, but nonetheless manages her nutritional program efficiently and effectively. Today, nearly 13 years after she began with me, she has no evidence of cancer, and has been able to avoid the intensive chemotherapy her doctors at Johns Hopkins aggressively pushed so long ago. Her long-term disease free survival to me is certainly intriguing.

In fact the two patients I have discussed with a history of ovarian cancer – AL and JR – both refused the chemotherapy that was strongly suggested after the initial surgery documented extensive disease. We find that patients with a diagnosis of ovarian cancer who have received, before consulting with us, multi-agent chemotherapy tend to have a more difficult course, with many ups and downs.

CASE 6

Patient IL: A 15-Year Survivor of Non-Hodgkin's Lymphoma

Patient IL is a 64 year-old woman from the Southwest who in the fall of 1987 first developed vague abdominal discomfort. When the pain persisted, in January 1988 her physician referred her for a CT scan, which revealed several large abdominal tumors. In January 1988 she underwent exploratory surgery, hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy, with resection of two large masses attached at the mesentery together measuring 9 x 8 x 8 cms in diameter. The pathology report describes the lesions as consistent with diffuse mixed lymphoma, mixed small and large cleaved cell type, a very aggressive form of the disease.

IL then completed six months of chemotherapy with MACOP-B, an intensive regimen consisting of five different chemotherapy drugs and the steroid prednisone. Repeat CT scans in August 1988, at the completion of treatment, were negative and her doctors assumed her to be in remission. Subsequent scans were clear until May of 1991 when a CT picked up two nodules in the lungs, the largest in the lingula measuring 1.6 cm, the smaller in the left lower lobe measuring 0.6 cm. In addition, the report describes "small periaortic lymphadenopathy at the

level of the kidneys" which had been noted on prior scans. A chest CT in July 1991 revealed a 2.5 by 2 cm. mass in the left hilar area, an abnormality of the lingula, and a left lower lobe mass:
"1. Left hilar mass and posterior left lower lobe nodule.
2. Progressing mass and associated atelectasis or infiltrate in the lingula."
Although her doctors discussed resuming chemotherapy, IL as she says had "had enough." After learning of our work from a friend, she then decided to pursue our program.
When I first saw IL in my office in September 1991, she generally felt well, and thereafter proved to be a very compliant patient. Six months after beginning her regimen, in March 1992, a repeat CT scan of the chest demonstrated a small pleural based density associated with the anterior left cardiac margin, approximately 1 by 1.5 cm in size, that had significantly regressed since the scans of 1991. And, the additional lesions previously described were not evident. An abdominal CT scan revealed "slightly prominent nodes on the para-aortic area measuring up to 1 cm in diameter" but no other worrisome lesions.
In September 1992, after she had been on her program a full year, CT studies of the abdomen and pelvis were clear, but the chest CT showed a "3.5cm x 2 cm density in the left mid lung and lower lung field which, according to the previous dictation, has increased in size significantly and, therefore, must be considered an active lesion…"
When I discussed the findings with IL she seemed determined to continue with her nutritional program only, expressing no interest in pursuing any other treatment. After I made some adjustments in her protocol, she decided to forgo future CT scan studies. She said not only did they create enormous anxiety, but she had no intention of changing treatment whatever the tests showed.
Over the next decade, IL continued her regimen, with excellent compliance. She generally enjoyed good health, despite some ongoing problems I relate to her earlier chemotherapy, such as a persistent irregular heart rhythm and episodic respiratory symptoms, including shortness of breath with exertion. One of the drugs in the MACOP-B regimen, daunorubicin, has long been associated with heart damage in a significant number of patients, and bleomycin often provokes pulmonary fibrosis, sometimes years after treatment. In January 2004, she did undergo both cardiac and pulmonary evaluations which revealed no significant underlying disease. A chest x-ray at that time – her first radiographic study since the CT scan of 1992 – showed a "small left apical pneumothorax. Chest x-ray is otherwise radiographically normal." The previously described masses seen on CT were gone, and I relate the area of collapse to bleomycin use years earlier.
IL today, now on her nutritional regimen over 15 years, continues in good health with apparent total resolution of her once aggressive disease. She enjoys her life, is grateful that she has lived to see her children grow, marry, and raise their own children.
The diffuse and diffuse mixed types represent particularly aggressive forms of lymphoma that frequently come back after even the most aggressive of chemotherapy regimens. Harrison's reports that the disease recurs in nearly 50% of treated patients with this diagnosis, and of these, fewer than 10% will respond to additional chemotherapy.2 Certainly this patient faced a grim future, once the CT scan studies in 1991 confirmed new disease.

CASE 7

Patient LL: An 11-Year Survivor of Non-Hodgkin's Lymphoma
Patient LL is a 54 year-old man who previously had been in good health when in July 1995 he

developed severe chronic indigestion, abdominal pain and constipation. His symptoms did not improve despite a variety of medications and dietary changes. After he developed swelling of the left testicle in September 1995, he was referred to a urologist who ordered a CT scan of the abdomen and pelvis. The tests, done in October 1995, revealed:
"extensive retroperitoneal adenopathy including retrocrural, periaortic, mesenteric and paracaval adenopathy. The nodes measure up to 5 cm in diameter individually and in conglomerate measure nearly 15 cm in transverse diameter and 8-10 cm AP…"
An excisional biopsy of an enlarged cervical lymph node revealed nodular non-Hodgkin's lymphoma (mixed lymphocytic/histiocytic type).
After the diagnosis, he received no orthodox treatment, instead choosing to follow our regimen. He was first seen by Dr. Isaacs in November 1995, and as he subsequently followed his nutritional regimen, he experienced a gradual improvement in his overall health. For a number of years, he avoided all testing until May 2001, when a CT of the abdomen and pelvis showed "Resolution of previously noted adenopathy. The study at this time is essentially unremarkable."
This patient's course has been very simple and straightforward. He was diagnosed initially with extensive stage IV moderately aggressive histology disease, refused all standard treatments, followed his nutritional program appropriately, and enjoyed complete regression of his cancer and long term survival. He is now 11 years from diagnosis, still in good health.

CASE 8

Patient DC: a 12-Year Survivor of Non-Hodgkin's Lymphoma
Patient DC is a 63-year old woman who 1992 first noticed a robin's egg sized lesion in the right lower abdominal wall. She consulted her primary care physician, who suspecting a benign lipoma, suggested no testing be done.
Over the next three years, as the nodule remained stable, DC continued in good health, with no symptoms other than a single episode of night sweats and occasional pruritis. At one point, when she was found to be mildly anemic, her physician prescribed iron supplements.
In the fall of 1994, her gynecologist, after a routine exam, suggested a diagnostic evaluation of the abdominal wall lesion. A CT scan revealed a solid mass on the right lower abdominal wall, but no other abnormalities. Then in November 1994 the nodule was excised and described in the pathology report as 4.5 x 4.0 x 1.8 cm, consistent with "malignant lymphoma, diffuse, small lymphocytic type (well differentiated lymphocytic lymphoma) of abdominal wall."
After referral to an oncologist, a subsequent bone marrow biopsy was clear, but she was again found to be anemic, with a hemoglobin of 11.8. In January 1995, she underwent repeat CT studies which revealed new nodularity in the left pelvis side wall and in the cul-de-sac, thought most likely representing new pelvic malignant lymphadenopathy.
The hospital Tumor Board then discussed the case and recommended a conservative approach initially, with regular follow up CT scans to assess disease progression. A bone scan in October 1995 was negative. CT scans in January 1996 demonstrated two lesions within the right lobe of the liver, the largest measuring 2.0 cm in diameter, that were thought to have been present on the prior exams. In addition, the radiologist noted "redemonstration of a large, inhomogeneous central pelvic mass with prominence in both adnexal regions," as well as "thickening of and some inhomogeneity to the appearance of the left piriformis muscle when compared to the right…"
Though her physicians still recommended a conservative approach, DC began investigating alternative approaches, learned of our work, and in April 1996 first consulted with me. When first seen, she reported no significant symptoms.
DC proved to be a determined and compliant patient, whom I don't think has missed a dose of supplements in the 10.5 years she has been my patient. Periodically, I have recommended CT scans, which generally have showed no change in the pelvis lesions. Her most recent scan in May

2006 revealed the same "two small low density lesions within the liver…unchanged and measuring up to 1 cm." In terms of the pelvic mass, the report states:
"There is large lymphadenopathy contiguous with the left piriformis muscle, unchanged in size measuring 9 cm in length x 4.5 cm. in width. Again noted are areas of linear enhancement… There is a 4.5 cm. in length x 2.7 cm in width soft tissue mass in the proximal aspect of the left thigh which is slightly decreased in size…"
The diffuse forms are among the more aggressive of the lymphomas, usually calling for aggressive chemotherapy. In this particular case, the consulting oncologists opted for a conservative approach, holding chemotherapy in reserve for a time the disease would inevitably progress. However, during the 10.5 years DC has followed her nutritional program, the disease has remained generally stable, with some recent regression.
In many of our patients, regardless of the cancer type, tumors resolve, as in the case of Patient LL above. At other times, as with Patient DC, the tumors can remain stabilized for years. I have never been able to offer a reasonable scientific explanation why this should be so, why sometimes large tumors regress remarkably, at other times in other patients the tumors don't grow or spread, but don't disappear either.

CASE 9

Patient DK: A 7-Year Survivor of Non-Hodgkin's Lymphoma
Patient DK is a 48 year-old woman who prior to developing cancer had a long history of lower back pain treated conservatively with acupuncture, massage, yoga and swimming, modalities which offered some relief. In 1993, when her pain worsened, she underwent laminectomy of the L2-L3-disc. Postoperatively her back pain, although reduced, did not resolve completely. In November 1993 she underwent an MRI of the lumbar spine which showed L5-S1 disc bulging, and some degeneration in several other lumbar discs. In addition, the radiologist noted left para-aortic adenopathy. The patient then consulted with an oncologist at New York Hospital-Cornell, who recommended a CT scan, which, in December 1993, confirmed enlarged left para-aortic lymph nodes, though the patient was not informed of the findings.
Since she didn't hear from her oncologist, DK assumed "everything must be fine." Thereafter, she did well until mid 1998, when she developed gradually worsening fatigue, associated with recurrent upper respiratory infections. In the fall of 1998, she consulted her primary care physician, who detected a right parotid mass as well as cervical lymphadenopathy. Initially, her internist was not concerned, assuming the enlarged nodes related to her most recent bout of the "flu." But, when the adenopathy failed to regress, DK consulted the oncologist she had seen years earlier at New York Hospital. The physician referred her for an MRI of the neck in March 1999, which revealed two 1 cm lesions in the right parotid gland as well as enlarged upper cervical nodes. A CT scan of the chest in April 1999 demonstrated abnormal hilar nodes, the largest measuring 17x12 mm. CT scan of the abdomen revealed:
"a chain of enlarged nodes (2-3 cm…) in the left paraaortic region from the level of left renal hilar vessels….extending into the proximal left common iliac chain. Largest node at L3 level measures 3x2 cm."
A biopsy of the parotid lesion then confirmed malignancy "consistent with a B cell (non-Hodgkin's) lymphoma." A bone marrow biopsy was clear.
With the diagnosis established, the oncologist recommended a "watch and wait" approach, holding off chemotherapy for a time when the disease worsened. DK then sought a second opinion at Memorial Sloan-Kettering, where the slides were reviewed and the diagnosis confirmed. The Memorial oncologist suggested two options, the conservative, no immediate treatment approach, or a course of aggressive chemotherapy.

DK then met with a third oncologist, a lymphoma specialist at New York Hospital, who recommended no treatment initially, but that the scans be repeated in October 1999 to assess disease status.

DK, with a long interest in alternative medicine, knew about my work and decided to consult with me. When we first met in June 1999, she had obvious cervical adenopathy. Thereafter, she followed her nutritional regimen initially with great determination and good compliance. Follow-up CT scans in March 2000, when she had been on her therapy only nine months, showed substantial improvement. The report for the CT scan of the neck states:

"Appearance of regression in intraparotid nodes on the right."

The CT of the chest showed:

"Interval complete regression in adenopathy. There is no evidence for active lymphoma."

The CT scan of the abdomen indicated:

"Interval virtually complete regression in adenopathy. There is no evidence of active lymphoma."

The CT scan of the pelvis revealed:

"Interval complete regression in adenopathy. There is no evidence for active lymphoma."

As DK continued her nutritional therapy, she experienced a gradual improvement in her overall energy and well being. When in mid 2001 she went through a period of severe personal and professional stress, her compliance with therapy fell off somewhat. On exam, I could see clearly that the neck disease had worsened. CT scans in October 2001, 19 months after the documented disease regression, showed little change in the chest, abdomen and pelvis, but increased "pathological adenopathy in the right neck." After I lectured her about the need for diligent compliance, for a time she seemed more determined, but the stress continued unabated and her compliance varied. At times, she might have been doing 50% of the therapy and a CT of the neck scan in January 2002 revealed continued progression in the adenopathy. The report of the abdominal and pelvic CT scans describes:

"Mixed behavior of nodes with periaortic nodes slightly less prominent and hyperplastic nodes in the small bowel mesentery more prominent…Interval appearance of focal splenic lesions…"

This time, we talked about the need for complete compliance with all aspects of the regimen, regardless of the difficulties in her life. Fortunately, her oncologist did not insist that chemotherapy begin at once, since she had previously responded so well to my treatment. DK renewed her dedication to the regimen, with repeat CT scans in January 2003 confirming the benefit. The neck CT showed "Substantial decrease in the extensive adenopathy in the right neck." The abdominal CT scan indicated:

"Interval disappearance of small splenic lesions and slight decrease in sight of spleen…No pathologic adenopathy is seen in the abdomen or pelvis."

Thereafter, she followed the therapy as prescribed, and continued doing well. A neck CT in March 2004 revealed:

"Complete regression in pathologic and borderline sized neck nodes."

The CT scans of the abdomen and pelvis were completely clear, as the official report describes:

"There is no other interval change and no evidence for active lymphoma in abdomen and pelvis."

Unfortunately, her stress level subsequently increased markedly and after a long-term relationship dissolved, for a number of months she went off her program completely. Her energy worsened, her sleep became disturbed. Predictably, a CT scan of the neck in February 2006 showed "New and progressive adenopathy along the right jugular chain and posterior triangle." CT scans of the chest, abdomen and pelvis showed recurrent disease.

She is now again on her program, determined once again to get well, and clinically the enlarged neck nodes are regressing. She feels stronger, more energetic, more positive.

Though DK has not followed a straight and narrow path, her course does say much about our treatment. When she complied fully, her extensive disease regressed completely. When her compliance fell off, the disease recurred, then again regressed when she resumed her full protocol. Over the years, her disease status has correlated precisely with her compliance.

Patients, including mine, do not lead perfect lives. Often, they must deal with many life-stresses above and beyond their cancer, stresses which can influence mood, motivation and dedication to treatment. But DK, despite her lapses, has generally done very well over the past 7.5 years on her nutritional program, has successfully avoided all chemotherapy and radiation, and currently feels strong and healthy.

CASE 10

Patient LR: An 11.5-Year Survivor of Non-Hodgkin's Lymphoma
Patient LR is a 60-year old woman with a history of an insulinoma, diagnosed in 1977, treated effectively with partial pancreatectomy. Her doctors recommended neither chemotherapy nor radiation after surgery, and thereafter she did well until December 1993 when she first noticed swollen lymph nodes under her chin. When the swelling did not regress, in January 1994 she consulted her internist who suspected the problem related to infected gums. She was referred to a periodontist who performed gum debridement, but when the lymph nodes enlarged further in February 1994, she returned to her internist who prescribed penicillin, without effect. About that time, she first developed significant night sweats that persisted for a week, as well as abdominal pain. Her physician referred her for an ultrasound, which revealed a large 7 cm cystic mass in the tail of the pancreas which a CT scan confirmed. The radiologist thought the lesion consistent with a benign pseudocyst, and when a needle biopsy proved inconclusive, her doctors recommended no further testing.
Because of the persistent enlarged lymph nodes in her jaw, in April 1994 LR consulted an ENT specialist who did not initially suggest biopsy, but in June, LR noted new inguinal adenopathy. At this point, the patient's internist prescribed a course of Cipro for what was now thought to be cat scratch fever, which antigen testing did confirm. Although the nodularity persisted even after she completed a course of Rifampin, her primary physician remained unconcerned. When the adenopathy progressed throughout September, LR again returned to her doctor, who again told her "not to worry." In one of the physician's notes from the time, he described her as "borderline hysterical."
Finally, LR decided to consult the surgeon who years earlier had resected the insulinoma. In October 1994, this physician – somewhat more disturbed by the adenopathy - removed a nodal mass from the posterior neck-right shoulder junction that proved to be "Follicular lymphoma, predominantly small cleaved cell type (nodular poorly differentiated lymphoma)." Experts at the Pathology Laboratory of the National Institutes of Health reviewed the slides and confirmed the diagnosis.
In late October a CT scan of the chest revealed "marked lymphadenopathy in multiple mediastinal, left hila (sic), retrocrural and axillary areas…consistent with the clinical diagnosis of lymphoma."
An abdominal CT scan showed: "There is extensive adenopathy in the abdomen and pelvis, with lymph nodes ranging up to 3x4.4 cm and 4.6x6 cm." A gallium scan documented extensive uptake in the mediastinum and abdomen.
Shortly thereafter, in November 1994, LR began chemotherapy with CHOP, a standard lymphoma protocol, at a local academic medical center. In late December, after she had completed three cycles of the proposed course, CT scans demonstrated improvement, but not resolution, in both the chest and abdomen, reported as: "Interval decrease in size of adenopathy within the right paratracheal group, subcarina, left axillary and retrocrural nodes…" In the abdomen the radiologist noted "lymphadenopathy has decreased by more than 50% since exam of 10---94 consistent with partial response to chemotherapy."
In March 1995, after LR had completed the full six cycles of the regimen, CT scans indicated some continued response to therapy, but definitely not complete remission. The chest CT showed

"Slight continued improvement in right paratracheal lymph node disease with stability of disease elsewhere…" The abdominal CT revealed:
"When compared to previous examination, the lymphadenopathy appears stable except for an apparent worsening in the region of the root of the mesentery…"
With chemotherapy completed but her disease not in remission, LR began investigating alternative approaches, learned of my work, and first consulted with me in April 1995. Her exam was unrevealing, except for multiple palpable right cervical lymph nodes.
She thereafter began her program with great determination. In November 1995, restaging with CT scans of the chest, abdomen and pelvis confirmed significant improvement:
"No significant mediastinal or hilar adenopathy is identified. The lungs are clear without evidence for masses…Retrocrural adenopathy seen on the previous examination is now not identified. Small periaortic and mesenteric lymph nodes are identified which have decreased in size since the previous examination…"
CT studies in February 1996 showed no evidence of recurrent disease, as did subsequent scans over a period of two years. Throughout this time, she was noted to have, on exam, several small right cervical nodes. In May 1998, the oncologist who followed her along with me suggested a biopsy of one of the neck nodes, which did reveal residual lymphoma described as "Follicular, mixed small cleaved and large cell type…" At that point, the oncologist recommended, along with my therapy, a course of Rituxan, a monoclonal antibody treatment designed specifically to attack lymphoma cells. I felt the treatment unnecessary since she had already responded so well to my regimen, but the oncologist was persuasive and I did not push the case. So, in the spring and early summer, she completed four cycles of the drug, which she tolerated with minimal difficulties. On exam, her cervical nodes regressed completely. CT scan studies of the chest, abdomen and pelvis in September 1998 reported "No evidence of recurrence." CT scan of the neck showed "Multiple small subcentimeter lymph nodes bilaterally which have decreased in size and number since the previous study."
Since 1998, LR has done exceptionally well, now 12 years from her original diagnosis of stage IV lymphoma, and 11.5 years from her first visit with me. She has enjoyed generally excellent health with no recurrence of her once widespread disease. The most recent PET/CT scan in April 2006 documented:
"There is no PET/CT scan evidence of recurrent or metastatic disease."
Her course is unusual, both in terms of the long-term survival and the near total resolution of the disease as documented by CT scans after only six months on her nutritional therapy. In 1998, before she completed a course of Rituxan, scans of the chest, abdomen and pelvis had been clear. I suspect her neck nodes eventually would have resolved without Rituxan. Studies do show that 35-50% of patients with follicular lymphoma that relapse after chemotherapy will have some response to the drug, though the duration of effect is variable with few long-term remissions.2 In any event, in this case the disease had nearly completely resolved before her oncologist urged in 1998 she proceed with Rituxan, at the time a fairly new, and highly promoted, drug.

CASE 11

Patient FV: A 3-Year Survivor of Lung Cancer
Patient FV is a 63-year old man with a history of myasthenia gravis diagnosed in 1993, which forced him to retire from his high stress profession. Since then, his myasthenia has waxed and waned, with exacerbations treated with Tensilon.

In June 2003, while playing tennis, he developed significant shortness of breath. At a local emergency room, a chest x-ray showed several pleural-based densities in the left lung and a CT scan revealed several nodular lesions in the left chest pleura up to 2 cm in diameter. Posterior pleural thickening was also noted, thought consistent with mesothelioma. When his symptoms worsened, a second chest x-ray documented a left pleural effusion, subsequently treated with chest tube placement and drainage. After recovering from the acute episode, a second CT scan in July demonstrated a collapsed left lung, a persistent left pleural effusion and numerous large tumors. The official report states: "the largest pleura bases (sic) mass in the left upper lobe laterally measures 2.976 cm…The largest mass in the left lower lobe posteriorly measures 5.39 cm…There are at least 18 pleural based masses present on the left."

FV then underwent bronchoscopy, left video assisted thoracotomy with pleural biopsies, and pleurodesis. The initial pathology report of the biopsy specimen suggested most likely mesothelioma, but a review at The Armed Forces Institute of Pathology confirmed not mesothelioma, but, as the note describes:

"Pleura, left, biopsy: Metastatic papillary adenocarcinoma, of pulmonary origin."

His local doctors also sent the pathology slides to Brigham and Woman's Hospital in Boston, a research center for mesothelioma, where, in July the tumor was thought most likely a papillary adenocarcinoma of the lung, staged at IIIB.

In late July 2003 FV decided to consult with Dr. David Sugarbaker, a thoracic surgeon and expert in pleural lesions at Brigham and Women's. At Brigham, CT scans of the abdomen and pelvis were clear. A total body PET scan confirmed the extensive left pleural lesions but showed no evidence of distant metastatic disease. Since the disease seemed localized to the chest, Dr. Sugarbaker proposed the tumor be treated as if it were a pleural lesion like a mesothelioma with extensive surgery, including removal of the entire left lung, the pericardium and the left side of the diaphragm.

This debilitating approach seemed excessive, so FV, upon returning home, consulted with an oncologist in the Washington DC area who believed the situation should be approached initially not with surgery but instead with an aggressive chemotherapy regimen. If the tumors regressed significantly, a less aggressive procedure might be feasible. The oncologist also consulted with three additional thoracic surgeons, including one within the NIH system, who felt the surgical approach suggested in Boston overly aggressive, and that the tumor should be treated as a primary lung cancer, not as a pleural tumor like mesothelioma. All believed chemotherapy should be the initial therapy of choice.

FV then traveled to New York for a consultation with the Chief of Thoracic Surgery at Memorial Sloan-Kettering, who concurred that the disease appeared to be lung cancer that had spread to the pleura, not the other way around. She recommended chemotherapy as the first line treatment, perhaps followed by surgery.

With the debate resolved, in September 2002 FV began a four-cycle course of Gemzar and carboplatin. After he completed his last treatment in November 2002, a CT scan revealed some slight worsening in the largest tumor, despite the chemotherapy:

"The cystic structure in the posterior left upper lung…measuring 4.8 x 6 cm, compared to prior measurements of 4.5 and 5.9 cm. The pleural based lateral left upper lung lesions are also essentially unchanged, measuring 2.6 and 2.9 cm, compared to prior measurements of 2.8 and 2.9. The rest of the pleural-based masses and left basilar pulmonary nodules are unchanged…"

Since the disease had progressed, even if slightly, FV began investigating alternative approaches, learned of our work and consulted with me in mid December 2003. At the time, he generally felt well and seemed to have recovered from chemotherapy quickly. Thereafter, he began his nutritional regimen with great dedication and superb compliance. When I saw him for a return office visit three months later, in April 2004, he reported feeling "great." Two months later, in June 2004, PET/CT scan testing confirmed improvement in his disease, as he followed only his nutritional regimen. The CT describes:

"CT-CHEST: Numerous pleural-based masses, and small ones adjacent to the pericardial surface are present…Most of these lesions appear marginally smaller than they previously did (note: compared to the November 2003 CT scan), by a few millimeters. The largest lesion, located posteromedially in the mid-chest, again appears largely necrotic…
"Soft tissue abnormality in the left upper quadrant of the abdomen, anterior to the splenic flexure, appear slightly smaller in overall bulk as compared to the prior study…"
Note that the prior radiology reports had not described the lesion in the abdomen, a metastatic focus which would confirm stage IV, not stage III disease. Apparently the lesion had been evident on prior scans, but not described in the official report.
The overall summary of the June PET/CT states:
"IMPRESSION: PET scans shows numerous pleural-based pathologic foci in the left hemithorax, consistent with numerous foci of metastatic neoplasm. A lesion at the anterior aspect of the left upper quadrant of the abdomen, or immediately adjacent diaphragmatic surface is present….
"CT examination of the chest shows minimal decrease in the overall size of the numerous pleural-based masses in the left hemithorax, and in the region located either in the left upper quadrant of the abdomen…"
So, while the PET confirmed residual active cancer, the CT scan indicated universal, though slight, reduction in the many tumors with advancing necrosis in the largest remaining tumor.
Since that time, FV has continued his nutrition regimen vigorously, and has done extremely well. He has declined all invitations for follow up CT and PET/CT scanning, stating he wouldn't change his treatment regardless of what the tests show. So, while we don't have clear evidence of additional tumor regression, his continued survival, now at three years since he began his nutritional regimen, and his excellent general health speak for themselves.
His course has had only one complication. In the spring of 2006, FV felt well enough to take a trip to Europe with his wife. Upon arriving abroad, he developed severe headaches requiring hospitalization. After CT scans and MRI's of the head showed nothing, he was eventually diagnosed with a cerebrospinal fluid leak. He returned to the United States, the problem eventually resolved and once again, FV is back to his usual state of well being.
In analyzing this case, it's important to keep in mind that although the disease was originally classified as stage IIIB lung cancer, the PET/CT scans in June 2004 clearly showed an abdominal lesion that would indicate stage IV metastatic disease. Though evident on prior scans, this lesion was not mentioned in the formal reports. Also, a CT scan done weeks after FV completed his four cycles of aggressive chemotherapy showed no reduction in any of the tumors, and some enlargement. Only after he had followed nutritional program some six months did the PET/CT scans document regression in all tumors, and the appearance of significant necrosis in the largest.
For patients with stage IV non-small cell lung cancer, studies show chemotherapy improves average survival by about one month over supportive care only. Even with the newest most aggressive chemotherapy regimens, median survival is still only 9-10 months, with, depending on the regimen, a mere 25-40% of patients living 1 year.3 Virtually none survive 5 years. FV's 3-year survival and excellent health are even at this point extraordinary.

CASE 12

Patient RZ: Lost to Follow-up After Tumor Regression of Lung Cancer
Patient RZ was one of the first patients I treated with a diagnosis of metastatic lung cancer after I opened my practice in late 1987. He had smoked cigarettes heavily for 28 years, before quitting

some 15 years prior to developing cancer. Otherwise his health had generally been good when in early 1987, he first developed persistent chest pain and cough. When his symptoms did not resolve, he consulted his local physician. After an x-ray revealed a right lung mass, in March 1987 he underwent bronchoscopy with biopsy confirming adenocarcinoma of the lung. A CT showed two tumors, one in the right apex, the second in the right hilum, though the left lung appeared clear. Since the disease appeared limited to the right lung, surgery was immediately suggested. RZ initially refused all conventional intervention but when his symptoms worsened he agreed to proceed with surgery. In July 1987 he underwent a right pneumonectomy, with the pathology report describing a 2.5 cm lesion, consistent with poorly differentiated adenocarcinoma, extensively invading the hilar lymph nodes. He was staged at III, and proceeded postoperatively with a course of radiation to the chest totaling 4500 rads.

RZ subsequently did well until September 1988, when he developed persistent headaches and olfactory hallucinations described as putrid foul smells. A CT scan of the head in October 1988 revealed multiple tumors located in the temporal, right frontal and left occipital areas with associated edema. His doctor prescribed the steroid Decadron to reduce the cerebral swelling but the symptoms did not improve. In early November 1988 he proceeded with a ten-day course of radiation to the head, ultimately receiving a total of 3000 rads, with some improvement in his symptoms. In December 1988, a month after completing radiation, a CT scan of the head revealed the situation had worsened despite treatment:

"Multiple, bilateral intracerebral ring-enhancing lesions, consistent with metastases. In addition there appears to be an early left cerebellar hemisphere lesion. Many of these were noted on Oct---1988. However, several new small areas of abnormality are identified on the present exam, not previously seen…"

At this point, with his disease progressing, RZ, who already had been investigating alternative approaches to cancer, came to New York for a consultation with me. He reported severe neurological symptoms, including headaches, that had recently recurred despite Decadron. He thereafter began his nutritional program with initial great enthusiasm, and in January 1989, after he had completed but a month on his nutritional program, a CT scan showed significant improvement:

"When compared to the last previous exam of 12—88, there has been diminution both in the size and number of the visualized intracranial lesions. No new areas of abnormality are seen."

According to his oncologist's notes, a bone scan in March 1989 showed clearing of previous noted bone lesions, though I do not have the actual radiology report.

At that point, RZ was symptom-free and strong enough to return to his stressful job. Unfortunately, he felt so well he became careless with his supplement regimen and diet, and by April 1989 was by his own admission less than 50% compliant with his overall protocol. Not surprisingly, after his neurological symptoms returned with a vengeance, a CT scan in May 1989 revealed worsening disease:

"Increased intracranial edema and size of previously reported intracranial metastases when compared to 3---89."After a discussion with me about the need for perfect compliance, RZ resumed his full program as prescribed. His symptoms rapidly improved and a CT scan in July 1989 demonstrated reduction in all his brain tumors:

"The three metastatic lesions on the 5---89 CT have decreased in size. No new metastatic lesions are seen…."

With the return of his good health, RZ again became careless with his program. I last saw him in September 1989, nine months since our first session, when after several weeks of poor compliance his neurological symptoms had returned. Thereafter, he was lost to follow-up. He had no family that I knew of, and despite my efforts, I could never learn what happened to him

In this case, the patient's disease, before he had consulted with me, had progressed despite intensive radiation to the brain. After he began his nutritional program the brain (and apparently the bone) lesions regressed, only to worsen when compliance fell off. When RZ became more

adherent to the prescribed regimen, the brain tumors again improved. Ultimately, he lacked the dedication and discipline to stick to the program as required.
DeVita reports a median survival of 15-18 weeks for patients with multiple metastatic brain lesions from non-small cell lung cancer treated with intensive radiation.4 So, despite his compliance problems, this patient's 36+ weeks of survival beat the odds.
And, again despite his lapses, I thought this patient of interest since he remains one of the few I have ever treated with brain metastases from a primary lung neoplasm. Though in recent years occasional patients in this situation have contacted our office seeking information about our therapy, most are so far into the terminal stages of their illness we can't justify trying to treat them. For better or worse, in this age of aggressive oncology, patients facing this diagnosis invariably get shunted frantically and immediately into multi agent chemotherapy and radiation. Only after months of futile treatment, when the disease explodes and the patient weakens, do they begin looking into alternative options. By then, it is too late. I believe we could help many diagnosed with this terrible condition if, like RZ, they came earlier in their course, but over the last decade this has simply not been the case. And we do not accept patients for treatment whom we believe we can't help.

CASE 13

Patient SV: A 5.5-Year Survivor of Lung Cancer
Patient SV is a 44-year old woman who had been in good health when in 1998, she first noticed the need to repeatedly clear her throat, a symptom she attributed to persistent postnasal drip. By 1999, she had developed a mild non-productive cough associated with a gradual decline in energy, attributed to the demands of tending to her new baby.
During 1998 and 1999, SV repeatedly consulted her primary care physician because of ongoing respiratory symptoms, but she was reassured she had nothing more serious than a recurrent viral syndrome that warranted no further testing. When the cough and fatigue persisted, she was ultimately referred to an allergist who thought the symptoms were unrelated to allergies. However, no chest x-ray was suggested.
The cough and associated problems continued into 2000. At one point in 2000 during a family visit, after hearing the cough, the patient's sister, a medical professional, insisted a chest x-ray and TB testing be done. Subsequently, when a TB skin test was negative, SV chose not to follow up with the chest x-ray. A month later, in October 2000, SV developed a significantly worsening cough associated with a high fever and severe fatigue. She visited her doctor who after an exam announced she once again had a viral infection. When, at end of November 2000, the cough worsened, she requested an x-ray, which her doctor told her showed pneumonia. When the symptoms did not improve after a second course of antibiotics, a repeat chest x-ray revealed a persistent left lung infiltrate. A CT at that point then showed a large lesion in the left lower lung consistent with primary lung cancer.
SV was referred to a pulmonologist for bronchoscopy and biopsy, which confirmed adenocarcinoma of the lung. With the diagnosis finally made, the patient met with a local oncologist who ordered a full metastatic work-up. A CT scan of the abdomen and pelvis showed a porta hepatis mass that was considered insignificant. In January 2001 SV decided to consult with an oncologist and lung cancer specialist at the Mary Hitchcock Medical Center in New Hampshire. At Hitchcock, after a PET scan revealed only the large lung tumor, with no evidence of metastatic disease, the physician recommended surgery for resection of the lesion as soon as possible.
In January 2001 SV then met with the Chief of Thoracic Surgery at Memorial Sloan-Kettering in New York. Repeat bronchoscopy at Memorial with transbronchial biopsy confirmed moderately differentiated mucin secreting adenocarcinoma. Repeat PET scan showed a 5.5 cm lesion in the

left lung as well as a 1 cm secondary satellite lesion, but CT scans of the head, abdomen and pelvis were clear. Subsequently, in February 2001 at Memorial, SV underwent left lower lobectomy with the pathology report describing a tumor 6.2 cm in diameter, consistent with moderately differentiated mucinous adenocarcinoma. Tumor had invaded three of eight lymph nodes evaluated, a very dire prognostic indicator.

According to the patient, the Memorial surgeon warned that neither chemotherapy nor radiation would be very helpful long term and should be held in reserve until the disease recurred, as it most likely soon would. SV decided she nonetheless wished to meet with an oncologist, so she consulted at Memorial with a physician pursuing a vaccine research study designed for patients with stage III lung cancer. At the same time, she began investigating our work, which a friend had discussed with her. The same day she first consulted with me in March 2001 she also visited Memorial Sloan-Kettering to discuss both chemotherapy and the vaccine trial. The physician's note from that day clearly expresses the poor prognosis SV faced:

"I had a lengthy discussion with the patient and her husband regarding the situation. The patient already understands that because of her stage, she is at risk for recurrence in the future. We discussed in detail the role of adjuvant chemotherapy and radiation therapy. In one meta-analysis published in 1995, cisplatin based chemotherapy improved the rate of survival by 5% after five years. Radiation typically has been described as improving local control without improvement in survival due to the risk of systemic metastases. One recent trial published in the New England Journal indicated that the addition of chemotherapy with etoposide and cisplatin to adjuvant radiation did not improve survival."

In the same note, though the oncologist clearly admits that radiation and intensive chemotherapy essentially do little, two sentences later he nonetheless recommends the patient be aggressively treated anyway!

"For this patient, who is quite young, I would probably favor aggressive treatment, providing her with some adjuvant chemotherapy with a cisplatin-based regimen…In addition, I also discussed with her clinical trials..."

The vaccine trial, offered as an option to aggressive chemotherapy, turned out to be a preliminary pilot study. Then, after her consultation with me and the Sloan-Kettering physician, SV met with her local oncologist, who told her that even with aggressive chemotherapy and radiation, only one in five patients with her specific diagnosis and stage lived beyond a "couple years."

Since little data favored any of the orthodox treatments, SV decided to forgo all conventional approaches and begin our nutritional regimen. When we met for our second session some days later, she handed me a copy of the consent form for the Memorial Sloan-Kettering clinical study. I found it informative in that the researchers clearly discuss the aggressive nature of lung cancer, and its notorious resistance to standard approaches:

"Non-small cell lung cancer is a difficult disease to treat. Even after curative surgery, there is a high likelihood of the cancer returning. Chemotherapy and radiation are sometimes given after surgery to decrease the chance that the cancer will come back; however it is unclear whether this really helps. In this study, we are trying to develop a different approach to treat patents with non-small cell lung cancer after surgery. We are testing a new vaccine designed to boost your immune system against your cancer…"

SV then began my therapy with great determination and great dedication. A follow up CT scan from February 2003 did reveal a 2-3 mm nodule in the periphery of the right lung. A follow up scan in September 2003 showed that "The nodule in the periphery of the right lung posteriorly….remains unchanged and stable." Repeat CT scans in August 2004 reported "A stable 2-3 mm pulmonary nodule is seen in the right lower lobe. No new nodules are seen…" Her most recent scans in October 2005 were completely clear.

Today, more than 5.5 years first beginning her nutritional therapy, SV remains compliant and in good health with no evidence of recurrent disease. She continues to follow up periodically with

her local oncologist, who seems very supportive of the road she has taken.

CASE 14

Patient DQ: a 15-Year Survivor of Renal Cell Carcinoma
Patient DQ is a 82 year-old man who had past history pertinent for celiac disease, gout and chronic borderline anemia. In October of 1990 his primary physician noted an abdominal mass during a routine yearly physical examination. Subsequent MRI and CT scan studies revealed a 14 cm tumor in the left kidney, with no evidence of metastases. Chest X-ray and bone scan were both clear, and in late October 1990 DQ underwent exploratory laparotomy and left nephrectomy. Pathology studies confirmed renal cell carcinoma, with 1/1 adjacent nodes positive for invasive cancer.
DQ was then referred to a major New York medical center for additional evaluation and treatment. There, in December 1990 he agreed to enter a clinical trial testing alpha-interferon, an immune stimulant, against kidney cancer. After repeat chest and abdominal CT scans showed no evidence of residual or recurrent disease, DQ then began an eight-cycle course of intensive interferon, which he completed in August of 1991.
Thereafter, DQ did well until November 1991, when he noticed a lump in the left parietal-occipital region of the skull that rapidly enlarged over a period of several days. In early December needle aspiration of the mass confirmed "Adenocarcinoma, consistent with metastatic renal tubular carcinoma."
A subsequent CT of the head indicated that the tumor had penetrated through the skull into the cranium, as the report states:
"There is a lytic lesion within the left parietal bone with an associated enhancing soft tissue mass, consistent with a metastasis. There is intracranial extension of the enhancing soft tissue, as well as extension into the subcutaneous tissues of the left parietal scalp."
A bone scan revealed "a large focal area of increased radiopharmaceutical uptake with a photopenic center consistent with metastatic disease in the left occipital region of the skull." A CT scan of the chest indicated "Small nodule at the left lung base…which may be an area of fibrosis as described. Two other smaller densities in the middle lobe and the left lower lobe as described of questionable significance." However, these lung findings had not been reported on the chest CT of December 1990.
DQ then began a one month course of radiation to the skull mass, totaling 4000 rads and completed in January 1992. Despite the treatment, the tumor regressed only marginally. DQ, having been told he had incurable disease, began looking into alternative approaches, learned of my work and decided to pursue my protocol. When we first met in January 1992, only a week after he had finished radiation, DQ reported significantly diminished energy, along with a 20 pound weight loss occurring during the previous six weeks. On exam, I immediately noticed a lemon sized mass sticking out of his skull in the left parietal area.
Shortly thereafter, DQ began his nutritional protocol, complied well and within weeks reported a significant improvement in his energy and well being, as well as a 20 pound weight gain. After three months on his nutritional protocol, the previously noted large skull mass completely resolved. A repeat bone scan in June 1993, after DQ had completed some 16 months of treatment, revealed "No evidence of bony metastatic disease." Not only had the lesion disappeared, but the underlying skull had healed. Today, nearly 15 years since he first consulted me, DQ remains completely adherent to his treatment, is in excellent health and cancer-free.
Several points need mentioning. Renal cell carcinoma once metastatic is a very deadly disease: DeVita reports a median survival of only 50 days for patients with stage IV kidney cancer, despite

treatment.4 This neoplasm resists not only chemotherapy and immunotherapy, but radiation as well. In this case, DQ's doctors suggested radiation not as a potential cure but as palliation, hoping to slow the spread of the tumor into the brain. In any event, the response was negligible. While some radiation oncologists report that at times, the benefit of radiation therapy might continue for up to two months, DQ showed significant response only after his third month on his nutritional program. Furthermore, although his radiologists initially downplayed the new findings on the chest CT in late 1991, in retrospect these lesions may have indicated the beginnings of explosive spread.

CASE 15

Patient UB: A 6.5-Plus Year Survivor of Renal Pelvic Cancer

In July of 1989, Patient UB, at the time a 66-year old Caribbean woman, first developed hematuria. Cystoscopy revealed only a benign urethrocoele, and a right retrograde pyelogram showed no abnormalities. Subsequent urine cytology in January 1990 was negative but in May 1991 she consulted her urologist again after noticing blood in her urine. According to the physician's notes, this time "urine cytology showed atypical cells on 2 occasions and malignant cells in one specimen. Repeat IVP showed a defect in the right renal pelvis."

When repeat cystoscopy in June 1991 revealed a normal bladder mucosa, but significant blood in the right ureter, her urologist suspected she "most likely has a right renal pelvis tumor and have advised her family that she will most likely need nephro-ureterectomy." The patient then agreed to a needle biopsy of the right renal tumor, which showed, according to the patient and her family, renal pelvic cancer – though we do not have the actual pathology report of this test in our possession.

When UB learned of our approach from her daughter who lives in the United States, she cancelled surgery despite the urgings of her urologist and decided to proceed with our treatment. During our first session in July 1991, she reported intermittent right flank pain and urethral burning on urination, but no other symptoms. I urged her to reconsider surgery, which I explained could be curative if the disease proved localized. She adamantly held her course, stating that she had had enough surgery in her life – she had years early undergone hysterectomy - and would not allow any more, whether I would accept her as a patient or not. So, with her point well made, we agreed to proceed.

She proved to be a very compliant patient and did well clinically, with rapid resolution of her flank pain and no further episodes of hematuria. On her home island, she studiously avoided contact with all other doctors despite my wish she consult with them at least on occasion. Since she had no insurance, frequent testing to monitor her progress was simply out of the question – not that she would have agreed to it anyway. But in October 1995, after she completed four years on our treatment, she did allow an abdominal ultrasound, which revealed a normal right kidney except for a 2.3 cm simple cyst in the pole. Otherwise, the report states: "No solid tumor mass seen. The left kidney and the remainder of the abdominal organs were normal in appearance."

During the first four years on therapy, UB did return periodically to New York for re-evaluations. After 1995, she could not afford the expense of the trips, so I agreed to follow her by phone. My last contact with her was in 1998, after she had been on the program for 6.5 years. At that time she was feeling well, with no complaints.

In this patient, her resolution of signs and symptoms, her lack of disease spread and her long survival all indicate a good response to treatment, particularly since she refused all orthodox interventions including surgery. Furthermore, ultrasound studies after four years on treatment confirmed the previously documented renal pelvis tumor had resolved completely. Unfortunately, we never received the actual pathology report of the needle biopsy, so her records are in that

sense incomplete. But the patient and family members carefully described the procedure and the results that had been reported to her. And, we do have the urologist's discussion of the positive cytology and IVP findings to confirm the diagnosis of cancer. Despite the one missing document, I included her because she did so well following only our nutritional regimen.

CASE 16

Patient IL: A 4.5-Year Survivor of Colon Cancer
Patient IL is a 57 year-old man with a family history pertinent for a brain cancer in his mother, colon cancer in an uncle, and lung cancer in a second uncle.
He himself had generally been in very good health when beginning in 2000, he noticed a change in his bowel habits, including increased mucus in his stools, chronic indigestion, bloating and what he described as gas pains. He adopted a whole foods, vegetarian way of eating hoping for some relief, but over time his symptoms only worsened.
In mid 2001, he first noticed intermittent bright red blood in his stools. Some months later, in October 2001, he developed symptoms consistent with a bowel obstruction, including severe pain, bloating, abdominal distension, and an inability to move his bowels. When the symptoms resolved after several hours, he chose not to seek medical attention.
Several weeks later, in November 2001, the symptoms returned with a vengeance. He hoped once again to ride out the crisis, but over a three-day period the pain, bloating and distension worsened to the point he finally went to the local emergency room. A barium enema revealed an "apple core" lesion in the sigmoid colon indicating a tumor. When a subsequent sigmoidoscopy revealed a complete obstruction, the patient underwent emergency laparotomy, resection of the sigmoid colon along with the tumor, and placement of a temporary colostomy. The surgeon also discovered, as his operative note reports, "palpable nodules in the liver, which I felt to be more cystic than solid, but there were a couple studs that were solid." He removed one of the liver lesions for evaluation.
The pathologist's summary describes a large colon tumor, but doesn't give exact dimensions, though it states "The mass locally grossly appears to extend to the underlying adipose tissue," and defines the tumor as "moderately differentiated adenocarcinoma, extending through the bowel wall, and present on the serosal surface." Though cancer had infiltrated two of nine lymph nodes examined, the liver tissue seemed most consistent with a benign hemangioma.
Postoperatively, a CEA test, a tumor marker for colon cancer, came back elevated at 5.1 (with normal less than 3), an indication of remaining malignant activity. No CEA had been done before surgery, so there were no results for comparison.
IL did subsequently meet with an oncologist who suspected the tumor had invaded the liver, despite the negative biopsy. He insisted chemotherapy needed to begin quickly, but upon questioning admitted if the cancer had indeed spread, treatment would do little. IL, who already had a strong interest in alternative medicine, decided to refuse conventional treatment and instead began self- medicating with a variety of nutritional supplements. After learning about our work from a local chiropractor, he chose to proceed with our treatment. He contacted our office in early January 2002, but we suggested he come in only after reversal of his colostomy.
Since the patient has been rushed into surgery in crisis from an obstruction, no preoperative CT scan had been done. Finally, in mid January, his doctors pushed for a scan, which revealed evidence of multiple metastatic lesions in the liver as the official report describes:
"Unfortunately, within the liver there are numerous small hypo-enhancing lesions, some of these are very hypo enhancing to the point where one might consider cysts, but others are more intermediate density. 5 mm thick slices were obtained to increase the sensitivity. The largest of these lesions is only about 1 x 1.5 cm. These are suspicious for metastatic disease…."

The radiologist also noted "very minimal subpleural densities seen at the mid left lung field" which he felt "should be rechecked within several months." In his summary, he reports that "I suppose the liver findings increase suspicions of the left lower lobe findings however my feeling is that the lung changes will prove to be benign…" Quite likely, based on the CT findings, cancer had spread into the liver and possibly to the lungs. The negative liver biopsy, the patient was told, might only indicate that the liver contained both benign and malignant nodules, as the CT scan seemed to show.

In late January 2002, the patient returned to surgery for reversal of the colostomy and lysis of adhesions that had formed since the first operation. During the procedure, unfortunately, none of the liver lesions were biopsied.

When IL was first seen in my office in mid March 2002, he seemed enthusiastic about the therapy and subsequently followed the regimen faithfully. Today, more than 4.5 years on treatment and five years from his original diagnosis, he remains fully compliant and enjoys excellent health.

Over the years that he has been my patient, IL has chosen not to undergo any further CT scans, a decision I have respected. He says no matter what the scans show, he wouldn't agree to chemotherapy nor would he change his treatment. He doesn't want the radiation exposure, which is significant, the worry, or the expense. So, I have no idea what has happened to the liver, or its lesions, I only know the patient is alive and well.

Even if we disregard the CT liver findings for a moment, a number of salient signs point toward a dismal prognosis. The literature reports that patients who initially present with an obstructing lesion have a far worse prognosis than those who don't, even if the disease is otherwise localized. DeVita states in this regard:

"The presence of obstruction has been found to reduce the 5-year survival rate to 31%, as compared with 72% for patients without obstruction."

Furthermore, in this patient's case, the fact that the tumor had already invaded through the bowel wall and infiltrated into two lymph nodes signaled future trouble. The CEA level after surgery, though only mildly elevated, nonetheless also warned of a future recurrence – regardless of what may have been going on in the liver. Harrison's reports that a high CEA before surgery, whatever the stage, suggests a poor prognosis:

"Regardless of the clinicopathological stage, a preoperative elevation of the plasma carcinoembryonic antigen (CEA) level predicts eventual tumor recurrence."

IL's elevated postoperative CEA served as an even more worrisome prognostic indicator. But finally, if we accept the expert radiologist's conclusion that cancer had infiltrated the liver, the prognosis turns dire. DeVita reports median survivals in the range of 4.2 to 8.7 months for patients diagnosed with metastatic colon cancer receiving aggressive chemotherapy.2 In a large-scale study. Manfredi et al report 1- and 5-year survival rates were 34.8% and 3.3% for synchronous liver metastases (meaning liver metastases occurring at the time of the original diagnosis of colon cancer).4 These statistics include patients with solitary liver lesions, which can at times be resected along with the primary colon tumor, allowing for long term survival. In this case, IL, with multiple malignant appearing tumors on CT scan, not only has far outlived the predicted lifespan but has successfully avoided the toxic treatments his oncologist insisted five years ago needed to be done.

CASE 17

Patient FK: A 19-Year Survivor of Breast Cancer

Patient FK is a 71 year-old woman who had been in good health when in mid-1984, she first noticed a right breast mass. She was referred for a breast biopsy, which proved to be benign. However, within a month of the procedure, her health began to decline rapidly: she developed

gradually worsening fatigue, paresthesias and chronic wheezing. Her internist reassured her, telling her "not to worry."
After FK suffered a gradual weight loss in early 1985, in April her right breast and axillary region suddenly enlarged, turned red and painful. Her physician, assuming she had an infected breast, prescribed antibiotics, but the breast swelling only worsened and in August 1985 she was admitted to a local hospital for evaluation. On exam, FK was found to have a malignant appearing 8 by 8 cm mass, confirmed as cancer by biopsy. Hormone receptors were negative. The tumor was thought far too large for resection, so in September 1985, FK began radiotherapy to the chest wall, eventually receiving a total of 5100 rads. After completing treatment, she underwent a right modified radical mastectomy, with the pathology report describing infiltrating ductal carcinoma of the breast, involving 17/17 axillary nodes at all levels.
Shortly after surgery, FK began chemotherapy with CMF, a protocol she continued for the next two years. In August 1987, while still on treatment, she developed pain in her ribs and sternum. A bone scan in September 1987 documented increased activity in the sternum and two right anterior ribs consistent with metastatic disease. X-ray studies confirmed probable sternum metastases.
Since she had developed recurrent disease while receiving aggressive chemotherapy, FK began investigating alternative approaches to cancer. She learned of my work and first came to my office in December 1987, while she still continued chemotherapy. At that time, she complained of fatigue and severe depression, particularly worse after each dose of chemotherapy.
After beginning her nutritional therapy in late 1987, she proved to be a very determined and compliant patient. Initially, because her oncologist had so frightened her with his dire prognosis, she continued on single agent chemotherapy, methotrexate. Since she had already failed the CMF regimen which included the drug, this approach didn't make much sense to me, but her oncologist, who already announced her disease had reached a terminal phase, apparently hoped the treatment might extend her life a few months. Usually, we discourage patients from beginning our program if they will be continuing chemotherapy, but in this case, I agreed to the combined approach. Once on her nutritional regimen, FK reported a dramatic improvement in her general health, with resolution of her bone pain and depression. She continued chemotherapy intermittently for five years with methotrexate and later vincristine, before finally giving it up entirely and continuing only on my therapy.
For many years, she avoided radiographic testing until May 2001, when a bone scan showed that the previously evident lesions had resolved completely. The official reports "No definite abnormal uptake of radiotracer suggesting skeletal metastasis." Today, 19 years after her recurrence, and 21 years since her original diagnosis of aggressive disease, she remains in excellent health with no evidence of cancer.
Although her course was initially complicated because she continued chemotherapy, at her oncologist's insistence, any drug effect can be discounted since she had developed metastatic disease while completing a two year course of chemotherapy. Also, chemotherapy, no matter the type, does not cure metastatic breast cancer into the bone. To put this unusual survival in perspective, in a comprehensive evaluation of women diagnosed with invasive breast cancer, all receiving conventional treatment, Elder reports a 2.4 year median survival after diagnosis of bone metastases.3

CASE 18

Patient IK: A 16-Year Survivor of Breast Cancer
Patient IK is a 64 year-old woman with a strong family history of breast cancer. She had previously been in good health when in the fall of 1986, routine mammography revealed a

suspicious mass in the left breast, confirmed by biopsy as ductal carcinoma in situ. Although her surgeon suggested a modified radical mastectomy, IK insisted a lumpectomy be done. The surgeon agreed, and removed the cancerous tumor. Since she had no evidence of metastatic disease, her doctors did not recommend additional adjuvant treatment.

She subsequently did well until July of 1989, when her physician detected a mass in the right breast. She underwent lumpectomy as well as excision of a 3 cm right axillary mass that proved to be a poorly differentiated adenocarcinoma, estrogen and progesterone receptor negative, invading and largely replacing the adjacent lymph node. After surgery, an abdominal ultrasound revealed a density on the right lobe of the liver consistent with metastatic disease. A needle biopsy of the hepatic lesion confirmed metastatic carcinoma, and a bone scan showed "multiple focal areas of increased activity in the spine consistent with metastatic carcinoma."

IK then began chemotherapy with CAF, a very aggressive protocol which she tolerated poorly. In late 1989, after completing three cycles, she refused further treatment and for several months, she did nothing before visiting Stanford in the spring of 1990 for a second opinion. There, after reviewing the previous biopsies and scans, the physicians concurred with the diagnosis of metastatic disease to the liver. The Stanford note reports "The diagnosis is confirmed and the liver involvement has been documented by the Stanford Pathology Laboratory."

Her doctor at Stanford recommended she immediately resume chemotherapy with CAF, but once again, IK refused to consider further orthodox therapy. Instead, after learning of my work, she decided to pursue my program and was first seen in my office in April of 1990.

She was quite ill at the time, suffering chronic pain in her liver. After returning home and beginning her regimen, the liver pain was so severe she required MS Contin for comfort. She also suffered fatigue and malaise lasting many months, before she finally began to improve.

When I saw her for a return evaluation in May 1991 - a year after she had begun her nutritional protocol - she felt much stronger and her abdominal pains had largely resolved. Unfortunately, she began to feel so well that without my knowledge, she subsequently discontinued her protocol, assuming she was "cured." In early July 1991, she called me very distraught, having just suffered a grand mal seizure, and admitted she had been off her protocol for several months. A CT scan of the brain revealed a high-density epidural mass in the left sphenoidal ridge and a small low density area in the right temporoparietal region. The radiology report reads "Both areas were heterogeneously enhanced with contrast medium and appear to be metastatic brain lesions."

Her doctors immediately recommended radiation to the brain, which IK refused. Instead, she resumed her full nutritional program with renewed dedication, quickly improved and never had another seizure. Follow up CT scans of both the head and abdomen in April 1992, less than a year after her recurrence, were completely normal – the previously noted liver and brain tumors were gone. The report of the head CT reads "There is no mass or mass effect…There is no evidence of metastatic disease…Normal CT scan of the head." The summary of the abdominal scan states: "Normal CT scan of the abdomen."

Since that time, IK has had an up and down history on my program, with periods of good compliance and periods of less than good compliance. I haven't seen her in my office in some years, but heard from friends that she is still doing well and still taking enzymes. Our last formal contact with her was in October of 2005, when she appeared to be doing fine, 15 years after her diagnosis of terminal metastatic breast cancer.

Her course with such terrible disease is certainly unusual. IK also served as her own "control;" when she followed the program she did well, and when she didn't comply, the cancer came back with a vengeance. The disease then completely regressed when adherence to therapy improved. We usually tell new patients coming to us with a history of metastatic cancer that they need to follow their nutritional regimens indefinitely, and must never assume they are completely free and clear. Dr. Isaacs and I think of cancer as a chronic degenerative disease, akin to diabetes, that can be managed successfully for years as long as patients follow their diet and take their

enzymes. When a patient falls off the wagon, as in this case, cancer can return and cause havoc. Renewed dedication to the treatment can usually get the situation back under control.
Regardless of her compliance lapses, IK's survival is extraordinary. As the medical literature documents, breast cancer, when metastatic to either the brain or liver, is a deadly disease. In a series of patients with brain metastases specifically, Lentzsch et al report a median survival of 23 weeks for those with more than one lesion, despite aggressive conventional treatment.4 In a group of patients with at least one lesion receiving supportive care only, the authors describe a median survival of 5 weeks.
Eichbaum et al studied a group of 350 women with breast cancer that had metastasized to the liver.5 The authors describe a median survival, regardless of the conventional treatment given, of 14 months, somewhat better than the numbers for brain metastases, but still dismal.
In this case, IK had evidence of liver, brain and bone metastases, as deadly a combination as can be imagined.

CASE 19

Patient AR: A 16-Year Survivor of Breast Cancer
Patient AR is a 72 year-old woman who had generally been in good health when in July 1990, she detected a left breast mass. Mammography revealed, as the official report states, "several areas of increased density with the upper outer aspect of the left breast which appear markedly asymmetric as compared to the right breast and which have the appearance of mass densities with irregular margins." After an ultrasound confirmed a 1.8 cm density in the left breast, the patient was scheduled for a lumpectomy.
A routine preoperative chest X-ray showed nothing, but a chemistry blood screen demonstrated markedly elevated liver functions tests with an alkaline phosphatase of 154 (normal less than 140), AST of 89 (normal less than 50) and a ALT of 138 (normal less than 55). But an abdominal ultrasound revealed a normal liver with "no metastases." Then in September 1990, AR underwent excisional biopsy (lumpectomy) for what proved to be a much larger tumor than had been expected based on the mammography and ultrasound findings, measuring 4 X 3 X 3.2 cms. The mass, which could not be completely removed, was found consistent with a well-differentiated mucinous adenocarcinoma of the breast, estrogen and progesterone receptor positive. The pathology report states ominously "The lesion extends to the margins of the specimen submitted on the lateral and undersurface."
After a bone scan revealed only arthritic changes, AR met with her surgeon who insisted a mastectomy was now necessary since residual cancer remained in the breast. He suggested that after the procedure, she undergo a course of intensive multi-agent chemotherapy. AR also met with a radiation oncologist and a medical oncologist, who both agreed that because of the size of the tumor, she required, after surgery, radiation followed by chemotherapy.
However, AR, as she later was to tell me, had seen "too many people cut to pieces and poisoned only to die," for her to agree to any further conventional treatment. She refused additional surgery, chemotherapy, and radiation, and instead investigated alternative approaches. After learning of my work through a friend, she first consulted with me in October 1990 and thereafter followed her program with great determination. As an quick benefit, within weeks her liver function tests normalized.
AR followed her program diligently for some eight years, until 1998, when I last saw her in my office. During this time, she refused all testing other than routine blood analysis, saying she wouldn't change her therapy regardless of what the studies showed. Sixteen years out from her original diagnosis, she is in excellent health, active with various activities and hobbies. She follows components of the program, as much as her finances allow, and still refers patients to me

regularly.
AR, though lacking evidence of metastatic spread at the time of her original diagnosis, certainly represents a remarkable success. The size of the original tumor, coupled with the fact that residual cancer remained after the original lumpectomy, portended a troubling prognosis, even had she agreed to the proposed chemotherapy and radiation. On my program, however, she has enjoyed a healthy and cancer free life.
I included her because we have in our practice a number of women who despite evidence of substantial residual cancer in the breast after a positive biopsy, refused any further conventional intervention, instead choosing only our program for treatment. Though these women have generally done very well for very long periods of time – 16 years in the case of AR – we no longer accept patients with localized breast cancer who do not proceed with recommended surgical procedures. Our decision has not been dictated by a negative clinical experience, but rather the extraordinarily hostile legal environment that exists for alternative practitioners such as ourselves. Standard-of-care criteria require a woman like AR undergo further aggressive surgery, and the world would need a consciousness shift before we would consider taking on such patients again.

CASE 20

Patient VE: A 14.5-Year Survivor of Breast Cancer
Patient VE is a 62-year old woman with had a long history of fibrocystic breast disease, first diagnosed when she was 19 years old. Thereafter, her doctors followed her closely with frequent mammography, and two biopsies showing benign changes.
In 1991, mammography again indicated dense fibrocystic breasts as well as a new "1 cm nodular density in the upper and axillary portions of the right breast…This contains internal microcalcifications in a diffuse pattern, and represents a new finding…." Her doctors recommended biopsy, which VE, already interested in alternative approaches, refused, instead choosing to follow a nutritional program under the supervision of a local practitioner. However, repeated mammography in March 1992 showed a worsening picture:
"Once again, I note small nodule in the upper outer right breast, in association with many microcalcifications. Number of microcalcifications has increased slightly during the interval."
At that point, in the spring of 1992, VE underwent needle biopsies of eight lesions, four of which proved positive for ductal carcinoma. Since she had diffuse disease throughout the breast, her surgeon insisted she needed mastectomy. However, the patient decided to refuse all further surgery and any other conventional treatment, instead opting for our regimen.
When VE first consulted me in 1992, she had, on exam, very dense nodular breasts but seemed otherwise in good health. During our lengthy initial interview, I encouraged her to reconsider surgery, which for early stage breast cancer can often be curative. In a calm and determined way she explained her decision to refuse disfiguring surgery or toxic conventional treatment, whether I chose to be her doctor or not, so I agreed to treat her.
She subsequently followed her regimen diligently, and over the years has done extremely well, though declining all further testing. Today, she adheres to a maintenance protocol and appears to be in excellent health, now 14.5 years from her biopsy diagnosis.
As in the case of AR, Dr. Isaacs and I most likely would not agree to treat a patient like this today. The legal climate for alternative medicine remains repressive, the power and authority of conventional medicine, despite its well documented and rather glaring limitations, is formidable. However, I am gratified by the success of patients AR and VE, and the others like them in our practice, who were able to avoid all aggressive surgery as well as toxic drug and radiation treatments. They still have their breasts, their lives, and their health.

CASE 21

Patient BV: A 15-Year Survivor of Breast Cancer
Patient BV is a 67 year-old woman who had been in good health when routine mammography in October of 1991 revealed a suspicious breast mass. In late 1991 she underwent biopsy and lumpectomy, with removal of a 2.1 cm. tumor confirmed as in situ and infiltrating ductal carcinoma. Though no nodes were sampled, a bone scan in December 1991 as part of routine follow-up testing demonstrated increased uptake in the right proximal femur. An MRI in January 1992 documented a lesion on the right greater trochanter consistent with metastatic disease. The official report reads "A solitary lesion is noted distal to the right greater trochanter…most likely representing a metastatic lesion…"
The patient did meet with an orthopedic surgeon who suggested a course of aggressive surgery with hip replacement followed by radiation to the hip. Her breast surgeon insisted BV proceed with mastectomy and subsequent radiation to the chest wall. However, after learning of our approach, BV refused all further conventional interventions, instead choosing to proceed with my treatment.
When I first saw BV in early 1992, she reported severe fatigue and chronic right hip pain, severe enough that she had gone on disability from her job. After beginning her nutritional regimen, she proved to be a very determined, compliant patient. During her first months on therapy, she suffered migratory aches and pains, particularly severe in the right shoulder and hip, but these gradually resolved. In fact, after a period of some months she felt so well she returned to work full time.
Repeat bone scans in May 1992 – five months after BV began her treatment with me – showed, according to the report, "No definite evidence of metastatic disease." A follow-up scan in June 1993 was again clear, and today, nearly 15 years after she first consulted me, BV remains compliant with her full regimen, and disease free.
Her case is very straightforward. At the time of diagnosis, a bone scan and MRI documented a large tumor in her hip that regressed while she followed only her nutritional program.
Elder et al report a median survival of 2.4 years for women with breast cancer metastatic to bone,3 somewhat better statistics than for those diagnosed with brain or liver metastases. However, these numbers reference patients aggressively treated with conventional modalities such as surgery, chemotherapy and radiation, all of which BV refused.

CASE 22

Patient GX: A 9-Year Survivor of Breast Cancer
Patient GX is a 70+ woman with a family history pertinent for both colon and breast cancer. She had been in good health when in 1986, after a suspicious mammography, a biopsy confirmed infiltrating ductal carcinoma. She underwent right mastectomy, and three nodes were found infiltrated with metastatic cancer. She subsequently completed a six-week course of radiation to the chest wall, but received no chemotherapy. She did begin tamoxifen.
In early 1989, after she developed rectal bleeding, sigmoidoscopy revealed a 2 cm lesion in the sigmoid colon that was biopsied and found consistent with moderately differentiated adenocarcinoma. Prior to the planned colon surgery, CT scans showed no abnormalities in the abdomen, but a lesion in the lower right lung not evident on prior X-rays. The following day, the

patient underwent exploratory laparotomy and resection of the lower sigmoid colon for what proved to be Dukes' C disease, meaning the cancer had spread into regional lymph nodes. At that time, the lung finding was discounted as insignificant.
GX then completed six weeks of chemotherapy with 5-FU, followed by six weeks of radiation to the lower abdomen, then another six weeks of 5-FU. In addition, she continued on tamoxifen for her previously diagnosed breast cancer. Certainly, at this point, GX faced potential disaster, with two different cancers, each metastatic to local lymph nodes – a poor prognostic indicator for either. But she actually did fairly well, with subsequent CT scans confirming that the solitary pulmonary nodule had stabilized. In 1996, after she had been on tamoxifen for ten years, her doctors suggested the drug be discontinued, however a year later, in March 1997, a routine chest X-ray showed several new lesions. The radiology report describes "Suspicion of right lung nodules as above…a CT scan is recommended."
A CT scan in April 1997 revealed "Several 1 cm or smaller non-calcified pleural based lung nodules are noted on today's examination in the region of the right upper and lower lobes…" Her surgeon, a long time friend, told GX she had metastatic disease that might have originated from either the breast or colon primaries. He did not advocate for biopsy of the lung lesions since he felt the findings were clearly indicative of cancer. Nor did he press the case for additional conventional treatment when GX made it clear she would never agree to such an approach again. She had already learned of our work, and had chosen to proceed with us.
I first saw GX in my office in April of 1997, shortly after her diagnosis of recurrent disease. A determined, compliant and dedicated patient, I don't think she has missed a supplement in nine and a half years. And the results have been gratifying; a chest X-ray in April of 1998, a year after she had begun her nutritional program, showed no change in the left nodular density, but resolution of a right lower lung lesion and partial regression of a third right lower lobe nodule. In March of 1999, after GX had completed two full years of treatment, the report of a chest x-ray describes "Clear lungs." All the previously noted lesions were gone.
After those clear scans, GX continued doing well. In 2004, seven years after beginning our therapy, mammography revealed calcifications and nodularity in the left breast that on review, had been present on earlier studies dating back to 1993. After biopsy confirmed carcinoma, I agreed that she should proceed with mastectomy since the left breast had been problematic for more than a decade.
The breast contained a very small, 0.3 cm area of carcinoma, with no lymph node involvement. I don't believe this to have been a new lesion, but suspect her breast was so dense and fibrotic, with multiple long standing calcifications, that the blood supply to the area had probably been compromised, allowing this small cancer to exist though her metastatic disease resolved. I have made some changes in her protocol, which she continues to follow faithfully. Two years later, now nine and a half years since her diagnosis of metastatic disease, she continues doing well.
I have decided to include GX among my breast cancer survivors, though ultimately we don't know whether the lung lesions were breast or colon in origin. In either case, such spread invariably proves fatal, usually quickly. This patient's long term survival, coupled with radiographic evidence of tumor regression while following her nutritional protocol, certainly demonstrate a rather remarkable course for what would normally be a deadly situation.

CASE 23

Patient EZ: A 7-Year Survivor of Breast Cancer
In July 1987, after Patient EZ first noticed a left breast mass, she underwent first a needle biopsy confirming carcinoma, then a modified radical mastectomy. The pathology report describes mixed colloid carcinoma and intraductal and infiltrating duct carcinoma, with 1/7 nodes positive for malignancy. A metastatic work-up, including a bone scan, was negative. When estrogen

receptor studies came back positive, she started on tamoxifen.
EZ did well until September 1988 when routine blood testing revealed an elevated CEA at 14. A CT scan showed two lesions in the liver, and a bone scan demonstrated a right rib lesion, all thought consistent with metastatic disease.
In November 1988 EZ began chemotherapy with CMF, which she tolerated poorly. After six cycles, a repeat abdominal CT scan in April 1989 showed worsening disease. Though the previously noted two hepatic lesions remained unchanged, the radiologist noted a third new lesion, 2 cm in diameter. Since her disease had progressed, her oncologist added vincristine to the regimen, but EZ suffered such severe side effects, including debilitating nerve pain, she decided to discontinue all further chemotherapy. At that point, she was told to consider calling in hospice.
Instead, EZ began looking into other approaches, learned of our treatment and first consulted with me in June 1989. After returning home, an abdominal CT scan before she began her nutritional regimen revealed that the liver disease had only worsened despite vincristine added to the chemotherapy mix:
"There are several low attenuation lesions about the liver, the largest measuring 3 cm. In the lateral segment of the left lobe of the liver. This lesion appears enlarged since the prior examination. Additionally, a new lesion is noted about the right lobe of the liver. These likely represent metastatic disease."
Subsequently, EZ pursued her program with great dedication. Her local oncologist agreed to follow her since she lived some distance from our office, and after she had completed nearly a year on her protocol, a CT scan of the abdomen in April 1990 revealed significant improvement as documented in the written report:
"Comparison is made to the prior examination on 7/12/89. Since then, the metastatic lesions in the liver have decreased slightly in size. The low attenuation lesion in the medial segment of the left lobe now measures 2 cm in diameter as compared to 3 cm on the previous examination. That in the anterior segment of the right lobe now measures 2 cm as compared to previous measurement of 2.5 cm in diameter. No new lesions are identified."
A bone scan in November of 1990 showed resolution of the previously noted rib lesion:
"Comparison is made with the patient's last similar examination performed in October 1988. The only substantive interval change is the apparent resolution of an inferior right rib lesion…"
EZ thereafter continued on her nutritional protocol and in April 1991, nearly two years after beginning her program, a CT scan revealed continued improvement:
"Multiple small liver lesions most of which measure less than 5 mm in diameter in the medial segment of left lobe as well as anterior and posterior segments of right lobe."
A CT scan 14 months later, in June 1992 – after she had completed three years of treatment with us - demonstrated that the largest tumor, which previously had been solid, now appeared to be cystic:
"Three hypodense hepatic lesions remaining, the largest of which is located in the posterior segment of the right lobe of the liver, measuring approximately 1 cm in diameter, and has the CT characteristics of a simple cyst. The other hepatic lesions are smaller on the current study compared with the prior study (of 4/5/91)."
However, during the summer of 1993, EZ – after enjoying excellent health for four years while pursuing her nutritional program – reported gradually worsening fatigue. An ultrasound of the liver in July 1993 revealed new progression of the liver lesions, with one now measuring 7.5 cms in diameter.
The sudden worsening I find perplexing even today, years later. Over time, as patients improve, in some cases as cancer becomes less frightening, compliance can falter. As best as I could tell, EZ seemed to be compliant. I do know that her doctor, although willing to follow her, never supported her choice of treatment and repeatedly expressed his belief my therapy couldn't work. Such comments can, we have found, influence a patient's determination to stay with the

treatment.
Also, though I did make some adjustments to her program, today I would have pushed the dose of enzymes far more aggressively than I did in 1994. Often, such a change turns the situation around.
In any event, EZ continued on her program until April 1994 when she decided to stop all therapy, nearly five years after she had started with me. She wrote me a gracious note, thanking me for the years of generally healthy good life she had never expected, based on the terminal prognosis given her in 1989. I didn't hear from her again, until learning of her death more than two years later in August 1996 – some seven plus years after she had first consulted me in June of 1989. Eichbaum et al describe a median survival, regardless of the conventional treatment given, of 14 months for women with evidence of metastatic breast cancer into the liver, despite aggressive conventional treatment.5 In this case, EZ had documented bone metastases as well as multiple liver lesions. Certainly, with her stage IV condition, the evidence of progressive disease despite aggressive chemotherapy, at the time she began our nutritional therapy EZ faced a lifespan that would normally be measured in months. Her seven plus years survival, her generally excellent health during much of that time, and the documented regression of liver and bone lesions over a four year period while pursuing only my regimen represents a most unusual course for a most unusual patient.

CASE 24

Patient GR: A 7-Year Survivor of Breast Cancer
Patient GR received radiation to the chest as a teenager for treatment of keloids but otherwise had been in good health when in late 1986 she developed a left breast mass. After a biopsy confirmed carcinoma, in January 1987 she underwent a modified radical mastectomy for what proved to be adenocarcinoma, estrogen receptor positive, with metastatic disease in 8 of 23 nodes – a very poor prognostic indicator. However, chest X-ray, bone scan and abdominal ultrasound showed no evidence of metastatic disease. Postoperatively, GR completed a six-month course of adjuvant chemotherapy with CMF, followed by tamoxifen.
GR did well until late 1990 when she developed pleuritic chest pain which her local doctor treated with antibiotics. She improved somewhat, but then her symptoms worsened in the spring of 1991. After a chest x-ray in April 1991 revealed a left pleural effusion, she underwent thoracentesis, with cytology positive for the presence of malignant cells. A bone scan was negative. Tamoxifen was discontinued in favor of Megace, a synthetic progesterone analog used to treat breast cancer, but her respiratory symptoms only worsened. A repeat chest x-ray in May 1991 demonstrated a persistent pleural effusion, as a note from her oncologist confirms:
"Chest x-ray today reveals significant amount of fluid, certainly reaccumulation since her post-tap film...The patient will stay on Megace 80 mgs b.i.d…..She was encouraged not to take unapproved medications for her cancer."During a follow-up visit in July 1991, her situation seemed to be worsening:
"The patient has a significant amount of fluid which would make be (sic) think that the Megace is not working particularly well…"
A chest x-ray in August 1991 showed some slight improvement, described as "Moderately large left pleural effusion, smaller than on the previous examination." Since hormonal therapy had failed to control her disease, her doctors suggested aggressive chemotherapy, which GR refused. GR began investigating alternatives, learned of my work and first came to my office in September 1991. At that time, she continued on Megace, and reported severe shortness of breath as well as a persistent cough. After returning home, she discontinued the drug, began her nutritional protocol and within weeks noted a significant improvement in her breathing and overall well

being. She thereafter followed her program faithfully, and when I saw her in my office for a follow-up visit in April 1993, she reported feeling "wonderful," better than she had in years. Her respiratory symptoms had resolved and her pulmonary examination was normal. A repeat chest x-ray in April 1993 showed no evidence of pleural effusion or mass lesion. The report states: "Lungs are slightly hyperinflated compatible with chronic obstructive pulmonary disease. There has been a right mastectomy…No acute pulmonary infiltrates…"

For the first five years on therapy, GR enjoyed excellent health. However, she frequently reported severe personal stress, including a very difficult divorce involving aggressive legal actions. Over the years, she admitted the haggling with lawyers had begun to wear her out. By late 1996, she had developed fatigue, pelvic pain and chronic nausea that impeded her compliance with the regimen. A CT scan in November 1996 revealed bilateral ovarian masses obstructing the ureters, as the radiologist reported: "These are complicated appearing masses and the differential could include tumors, endometrioma or abscesses."

A chest CT showed no distinct masses, but:

"Loculated low density fluid-like collection in the lower left thorax pleural space….This could be consistent either with empyema or possibly an area of previously treated pleural metastatic disease with thickened pleura."

After ureteral stents were placed to decompress the kidneys, a biopsy of an ovarian mass confirmed recurrent, metastatic breast cancer. Though her doctors insisted GR begin chemotherapy at once, she refused, instead choosing to resume, as best as she could, her nutritional program. Within weeks, she began to improve in terms of her energy and well being. Unfortunately, eventually the stents obstructed again, and the nausea, anorexia and fatigue returned. By the spring of 1997 GR could no longer follow the full program and at my suggestion and that of her local doctors restarted tamoxifen.

Subsequently, as she struggled to continue my regimen, she was seen by a nephrologist at the Mayo Clinic in Arizona, but despite repeated stent changes, her kidney function never returned to normal. Nonetheless, to her doctors' surprise, she survived another year, ultimately dying in April 1998, nearly seven years after she had first consulted me.

Though this patient did ultimately succumb, it's important to emphasize that breast cancer recurring after aggressive chemotherapy and hormonal blockade, particularly when invading an organ system such as the lung, usually kills within months. In this patient's case, after developing severe pleural effusions in the spring of 1991, she responded only slightly to Megace. However, while being treated solely with our therapy, she had a quick clinical response with resolution of effusions as documented by x-ray studies in April 1993. Her seven years of life after her recurrence, and her excellent health until the last year, certainly illustrate a remarkable course.

Sometimes it's productive to look for explanations why one patient survives terrible disease, and another doesn't. In her case, she herself said repeatedly the terrible stress in her life "was killing me." Perhaps ultimately it did. Perhaps her body just wore out, after all she had been through, with the disease and the previous toxic treatment. But her family remains to this day grateful for the unexpected years she had with them.

CASE 25

Patient AR: A 14+ Year Survivor of Breast Cancer

Patient AR is a 74 year-old woman who had been generally in excellent health when she first detected a left breast nodule in August 1991. She did not immediately seek medical attention, instead deciding to self medicate with a number of nutritional supplements and dietary changes. When the mass did not regress, in March 1992, at the urging of a friend, she underwent

mammography, which revealed a suspicious left breast lesion.
In April 1992, AR proceeded with a left modified mastectomy. The pathology report describes two distinct lesions, one 2.0 cm in diameter, the other 1.6 cm, both consistent with infiltrating ductal carcinoma, estrogen receptor positive, progesterone receptor negative. Two of 13 evaluated lymph nodes were infiltrated with invasive carcinoma.
Her surgeon strongly recommended a one-year course of chemotherapy because of the positive lymph nodes, but the patient, already intent on proceeding with an alternative approach, declined further conventional treatment including hormonal blockade as well as chemotherapy. Then, after learning of my work, she was first seen in my office in August 1992.
Since that time, AR has been a dedicated, compliant, and very grateful patient. She still diligently follows her regimen, for which she credits the excellent health she has experienced over the past 14+ years. She remains very active, travels, and enjoys a number of outdoor activities.
Her course was very straightforward: after refusing the recommended chemotherapy and hormonal blockade, she has since followed only my nutritional regimen. Though she had no evidence of distant metastasis when she began with me, multicentric disease coupled with lymph node involvement augered for a poor prognosis. I believe she is an informative case, one of a series of women in our practice diagnosed with node positive disease, who avoided chemotherapy, radiation and hormonal blockade, and the attendant side effects, and experienced long-term disease free survival.

CASE 26

Patient RY: A 7-Year Survivor of Breast Cancer
Patient RY is a 53-year old woman who in January 1999 consulted her primary care physician because of persistent exhaustion. Blood work studies were unrevealing, but during a follow-up physical exam in April 1999 her physician detected a lump in the left breast. Mammography revealed a worrisome area, confirmed by ultrasound as two distinct suspicious nodules. A biopsy followed, documenting, as the pathology report describes, "At least three of these five biopsy specimens are involved by infiltrating carcinoma of ductal type."
A surgeon then suggested immediate mastectomy, but RY, with a long interest in alternative healing techniques, decided to delay surgery and instead traveled abroad for a stay at a healing retreat. She admits she hoped that intensive meditation coupled with a wholesome diet might generate a spontaneous remission.
When she returned home she sought a second opinion at a major teaching hospital in the Canadian city in which she lives. After the doctors again discussed surgical options, she agreed to a double lumpectomy in the left breast for excision of the two lesions identified on ultrasound, along with axillary dissection. In late December 1999, she underwent surgery as planned. The pathology report describes a 2.2 cm tumor, high grade III, estrogen receptor positive, with lymphatic vascular invasion. The tumor extended nearly to the surgical margins, and two additional areas distant from the main lesion proved to be cancerous. Cancer had also infiltrated into 13 of 16 lymph nodes, an indication of a dire prognosis.
In mid January, at a follow-up visit, her surgeon urged that because of the lymph node involvement, she consent to a course of aggressive chemotherapy. At that point RY, who had learned of our work, decided to proceed with our therapy. When we met for the first time in mid January, only several weeks after her surgery, she seemed to have weighted the options carefully and said bluntly she would refuse all conventional treatments.
After returning home to Canada, she began my program, which she followed with diligence. In March 2000 she did meet, as had already been planned, with an oncologist, whom she reported "went nuts" when she told him she was refusing chemotherapy. After he calmed down, he

admitted that even with aggressive chemotherapy, he could promise perhaps a 5% chance of long term survival due to the extensive lymph node involvement at the time of diagnosis.
In April 2000, after she had been on our therapy for three months, she detected a new nodularity in her upper left breast. An ultrasound revealed:
"Two solid nodules are seen in the left upper outer quadrant....I feel they should be viewed with suspicion, as they may represent involved lymph nodes. Sonographically guided biopsy is recommended."
RY chose not to proceed with biopsy, but instead concentrated on her nutritional program. Thereafter, she declined further radiographic testing, stayed faithfully on her nutritional regimen, and today, nearly seven years from our first meeting, enjoys generally excellent health. The left breast nodularity long ago regressed.
The Adjuvant! Online website provides survival statistics for a variety of cancers, broken down by specific stage. I was able, on the site, to find numbers that would apply to someone like RY. In women undergoing surgery for breast cancer who have nine or more positive nodes but no evidence of distant spread, and who receive no adjuvant therapy, only 5.7% will be alive and disease free at ten years.6 So, the numbers are better than what experts report for those with breast cancer that has invaded distant organs, such as the liver, brains or bones, but they are still not great.
In this case, the nature of the tumor - grade III/III on the Bloom/Richardson scale – itself portended a potentially poor prognosis, as did the 13 involved nodes. Importantly, during the initial months on therapy, on exam and as confirmed by ultrasound, RY had evidence of recurrent suspicious nodularity which subsequently regressed. In any event, in the seven years that she has been our patient, RY has successfully avoided chemotherapy and any other conventional treatment.

CASE 27

Patient RA: A 4.5-Year Survivor of Breast Cancer
Patient RA has a family history pertinent for multiple cases of cancer, including breast cancer. She herself had a long history of fibrocystic breast disease, followed closely by her doctors at the major academic center in the city in which she lives. In 1990, she developed a new left breast mass, that was initially not thought to be problematic, based on ambiguous mammography findings. When the mass persisted, in May 1991 she underwent aspiration of the nodule, which yielded cells suspicious for malignancy. Because of the worrisome findings, coupled with her strong family history of breast cancer, RA decided to proceed with prophylactic bilateral mastectomies. So, in May of 1991, she underwent a left modified mastectomy and a right simple mastectomy with lymph nodes left intact.
The right breast appeared to be cancer free, but a 1.2 cm lesion in the left breast proved to contain both infiltrating and lobular carcinoma, and four of 18 axillary nodes were positive, a negative prognostic indicator.
After surgery, an oncologist suggested RA enter a clinical trial comparing standard chemotherapy for node positive breast cancer against a new regimen consisting of Cytoxan, epirubicin and 5-FU, for six full cycles. After RA agreed to participate, she was assigned to the epirubicin arm of the study. She tolerated the protocol poorly, experiencing not only chronic nausea and fatigue but a persistent peripheral neuropathy. Despite the side effects, she completed the regimen on schedule in December 1991.
Thereafter, RA reports her health deteriorated significantly. She describes an unending series of various infections, including chronic cystitis, sinusitis and upper respiratory infections. Then in July of 2001, nearly ten years after she had completed chemotherapy, her oncologist noted

enlarged bilateral axillary lymph nodes. Her physicians, for reasons I don't understand, initially suggested neither biopsy nor treatment. When the lymph nodes did not regress, in December 2001 her primary care physician ordered ultrasound studies of axillary regions, which showed eight enlarged nodes on the right, two on the left.
In January 2002 a biopsy of a right axillary node confirmed metastatic carcinoma consistent with a breast primary, estrogen and progesterone receptor positive. Follow up studies, including a liver-spleen scan, chest X-ray and bone scan were all clear.
RA then consulted her former surgeon, who suggested that both axillae be "cleaned out," a procedure she declined. When in February 2002 her oncologist then recommended not chemotherapy but a trial on tamoxifen, she agreed to the plan. But she also began looking into alternative approaches and learned of our work.
When I first saw RA in May of 2002, she was still taking tamoxifen, but anxious to quit because of ongoing severe side effects. On physical exam, she had evidence of enlarged bilateral axillary nodes. She thereafter began her nutritional regimen, discontinued the tamoxifen, and noted gradual improvement in her overall health. A variety of chronic symptoms and problems, including fatigue, neck pain, malaise and severe allergies have largely resolved. Today, more than four and a half years since starting her nutritional regimen, she remains a determinedly compliant patient, and is in good health with no evidence of enlarged nodes anywhere, including in the axillae. Since stopping tamoxifen, she has received no conventional therapy.
Her case is unusual for a number of reasons. Her bilateral axillary disease developing after aggressive chemotherapy predicted a dismal prognosis. On her nutritional program, the tumors regressed and remain so today.

CASE 28

Patient ZA: A Four Plus Year Survivor of Breast Cancer
Patient ZA had a family history pertinent for two first-degree relatives with breast cancer, and a third who died of stomach cancer. She had herself been in good health, with a distant history of localized melanoma, when in early 1989 she first noticed a painful lump in her right breast. Mammography was unrevealing, but after a biopsy in May 1989 confirmed carcinoma of the right breast, she underwent right modified mastectomy. The tumor consisted of infiltrating ductal carcinoma and in situ carcinoma, estrogen receptor and progesterone receptor negative, but all lymph nodes were cancer free. After a postoperative bone scan and CT scan of her abdomen were both clear, she then began a nine-month course of chemotherapy with methotrexate and 5-FU
ZA did well until March 1993, when she noticed a nodule on the right upper chest wall that both her oncologist and surgeon thought was insignificant. Her primary care physician, less sanguine about the situation, referred ZA to another surgeon who in July 1993 biopsied the lesion, which proved to be recurrent moderately differentiated adenocarcinoma. A bone scan showed suspicious activity in the right third rib, but x-ray studies did not confirm the finding. A CT scan of the chest in late July 1993 revealed normal lungs but "Multiple tiny areas of low attenuation in the liver….although some of which are intrahepatic vasculature, others are felt to be due to metastasis."
A CT scan of the liver in August documented "Occasional areas of low attenuation throughout the liver… these most likely represent an early metastatic process."
In August 1993, at the urging of her oncologist, ZA began a course of radiation to the chest wall for "local control," an approach that makes little sense since the disease had already spread into the liver and possibly into the bones. Unfortunately, she suffered such significant side effects from radiation, including severe burns, that the treatment had to be prematurely discontinued.

Her oncologist then insisted she resume aggressive chemotherapy, but the patient, realizing her disease was now incurable by conventional standards, refused the drug treatment and began investigating alternatives. After learning of my work, she decided to proceed with our treatment and first consulted with me in October 1993. At the time, she had recovered from her radiation experience, and seemed to be feeling quite well despite her liver disease.

Thereafter, for a time she was an extremely dedicated and compliant patient, aware her life was on the line, and initially she did quite well. A CT scan in February 1994, after she had followed her nutritional regimen for only five months, showed "Overall improvement in the metastatic process in the liver with some residual areas of low attenuation compatible with a metastasis." The patient's oncologist, who had so firmly insisted ZA resume chemotherapy after the positive CT scan findings in August, now claimed she couldn't possibly have had cancer in the liver, since it was inconceivable my "bizarre" treatment could have provided any benefit. ZA at that point got herself another physician to monitor her local care.

When I saw her again in New York in June 1994, eight months after her first visit, she was feeling remarkably well, with excellent energy and well being. However, I saw the first signs of trouble when she admitted she had gotten careless with the critically important supplements. After I lectured her at length about the need in her case for not good, but perfect compliance, she returned home with renewed dedication.

A bone scan in October 1994 was interpreted as "Essentially unremarkable," indicating the previously noted rib lesion had resolved. I next saw her in the office in July 1995, at which time she reported no problems and said she felt "wonderful."

She had no further testing until October 1995, when she had completed two full years on her nutritional protocol. A chest x-ray was normal, and a CT scan of the abdomen with and without contrast showed total resolution of the lesions in her liver. The report reads "Normal CT of abdomen without and with I.V. contrast." Her diffuse liver metastases were gone.

During the first several years of therapy, we require that all our out of town patients return to New York every six months, for a lengthy in-office reevaluation. I find I can learn more about what's going on with a patient after ten minutes face to face, then in a two-hour phone consultation, particularly regarding such life and death issues as compliance. In ZA's case, though she was next due for a return visit in the spring of 1996, in February she called saying she could not come to New York because of financial considerations. Unfortunately, insurance companies pay only for "standard of care" treatments, and in this case, ZA's company paid nothing for her nutritional regimen – despite her several appeals based on the documented response to our regimen. Already, by 1996, her financial constraints – tragically – raised red flags. When strapped, patients tend to cut back on the supplements – an invitation to disaster with advanced deadly cancer.

When we spoke by phone in early March 1996, she admitted she had again been feeling so well she had become sloppy with all aspects of the therapy. She had resumed eating sweets, forbidden food on the therapy, and was consuming far more animal protein than we had allowed on her particular diet. She had cut down the frequency of the coffee enemas, which we find essential for success, and she had been missing doses of supplements, including the enzymes – the main anti-cancer element of the therapy. I lectured at length about the need for vigilant compliance and she promised she would do better.

In early July 1996 a bone scan revealed a new lesion in the right seventh rib, consistent with a metastasis. Shortly after, she returned to New York for a visit in the summer of 1996, nearly three years after she had begun my program. Although she reported she felt "great," her compliance was far off track and I could see that she had been lulled into complacency. To make matters worse, not only was she inadequately compliant with my regimen, but a local "holistic" practitioner had suggested, without consulting me, that she begin taking a variety of supplements, including the hormone DHEA, which I never would have prescribed for someone with her history.

After returning home, in September she developed open sores on her chest wall, I believe directly as a result of damage from the earlier radiation therapy. I urged her to be fully compliant, stick with my protocol and throw away the supplements from her local doctor. For a time, she did seem to be more determined, and by mid January, the residual chest lesion had regressed somewhat, to the size of a small pea. However, in February, biopsies of a chest wall and right neck nodule confirmed adenocarcinoma.

I was due to see her for a return office visit in February 1997, but she again said she couldn't afford to come to New York. During early 1997, we talked frequently by phone, and though her energy was generally quite good, she developed a chronic cough. A bone scan in June showed new areas of involvement, and by July 1997, she had been diagnosed with pleural effusions. These were drained with some symptomatic improvement, but the fluid tested positive for malignant cells. I never saw ZA in my office after the August 1996 visit, though we kept in touch at least on a weekly basis throughout much of 1997. As her situation deteriorated, she required multiple thoracenteses for reaccumulating effusions. By mid fall, she had great difficulty sticking to her nutritional program and she finally died in late December of 1997 – four years, two months after she had first come to my office, and nearly four and a half years since her diagnosis of recurrent disease in the chest and liver.

Although she ultimately died, ZA far outlived the usual prognosis for breast cancer recurring in multiple sites (in her case, the liver and bone) after a course of aggressive chemotherapy. After two years of good compliance on treatment, CT and bone scans confirmed resolution of her previously widespread disease. Thereafter, for any number of reasons – finances, the influence of local doctors, her overconfidence – her adherence to the regimen fell off considerably. Nonetheless, this patient's significantly improved clinical status on therapy, the radiographic findings of tumor regression in the liver, and the long term survival indicate a significant response to treatment.

Eichbaum et al studied a group of 350 women with breast cancer that had metastasized to the liver.4 The authors describe a median survival, regardless of the conventional treatment given, of 14 months.

CASE 29

Patient FQ: A 9-Year Survivor of Breast Cancer

Patient FQ is a 57-year-old women who had been in generally excellent health when in October 1997, her gynecologist detected a large right breast mass, subsequently described on mammography as a suspicious lesion approximately 5 X 4 cms in diameter. The patient was referred to a surgeon who noted dimpling in the mass, a sign of aggressive disease, and suggested mastectomy followed by radiation and chemotherapy as his note reports:

"I discussed the treatment options with the patient from lumpectomy and axillary node sampling with postoperative radiation to modified radical mastectomy. We also discussed the probable need for adjunctive therapy with radiation and/or chemotherapy. I think with the size of the patient's lesion and its proximity to the nipple that a modified radical mastectomy will in all probability be the best treatment for her lesion."

The patient, who was already quite familiar with my work, initially wanted to refuse all conventional approaches and begin my treatment. When she called our office wishing to make an appointment, we insisted she proceed at least with surgery. So, in December 1997 she underwent a lumpectomy and axillary node sampling. The pathology report describes a "4.09 x 3.0 x 3.0 tumor mass," consistent with moderately differentiated infiltrating tubulolobular carcinoma. The margins appeared tumor free, but cancer had invaded two of nine sampled nodes.

Other than a clear preoperative chest x-ray, no other radiographic studies were pursued. Her surgeon however, insisted she consult with an oncologist and proceed with both radiation to the

chest and chemotherapy. His notes state:
"I have reinforced the need for the patient to see an oncologist as soon as possible and proceed on with chemotherapy and radiation therapy as appropriate following her oncologic evaluation."
FQ, having already decided to proceed only with my treatment, never did meet with the local oncologist. When we first met in my office in January 1998, she insisted she would not submit to chemotherapy. Subsequently, she proved to be a very determined and compliant patient and today, nine years later she follows a modified nutritional protocol, enjoys excellent health and leads a full and productive life. In all this time, she has remained cancer free.
I thought I would include this case for several reasons. Though she had no evidence of active disease at the time she started with me, her large tumor and involvement in two lymph nodes portends for a poor prognosis long term. The standard treatment for such node positive disease has been for more than twenty years, aggressive "adjuvant chemotherapy" after surgery. Such treatment, as the studies going back 30 years show, offers an improvement in disease free survival compared to surgery of some 10-15% – not an extraordinary advantage, but a mathematically significant one nonetheless. Today, oncologists invariably add intensive radiation to the chest wall as well, and if the tumor is estrogen receptor positive, long term hormonal blockade.

CASE 30

Patient JK: A 16-Year Survivor of Uterine (Endometrial) Cancer
Patient JK is a 62 year-old women who had been in good health when in the fall of 1990, she required hospitalization for two episodes of deep venous thrombosis. She was placed on Coumadin, but shortly thereafter suffered an episode of severe vaginal hemorrhage. When the bleeding persisted, in December 1990 she underwent a D&C, which revealed endometrial carcinoma. After a CT scan in January 1991 showed extensive abdominal and pelvic lymphadenopathy, she underwent a total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy.
The pathology report describes endometrial adenocarcinoma with areas of squamous differentiation, high nuclear grade (FIGO grade III), and papillary serous carcinoma, one of the most lethal of uterine malignancies. The tumor had spread to the left ovary, obliterating the fimbriated end of the left Fallopian tube. Biopsies of the peritoneal cul de sac as well as the rectal serosa confirmed metastatic disease, and due to the extent of metastasis, her doctors warned of a very poor prognosis.
Postoperatively, JK met with a radiation oncologist who insisted treatment begin at once. Before agreeing to any therapy, JK decided to consult with a second oncologist in a Southern tertiary care center. Once again, radiation was aggressively pushed as essential to delay spread of her aggressive disease. However, JK decided to refuse all orthodox treatments, instead choosing to medicate herself with a variety of nutritional supplements including high dose vitamin C and red clover tea.
An abdominal MRI in March 1991 showed a "decrease in degree of periaortic lymphadenopathy with persistent evidence of matted lymph nodes…" Pelvic MRI documented "decrease in the degree of diffuse pelvic lympadenopathy although there is persistent evidence of pelvic mass lesion most notable in the left hemipelvis. There is evidence of surgical defect presumably from previous hysterectomy…" So with surgery, there had been improvement, though clearly extensive disease remained.
About that time, after learning of our work, JK decided to pursue my therapy. When first evaluated in my office in April 1991, she reported persistent fatigue, a substantial recent weight loss of 15 lbs, "terrible night sweats," and poor sleep.

JK subsequently followed her regimen with great determination. Seven months later, in December 1991, repeat MRI's showed no change in the periaortic lymphadenopathy as compared with the study of March 1991, but significant regression of the pelvic adenopathy and the pelvic mass in the left hemipelvis. The official report states:
"Compared to the study of 3---91, there is continued improvement with near complete resolution of previously seen pelvic lymphadenopathy. Currently, there is no appreciable residual mass lesion present within the left hemipelvis…."
Thereafter, JK continued her nutritional program diligently, with reported improvement in her general health. MRI studies of the abdomen and pelvis in January 1993, after she had completed some 20 months on therapy, indicated that the previously noted extensive disease had completely resolved. The pelvic scan revealed "There is no identified pelvic lymphadenopathy." The official report of the abdominal MRI states "There is no evidence of significant periaortic or periportal lymphadenopathy."
MRI studies completed 14 months later, in March 1994 confirmed "There is no distinct evidence of metastatic or recurrent disease."
JK followed her regimen faithfully until early 1997, when I last had formal contact with her. At that time, six years from her diagnosis of metastatic aggressive histology endometrial cancer, she remained disease free and generally in good health. She subsequently continued her therapy in a reduced way, and at last report, now nearly 16 years from diagnosis, is alive and apparently doing well.
This case is straightforward: the patient was diagnosed with extensive, aggressive histology uterine cancer, including papillary serous, one of the most deadly subtypes. The surgeon could not excise all the visible cancer, as MRI studies after surgery documented. She then experienced complete regression of her advanced disease while following her nutritional program, and remains alive 16 years later.

Allegato 52: Dott. Waisbren

About the Waisbren Clinic

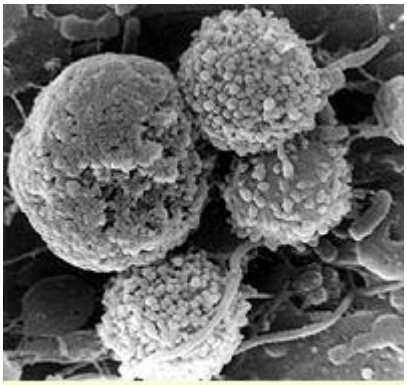
The Waisbren Clinic was established in Milwaukee in 1951. Here empathetic, traditional and investigative internal medicine has been practiced ever since. The need for our investigative studies surfaced among our patients and those seen in our teaching activities at Marquette Medical School and the Medical College of Wisconsin.

The guiding principles of this clinic are: We first listen carefully to the patient on a one to one basis in the privacy of the physician's office; we then ask them how they think we can help them; and we point out to patients who have been told there is nothing to do that there is always something to do and that we will search for it.

We have described the practice of the Waisbren Clinic as that of "investigative internal medicine". We base this on the premise that difficult and unusual cases may represent "experiments of nature". The intense study of these often reveals information of general interest.

In this vein, we have been able to discover and report some important findings. They include:

10. Gram negative shock
11. Deafness due to aminoglycosides
12. Platelet destruction due to ristocetin
13. Potentiation of antibiotics by gamma globulin
14. The utility of multiple antibiotics in severe burns
15. Human lymphocyte-tumor cell interaction (see picture)
16. The probable efficacy of combined immunotherapy in cancer.
17. Some people with ALS have elevated Lyme disease antibody titers.
18. Swine flu vaccine and hepatitis B vaccine were associated with autoimmune complications.



Human lymphocyte-tumor cell interaction. A scanning electron microscopy study. JAMA 1979;241:2631-2.

Currently, the clinic focuses on both the practice of internal medicine and the diagnosis and treatment of problem diseases.

Further information regarding the above subjects can be found in our publications, which are available if you email waisbrenclinic@ameritech.net.

About Dr. Waisbren

Burton A. Waisbren, Sr., M.D. is a native Milwaukean who received his B.S. and M.D. degrees from the University of Wisconsin Medical School in Madison, Wisconsin. He served his internship at the Harvard Service at Boston City Hospital. His military service was at the Navy Medical Research Institute, Bethesda, Maryland and the Biological Warfare Center, Camp Dietrick, Maryland. His residency and fellowship was served at the University of Minnesota Hospitals where he was an instructor in the medical school. He received a master's degree in bacterial genetics from

the University of Minnesota in 1951. He moved to Milwaukee, his hometown, in 1951 and established a private practice in internal medicine, infectious disease and immunology. At that time, he also headed the infectious disease control unit at the Milwaukee County Hospital. From 1951 to 1969, he was the director of the infectious disease division of first the Marquette Medical School and then the Medical College of Wisconsin. During that time, he was appointed associate clinical professor of medicine. He was the medical director of the St. Mary's Hospital Burn Center from 1962 to 1982. He has directed a cancer immunotherapy clinic in Milwaukee since 1973. He has published numerous articles in the peer reviewed medical literature and has authored books on systematic methods of critical care and on medical emergencies.

Dr. Waisbren is board certified by the American Board of Internal Medicine and also is a fellow of the American College of Physicians and the Infectious Disease Society of America. He is a founding member of the Infectious Disease Society of America, the American Burn Association, and the Critical Care Society of America.

Immunotherapy for cancer which includes: Coley's vaccine, mixed bacterial vaccine, transfer factor, BCG, and lymphoblastoid lymphocytes.

A scientific essay regarding a 25-year experience in the treatment of cancer with multiple immunotherapy modalities.

http://www.waisbrenclinic.com/artinfo.html

http://www.waisbrenclinic.com/chronic-lyme-disease-case-reports.html

Three anecdotal case reports regarding chronic lyme disease with a hypothesis that might explain how they came about *

Introduction

Professor Teddo Adderatti of the medical school in Bolgna Italy introduced case reports as a medical teaching tool in the mid-thirteenth century. Although they have fallen into some disrepute due to present feelings about the lack of importance of anecdotal evidence, they still can be seen in many prestigious medical journals.

The Jewish King Solomon who lived in the tenth century B.C. is credited by some for the biblical quote “there is nothing new under the sun-what happens will happen again.” It is in these contexts these three reports and a hypothesis that might explain them is being presented.

Case One: The patient is a 63-year old retired male science teacher who spent his summers in a farm in Wisconsin that was in an area known to be infested with deer tics. At age 55 he developed a progressive syndrome that consisted of generalized muscle cramping and spasm. Over the next 4 years these symptoms grew to include severe fatigue, difficulty in concentration, neuropathic numbness and pain both of this feet and severe testicular pain. Low body temperature, generalized fasciculations over his torso and extremities and an unexplained sudden central retinal vein occlusion in his left eye.

During the ensuing six years after the onset of the syndrome all of the symptoms gradually increased until they came to the point that he could no longer function. Visits to many physicians and specialty clinics failed to provide an explanation for this clinical picture.

He searched the web and came to the conclusion that he might have Lyme disease. He consulted me in this regard in April of 2005 and I agreed that this was a possibility. HE agreed to my suggestion that we try an empirical course of intravenous Ceftriaxone to see if it helped him. Prior to the antibiotic regimen, the patient was tested for Lyme disease by Western Blot test performed by Igenex Laboratories. These results were suggestive but not conclusive for the presence of Lyme disease. He also underwent an experimental Lyme test performed by Bowen Labs of Florida. This test strongly indicated Lyme infection.

Accordingly, he was given an eight-week course of intravenous Ceftriaxone and Flagyl. The Flagyl was given to help his gastrointestinal tract tolerate the Ceftriaxone and for the theoretical concept that Flagyl might kill cystic forms of Borrelia. The Flagyl was discontinued when it seemed to increase the neuropathic pain and numbness in his feet and legs. He suffered no Herxheimer reaction but made gradual improvement during the initial program. After the Ceftriaxone he was maintained on 3000 mg of oral penicillin daily for three weeks followed by 50 days of 200 mg of Diflucan. This regimen of penicillin followed by Diflucan was repeated one additional time. His improvement continued and within weeks he was essentially asymptomatic. The oral antibiotic treatment was complete din January of 2006. Additionally, in January of 2007 Mr. C. was put on a daily course of low dose Naltrexone (4.5 mg daily). Mr. C. reported that this greatly decreased the occasional return of fatigue, depression and testicular and neuropathic pain. In December 2007 he felt well and was functioning normally.

Case 2: This highly intelligent and active registered nurse was 50 years old when in 19922 she suffered a tic bite that was followed by a bull's eye rash and a positive blood test for Lyme disease. She was treated for 10 days with doxycycline. She as told that this cured her Lyme disease. She lived in Minnesota in an area known to have deer tics.

Several months after the 1992 incident she developed a progressive symptom complex that included severe fatigue, muscle weakness and episodes that suggested to some narcolepsy and to others a mysterious virus. During the ensuing ten years all symptoms increased and the physicians she consulted could not find an explanation for them.

She saw me in 2002 with a chief complain of severe debilitating chronic fatigue. She had come to the conclusion that she had this syndrome after she looked it up on the Internet and made a self-diagnosis of Lyme disease. She had never mentioned the fact that she had had Lyme disease to her doctors nor had she ever been asked about this disease. She had accepted the original opinion that she had been cured. After hearing her entire story, I concluded that while indeed she was chronically fatigued that something else was wrong.

Knowing that she came from Minnesota in an area in which deer tics were present, my first question to her was whether she had been exposed to tic bites. She told me about her case of Lyme disease in 1992. After the initial preliminary tests were done and were normal I suggested to her that she might have chronic Lyme disease. I suggested an empirical treatment program tailored to not only treat the Lyme disease but to treat her chronic fatigue in spite of the fact, that all tests for Lyme disease were negative.

I suggested this because she shared with me "she had reached the limit of her endurance'. The program consisted of the following:
1. Ceftriaxone, 4 grams given intravenously through a pic line for 4 weeks
2. Flagyl, 500 mgs daily to be taken by mouth. This was to help her tolerate the Ceftriaxone bowel-wise and also to treat the theoretical cystic forms of Borellia which some think will be effective in this regard

3. To treat her fatigue, Gamma Globulin 4cc i.m., twice a week for 4 weeks, to perhaps provide some blocking antibodies that would inhibit autoimmunity
4. Isoprimosine, 50 mgs by mouth four times a day to stimulate T-cells
5. Valtrex, 1000 mgs, twice a day by mouth to treat the Epstein Barr virus which I felt might be involved in her disease (see the hypothesis that follows the case reports)

When there seemed to be a marked salutatory response of her entire symptom complex we continued the oral and intra muscular elements on an intermittent basis. There was marked gradual improvement in all her symptom complex starting after the intravenous Ceftriaxone. This continued as we tapered the medication over the next four years. A complete examination in January 2008 revealed that she was symptom-free and living a very busy productive life. This consisted of taking care of her three children and running programs dedicated to the care of foster children who had developmental problems.

Case 3-AR; A case of chronic Lyme disease that mimicked multiple sclerosis

This case is another incidence of the truth of the biblical saying "there is nothing new under the sun. What happens once will happen again." Soon after I had finished bringing up to date this website a young physical therapist who had two small children presented her self for an examination with the following story: I will present it in her own words, modifying only her feelings about the delay in diagnosis and treatment. "*I am a physical therapist. I know my body. I was healthy and fit until June 9, 2007 when I attended an outdoor party in Richmond, Illinois. A day after the party, I noticed a red, circular rash about the size of a quarter on my lower right abdomen. I knew immediately this bite was different than the typical bug bit—it was angrier looking, and had a distinctly defined center. I immediately thought of Lyme disease. But everyone I knew who lived in Richmond and all the medical professionals I knew, said no way. It couldn't be Lyme disease. They had never heart of it in Richmond, or Illinois for that matter. So I put it out of my mind.*

About four days later I suddenly felt very sick, faint and out of it. I had several bouts of diarrhea. My husband rushed to my side and took me to see the obstetrician who had delivered my second baby four weeks before. He said the symptoms were probably nothing or blood poisoning. About the bite he said he had had one also on his arm, probably from a mosquito.

The feeling of being sick remained so a week later I saw an internist. He said I absolutely did not have Lyme disease because I hadn't seen the tick and the tic would have ballooned up with blood to enormous size. He also said that there was no Lyme disease in our area. He did not advise treatment or studies. Then the muscle twitches began along with the strange traveling paresthesia. Then I noted electric type currents through my extremities and migrating joint pain.

I continued to seek help and saw two other physicians in my area. They empirically prescribed antibiotics but said that the blood tests that they had run were negative so I could not have Lyme disease. My symptoms continued and got worse, and then a brain fog set in. I couldn't seem to concentrate. I felt mentally weighed down and fuzzy headed and mentally depressed and frightened.

I sought another internist who when my Lyme tests came back negative told me I couldn't have Lyme disease and that I should discontinue the antibiotics. My symptoms remained. I began wondering if it's not Lyme, then what is it? A pinched nerve, carpal tunnel, fibromyalgia, some progressive neurological disease? I was researching and researching and still, the only thing that made any sense was Lyme. Eventually, and logically, my mind wandered towards MS. By this point, I had developed a positive l'hermittes sign. I referred myself to a chiropractor. I saw him 3 times and he was stumped. But we did discuss the possible justification for an MRI. So I didn't appear to be a hypochondriac, I referred myself to a neurologist at another one of Chicago's premier hospitals prior to requesting any MRI. This neurologist, I could tell somewhat reluctantly

gave me the referral. The MRIs revealed the cause of many of my symptoms-4 white lesions, 2in the brain and 2 in the cord. He then referred me for a lumbar puncture, which came back positive for antibodies to "something" and 2 oligoclonal bands. He diagnosed me with, most likely, relapsing-remitting MS. My "Lyme tests" were again negative. My family and I were crushed. We discussed beginning MS drugs. I soon thereafter had my first full-blown neurological event, partially brought on by the stress of this nightmare..diffuse numbness and muscle spasms, and ended up in the ER, and then in the hospital for a night.

The patient continued her search for help and more consideration of the possibility of her findings being due to Lyme disease and through this website decided to come to see me about her problems. Her history, the white lesions on her MRI, the picture of her tic bite that she showed me, her hyperreflexia, paresthesia, ataxia and absent abdominal reflexes convinced me that she had Lyme disease masquerading as multiple sclerosis. An empirical course of anti Lyme disease therapy was started through a "pic line." It consisted of a six week course 4 grams of intravenous Ceftriaxone and flagyl, 500 mgs given twice a day by mouth. She is being continued on oral doxycycline and erythromycin. Blood tests done at her first visit did come back suspicious for Lyme disease. They were done by Quest laboratories and confirmed by Bowen Laboratories. She also had antibodies against Bartonella Henselae and Bartonella Quintana which confirmed exposure to tics. Four months after the completion of the intravenous Ceftriaxone she describes her situation as follows:

"*I complete a 6 week course of IV antibiotics, coupled with some oral medications and am now in my fourth month of treatment for chronic Lyme disease. I feel immeasurably better. My brain fog has completely cleared. I'm not tripping over my words or losing my train of thought anymore. MY paresthesias and muscle twitches are few and far between. My energy level is up. All in all, I feel almost back to normal and most definitely vindicated. And I'm now on a mission to educate others about this often misdiagnosed and mistreated disease. This is a "silent epidemic", as many like to call it. Had I listened to the highly regarded and overly confident neurologist who diagnosed me with MS I would now be much sicker, getting precisely the wrong treatment, and headed for more debility.*

Comment: Of course a few anecdotes do not establish anything but each case of an unusual nature that presents itself to an inquiring physician should not be ignored. The third case buttresses my opinion that is outlined on this website that cases of MS-like nature that appear after tic exposure deserve an empirical course of Lyme treatment. Finally, it is to be noted that each of these three cases was self-referred after they had studied the Internet. They indicate that we all should listen carefully to patients who come in with reams of Internet material. Some, but certainly not all, may have been able to arrive at correct diagnoses.

A Hypothesis which might explain what happened to these three patients.

This hypothesis is based on the work of Westall and Root-Bernstein.* They proposed in the mid 1980s that an autoimmune disease can occur when a host is exposed to two chemically complementary antigens one of which exhibits molecular mimicry with the host tissues. In addition, the host must have a certain HLA pattern and an immunological adjunct must be present. They named their syndrome "multiple antigenic mediated autoimmunity", the MAMA syndrome. Root-Bernstein proposed that this syndrome occurred in some AIDS patients because they were exposed to multiple viral and bacterial antigens. This exposure occurred because of their T-cell problems. I propose that the three patients described developed a MAMA syndrome because their Borrellia antigens were chemically complementary to the Epstein Barr virus to which they had had evidence of being exposed. That Epstein Barr virus shows molecular mimicry with human tissue was shown by Root-Bernstein. The immunologic adjunct necessary for this syndrome was provided by indigenous myramyl peptides produced by the host's indigenous mononuclear cells. Finally, the initial clones stimulated by the MAMA syndrome became rogue clones and attacked tissues in addition to those involved in their being developed.

Discussion and conclusions: Certainly these anecdotal case reports do not prove anything. They are presented because of the large numbers of individuals who appear to be struggling with similar syndromes after they have been exposed to tic bites. This number seems to reveal itself when one takes even a cursory look at websites and chat rooms on the Internet.

*See the discussion about this syndrome and references in the section in this website on MS following Hepatitis B vaccination

Surely all of these concerned suffering individuals are not suffering from “extraordinary popular delusions and madness of crowds, so brilliantly described by Charles Makay in 1841.

It is my hope that the hypothesis presented here will stimulate interest in methods to help unfortunate individuals who suffer from chronic Lyme disease. It seems that the procedures described here may help some of these but if as I propose chronic Lyme disease has an autoimmune aspect attempts to treat this aspect empirically may be in order.

It would appear to me that intense consideration should be given to the possibility that multiple antigenic exposure can cause autoimmune disease because of the multitude of vaccines that are now being introduced into general use. The experiments that can be done to prove or disprove this hypothesis are presented later on pages on this website where we explain autoimmunity that occurs after vaccintations in a similar manner.

Read More About Chronic Lyme Disease

The Management of Chronic Lyme disease

Treatment of Amyotrophic Lateral Sclerosis and Multiple Sclerosis with Anti-Lyme Disease Antibiotics with Antibiotics

View our Notice of Privacy Practices

DISCLAIMER

THIS WEBSITE DOES NOT PROVIDE MEDICAL ADVICE. The contents of the Waisbren Clinic website, such as text, graphics, images, and other material contained on the Waisbren Clinic website ("Content") are for informational purposes only. The Content is not intended to be a substitute for professional medical advice, diagnosis, or treatment. Always seek the advice of your physician or other qualified health provider with any questions you may have regarding a medical condition. Never disregard professional medical advice or delay in seeking it because of something you have read on the Waisbren Clinic website! If you think you may have a medical emergency, call your doctor or 911 immediately. Reliance on any information provided by the Waisbren Clinic, Waisbren Clinic employees, or other visitors to the website is solely at your own risk.

ALLEGATO 53: 15 casi clinici del Kroiss Center

The Kroiss-Cancer-Center for Alternative Cancer Therapy run by Dr. Thomas Kroiss in Vienna, Austria is especially known for treating breast cancer, cancer of lung, colon/rectum, prostate, brain tumor, leukemia, liver metastases, bone metastases, and ovarial tumors, using Their website is http://www.kroisscancercenter.com/ and they can be reached by phone at 43-1-982 57 67 or by fax: 43-1-982 69 92.

Examples of successful therapies:

Here we present therapy results and successes to show that even very progressed cancer cases can be cured. Usually we make individual therapy protocols that consist of a number of therapies - just to make sure. Yet the following therapy results and successes have been produced by one single therapy of those. We show you those because of the many years of experience with this.
Anyway: Please do not wait until such a progressed stage. The earlier you start with the therapy the better your chances.

(Please let us remind you that this treatment modality is most promising when at its beginning the patient's expected time of survival is at least six months. The following examples, however, refer to more seriously afflicted patients. They are taken from a textbook of the 1930s and 1950s. Last edited in 1980, it is now out of print; some of the medical terms used in the original descriptions have been replaced with more colloquial equivalents)

Case 1: Inoperable tumor of left half of the brain. Patient was in very poor state, could not speak, did not respond, was totally incontinent (urine and feces). X-ray showed an enormous enlargement of the right ventricle of the brain, the left ventricle could not be visualized. Therapy was begun. Three months later, patient had much improved, half a year later patient had no symptoms whatsoever. Continued to live in good state for many years.

Case 2: An angiography was performed on a patient admitted to the neurological university hospital. It revealed a constricting process reaching from the cerebral cortex down into the brain stem. Patient suffered from jacksonian-type seizures every day. Radiation therapy failed entirely. Following radiation, patient even had up to 17 seizures a day. It was difficult for patient to walk or talk, eyeballs were bulging. Treatment started in 1971. After six weeks, patient was without seizures, has remained in good state until now (1980).

Case 3: Ovarian carcinoma, was diagnosed by histological findings, inoperable, had grown into the rectum. X-ray confirmed intestinal stenosis. Patient was terminally ill, required morphine four times a day. Treatment began in 1953. After six months, patient was symptom-free. Treatment was continued by her general practitioner. Treatment was discontinued in 1965. Patient was still alive in 1977.

Case 4: Patient diagnosed with cancer-induced intestinal stenosis in 1956. Improved under therapy, but then withdrew. A year later blood was found in the urine. Bladder had cauliflower-like tumor (x-ray). After regular treatment hardly any complaints half a year later (clear x-rays of 1975 prove this point). Patient was still alive in 1980 at age 87 (only had some problems with hip, but was otherwise in a good state).

Case 5:An 18-year-old young man was operated on by a brain surgeon in 1933. A large glioblastoma (i.e. a malignant brain tumor, generally considered to be incurable) of the cerebellum was found, which could not be excised. The patient was about to die. Because of the increasing intracranial pressure, the patient underwent a trepanation (i.e. a hole had to be drilled into the skull to alleviate the pressure). When the patient started treatment, he was dying. He could neither stand

up, nor sit down, was confined to bed, vomited all the time and was only able to babble. He was emaciated and had lost his sense of balance. During the first therapy sessions, he had to vomit every time. This improved only gradually within half a year. Only then was the patient responsive and better able to retain some food. Treatment was continued daily, and the patient's state improved very slowly, he gained weight (10 kg). After one and a half years he had gained 20 kg. He was able to resume his former job. He started traveling and had almost no symptoms, except for some balance disorder which forced him to walk with a cane. Also, there was a minor speech disorder. This was due to the fact that prior to treatment major portions of the cerebellum had been destroyed. The patient was 18 years old when treatment began. He died at age 59.

Case 6: In 1947, a 46-year-old patient had a tumor on the right ovary, which was surgically removed. In 1952, a carcinoma developed on the uterus. A sample taken revealed this to be a "papillary adenocarcinoma". Since this tumor was inoperable, the patient underwent radiation, but to no avail. In March 1953, doctors diagnosed that the tumor had grown into the rectum. On 1 August 1953, the tumor was seen to have grown into the other side of the intestines as well. The patient lost weight and was under severe pain. In October of the same year, her state was hopeless. Her husband was informed accordingly. She was given morphine, and her stool was thin and hemorrhagic. Therapy was started on this bedridden patient. Six weeks into therapy, she did no longer lose weight, her weight remained the same for two months, whereupon she started to gain weight ever so slowly. After eight weeks she did not need any pain killers any more. After two months, it was possible to enter the previously too contracted rectum with one finger. Four weeks later you could even introduce a rectoscope to see that the rectal wall was covered in tumor masses for up to 10 cm (from bottom). The patient remained without symptoms until 1970. Her gynecological findings had improved as early as in 1960. Since then no more treatment.

Case 7: On 17 May 1960, the patient underwent an operation to remove a colon carcinoma. This was an orange-size, mucous-producing cylindro-adenoma. At the base of the intestines several bean-size hard glands were palpable. Examinations revealed that those were the metastases of a gelatinous cancer. Treatment began at the end of September. Patient was in very good state until 1974. No further follow-up.

Case 8: A 27-year-old patient was diagnosed with thyroid carcinoma in 1967, which was surgically removed in August 1968. She then underwent 28 cobalt radiation sessions (i.e. radiation therapy) without success. Roughly one year later, she had breathing difficulties. Laminograms of the lungs showed extensive round shadows around the two lung roots, which grew rapidly. Treatment started on 30 September 1968. The following year, no shadows could be detected any more. The patient had gained weight. The hard lumps, which had previously been palpable in the right supraclavicular fossa, went back. The patient's findings improved. Since then she has felt absolutely well.

Case 9: The 60-year-old farmer Z. was a similar story. He came for consultation because of labored breathing, blood in his sputum and considerable weight loss. The radiologist found a roughly goose egg-sized shadow in the right lung close to the hilar region. The patient seemed to be inoperable. Under our therapy, the shadow became smaller and smaller and was hardly discernible after six months. The patient had gained 18 kg and was able to work in his fields. When he moved to another place in 1952, treatment had to be discontinued. A year later, the tumor had started to grow again. A bronchoscopic examination showed it to be a malignant carcinoma (cancer). This relapse resulted in the patient's death. (This example shows that patients should not completely withdraw from such a therapy.)

Case 10: The 60-year-old farmer L.J. came for consultation in 1952. He suffered from labored respiration, and his skin was bluish, a condition that had developed over the past months. He was

coughing, and there was blood in his sputum. He was unable to negotiate a five-step staircase without help, and even when assisted his respiration was extremely labored. X-ray findings of 10 September 1952: diaphragms with indistinct margins on both sides; in the right lower area small cloudy shadow containing several softer round shades; the right root of the lung was swollen and protruding, the left root was widened; in the right medium and lower part of the lung there was an inhomogeneous mucous cloudiness containing several cherry-size round shadows; in the first upper part of the lung, close to the root and below the clavicle between the first and second anterior ribs, there were two cherry-size round shadows. Diagnosis: cancer-filled lung roots, atelectasis on the left and cherry-size metastases in the right lower part and in the left middle, lower and upper part. No histological examination was performed to clarify the nature of the shadows seen, but several eminent radiologists confirmed that they could only refer to cancerous growths, probably metastases of some undetected primary tumor. Whatever their nature, it is worth noting that those shadows fully disappeared within five years of treatment. In fact, the patient was almost without complaints after a mere six months and could resume his work as a farmer. Whenever treatment was discontinued for several weeks in the first three years, his breathing difficulties re-occurred and only disappeared after two to three weeks of resumed therapy. Patient lived for another ten years in good state and died in an accident.

Case 11: Also in the 50-year-old physician, Dr. C., discontinuation of successful treatment led to a relapse. He arrived with mucous effusion in the lung area. A bronchial carcinoma was diagnosed by bronchographic and bronchoscopic examinations performed in the surgical ward of a university hospital. The patient was in a very poor condition. He responded to our therapy within a few weeks, i.e. his status improved and the effusion disappeared against all expectations, as up until then we had not been successful in cancerous processes involving the accumulation of fluid. He even gained enough strength to be able to resume working in his practice and driving his car over greater distances. After six months, he was absolutely symptom-free. Despite repeated warnings he withdrew from therapy. Three months later cancer reoccurred, as predicted, and led to the patient's death

Case 12: Heinrich He., born in 1893, farmer and innkeeper. In July 1956, sudden constipation, tearing pain in the hypogastric region, intestinal bleeding. ESR 68/89, delayed evacuation of the large intestines under x-ray. Impossible to fill one section with contrast medium. Treatment started in May 1958, whereupon general condition and bowel movement improved. In September 1958, renewed contrast radiograph of the bowel passage which showed that there was still an area in the sigmoid colon that could not be fully filled with the contrast medium; there was no visualization and an irregular margin of the defect. Incomplete opacification also in the upper part of the descending colon. Treatment was continued, and towards the end of 1959 the patient was symptom-free. Treatment was discontinued because the patient's health fund refused any further reimbursement of treatment-related travel costs. In September 1960, he was again afflicted. In addition, he had trouble with his bladder, cramps in the bladder region, intermittent micturition, flakes and blood in his urine. A cystoscopy revealed polypous, villous growths in the bladder. A follow-up examination performed in the surgical ward confirmed these findings. Rectoscope could not enter more than 15 cm. Clinical diagnosis: carcinoma (cancer) in the colon. Operation was recommended but refused by patient in view of the high risk. in March 1961, cystocscopy: around the right ureteral orifice cauliflower-like soft, slightly hemorrhaging masses without structure, which filled the whole upper side of the bladder. Treatment was resumed in March 1961, whereupon symptoms improved within eight weeks. Patient was then able to pass water without difficulty, he took mild laxatives to have regular bowel movement. Towards the end of November 1962, the patient was symptom-free and able to work again. No pathological changes could be detected in an x-ray performed in 1974 on his intestines. This good status could be maintained - except for an inflammation of the hip joint - to this very day (1980). Patient is still alive.

Case 13: A patient, born on 24 September 1920, noticed intestinal bleeding in spring 1975. He lost much weight. In 1976, he was diagnosed with rectal cancer, which greatly constricted the lumen. The patient underwent surgery on 24 March 1976 and was given a preternatural anus. A biopsy showed that he had an adenocarcinoma. Also a second surgical intervention on 14 April 1976 did not succeed in removing the tumor. It adhered irremovably to its environment. The left and right lobes of the liver had hard nodes, the artery was surrounded by many smaller nodules. The tumor reached down to the hypogastric region, the lesser pelvis was not accessible to the palpating hand. On 11 May 1976, the patient had lost 12 kg. Nothing but some thin broth left the anal orifice. Within 4 cm, hard nodes all around the rectum. Therapy started on 11 May 1976, first at the hospital and then by the patient's general practitioner. Already on 18 May 1976, he had gained weight (85 kg versus 83 kg), and on 16 July he had 89 kg. Very good condition, anus evacuated normal stool, only the fingertips could still palpate one small nodule. On 29 June 1977 the patient's general practitioner reported: general condition is very good, patient is fit, can drive larger distances himself with his own car. The only remaining symptoms are winds and occasional constipation. Since then no further news.

Case 14: That "cancer of the lymph nodes" also responds to this treatment is illustrated by the following case: a young woman, born on 13 October 1937, noticed in 1960 greatly enlarged glands on the neck, which first became smaller under red light irradiation. Following a biopsy, she was diagnosed with Hodgkin's disease and given deep x-ray treatment and Endoxane injections (chemotherapy). On 13 June 1962, several soft, not clearly defined lymph nodes were detected on the right side of the neck, while the left side showed a scar from the previous biopsy. The spleen was no longer palpable. The erythrocyte sedimentation rate (ESR) was 21/42, i.e. the blood picture was tell-tale. Regular treatment began in June 1962. Since then, no more enlarged glands. The patient married and gave birth to a healthy child. She feels well. Her ESR was 8/25 last time, her hematology measures were normal.

Case 15: Even in very severe cases, it is sometimes possible to help: the 76-year-old M. El. was hospitalized on 19 June 1958. He was emaciated and in a very poor state. There was blood in his feces, he suffered from severe anemia with 1.8 million erythrocytes, he had to be given blood transfusions. Under our therapy his general condition and hematology measures gradually improved. It took him eight weeks to recover enough to be able to undergo an x-ray examination. It revealed a large recess on the inner curve of the stomach, which could still be seen (though much smaller) in an examination one year later. The patient's condition improved so much that he was again able to care for himself and even go on some errands. Being symptom-free, he did not return for treatment after one year. Two years later he died at the age of 79.

ALLEGATO 54 : Dr. Josef Issels

The **Issels Treatment** has become internationally known for its outcomes in the treatment of thousands of patients suffering from advanced cancer that had failed conventional treatment. It was developed by Dr. Josef M. Issels who was a world renowned pioneer of integrative cancer medicine. From 1981 until his retirement in 1987, Dr. Issels served as an expert member of the German Federal Government Commission in the Fight Against Cancer.

Concept

The Issels Treatment is based on the concept:

* **Malignant tumors do not develop in a healthy body** with intact defense, repair and regulatory functions**.**

* **Cancer presents in a specific internal environment** which promotes its growth.

* **This environment develops due to multiple causes and conditions** which vary from one individual to the other.

*** These causes usually remain chronically active even after removal of the tumor by surgery, radiation, and/or chemotherapy. Hence, the high percentage of recurrence.**

* **The Issels Treatment program places equal importance on the removal of the tumor itself *and* on the causes and conditions leading to the body's tendency to develop malignant tumors**.

Comprehensive Treatment

The Issels Treatment is a very comprehensive strategy for cancer of all types and stages, and always adjusted to the individual patient's needs.

The treatment program consists of:

1. Specific Components, which are directed at the elimination of the cancer cells and tumors such as surgery, radiation, chemotherapy, hormone therapy and cancer vaccines.

2. Non-Specific Components, which aim to normalize the internal bodily environment, the "soil" on which the cancer has grown, and restore the body's ability to fight the disease.

Vaccines

• **Extracorporeal photopheresis with the autologous dendritic cell vaccine,** FDA-approved for cutaneous T-cell lymphoma due to research by Richard L. Edelson, Carole L. Berger et al.

Via the photopheresis device, pathogens and abnormal cells are destroyed through exposure to ultraviolet light, which also has an enormous immune-boosting effect. During this procedure, monocytes are separated from the blood then cultured to maturity; converting them to active dendritic cells. These are injected into the patient in small customized doses over a certain period of time.

• **Coley's mixed bacterial vaccine**

Research findings suggest that this vaccine activates the innate immune system, opens blockades in the body's connective tissues, enhances the formation of the body's own interferons, interleukins, colony stimulating factors, tumor necrosis factor, and other potent disease fighters.

• **Issels' Autologous vaccine**

Issels autologous vaccine is cultured from the patient's own blood that represents his/her own unique internal bodily environment. The preparation follows procedures that favor the development of antigenic peptides and other immunogenic compounds aiming to enhance the body's cancer fighting mechanisms.

* * * * * * *

"***Immunotherapy may be one of the only ways left to deal with cancer. We've gone as far as we can with chemotherapy," says oncologist Herman Kattlove, an editor for the American Cancer Society. With few new drugs coming out, he says, "chemotherapy is sort of a dead area...***" *With dendritic cells, "what convinced me is that we saw responses,*" says Dr. Levy (Stanford University). -- New Weapon in Cancer War. *The Wall Street Journal*, May 23, 2003: B1.

* * * * * * *

Non-specific Treatment

The non-specific treatment is as important as the specific treatment. Clinical experience over many years has shown that it is essential in optimizing the effectiveness of the vaccines and other tumor-specific measures.

The treatment is designed and aimed to --

- **Remove Causal Factors**
- **Repair Damages to Organs and Organ Systems**
- **Restore Regulatory and Immune Mechanisms**

It helps to attack cancer indirectly by eliminating the preconditions for its existence. It also contributes to prevent disease progression and recurrence.

The Issels strategy includes standard treatments if indicated. The Comprehensive Issels Treatment Program has been been shown to enhance the effectiveness and reduce the toxic side effects of standard treatments, such as radiation and chemotherapy.

The **Non-Specific Treatment Components are natural substances and modalities with no or few side effects to some patients. They enhance each other by following a special treatment system developed over many years**. They include, but are not limited to:

- **Nutritional immunotherapy** primarily of organic foods (vegetables, freshly pressed vegetable juices, protein according to individual needs), is always adjusted to individual needs. It also includes
- **Intravenous nutrition** and **nutraceuticals**, as well as anti-oxidants, minerals, trace elements, tissue salts, amino acids, herbal substances, as well as vitamins such as **Vitamin C**.
- **Co-Enzyme CO-Q10**, has become known as powerful anti-oxidant. It has shown a strong anti-tumor effect in a breast cancer trial in Copenhagen, Denmark. Principal investigator Karl Folkers reports regression of liver and lung tumors in a current German trial.
  Recent studies conducted at the University of Miami's Leonard M. Miller School of Medicine suggest, according to research director Niven R. Narain, that CO-Q10 restores apoptotic potential (programmed cell death) to cancer cells without harming the healthy cells.
  In 2005, the National Cancer Institute in Washington (NCI) analyzed reports on CO-Q10 that appeared in the peer-reviewed scientific literature. The reports reveal that CO-Q10 has been shown to lengthen the survival of patients with breast, prostate, pancreatic, lung, and colorectal cancer.
- **Melatonin**.

- **Autohemotherapy**, a preparation from the patient's own blood, helps boost the immune system.
- **Enzymatic therapy** improves digestion, the elimination of immune complexes and the break down of the fibrin coating of cancer cells.
- **Oxidative therapies**, such as
- **Photoluminescence Therapy** and **Ozone Therapy** improve cellular respiration and immunity.
- **Glandulars** help regenerate organs such as the liver, the thyroid, the thymus gland and other glands.
- **Laetrile**, also called Amygdalin or Vitamin B 17, has shown to attack cancer without the toxic side effects of chemotherapy.
- **Polarizing solution**, which is a mixture of glucose, potassium, and insulin (GKI) administered intravenously has shown to reverse tissue damage (edema) in normal tissue surrounding tumors, and to destabilize malignant growths by making them acid. This treatment was developed by Demetrio Sodi-Pallares, M.D.
- **Phytotherapy** with herbal medicinal products is administered according to individual requirements.
- **Urea/Creatine Therapy** as part of our treatment program has shown over several years to be an important alternative method of tumor debulking in various types of cancer. E. Danopoulos published in respected journals many provocative reports of tumor responses to synthetic urea and creatine.
- **Reossification Therapy** using substances such as calcitonin, clodronate, pamidronate, zolodronic acid, etc. has shown to build-up cancer-damaged bones.
- **Chelation Therapy**.
- **Detoxification procedures** through improved function of the liver, kidneys, colon, lung and skin assist the body in its endeavors to get rid of metabolic waste and toxins that impair immune functions.
- **Colon Hydotherapy**.
- **Psychological Guidance and Emotional Support/Spiritual Support** in single and group sessions enhance the effectiveness of all other treatment components.
- **Physical Therapy**.

Rationale

Cancer patients' immune and regulatory mechanisms fail to recognize cancer cells and eliminate them. They tolerate them.

The Issels comprehensive immunotherapy is designed to break through this "tolerance". It is a unique blend of non-toxic treatment modalities that complement and enhance one another in an effort to attack the cancer and at the same time to restore the body's regulatory, repair and defense systems, of which the immune system is one important part. In general terms, some of these treatments work on the levels of the biochemical defense and help cancer cells undergo differentiation as encoded in the genes that cause them to die through programmed cell death called apoptosis. Other treatment modalities work on the levels of cell-mediated and humoral immunities. It is a proprietary program that is only available at the Issels Treatment Centers. **The Issels Treatment strategy includes standard treatments when indicated.**

The Issels Concept of the Development of Cancer and its Treatment

Published by Josef M. Issels, MD

The Issels Treatment was developed by Josef M. Issels, MD., leading pioneer of integrative cancer medicine.

Dr. Issels was the first to integrate conventional and alternative/ complementary treatments into a comprehensive treatment program that focuses on both the cancer tumor and the internal bodily environment which promotes the tumor growth.

In 1951 in Germany, **Dr. Issels was the first to open a hospital** for conventionally incurable cancer patients **specializing in comprehensive immunotherapy.** In 1970 **the hospital grew from 80 to 120 patient beds and expanded its extensive research facilities, including the immunological, microbiological, dental and hyperthermia departments**. The hospital's programs included research on tumor vaccines, mycoplasma and bacterial vaccines inducing fever, hyperthermia, etc. Ninety percent of the patients treated at the hospital had exhausted standard cancer

treatment. From 1981 until 1987, **Dr. Issels served as an expert member of, and advisor to, the Commission of the German Federal Government in the Fight Against Cancer**. He presented many papers to national and international medical congresses and within programs of continuing education. He also published three monographs.

The diagram below explains the concept of the comprehensive Issels Treatment that focuses on both the cancer tumors and the internal bodily environment which promotes the tumor growth. Within this concept each treatment modality has its clearly defined task to fulfill in the endeavor to eliminate the tumor and restore the body's innate cancer fighting properties.

Pre-and postnatal endogenous and exogenous causal factors (**I**) can lead by mutagenic, toxic, sensitizing or neural effects via the transit mesenchyme to secondary damages to organs and organ systems and so to functional disturbances of the neural, hormonal, excretory and defense systems (**II**).

These secondary damages and especially the disturbance of the detoxification system deteriorate the internal environment and can lead to complex metabolic disturbances which are common to all chronic disease and cancer.

Further constant influence of the causal factors and the persistence of secondary damages can produce a functional imbalance and deteriorate the defense and repair mechanisms. Depending on inherited constitution and disposition, this can develop into a chronic degenerative disease and a "tumor-milieu," (**III**) the ideal medium for cancer cells and micro-organisms found in cancer to grow. The body has acquired the tendency to produce malignant tumors.

With the manifestation of the tumor (**IV**), the cancer disease enters the recognizable phase. At this time, conventional cancer treatment begins with the weapons directed against the cancer tumor and its symptoms (**V**).

According to the concept that cancer starts as a locally confined growth, all measures concentrated on the tumor alone seem causal and exhaustive.

Treating the tumor alone is not treating the condition that is producing it: the underlying cancer disease. Consequently, there is a high rate of relapse.

According to the comprehensive concept, however, cancer is considered a systemic disease from the onset and the tumor as its late stage symptom.

Following this concept the Issels Treatment has two lines of approach which are of equal importance and complement each other.

1. A **non-specific basic therapy** aiming to eliminate causal factors, repair damages of the early stages, normalize the internal environment, and restore the body's regulatory, repair and defense mechanisms.
2. A **specific therapy** directed against the malignant tumor itself, such as surgery, radiation, chemo, hormone therapy, and cancer vaccines.

The **non-specific basic therapy** corresponds with the etiological path leading to the immuno-insufficiency and the cancer disease. It is modified to suit the individual patient's needs. It consists of:

- Elimination of causal factors, such as head foci of infection including dental, alveolar and tonsillar foci, malnutrition, abnormal intestinal flora, fields of neural disturbance, physical and chemical exogenous factors, endogenous and psychological factors.
- Desensitization of the organism which has been sensitized by causal factors by administration of autohemolysates and colloids.
- Treatment of secondary damages, metabolic disturbances, the impaired detoxification and the resulting defense weakness, by general measures, such as nutritional immunotherapy, hyperpyrexia or fever therapy, oxidative therapy, enzymatic therapy, phytotherapy, neural therapy and organ therapy (glandulars), as well as substitution/supplementation according to individual requirements.

The **basic therapy** is a long-term one without any toxic side effects and aims at the regeneration of the "big resistance," which comprises all the defense zones:

1. The extracorporal zone consisting of the physiological obligatory microflora on mucous membranes which is responsible for the basic immunity of the organism.
2. The epithelial zone consisting of all epithelial surfaces which performs defense, filtration, excretion and absorption.
3. The lympho-reticulo defense zone which performs the important tasks of phagocytosis, antibody production and detoxification. On this zone, immunotherapy is mainly centered today.
4. The reticulo-histiocytary zone which is the pluripotent mesenchyme embracing almost half of the body weight. It has been neglected in cancer research and treatment, although it is of great importance to all defense processes due to its various functions:

- the stemcell function;
- the transit function that intervenes between all nerves, organ cells, blood, lymphatic and intestinal cells;
- the homeostatic function;
- the defense, detoxification and storage functions.

These defense zones are successive, are closely interrelated and are under neuro-hormonal control.

The blockade of only one function of one of these zones, for example of the excretion, or even the blockade of the control system such as the autonomous nervous system may contribute indirectly to a lowering of the defense potential. During treatment, it was repeatedly observed that by the elimination of head foci, or with a fever therapy a blockade of the neuro-hormonal functions was broken.

Dr. Issels' cases revealed that even in an advanced stage of malignant disease an immune reaction with complete tumor remission can be achieved.

Experience has shown that comprehensive immunotherapy opens up the following therapeutic possibilities:

- Treatment of cancer of all kinds and stages offering a considerable chance of recovery even for patients in advanced stages who have exhausted all standard treatments.
- Follow-up treatment to help prevent recurrence after standard cancer therapy through restoration of the patient's defense and repair functions (the World rate of recurrence after standard treatment is 50%).
- Non-toxic preventive treatment for patients at risk, and those with precancerous diseases.
- Preparatory treatment prior to surgery, radiation, and chemotherapy to reduce the risk of complications and in qualified cases, to render inoperable tumors operable.

Treatment of chronic degenerative diseases which are untreatable by standard methods.
Quote by an editor for the American Cancer Society:

"Immunotherapy may be one of the only ways left to deal with cancer. We’ve gone as far as we can with chemotherapy," says oncologist Herman Kattlove, an editor for the American Cancer Society. With few new drugs coming out, he says, "chemotherapy is sort of a dead area..." With dendritic cells, "what convinced me is that we saw responses," says Dr. Ronald Levy (Stanford University). -- New Weapon in Cancer War. *The Wall Street Journal*, May 23, 2003: B1.

ALLEGATO 55: "…Nell'ultima Valle del Mondo…."

…Nell'ultima Valle del Mondo,
gli Ultimi dei Pochi si fermarono,
stanchi di tanto fuggire,
finalmente decisi a dare Battaglia.

Ed Essi alzarono le Spade al Cielo
Davanti alle mostruose Orde
dei Figli delle Tenebre…

E gli Dei della Guerra videro.

E furono compiaciuti del loro Coraggio.

E agli ultimi Figli della Luce concessero la Vittoria,

Laggiù:
nella Valle di Armageddon…….