



smb Italia
società medica bioterapica italiana

NOTIZIARIO FLASH SMB ITALIA
Numero 3 - anno XV
luglio/settembre 2007
Autorizzazione Tribunale di Roma
n. 30/93 del 28/01/93

EDITORE
SMB Italia

SEDE LEGALE
Via Matilde Serao, 23/A - Roma

DIREZIONE E REDAZIONE,
Smb Italia, Via Carlo Poma snc
00040 Pomezia (Roma)
tel. 06/91.96.80.24
fax 06/91.82.13.45

DIRETTORE RESPONSABILE
Pio Paladino

CONCESSIONARIA PUBBLICITÀ
Graficamente Srl - Roma
Tel. 06/52.16.321

ORGANIZZAZIONE
Tiziano Crispi

DIREZIONE SCIENTIFICA
Valter Masci

GRAFICA E IMPAGINAZIONE
Graficamente srl

STAMPA
Tipograf - © Smb Italia Roma

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO:
D. Berthler, R. Bragheri, A. Ercoli, D.
Goiran, V. Masci, C. Pernarella, M.
Saruggia

Responsabilità

La riproduzione delle illustrazioni e degli articoli pubblicati dalla rivista, nonché la loro traduzione, è riservata e non può avvenire senza espressa autorizzazione dell'editore. I manoscritti e le illustrazioni inviati alla redazione non saranno restituiti anche se non pubblicati. L'editore non si assume alcuna responsabilità sul contenuto degli articoli e nel caso di eventuali errori contenuti negli articoli stessi in cui fosse incorso nella riproduzione sulla rivista. Gli articoli dovranno essere inviati alla redazione su supporto magnetico.



S O M M A R I O

<i>V. Masci</i> Editoriale	3
<i>R. Bragheri</i> Le medicine complementari nel trattamento delle infezioni respiratorie in età pediatrica - II parte	5
<i>A. Ercoli</i> L'omeopatia e l'ipotiroidismo	15
<i>D. Goiran, D. Berthler</i> L'omeopatia e il bambino. Il bambino agitato	25
<i>C. Pernarella</i> La cicatrice come disturbo di flussi di informazione e di energie	29
<i>M. Saruggia</i> Effetto preventivo di Oscillococcinum® nelle sindromi simil-influenzali. Risultati di una indagine multicentrica	39



w w w . s m b i t a l i a . o r g
Scuola Superiore di Omeopatia

Spett.le FNOMCeO
P.zza Cola di Rienzo
Roma
Alla c.a. del Presidente



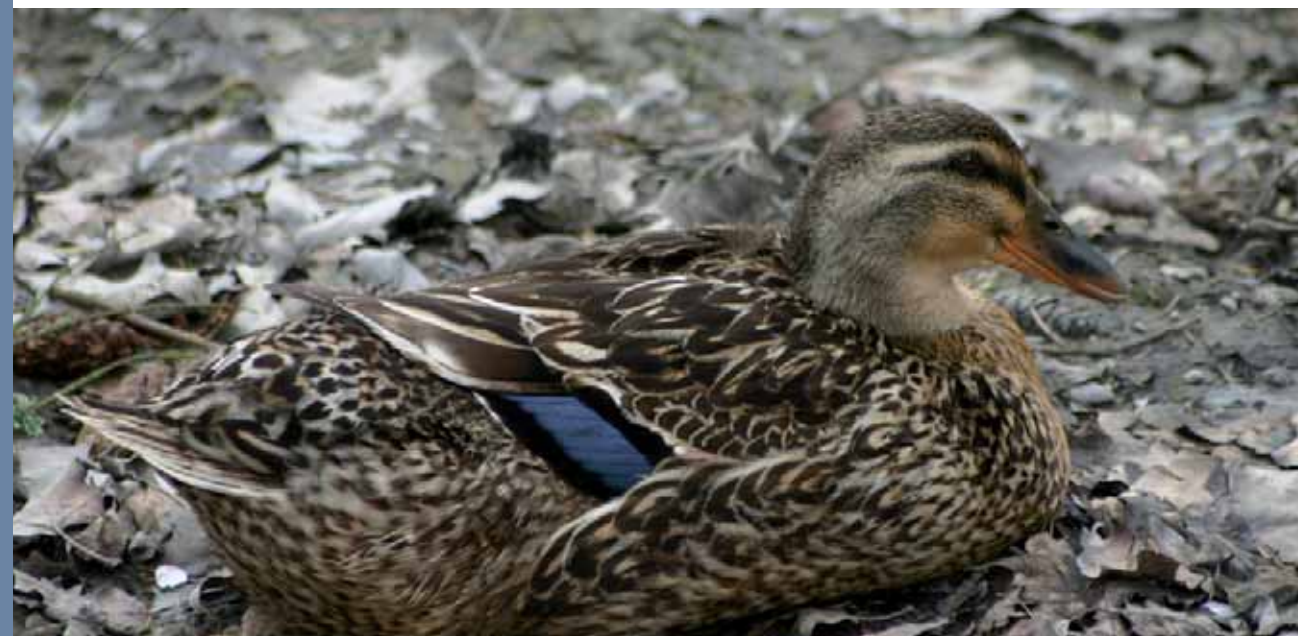
Valter Masci

Ill.mo Presidente,
nell'esprimere il nostro ringraziamento per quanto Ella sta facendo nei riguardi dell'Omeopatia, a nome della Smb-Italia, Scuola di Formazione in Omeopatia tra le più antiche e rappresentative in Europa, Le inviamo alcune nostre considerazioni a riguardo di uno dei punti-cardini di una possibile regolamentazione dell'Omeopatia: il monte-ore di Formazione del medico in Omeopatia.

A tale riguardo Le ricordiamo che in Francia, il paese al mondo dove l'Omeopatia è più diffusa, le Scuole di Formazione per medici, comprese 7 sedi Universitarie, svolgono i programmi di insegnamento in **180-240** ore. Tali scuo-

le hanno formato circa **15.000 Medici** (definiti ad "orientamento omeopatico") che hanno diffuso l'Omeopatia fino al punto che, in Francia, i pazienti che a loro si rivolgono sono arrivati a più di 10 milioni usufruendo di un inserimento, seppure parziale, all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

Quale è il motivo di un tale numero di ore? **L'Ordine dei Medici francese** considerando l'Omeopatia "**metodo terapeutico**" dà atto che non è un tipo di Medicina a sé stante ma profondamente legata alla Medicina Ufficiale.



A seguito di questa presa di posizione viene definito che l'Omeopatia è: **“Una pratica medica preferenziale e non esclusiva”**.

A seguito di ciò l'Ordine dei Medici francese considera come **“competente in omeopatia”**, con relativa sua iscrizione nel Registro, un Medico che abbia effettuato una Formazione triennale, in Scuole private, di circa 200 ore.

Se invece si dovesse pensare all'Omeopatia come ad una Medicina a sé stante, **esclusiva**, allora si dovrebbero proporre dei Corsi di Formazione di **oltre 1000-1500 ore**. Ma aumentando il monte ore, rispetto alla media europea, chi più diventerà omeopata? Pochissimi perché quale medico vorrà investire cinque anni della sua vita (con relative spese) per diventare omeopata, cioè senza raggiungere una specializzazione considerata tale, e senza la possibilità di lavorare in ospedale o nelle ASL? E quale sarà la conseguenza? Che “faranno e praticheranno” l'omeopatia i Naturopati! Cioè persone non preparate dal punto di vista medico che hanno tutto il tempo per seguire corsi millenari in omeopatia, per arrivare ad essere degli “abusivi”. Perché per applicare l'omeopatia bisogna essere medici. Con il pericolo di mettere a repentaglio la Salute Pubblica. Inoltre tanti giovani colleghi non potranno più trovare nelle cosiddette “Medicine non convenzionali” uno spazio di lavoro che gli è negato attualmente nelle Strutture Pubbliche per noti motivi. Un'altra possibile conseguenza è che in Italia avranno spazio colleghi medici provenienti dall'estero ad esercitare l'omeopatia.

In conclusione, poiché siamo convinti che un monte - ore eccessivo delle Scuole di Formazione porterà:

alla diminuzione delle possibilità di lavoro per moltissimi giovani medici; ad un pericolo per la Salute Pubblica, ad una regressione dell'Omeopatia italiana;

chiediamo

che venga esaminato il problema delle “ore totali” allineandole all'attuale media europea (200 - 300).

RinnovandoLe l'apprezzamento per la sensibilità che Lei ha mostrato nei riguardi dei Medici omeopati e sperando che la presente possa contribuire ad un corretto ordinamento sull'Omeopatia, La preghiamo accettare i nostri più distinti saluti

Il Direttore Didattico
Prof. Valter Masci

Il Presidente
Prof. Amodeo Corrado

Roma, febbraio 2007



LE MEDICINE COMPLEMENTARI NEL TRATTAMENTO DELLE INFEZIONI RESPIRATORIE IN ETA' PEDIATRICA POSSIBILITA' DI TERAPIA INTEGRATA

Romano Bragheri

II PARTE 5



Patologia Possibilità di terapia integrata

L'interesse per le medicine complementari riguarda ovviamente anche l'età pediatrica per una duplice ragione:

- minore fiducia per le terapie convenzionali, somministrate in maniera ripetitiva e apparentemente non personalizzata e quindi ritenute poco efficaci. Altrettanto non sempre ritenute prive di rischi, anche a ragione, sulla scorta delle frequenti notizie riferite dai media e dalle Società scientifiche (vedi Società Italiana di Pediatria circa l'abuso di antibiotici) in quanto praticate con farmaci non specificamente sperimentati per il bambino (ma a lui adattati con una posologia ridotta), che

non sempre, specie nelle prime età della vita, è da considerarsi un “adulto in miniatura”.

- maggiore fiducia invece per le medicine complementari (soprattutto per le affezioni lievi o di gravità intermedia) percepite come naturali e quindi prive di tossicità (non sempre a ragione), comunque come più appropriate per il bambino, organismo “vergine” e quindi da trattare con cure più “dolci” e non soltanto con sostanze chimiche (a ragione ritenute comunque estranee e non prive di danni potenziali). Da ciò l'aspettativa e a volte la richiesta esplicita dei genitori non sempre esaudita dal pediatra per scarsa conoscenza o peggio per preclusione e che induce la madre a provvedere con il “fai da te”, con conseguente calo di fiducia per il pediatra e di sicurezza per il bambino.

Di seguito vengono esposte in forma obbligatoriamente succinta e a scopo meramente esemplificativo le possibilità terapeutiche delle più comuni medicine complementari. In particolare per quanto attiene l'agopuntura, per una ancora ridotta possibilità di utilizzo sul bambino e l'omeopatia, cui è sotteso un iter diagnostico e terapeutico particolarmente impegnativo e sofisticato con l'impiego di vari rimedi utilizzati in successione, legati al paziente e alla sua malattia “hic et nunc” e quindi difficilmente traducibile in protocolli generalizzati.

Rinosinusite

La rinite acuta o raffreddore è un disturbo estremamente frequente (da tre a sei episodi l'anno). Presenta sintomi locali: scolo e ostruzione nasale, a volte febbre e compromissione dello stato generale e guarigione nel giro di qualche giorno.

La sinusite è l'infiammazione acuta dei seni paranasali, a seguito di infezioni virali delle alte vie respiratorie e favorita dalla flogosi adenoidea. Presenta cefalea, tosse persistente, otalgia. Nella forma subacuta: scolo nasale, febbre, dolore alla palpazione ai punti sinusali. E' dovuta a cause virali (rhino virus 30%) o batteriche (H. Influenzae - Str. Pneumoniae 60%).

Trattamento antibiotico per la prevalente etiologia batterica: amoxicillina con acido clavulonico; macrolidi, cotrimoxazolo e cefalosporine, ev.corticosteroidi; mucolitici, decongestionanti.

Fitoterapia

Nella rinite semplice (raffreddore comune) sono da evitare trattamenti sproporzionati alla entità della affezione quali spray nasali, antipiretici, antibiotici.

Localmente olio di calendula, di iperico, di camomilla.

Per il bambino che si ammala spesso Rosa Canina, estratto secco titolato e standardizzato in vitamina C che viene così assunta in modo naturale (flavonoidi e carotenoidi della pianta, sinergici con l'acido ascorbico).

Nella sinusite acuta, quale complicanza della rinite, instillazioni nasali di essenza di niaouli all'1% in olio di mandorle dolci; gocce nasali a base di efedrina, niaouli ed eucalipto (azione vasocostrittrice).

Nelle forme cliniche più comuni senza complicazioni può essere sufficiente utilizzare un estratto di Echinacea TM e Ribes Nigrum. Altri efficaci rimedi sono l'Agrimonia Eupatoria TM, in caso di

congestione delle prime vie aeree e l'Aloe Vera TM, che può essere usata utilmente nel bambino più grande per la sua azione antiinfiammatoria.

Fra i gemmoterapici risulta utile l'Alnus Glutinosa, per la sua azione antinfiammatoria elettiva sulle alte vie respiratorie così come la Juglans Regia e il Ribes Nigrum. La Betulla Pubescens ha azione tonica e stimolante e facilita l'attività di altri gemmoterapici.

Nella rinosinusite cronica Ribes Nigrum, Carpinus e Rosa Canina.

Nella rinosinusite purulenta risultano indispensabili gli antibiotici per aerosol o per via sistemica, ma sono utili anche le gocce nasali a base di Argento e Efedrina, supposte a base di oli essenziali (pino-timo) integratori vitaminici ed oligo elementi specifici.

Rimedi omeopatici

Aconitum (sintomi dopo colpo di freddo - starnuti - mal di testa)

Belladonna (mucosità liquide - mal di gola - brividi - freddi)

Allium cepa (sternuti frequenti - scolo abbondante - solletico in gola - prurito)



Kalium bicromicum (secrezione filamentosa - dolori seni paranasali)

Kalium sulfuricum (dolore sinusale aggravato dal calore, migliorato dal fresco)

Euphorbium (occhi e naso caldi e asciutti - prurito)

Hydrastis (scolo nasale posteriore - forme cronicizzate)

Agopuntura

(per sindromi superficiali da vento esterno)
4GI (febbre) - 7P (tosse) - 13V - 20GI

Faringotonsillite

Solitamente il processo infiammatorio è comune e la malattia si presenta quando il bambino va in comunità (nido, scuola materna, scuola elementare). L'etiologia è virale (rhinovirus - adenovirus) o batterica (streptococco pyogenes - beta-emolitico gruppo A), ma può anche essere causata dal freddo, dall'esposizione al fumo passivo o dagli inquinanti ambientali come le polveri sottili e gli scarichi industriali.

La febbre è il sintomo più comune; l'etiologia virale presenta febbre modesta, iperemia del faringe, scolo nasale e l'etiologia batterica sintomi più evidenti con febbre alta, faringodinia, micropoliadenia, edema dell'ugola e del palato molle.

La diagnosi viene accertata rapidamente con il tampone faringeo a lettura rapida, ed è assolutamente indispensabile, ad evitare le note, severe complicanze.

Nelle forme virali: solo terapia sintomatica
Nelle forme batteriche: penicillina i.m. (benzatin-penicillina) associata nelle prime 24 /48 ore a penicillina per os (fenossimetil - penicillina)

Cefalosporina - eritromicina - macrolidi (in caso di allergia) - cortisone per aerosol
Fitoterapia

Nella maggior parte dei casi può essere sufficiente una terapia antinfiammatoria e antimicrobica con estratti vegetali.

Si impongono preliminarmente lavaggi e disinfezione della cavità nasale con oli-goelementi (rame - argento) in acqua isotonica con vitamina C naturale (Ribes Nigrum). Quindi Echinacea Purpurea ed Angustifolia anche associati, per la loro comprovata azione immunostimolante, antibatterica ed antinfiammatoria.

Frequentemente utilizzata l'Agrimonia Eupatoria, pianta erbacea particolarmente ricca di polifenoli e flavonoidi; e la Propoli, estratto idroalcolico ad azione antibatterica.

Rimedi omeopatici

Aconitum (sintomi dopo colpi di freddo - febbre alta - molta sete)

Belladonna (febbre - sudorazione - dolore alla deglutizione - sete)

Licopodium (dolore violento con arrossamento faringe da destra a sinistra) (Lachesis al contrario da sinistra a destra)

Mercurius solubilis (gola rossa ed ematosa - linfonodi laterocervicali)

Agopuntura

(Per vento calore a livello delle prime vie respiratorie).

Forma lieve 11 P - 4F

Forma acuta 11GI - 7P - 9P (febbre) - 44Sò

Forma cronica 44GI - 7P - 6R

Otite

Patologia molto frequente in età pediatrica e generalmente consegue a infezione delle vie aeree superiori durante il periodo invernale.

L'otite esterna sierosa o sieromucosa è localizzata nel condotto uditivo con accumulo di muco.

L'otite media acuta (OMA) è un'infiammazione dell'orecchio medio comitata a flogosi del naso e della gola. Alla fase di congestione può seguire quella di suppurazione nella tromba di Eustachio con

forte dolore e febbre; l'infezione può decorrere in forma benigna con risoluzione del quadro clinico o con perforazione timpanica con possibilità di cronicizzazione (OMAR).

L'etiologia è batterica nell'80% dei casi (H. Influenzae, streptococcus pneumoniae/piogenes)

La diagnosi è otoscopica: iperemia o perforazione della membrana timpanica.

Terapia topica solo a membrana integra quindi cefalosporine, amoxicillina e acido clavulanico, macrolidi.

Fitoterapia

Utili i mucolitici quale trattamento specifico per aerosol o suffumigi, quando possibile

Forme catarrali:

Pinus silvestris - Mirtus communis

Marrubium vulgare 50 gtt. 3/4 volte al giorno

Forme purulente:

Origanum - Cinnamomum - Melaleuca - Pinus silvestris 30/50 gtt. per 3 volte al giorno

Forme recidivanti:

Miscela olii essenziali Timus vulgaris e Pinus silvestris 40 gtt. 3 volte al giorno
Juglans regia MG 50 gtt. 1 volta al giorno

Rimedi omeopatici

Aconitum (dolore dopo colpo di freddo)

Belladonna (dolore - viso arrossato - agitazione)

Chamomilla (irrequietezza - dolore acuto - peggiora la notte)

Capsicum (freddoloso - dolore sordo irradiato alla mastoide)

Kalium muriaticum (catarro - mucosità persistenti - recidive)

Hepar sulfur (dolore retroauricolare - mastoidite - pus)

Oligoterapia

Forme acute : Rame 1 fiala ogni 12 ore - Bismuto 1 fiala ogni 24 ore

Forme croniche: Manganese - Rame 1

fiala 3 volte la settimana per 3 mesi

Agopuntura

(da vento calore al capo)

Forma acuta 44S - 4F (in particolare nel piccolo bambino) - 4GI - 20VB

Forma cronica 9M, 36S (dopo antibiotico terapia) 2VB - 17TR (per la funzionalità)

Laringotracheite

Colpisce più frequentemente i bambini maschi di età compresa tra i 3 mesi e i 6 anni con un picco massimo verso i 2/3 anni; dopo questa età le infezioni tendono a ripetersi con sempre minore frequenza. La sintomatologia comporta febbre elevata, tosse secca, peggioramento durante la notte con tachipnea e stridore.

Etiologia virale (virus parainfluenzali tipo 1, 2, 3 - adenovirus - virus sinciziale) più raramente batterica (strept, stafilo, pneumococco).

Nel neonato si può avere una laringite ipoglottica a etiologia virale quasi sempre da Haemophilus influenzae con gravi crisi di dispnea acuta.

Terapia con ampicillina e cloramfenicolo (nelle forme più gravi), cefalosporine (cefotaxime-ceftriaxone) Eventualmente nebulizzazione, ossigenoterapia.

Fitoterapia

Profilassi del microclima con umidificazione.

Piante medicinali ad azione emolliente e antimicrobica (ev. in associazione):

Abies Pectinata per le infezioni recidivanti delle alte vie aeree,

Ribes Nigrum e Propoli per le tracheiti con tosse e raucedine

Drosera Rotundifolia per l'azione spasmolitica per la tosse secca e convulsa
Hedera Helix per le tossi pertussoidi e il broncospasmo.

Tra i gemmoterapici: Populus Nigra per l'azione fluidificante, sedativa e antisettica.

Rimedi omeopatici

Aconitum (ai primi sintomi: tosse secca - serotina - angoscia - ansietà)

Hepar sulfur (tosse secca abbaiente - notturna - solletico in gola)

Spongia Tosta (tosse secca notturna - sibilante - sintomi di soffocamento)

Bromum (senso di costrizione e secchezza)

Agopuntura

(da vento calore nel polmone - tosse raucedine)

18GI - 4GI - 11P - 7P

Tracheo-bronchite

I sintomi iniziali sono quelli di una infezione alle alte vie respiratorie; dopo 2/3 giorni la tosse diventa più frequente, secca, associata a dolore toracico poi mucosa o muco-purulenta con febbre non sempre elevata. Nel primo anno di vita è frequente una bronchiolite con respiro aspro. Presenta etiologia virale o batterica più raramente secondaria a fumo passivo o a inquinamento ambientale.

Terapia - umidificazione ambientale; antibatterici, cortisonici, beta2stimolanti (salbutamolo) per os o aerosol, teofillina/ritardo in caso di broncospasmo, espettoranti e mucolitici.

Fitoterapia

Riposo a letto con tisane calde e miele ed alimentazione leggera ed equilibrata. Inizialmente Echinacea come antinfiammatorio e immunostimolante quindi Drosera Rotundifolia come spasmolitico Hedera Helix nelle tossi pertussoidi (particolarmente indicata nella bronchiolite con broncospasmo nel piccolo bambino).

Soluzione idroalcolica di: Eucalipto-marrubio - tiglio - grindelia - altea - borragine

1 cucchiaino in 1/2 bicchiere d'acqua 2/3 volte al giorno

(Coadiuvante in caso di tracheobronchi-

ti con tosse secca ed espettorato)

Rimedi omeopatici

Antimonium tartaricum (tosse continua - scarsa espettorazione - rantoli e sibili)

Mercurius solubilis (tosse - secrezione catarrale - febbre - sudorazione)

Bryonia alba (tosse secca a crisi - dolore toracico - cefalea)

Ipeca (tosse con espettorato grasso - dispnea - rantoli)

Rumex crispus (tosse secca - raucedine aggravata dal freddo)

Hepar sulfur (tosse grassa - soffocante - secrezione mucosa trachea e bronchi)

Agopuntura

11GI (febbre) - 5P - 13V (tosse) - 22RM (dispnea) - 40S (mucosità)

11F (particolarmente efficace anche con il massaggio tuina)



PREVENZIONE

Le infezioni respiratorie ricorrenti costituiscono una delle patologie di più frequente riscontro soprattutto per la ripetitività nei primi anni di vita del bambino e con il suo ingresso alla scuola materna. Il ricorso sempre più frequente alla terapia antibiotica profilattica non è stato assolutamente risolutore, così come l'impiego dei vaccini, giudicati di efficacia ed utilità relativa.

Gli estratti timici hanno mostrato una sproporzione tra il costo dei farmaci e gli effetti attesi. Attualmente i più usati nella pratica pediatrica sono gli immunostimolanti costituiti dalla frazione ribosomica dei batteri più frequentemente in causa nelle infezioni respiratorie. Tali farmaci danno risultati abbastanza buoni, ma non del tutto soddisfacenti. Oltretutto, anche se in una bassa percentuale di casi, l'uso di tali preparati da iperpiressia o addirittura peggioramento della sintomatologia clinica.

Pertanto una delle potenzialità più interessanti delle medicine complementari (in particolare omeopatia e fitoterapia) è proprio quella legata alla prevenzione. Che va attuata unitamente ad uno stile di vita corretto fin dalla più tenera età. Soprattutto per quanto concerne la prevenzione dall'inquinamento ambientale,

a livello domestico (inquinanti vari, fumo di sigaretta, riscaldamento oltre i 20°, umidificazione non corretta) e possibilmente anche esterno (giochi e attività sportive protratte in luoghi vicini a fabbriche o a grandi arterie di traffico). Occorre infine privilegiare in luogo di viaggi nelle grandi città, vacanze al mare, in montagna o in campagna, comunque sempre in luoghi aperti e soleggiati e con ridotta antropizzazione. Vengono elencati qui di seguito dei Protocolli suggeriti da alcuni Docenti della Scuola (prof. Sangiorgi - Piterà - Trapani) ed altri tratti dalla letteratura.

Inoltre alcuni Studi clinici di confronto fra terapia convenzionale e complementare ed alcuni dati bibliografici recensiti dalla letteratura internazionale più qualificata sull'argomento, a testimonianza dell'ormai affermato interesse delle medicine complementari in età pediatrica.

PROTOCOLLO FITOTERAPICO

Macerato glicerico di
Ribes nigrum - azione antinfiammatoria e immunostimolante
Rosa canina - organotropismo per il sistema reticolo endoteliale
Alnus glutinosa - stimolante la granulopoiesi, attivante il microcircolo



Betula verrucosa - stimola i macrofagi, azione drenante sui tessuti infiammati
Oligoelementi (Mn - Cu - Zn) azione antinfettiva, immunostimolante ed antinfiammatoria diretta sulla mucosa esofagea

Prevenzione nelle patologie invernali - terapia di sostegno in caso di faringotonsilliti, rinofaringiti, otiti acute e croniche
Profilassi 30 gtt 2 volte al dì per 2/3 mesi
Capsule di vitamine, minerali, polisaccaridi e lipopolisaccaridi.

Fibra di nocciolo - succo di fragola - microalghe (dunaliella - clorella - spirulina)

Prevenzione - 2/3 caps. Al dì per 20 giorni ogni mese

Decotto di Echinacea - baptisia - bosso - sambuco - genziana - eupatorio - china
Zucchero di canna - miele

Particolarmente indicato per i pazienti da 0 a 4 anni (completamente privo di alcool) in particolare nelle terapie prolungate di sostegno

Profilassi 1 cucchiaino 2 volte al dì per 3 mesi

Somministrazione dei 3 preparati in associazione:

dal Lunedì al Venerdì per 3 settimane al mese per 2 mesi

quindi per 2 settimane al mese per altri 2 mesi

PROTOCOLLI OMEOFITOTERAPICI

1 - Echinacea (una fiala/settimana per 6 mesi - fino ad un anno di età)
(due fiale la settimana per 4 mesi - oltre ad un anno di età)

2 - Ribes nigrum (8 gtt. al mattino per un mese)

Rosa canina (8 gtt. la sera per un mese)
3 - Rame e Argento (1 dose al dì per un mese)

4 - Manganese Cobalto (1 dose tre volte la settimana)

1 - Dolisobios 15 (timulina 9CH)
(calcarea sulfurea silicea - aconitum napellus - mercurius solubilis)
(1 tubo dose una volta la settimana al mattino a digiuno)

2 - Manganese e Rame (una dose tre volte la settimana)

Bibliografia recensita

British Medical Journal, 309, 1329/1331, 1994 "Riduzione di sintomi e antibiotici nelle infezioni respiratorie con trattamento omeopatico"

Arch. Dis. Child, 84, 6/9, 2001 "Uso di erbe medicinali e prodotti naturali in età pediatrica"

Pediatrics, 107, 598/601, 2001 "Erbe medicinali, raccomandazioni per i pediatri"

Cur. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care, 6, 353/384, 2002 "Medicine complementari in pediatria: agopuntura, omeopatia, massaggi e terapie chiropratiche"

Eur. J. Pediatr., 162, 334/341, 2003 "Uso della medicina complementare tra i pazienti pediatrici"

Ambul. Pediatr., 4, 482/487, 2004 "Uso di erbe e prodotti naturali in età pediatrica: cosa ne pensano 745 pediatri USA"

J. Pediatr., 146, 311/317, 2005 "Trattamento con fitoterapici nei bambini Americani"



Arch. Dis. Child., 91, 153/158, 2006 "Uso dell'omeopatia e fitoterapia in età pediatrica"

H.A. Cohen, Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 158, 217/221, 2004 "Efficacia di un preparato fitoterapico contenente Echinacea, Propoli e Vitamina C nella prevenzione delle infezioni respiratorie nei bambini. Studio multicentrico, randomizzato, in doppio cieco e controllo placebo" (su 430 bambini da 1 a 5 anni: su 215 placebo, su 215 Echinacea (250-375 mg), Propoli (250-375 mg), Vitamina C (50-75 mg))

	Intervento	Placebo	Riduzione
Totale episodi	138	308	55%
Totale giorni malattia	423	1040	59%
Episodi per bambino	0.9	1.8	50%
Giorni malattia per bambino	2.6	6.2	58%
Durata singoli episodi	1.6	2.9	45%
Giorni antibiotico-terapia	541	1084	50%



Considerazioni conclusive

Le IRR in età pediatrica integrano un problema di frustrante attualità per il pediatra che deve fronteggiare oltre alla patologia del bambino, solitamente non grave, ma ripetitiva, anche le esigenze dei genitori, la loro preoccupazione ed il disagio per le ripetute assenze lavorative, nonché una certa insofferenza per i non brillanti risultati della terapia.

In questo contesto le Medicine Complementari possono realmente costituire una risorsa cui attingere, nei termini precedentemente esposti, da parte del pediatra. Il quale deve tenere rigorosamente conto dell'eccesso di medicalizzazione anche per disturbi minori (ripetute deplorazioni sull'abuso di antibiotici da parte della Società Italiana di Pediatria), non priva di una qualche tossicità, con costi elevati e scarsa efficacia. In ossequio a dogmatiche scelte di politica farmaceutico-sanitaria ormai discutibili ed in nome di una validazione scientifica, per altro non sempre certa anche nei farmaci in uso; validazione veramente singolare, in particolare per quelli che riguardano l'età pediatrica in quanto si tratta quasi sempre di principi attivi teoricamente sperimentati per l'adulto e utilizzati a dosi dimezzate dal bambino, che, notoriamente, non è un adulto in miniatura.

Orbene perchè rifiutare aprioristicamente pratiche terapeutiche ormai largamente diffuse da anni in tutta Europa e nel resto del mondo e non acquisire conoscenza delle più note e collaudate terapie complementari lequali, ancorchè non pienamente coi parametri della scienza medica convenzionale, presentano tuttavia risultati sempre più significativi basati sull'evidenza clinica (E.B.M.).

Ed è proprio in età pediatrica che si può

numerotreannoquindici

realizzare un percorso di medicina integrata che preveda, ad esempio, il fitoterapico non come alternativa al farmaco, ma come supporto preliminare al fine di limitarne l'utilizzo.

E' pertanto auspicabile una semèpre più attenta considerazione per le sostanze naturali ad azione antimicrobica ed immuno-stimolante da usare come rimedio di prima scelta in caso di IRR in età pediatrica.

Riferimenti bibliografici

- Breuner C.C. "Complementary medicine in pediatrics: a review of acupuncture, homeopathy, massage and chiropractic therapies" Curr. Probl. Adolesc. Health Care, Nov/Dec: 353-383, 2002
- Burgio G.R. "Pediatria essenziale" UTET Torino, 1990
- Ciygler B., "ORL et acupuncture" Rev. Fr. Acupunct. 100: 16-29, 1999
- Ducroz V. "L'otite seromuqueuse de l'enfant" Rev. Prat. Med. Gen. 11: 25 1997
- Enders N. "Manuale di pediatria omeopatica" Tecniche Nuove Ed., Milano, 1999
- Firenzuoli F. "Fitoterapia" Masson Ed., Milano, 2004
- Firenzuoli F. "Fitoterapia in otorinolaringoiatria" Tecniche Nuove Ed., Milano, 1993
- Flaws B., "A handbook of TCM Pediatrics", Blue Poppy Press, Boulder Co, 2002
- Frontali G. "Pediatria clinica" S.E.U. Roma, 1949
- Kemper K.J., Highfield E.S., McLellan M., Ott M.J., Dvorkin L., Whelan J.S., "Pediatric faculty development in integrative medicine" Altern. Ther. Health Med. 8:70-73, 2002
- Lee A. C., Highfield E.S., Berde C.B.,

numerotreannoquindici

Kemper K.J., "Survey of acupuncturist: Practice characteristics and pediatric care", West J.Med., 171:153-157, 1999

Madsen H., Andersen S., Nielsen R.G., Dolmer B.S., Host A., Damkier A. "Use of complementary medicine among pediatric patients" Eur. J. Ped., 162:334-341, 2003

May Loo, "Pediatric Acupuncture", Churchill Livingstone, 2002

Miccichè G.M., "Omeopatia e pediatria" Ed. Tecniche Nuove Milano, 1995

Minelli E., "Agopuntura clinica - tradizionale e moderna", Red Ed. Novara, 2002

Piterà F., "Compendio di gemmoterapia clinica" De Ferrari Genova Ed., 1994

Raimo F. "Curare l'otite senza antibiotici" Pediatria 7:24-28, 1998

Rasario G. M. "Manuale di semeiotica medica" Idelson Ed. Napoli, 1958

Roccia L., Carrossino R., "Agopuntura e pediatria" Minerva Med., 69:4329-4333, 1978

Schilcher H. "Fitoterapia in pediatria" Masson Ed., Milano, 2001

Spigelbatt L., Laine-Ammara G., Pless B., Guyver A., "The use of alternative medicine by children", Pediatrics, 94:811-814, 1994

Tetau M. "La materia medica omeopatica clinica e associazioni bioterapiche" Nuova Ipsa Ed., Palermo, 2002

Trapani G.F., "Bambino sempre sano", Red Ed., Novara, 2003

Trapani G.F., Zanino L. "Nozioni essenziali di materia medica omeopatica" Tecniche Nuove Ed. Milano, 2004

Ugazio A.G., Duse M., Notarangelo A., Porta F. "Il bambino immunodepresso: perchè lo è e come va difeso" CEA Ed., Milano, 1999

L'OMEOPATIA E L'IPOTIROIDISMO

Aldo Ercoli

15



Le malattie della tiroide sono dovute soprattutto a processi autoimmuni, altre volte solamente a processi infiammatori, che portano ad un aumento nella produzione di ormoni tiroidei (ipertiroidismo, tireotossicosi) oppure alla distruzione della ghiandola con riduzione nella formazione e dimissione di ormoni tiroidei (ipotiroidismo). La funzione tiroidea è fisiologicamente legata agli ormoni TRH, di origine ipotalamica, TSH, di origine ipofisaria e T4 e T3, di origine tiroidea. Il TRH, l'ormone ipotalamico di rilascio della tireotropina, trasportato, attraverso il sistema portale-ipotalamico, alle cellule tireotrope dell'ipofisi anteriore, stimola la sintesi ed il rilascio di TSH. Questo a sua volta incrementa la captazione di iodio e la iodizzazione della tireoglobulina, favorisce il

rilascio di T4 e T5 da parte della tiroide inducendo l'incremento dell'idrolisi della tireoglobulina e stimola anche la crescita delle cellule tiroidee. L'eccesso di secrezione di TSH determina nel tempo l'ingrandimento della tiroide (gozzo). Il rilascio di TRA e di TSH è sotto l'inibizione a feed-back negativo mediata dai livelli circolanti di T3-T4. Gli ormoni tiroidei inducono un aumento del metabolismo basale mediante l'incremento del contenuto di ossigeno e della produzione di calore a livello di svariati tessuti corporei. Ma hanno anche aspetti specifici su vari organi e apparati. Effetti che risultano amplificati nell'ipotiroidismo e deficitari nell'ipertiroidismo (cuore, apparati gastroenterico, ossa, polmoni, muscoli, sistema simpatico, metabolismo del glucosio, colesterolo, trigliceridi).

Che cos'è l'ipotiroidismo? Da che cosa è provocato? Come si manifesta? Come fare diagnosi?

Si parla di **ipotiroidismo** quando la tiroide non è in grado di produrre una normale quantità di ormoni tiroidei (T4 - T3). Essi sono presenti nel sangue in quantità inferiore al normale. Questo determina un rallentamento delle funzioni del corpo. È una condizione per



nulla rara, ma in costante vertiginosa crescita soprattutto, ma non solo, nelle donne e negli anziani. **Per quanto concerne le cause** dell'ipotiroidismo va distinto quello **primario** da quello **secondario**.

La forma **primaria** è strettamente legata ad una patologia tiroidea: ipotiroidismo autoimmune (tiroide di Hashimoto, tiroide atrofica); ipotiroidismo iatrogeno (I131, tiroidectomia subtotale o totale, amiodarone, mezzi di contrasto a base di iodio, farmaci antitiroidei, interferone e citochine); ipotiroidismo congenito (assenza o ectopia della tiroide, carenze enzimatiche); ipotiroidismo da deficit di iodio; ipotiroidismo transitorio (tiroide silente compresa la forma post-partum e la tiroide subacuta di De Quervain, sospensione del trattamento con tiroxina in soggetti con tiroide normale).

La forma **secondaria** va distinta in ipofisaria (ipotiroidismo ipofisario) dovuta a ipopituitarismo (tumori, chirurgia dell'ipofisi, patologie infiltrative, sindrome di Sheehan, traumi cranici, forme genetiche da deficit ormonali combinati, deficit isolati di TSH) ed ipotalamica (ipotiroidismo ipotalamico) dovuta a traumi, tumori, patologie infiltrative e forme idiopatiche.

Le manifestazioni cliniche sono in parte diverse a secondo dell'età a cui il deficit ormonale si presenta. Nei neonati si hanno evidenti ritardi nella crescita e nello sviluppo tali da portare ad un deficit motorio e mentale permanente. Il neonato presenta un notevole incremento ponderale, un aspetto inibito, gonfio,

mixedematoso, talora uno stato letargico, più spesso con un obnubilamento del sensorio. Nei bambini si riscontrano invece dei problemi di apprendimento, ritardi mentale più o meno severi, un'altezza inferiore alla media, talora nanismo disarmonico. Negli adulti numerosi sono i sintomi ed i segni clinici: astenia ed aminamia, intolleranza al freddo, facile affaticamento, aumento di peso, ritenzione idrica, diminuzione dell'attenzione, stipsi, apatia, bradicardia, secchezza ed ispessimento della cute, pallore cutaneo, rallentamento dei riflessi tendinei, voce roca. Sono spesso aumentati il colesterolo totale, la CPK ed è presente anemia (da deficit di folati, oppure pernicioso come nella tiroide di Hashimoto, da carenza di ferro). Più insidioso dal punto di vista diagnostico è il quadro clinico nei soggetti ultrasettantesimi: depressione, rallentamenti ideativi e della parola, stipsi, diminuzione della memoria, aumento della freddolosità e ritenzione idrica. Per quanto **concerne la diagnosi**, se si sospetta un ipotiroidismo si debbono determinare la FT4 ed il TSAH sierico. Un aumento del TSH sierico con una T4 bassa o ai valori inferiori della norma è indicativo di un ipotiroidismo primario (malattia della stessa ghiandola tiroidea).

Se il TSH sierico è normale o basso e il sospetto clinico di ipotiroidismo è altro, si deve ipotizzare una forma secondaria legata ad una lesione ipofisaria o ipotalamica.

L'ipotiroidismo subclinico è caratterizzato da un T4 sierico normale, un TSH sie-

rico aumentato senza una significativa sintomatologia clinica di ipotiroidismo. Sia la T4 che la T3 sono legate in circolo con le proteine di trasporto. Solo le frazioni libere FT4 e FT3 sono indicative di malattia tiroidea.

Quali sono le tiroiditi che provocano ipotiroidismo? Quando è che il gozzo tiroideo si associa all'ipotiroidismo?

Le tiroidi si distinguono in **acute, subacute e croniche**. La tiroide **acuta** batterica, è una rara complicanza di una setticemia. Vi è febbre elevata e la cute che sovrasta la tiroide è arrossata. La **tiroide subacuta** (o di De Quervain) o **tiroide granulomatosa** è una forma infiammatoria acuta della tiroide, probabilmente secondaria a infezione virale delle prime vie respiratorie, che va incontro a completa remissione in pochi mesi nel 90% dei casi. È presente febbre, dolore nella regione anteriore del collo, gozzo soffice, segni di ipertiroidismo (tachicardia, nervosismo, intolleranza al caldo etc.) con FT4 elevata e TSH soppresso. La terapia si avvale dei FANS, quale trattamento sintomatico della febbre e dei dolori, e talora anche lievi cicli di prednisolone. Spesso alla fase ipertiroidica segue quella ipotiroidica, poi, come detto, nella stragrande maggioranza dei casi si ha la guarigione.

Un'altra forma di tiroide subacuta è quello **post-partum**. Insorge entro sei

mesi dal parto con sintomi prima di ipertiroidismo, poi di ipotiroidismo, ed infine la paziente ritorna eutiroidea. La **tiroidite cronica** più comune è quella **linfocitaria** (tiroide di Hashimoto) così chiamata perché è l'esito della distruzione della normale architettura tiroidea da parte di un infiltrato linfocitario. Ne consegue un gozzo di consistenza non soffice ed ipotiroidismo. Lo **struma di Riedel**, con ogni probabilità una forma variante della tiroide di Hashimoto, è caratterizzata da un'intensa fibrosi tiroidea che determina la formazione di una ancora più dura massa ghiandolare. La tiroidite linfocitaria è su base autoimmune e rappresenta la causa più frequente di ipotiroidismo sia negli USA che nei paesi industrializzati. Si riscontra più frequentemente nelle donne anche se nell'ultimo decennio spesso anche nell'uomo. Occasionalmente i pazienti con tiroidite di Hashimoto possono presentare un ipertiroidismo transitorio con bassa captazione del radioiodio (lo stesso può verificarsi nella tiroidite subacuta di De Quervain), dovuta al rilascio di T4 e T3 nel circolo ematico. Grazie al fatto che la ghiandola non si presenta soffice alla palpazione e agli alti titoli di anticorpi è possibile differenziare questa forma della tiroidite subacuta. Gli anticorpi antitireoglobulina ed antiperossidasi (anti TPO) sono molto elevati nella fase acuta e possono scomparire tardivamente. Gli anticorpi anti TPO generalmente



persistono nel siero per molti anni.

Un'altra malattia su base autoimmunitaria la F.G.B. (Flaiani-Graves-Basedow), la causa più comune di ipertiroidismo, può portare nel 50-80% dei casi ad ipotiroidismo se trattati con radioiodio. Va sottolineato che nei pazienti che vengono sottoposti a terapia medica con farmaci antitiroidei solo in una piccola percentuale (20-30%) ritornano eutoridei dopo la sospensione della terapia stessa. In tutti gli altri casi i pazienti vanno incontro a recidive che vengono trattate con radioiodio, oppure si ricorre all'intervento chirurgico (tiroide molto aumentata di dimensione con sintomatologia ostruttiva o ghiandola multinodulare). I tipi comuni di gozzo comprendono il gozzo multinodulare (GMN) e quello associato a ipotiroidismo (tiroide di Hashimoto) o ipertiroidismo (malattia di Flaiani-Graves-Basedow). I pazienti eutoridei con gozzo sono di solito soggetti anziani con G.M.N., ossia affetti da gozzo semplice non immunologico. Il gozzo endemico, dovuto a carenza di iodio è quasi scomparso, grazie alla terapia sostitutiva nei paesi industrializzati. Nel mondo vi sono però 200 milioni di persone che ne sono affetti. Nel gozzo è importante dosare il TSH e FT4 (frazione libera, non legata alle proteine plasmatiche). Se il TSH è completamente soppresso (non determinabile) il paziente è ipertiroideo. Se il TSH è superiore a 20 MU/ml il paziente è ipotireo, se invece è normale è eutorideo. Se il TSH è basso, ma non completamente soppresso, si deve pensare che la tiroide stia producendo ormoni tiroidei lievemente in eccesso (ipertiroidismo subclinico nei pazienti con gozzo multinodulare). Quando invece si riscontra un lieve incremento del TSH e un normale FT4, senza segni clinici di ipotiroidismo, si

tratta di ipotiroidismo subclinico.

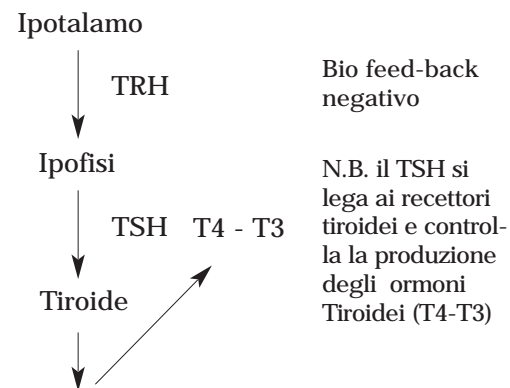
Qual è la terapia?

Il farmaco di scelta è la levotiroxina. Una volta determinata la dose sostitutiva necessaria di tiroxina ci si basa sulla determinazione sierica del TSH per il controllo delle condizioni cliniche del paziente. UN TSH soppresso o molto basso sta ad indicare una dose troppo alta. Anche se molti pazienti si sentono meglio con una dose maggiore è meglio evitare piccoli sovradosaggi per i potenziali effetti avversi sul cuore, sul fegato ed a carico delle ossa (riduzione della massa ossea con osteoporosi). Ciò va evitato soprattutto nei pazienti anziani. Data la lunga emi-vita della T4 le determinazioni del TSH debbono essere alternate ad intervalli non inferiori alle 4 settimane dopo aver variato la dose terapeutica. Nell'ipotiroidismo subclinico (4-7% della popolazione) non tutti sono d'accordo al trattamento con levotiroxina. I medici favorevoli sostengono che migliora i sintomi minimi e ritarda la progressione verso l'ipotiroidismo (5-20% l'anno).

Il dibattito è tutt'ora aperto.



Specchietto riassuntivo



- TSH aumentato - FT4 bassa = ipotiroidismo primario
- TSH normale o basso FT4 - FT4 bassa = ipotiroidismo secondario
- TSH aumentato - FT4 normale = ipotiroidismo subclinico
- TSH soppresso - FT4 o FT3 aumentate = ipertiroidismo conclamato
- TSH basso - FT4 lievemente aument. = ipertiroidismo subclinico
- TSH normale o aumentato - FT4 aumentato = ipertiroidismo secondario (adenoma ipofisario TSH secernente)
- TSH normale - FT4 e FT3 normale = soggetto eutiroideo

N.B.: sia la T4 che la T3 sono legate in circolo a proteine di trasporto (TBG). Un aumento dei livelli di T3 e T4 totali con normali livelli delle frazioni libere (FT3 - FT4) si osserva nelle situazioni in cui aumentano le proteine di trasporto (gravidanza, estrogeni, cirrosi epatica etc.). al contrario una diminuzione dei livelli di T4 e T3 liberi (FT4 e FT3) con normali livelli al T4 e T3 totali si osserva nelle gravi malattie sistemiche, nelle malattie croniche e nelle infezioni.

APPROCCIO OMEOPATICO

La terapia naturale fito-terapica dell'ipotiroidismo ha un suo razionale solo quando la funzionalità della ghiandola non sia del tutto compromessa. Affinché rimedi organoterapici quali la tiroide 4CH (o 5 CH) granuli (5 granuli ogni giorno oppure 10 gtt omedrop) o fitoterapici quale il Fucus Vesiculosus (T.M. 40 gtt (o 4 PAF), 3 volte al giorno per un mese) possano avere effetti positivi nella dismissione di ormoni da parte della ghiandola è assolutamente necessario che almeno una piccola parte di questa sia funzionante.

Il Fucus V. è utile nel gozzo che si associa a ipotiroidismo nel paziente che tende al soprappeso. Grazie alla presenza dello iodio e del bromo, si determina un'azione stimolante sulla tiroide con incremento del metabolismo basale. In caso di ipotiroidismo congenito (agenesia, disgenesia) o di asportazione chirurgica della ghiandola oppure di gozzo multinodulare con tiroide completamente non funzionante è sempre necessario ricorrere alla terapia sostitutiva con levotiroxina molto più maneggevole degli estratti tiroidei utilizzati in passato. E la terapia omeopatica? La medicina dei simili ricopre un ruolo molto importante. È complementare alla terapia sostitutiva allopatrica e anche protagonista quando la tiroide sia in piccola parte funzionante, ossia sia integro il bio feed-back negativo tra ipotalamo-ipofisi e tiroide-ipofisi. Persino in severe patologie (ipotiroidismo congenito o acquisito in tenera età, per carenza di iodio nell'acqua e negli alimenti in regioni montane), l'omeopatia può portare a miglioramenti del quadro clinico, in associazione beninteso, con la terapia sostitutiva, sia a livello somatico che soprattutto a livello psichico. Basti pensare alla sconcertante simi-

litudine esistente tra la materia medica di Barita Carbonica (talora anche Barita muriatica o iodata) o di Bufo Rana con il ritardo psico-fisico che si riscontra nei casi di ipotiroidismo congenito o da carenza di iodio durante la crescita. Pur senza stolti trionfalismi non si può negare che ci sia una scintilla di luminosa verità in questi rimedi.

Il loro impiego complementare è dunque da incoraggiare, pur senza aspettarci miracoli. La tiroide di Hashimoto, quella subdola forma di malattia cronica che porta alla quasi completa distruzione della ghiandola tiroidea, è oggi in vertiginoso aumento in ogni parte del mondo, specie nei paesi tecnologicamente più avanzati. Soprattutto nelle donne, ma anche ultimamente negli uomini e nei soggetti anziani, è la prima causa di ipotiroidismo. Si dice e si scrive che è una malattia auto-immune. Si indaga poco sulle possibili cause dell'affezione morbosa. È una malattia legata al progresso tecnologico? Ad intossicazione di metalli pesanti? A radiazioni nucleari (ricordiamo Chernobil)? Comunque a inquinamento ambientale (sia nell'aria che nei cibi)? Sospetti tanti, forse troppi per dare certezze condivise da tutti. Pensiamo al quadro clinico di una donna in menopausa (ma oggi la Hashimoto non risparmia nemmeno quelle fertili) obesa, freddolosa, con ritenzione idrica, mentalmente depressa con rallentamento ideativo, considerata un po' "fissata" se non proprio ossessionata. Come non richiamare immediatamente alla mente Thuya? Una similitudine perfetta, impressionante. E ancora osserviamo un'altra donna, sempre in climaterio, freddolosa, obesa, con alvo fortemente tendente alla stipsi, apatica, o più spesso indecisa, soprattutto querula, lamentosa e piagnucolosa con tendenza a ricordare

i momenti felici del passato. Aggiungiamo poi l'eczema cutaneo, la pelle ispessita che si spacca e spesso lascia fuoriuscire un liquido mieloso. Non stiamo forse dipingendo in maniera perfetta Graphytes?. Anche in questo caso vale il principio di similitudine. L'utilizzo dei rimedi omeopatici in ipotiroidici con siffatte caratteristiche cliniche è senza dubbio una strada maestra da perseguire. Perché non provarla? Quali controindicazioni vi sono? Quali effetti collaterali potrebbe portare? L'ipotiroidismo sia lieve che subclinico (TSH aumentato FT4 normale) potrebbe trovare giovamento dalla seguente associazione organo-fito-omeopatica.

Paziente Thuya - Schema terapeutico

Tiroide - 4 CH omeodrop (3 spray al giorno per tre mesi di terapia)

Fucus Ves. - T.M. (40-30 gtt tre volte al giorno per tre mesi di terapia)

Thuya - dosi uniche ascendenti della scala bassa 7 CH - 9 CH - 15 CH - 30 CH una dose a settimana, poi dosi uniche della scala alta 30 CH - 200 - 1000 - 10.000 una dose ogni 15 giorni.

Gli aggiustamenti terapeutici con organo-fitoterapici si effettueranno come per la terapia sostitutiva a base di Tiroxina, sulla scorta dei valori del TSH. Il nostro scopo è quello di abbassare i valori di quest'ultimo grazie ad un incremento degli ormoni tiroidei, secreti da quella porzione di tiroide ancora funzionante. La terapia omeopatica può andare anche oltre al riequilibrio ormonale: la psiche del paziente è la prima a migliorare così come ci hanno insegnato le leggi di Hering. La guarigione avviene dall'alto verso il basso (anche intesa in senso psichico e non solo anatomicamente dalla testa ai piedi), dall'interno verso l'esterno (ossia dall'organo più nobile a quello meno nobile secondo degli antichi auto-

ri), ed in senso inverso con cui i sintomi si sono presentati (ossia il primo sintomo a scomparire è l'ultimo che si presentano nella sintomatologia del paziente).

Alcuni omeopati utilizzano con successo un'associazione di tre organoterapici sotto forma di fiale orali da utilizzare 3 volte alla settimana per alcuni mesi: Ipotalamo 7 CH, Tireostimulina 7 CH, Tiroide 4 CH. Questo complesso organoterapico è particolarmente indicato anche nell'ipotiroidismo secondario dovuto a turbe ipotalamo-ipofisarie.

Altri rimedi omeopatici più spesso impiegati nell'ipotiroidismo sono **Calacarea Carbonica** (forme lievi), **Bufo Rana** (ipotiroidismo congenito) **Natrum Sulfuricum** (nei depressi idrolipopessici).

Badiaga (sia nei bambini ipotiroidici dislettici che negli anziani con gozzo multinodulare che vira verso l'ipotiroidismo), **Dulcamara**, **Lycopodium**. La diatesi prevalente è certamente sicotica: sia il gozzo che la sintomatologia clinica dell'ipotiroidismo rientrano nel miasma sicotico.

È dunque **Medorrhinum** il nosode da utilizzare in monodosi mensili in alta o altissima diluizione (200 CH). È molto utile come trattamento complementare, in associazione alla Tiroxina, nell'ipotiroidismo congenito o acquisito durante i primi giorni di vita. Nei bambini grassi, di bassa statura e ritardati mentalmente, lenti e goffi nei movimenti, dislettici, con enuresi notturna. In questi casi uno schema terapeutico utile è il seguente:

Ipotalamo 7 CH + Tiroide 4 CH = una fiala a sera alterne per due mesi

Barita Carbonica: Dolisodose A.P. scala alta (30 - 200 - 1000 - 10.000) una dose ogni 15 gg.

Medorrhinum: 200 CH una dose seguita da un'altra dose alla 10.000 il mese successivo.

Molto più raramente sono indicati Psorinum e Tuberculinum. Talvolta, nei passaggi dall'ipo verso l'iper o viceversa, è utile Luesinum.

L'ipotiroidismo è malattia sicotica così come l'ipertiroidismo è soprattutto luesinica. Nei casi in cui il trattamento omeopatico viene associato alla levotiroxina si assiste, molto spesso, ad un ulteriore abbassamento dei valori sierici di TSH tale da portare ad una riduzione del farmaco allopatico sostitutivo. E anche questo non è di poco conto. Solo quando ci sarà una vera integrazione tra omeopatia e allopatia queste osservazioni non saranno solo episodiche o frutto di esperienze personali bensì verificabili e quindi pienamente condivisibili da tutti.

RIMEDI OMEOPATICI

1) **BADIAGA**: negli estremi della vita (Barita Carbonica) o bambini dislettici, balbuzienti oppure pazienti anziani con gozzo multinodulare che vira dall'eu all'iper ed infine all'ipotiroidismo. Gozzo di vecchia data in soggetto molto freddoloso con cellulite, dolori muscolari, ingrandimento ghiandolare (Barita Carbonica, Barita Muriatica), rinosinusite cronica con muco filamentoso che fuoriesce dalle narici (Kali Bicromicum) con frequenti starnuti seguiti da tosse secca. Sensibilità dolorosa della cute e dei muscoli.

2) **BROMIUM**: anche se più frequentemente indicato nell'ipertiroidismo, ove per certi aspetti rappresenta l'alter ego di Iodium, trova indicazioni nelle forme di viraggio dall'iper all'ipotiroidismo e nella tiroidite fibrosa di Riedel, forma variante della Hashimoto. Si tratta generalmente di soggetti dalla cute chiara, linfatici, che spesso presentano croup, rinite, asma bronchiale. È sempre migliorato dal

clima marino (Medorrhinum). La tiroide si presenta particolarmente dura alla palpazione. Talvolta presenta questa peculiare nota chiave: "sensazione di ragnatela nella faccia" (Barita Carbonica, Graphytes). E' sempre aggravata dal caldo umido. È molto utile in quei casi in cui Iodium pur se indicato non aveva portato dei miglioramenti (gozzo duro multinodulare o Riedel; croup) la vera differenza tra Iodium e Bromium consiste nel fatto che "il primo agisce su pazienti con occhi azzurro e il secondo con occhi neri" (Hering).

3) **BARITA CARBONICA**: leader nell'ipotiroidismo congenito ed infantile, quale straordinario rimedio complementare, quando i sintomi e segni concordano. Ottimo anche nell'ipotiroidismo del soggetto anziano con gozzo multinodulare, ipercolesterolemia, intolleranza al freddo. Sviluppo fisico e mentale deficitario in soggetti obesi e freddolosi, soprattutto nei bambini con aspetto letargico, obnubilato, spesso goffo, tozzo. Nanismo disarmonico con sottocute imbibita, mixedematosa, e rallentamento psicomotorio. Sono bambini che hanno grande difficoltà nel parlare e nel camminare per cause congenite cerebrali; così come è rallentata l'ideazione, con conseguente stato di sonnolenza più apparente che reale. Il bambino ha una testa ed un addome particolarmente ingranditi rispetto al torace e agli arti; si affatica con una certa facilità, ha cute e capelli secchi, lingua spesso aumentata di volume, così come le adenoidi e le tonsille; alvo con forte stipsi, falsa pleto-
ra cutanea per idrolipopessia. Il paziente anziano ha evidenti turbe mnesiche, sonnolenza, apatia, depressione, intolleranza al freddo, talora anemia, ipercolesterolemia, cute pallida ed imbibita (ritenzione idrica). Il desiderio sessuale,

ad ogni età, è completamente abolito. Spesso si hanno sudori ai piedi, con perspirazione forte, "offensiva".

4) **BARITA MURIATICA**: altro grande rimedio dell'ipotiroidismo infantile assai vicino a Barita Carbonica (bambini che tardano a camminare con deficit psico-intellettuale che arriva fino all'imbecillità) ma anche a Bufo Rana (convulsioni epilettiche, masturbazione, ninfomania, eretismo sessuale). Come in Barita Carbonica vi è una scarsa sudorazione (ad eccezione dei piedi).

5) **BARITA IODATA**: può trovare indicazione nei soggetti anziani con gozzo multinodulare che vira dall'ipo all'ipertiroidismo, oppure nel gozzo giovanile con ipertiroidismo (specie malattia di Flaiani-Graves-Basedow).

6) **BUFO RANA**: ipotiroidismo congenito nei bambini che arriva all'idiozia, passivo, con tendenza alle convulsioni e alla masturbazione solitaria. Anche in anziani con atteggiamenti infantili. È conveniente utilizzare dapprima monodosi in scala bassa per poi salire gradualmente al fine di evitare aggravamento dei sintomi in atto oppure delle violente scariche emuntoriali e ricomparsa, in senso inverso, di vecchi sintomi.

7) **CALCAREA CARBONICA**: lento, apatico, debole, indolente, obeso, freddoloso, stitico. Il deficit intellettuale è meno grave di Barita Carbonica e ancora di più di Bufo Rana. Non vi è poi un arresto completo dello sviluppo staturale ma solo un ritardo nel camminare dovuto alla flaccidità e pesantezza dell'apparato osto-articolare. "Per esprimerci meglio diremo che Barita Carbonica è tarda nel concepire, come nel camminare, per un fatto cerebrale, mentre Calcarea Carbonica lo è per debolezza muscolare e scheletrica" (Kent). Il colore della cute è di un bianco pallido.

8) **DULCAMARA**: rimedio ad azione complementare nei soggetti ipotiroidei particolarmente sensibili al freddo umido (Thuya, Natrum Sulfuricum) con aggravamento autunnale. Bassa diluizione.

9) **GRAPHYTES**: l'obesità, la stipsi, la freddolosità, lo stato depressivo lamentoso, con lacrimazione e facile commozione, sono sintomi molto comuni nell'ipotiroidismo delle donne in climaterio. La pelle secca, che non traspira, ma che si ispossisce e si spacca lasciando fuoriuscire un liquido mieloso, giallastro è la vera nota chiave del rimedio. Altra nota chiave è la "sensazione di una ragnatela sopra il viso".

10) **LYCOPODIUM**: sempre peggiorato dal freddo; stipsi, capelli secchi e con forfora, depressione. Carattere dittatoriale una pusillanimità. Talora può piangere dalla commozione ricevendo un dono; aggravamento dalle 16 alle 20.

11) **MEDORRHINUM**: bambini bassi di statura e ritardati nel camminare (Barita Carbonica), mentalmente lenti e di scarsa memoria. Deficit mnesico negli anziani, enuresi notturna. Aumento di volume di tutte le ghiandole del corpo.

12) **NATRUM SULFURICUM**: ritenzione idrica, aumento di peso, umore depresso, intolleranza al freddo.

13) **THUYA**: è aumentata di peso. Pallore della cute, sonnolenza, intolleranza al freddo, ritenzione idrica, umore depresso con ossessioni e fissazioni. Voce roca, apatia, stipsi, pelle e capelli secchi, facile affaticamento. Cattivi effetti di vaccinazione.

N.B.: in casi particolari altri rimedi possono essere **Kali Carbonicum** (rimedio di fondo) e **Nux Moschata** (rimedio complementare). A seconda della maggior frequenza con cui compaiono nei due

sessi alcuni rimedi sono descritti al femminile (Thuya), altri al maschile (Lycopodium).

Bibliografia

1. Behnia M., Gharib H. - Primary care diagnosis of thyroid disease
2. Lindsay RS, Toft AD - Hypothyroidism - Lancet 1997
3. Siminosh K., Does this patient have a goiter? - Jama 1995
4. Dabon-Almirante CL., Surks MI - Clinical and laboratory diagnosis of thyrotoxicosis, Endocrinol Metab. Clin. North AM
5. Cecil - Textbook - Verduci editore 2003
6. Weetman AP, Mc Gregory AM - Autoimmune thyroid disease - Further developments in our understanding - Endocrinology Rev. 1994
7. Greene H.L. e coll. - Decision making in medicina - Momento medico - Salerno 2004
8. Allen H.C. - Key Notes - CE.MO.N. 1990
9. Kent J.T. - Lezioni di omeopatia - ed. Red Como 1978
10. Kent J.T. - Materia medica - ed. Red Como 1985
11. Duprat H. - Materia Medica Omeopatica - F.lli Palombi Roma 1983
12. Ercoli A. - Tipologie omeopatiche attuali - Tecniche Nuove Milano 1998
13. Ercoli A. - Clinica Medica in fitogemmoterapia e omeopatia - Tecniche Nuove Milano 2002
14. Ercoli A. - Test di semeiotica e clinica medica - EDIMES Pavia 2005
15. Ercoli A. - Linee guida nelle urgenze extraospedaliere - Edimes Pavia 1998
16. Pommier L. - Dizionario omeopatico d'urgenza - Ipsa ed. 2003

L'OMEOPATIA E IL BAMBINO

IL BAMBINO AGITATO

Dominique Goiran,
Daniel Berthler

25



Acquisizione dei limiti e dell'attenzione
Jérémy è estremamente cocciuto e non rispetta alcun divieto. A scuola non ascolta le istruzioni impartite e il maestro deve ripetere continuamente le domande per ottenere la sua attenzione e lo svolgimento degli esercizi.

È estremamente impaziente: vuole sempre aver finito prima ancora di aver cominciato. Nel complesso è poco interessato alla scuola.

Esempi tratti dalla pratica 2 osservazioni cliniche

JÉRÉMY C.

Jérémy, 4 anni, bimbo adorabile con i riccioli biondi e gli occhi azzurri, è alto 108 cm e pesa 18 kg.

Motivo della visita

Jérémy, accompagnato da entrambi i genitori, si fa visitare per "iperattività" perché il pediatra che lo segue ha annotato sul suo libretto sanitario "bambino ipercinetico".

È un bambino molto eccitato che sfinisce i genitori e si agita in continuazione; fa le bizzesse ed è molto caparbio in particolare durante i pasti. Si rotola per terra alla minima contrarietà, cerca di colpire la madre.

Linguaggio

Parla come un bambino piccolo, molto forte. Per un anno ha balbettato, problema al momento scomparso. Dice: "crementina" per clementina, "gamazzino" per magazzino, pronuncia male il "ch", anche se il suo audiogramma è normale.

Giochi

Deve cambiare continuamente attività. Jérémy trascorre il tempo a smontare i giochi, ne rompe moltissimi, li lancia via quando è insoddisfatto.

Non ha il senso del pericolo, si arrampica sui muri di cinta del giardino dei genitori. Quando è in bicicletta, va ad un'andatura molto sostenuta.

È geloso degli altri bambini: desidera sempre i giochi degli altri e non esita a colpire i compagni e ad azzuffarsi con loro.

Antecedenti personali e modo di vivere
Durante i primi cinque mesi di gravidanza la madre di Jérémy ha svolto un lavoro faticoso nella fabbrica in cui è operaia. Al quinto mese l'apertura prematura del collo dell'utero la costringe a stare a riposo fino al parto.

Parto eutocico un po' lento (13 ore).

Allattamento materno.

Ha iniziato a dormire tutta la notte a partire dai cinque mesi, ma ha un sonno turbato con incubi, agitazione, grida. Alcuni episodi patologici ORL: Jérémy ha avuto due otiti durante il primo anno e soffre di bronchiti in inverno con tendenza all'ipersecrezione delle mucose e alla superinfezione, accompagnate da tosse produttiva che si trascina.

Jérémy è allergico all'amoxicillina (orticaria).

Per un anno e mezzo si è occupata di lui la nonna paterna, poi è stato affidato ad una baby-sitter.

Da un anno va alla scuola materna per l'intera giornata.

La madre crede che soffra di verminosi: digrigna i denti di notte e si stropiccia il naso.

Antecedenti familiari

Padre molto nervoso, ha sofferto di instabilità psicomotoria durante l'infanzia.

Madre ansiosa, operaia che lavora in squadra con orari variabili, soffre di eczema, molto protettiva nei confronti del figlio.

I genitori sono smarriti; minacciano Jérémy di punizioni inadeguate e incomprendibili per lui (ad esempio: "ti manderemo in un istituto specializzato!").

L'esame

Jérémy comincia a giocare appena entra nel mio ambulatorio, senza degnarmi di uno sguardo, prendendo tutti i giochi

contemporaneamente (si accanisce sul rimorchio del camion che gli presto, di cui vuole assolutamente abbassare le sponde che sono saldate).

Quando gli chiedo di svestirsi, corre tutt'intorno alla stanza e cerca di salire completamente vestito sul lettino. Sorride a tratti senza guardarmi, risponde alle domande con un linguaggio immaturo, frasi mal costruite, continuando a manipolare i giochi che gli ho prestato.

Gli chiedo di cantarmi una filastrocca che conosce bene ma non ottengo risultati.

L'esame clinico rivela soltanto una rinfaringite con rinorrea posteriore densa e ostruzione nasale, oltre a sudorazione di testa e piedi con evidente intolleranza al caldo.

Le rinobronchiti suggeriscono l'uso di **SULFUR IODATUM**, a cui viene spesso associato **SILICEA**, ma il comportamento instabile, estremamente lunatico di questo bambino che può essere tanto aggressivo quanto affettuoso e coccolone con la madre, in alcuni momenti, mi fa propendere per **CALCAREA FLUORICA**.

MERCURIUS SOLUBILIS viene scelto per superficialità dell'attenzione, agitazione, precipitazione nel linguaggio e nel comportamento, difficoltà ad acquisire dei limiti.

CINA sembra adatto ai disturbi del sonno di questo bambino molto agitato di notte, molto caparzio e collerico (si rotola per terra a quattro anni! E colpisce la madre).

Tre mesi dopo

Rivedo Jérémy insieme ai genitori. A scuola hanno notato un miglioramento del comportamento: Jérémy è più attento, ascolta di più il maestro e dimostra di essere più paziente nello svolgimento dei compiti che gli vengono assegnati.

Nel gruppo di bambini, invece, è ancora aggressivo, attaccabrighe, collerico e viene spesso punito perché passa alle maniere forti.

A casa, i genitori di Jérémy notano che riesce a giocare tranquillamente per un quarto d'ora, cosa che prima risultava impossibile. Inoltre riesce a guardare la

televisione per la durata di un cartone animato restando calmo. È ancora collerico e spericolato.

Il sonno è buono, anche se si sveglia presto qualsiasi giorno della settimana.

Inoltre non ha sofferto di nuove affezioni ORL o respiratorie.

I genitori di Jérémy mi comunicano che presto traslocheranno. Fino ad ora sono vissuti nella casa dei nonni paterni del bambino subendo l'ingerenza di questi ultimi nelle loro scelte educative.

Ritengono positiva questa separazione familiare.

Lo stesso trattamento viene proseguito per altri tre mesi.

In questa osservazione, a Jérémy sono stati prescritti diversi medicinali. La loro scelta è stata dettata dall'aver preso in considerazione il terreno ereditario del bambino (**CALCAREA FLUORICA**, come il padre), sulla base delle manifestazioni somatiche, dalla valutazione del suo modello reattivo personale (**SULFUR IODATUM**), infine dall'osservazione accurata e dettagliata del suo comportamento (**MERCURIUS SOLUBILIS** e **CINA**).

Il risultato favorevole, anche se parziale, ottenuto e osservato sia dall'insegnante che dai genitori, spinge a proseguire il trattamento proposto che, per agire in profondità, richiede sicuramente un periodo di prescrizione più lungo.

Trattamento per 3 mesi

SULFUR IODATUM - 15 CH, 1 dose ogni domenica

CALCAREA FLUORICA - 15 CH, 1 dose ogni mercoledì

MERCURIUS SOLUBILIS - 15 CH, 5 granuli al mattino

CINA - 30 CH, 5 granuli alle 19 e prima di coricarsi





ROMAIN, "IPERATTIVO"

Romain, 8 anni, nel dicembre 2000 viene nel mio studio accompagnato dal padre perché "gli insegnanti non riescono più a gestirlo". Sempre agitato, in classe si alza, cade dalla sedia, non ascolta le istruzioni impartite, scrive "a zampa di gallina" e non riesce a concentrarsi. Inoltre la maestra si lamenta della violenza verbale che fa di lui un istigatore, "l'eroe della classe"... Sempre di fretta, a volte ha comportamenti pericolosi, si arrampica dappertutto rischiando di rompersi il collo. A casa, è indifferente agli ordini, sempre agitato tranne davanti alla televisione. Parla spesso della morte, senza essere triste e non si occupa affatto delle sue cose e della sua stanza.

28

(Mentre il padre mi spiega questo, Romain, normolineo un po' formoso, capelli a spazzola, occhiali, molto calmo, è seduto sul divano di fronte alla mia scrivania e quasi non si muove.)

Uno psichiatra infantile consultato su consiglio della scuola ha indicato un trattamento a base di **Ritalin®**, ma i genitori, entrambi ingegneri, preferiscono una soluzione "naturale".

Durante l'interrogatorio emerge che ha sofferto di otiti nella prima infanzia ma che nel complesso è robusto. Non è fred-

doloso, teme un po' il caldo e suda normalmente. Ha sempre la voce fioca come la madre e segue delle sedute di ortofonia, porta gli occhiali per correggere lo strabismo. Non ha mai problemi ORL o respiratori, l'udito è normale ed è stato controllato. Dotato di un buon appetito, mangia troppo e troppo in fretta, soprattutto carne e farinacei, beve molto durante i pasti. Digerisce bene, ma a volte ha episodi di encopresi dovuti a mancanza di tempo per andare in bagno. Non ha problemi urogenitali. Ha cominciato a camminare a 12 mesi e pratica l'arrampicata e il tennis. La pelle è normale, piuttosto secca, con alcune macchie bianche sul viso. È stato curato per episodi di *molluscum contagiosum*. Sul piano nervoso, si nota che è agitato soprattutto in gruppo ma che a volte può essere calmo quando si trova da solo davanti al computer. Molto geloso della sorella minore, si arrabbia violentemente sia col linguaggio che con i gesti. Con i compagni è un istigatore ma non è attaccabrighe. Tuttavia, "se cercano rogne, le trovano di sicuro", sentenza il padre che sembra avere una certa rigidità psicologica con frasi del tipo: "sono esigente con lui come con me stesso..." Gli piace ridere, fa il pagliaccio e adora la musica. Vuole suonare il piano. Molto spesso balla da solo su un motivo coinvolgente. Il suo vocabolario è abbastanza povero per la sua età, preferisce la compagnia dei bambini più grandi o degli adulti. Durante l'esame, questo ragazzo si mostra particolarmente calmo e obbediente, ride facilmente, è un po' grassottello: 130 cm, 33 kg.

In questo caso abbiamo provato con una prescrizione unica perché questo bambino, pur avendo segni di terreno evidenti, non presentava altre patologie.

Trattamento per 2 mesi

TARENTULA HISPANA 15 CH 5 granuli al mattino

(per l'agitazione incessante, l'allegria danzante e l'amore per la musica)

Due mesi dopo, lo rivedo questa volta accompagnato dalla madre. Secondo lei il miglioramento è evidente, sia a scuola che a casa. In classe, è molto meno agitato ma sempre verbalmente violento. Abituato a dire di no a tutto, è molto meno sbadato; capisce subito e i risultati sono migliorati.

È più intellettuale che manuale, ascolta le istruzioni e le segue, non si alza più in classe e non cade più dalla sedia. Sempre chiacchierone con gli altri, è molto più bravo in matematica che nelle materie letterarie: "la grammatica non fa per lui". Mancino, scrive sempre piuttosto male e i suoi quaderni sono sporchi. Fa spesso il pagliaccio per far ridere la classe. La madre mi dice che "quando vuole si trattiene". Riesce comunque a farsi sopportare dalla maestra che incoraggia la sua buona volontà.

A casa, il cambiamento è ancora più radicale: lui che era una belva in gabbia con arrabbiate devastanti, ora gioca tranquillamente e bisticcia molto normalmente con la sorella. Con i genitori sperimenta e cerca di oltrepassare i limiti imposti; a volte è ancora aggressivo, soprattutto col padre. Ha bisogno di spiegazioni, di dimostrazioni e rifiuta l'autorità brutale. La madre lo definisce ansioso, frettoloso, senza fiducia in sé. Ama sempre la musica e il ballo.

Dalla prima visita non si è ammalato. Mangia ancora troppo, ingrassa, non ha tempo di bere tra i pasti o di andare in bagno e questo gli provoca qualche epi-

sodio di encopresi. Si lamenta del caldo e soffre di dermatite periorale con pitiriasi e papulo-pustole.

Trattamento per 2 mesi

SULFUR 15 CH, 1 dose la domenica

TARENTULA HISPANA 30 CH, 1 dose il mercoledì

ANTIMONIUM CRUDUM 9 CH, 5 granuli al mattino gli altri giorni.

SULFUR viene prescritto per la termofobia, le guance rosse, l'allegria, la mancanza di preoccupazioni, l'encopresi, il buono stato di salute generale. **TARENTULA HISPANA** viene prescritto per proseguire la prima terapia, aumentando la diluizione per cercare di ottenere maggiori effetti benefici. **ANTIMONIUM CRUDUM** è prescritto per la bulimia, la tendenza ad ingrassare, la dermatosi periorale e, perché no, la violenza verbale. Non ho potuto appurare se Romain sia sentimentale al chiaro di luna... come si trova scritto in alcune materie mediche!



Due mesi dopo, il miglioramento è confermato, soprattutto a scuola: i voti hanno fatto un salto in avanti, ha riacquisito fiducia in sé, obbedisce alla maestra.

Invece tende a sfogarsi a casa e ha bisogno di fare esercizio fisico per stare bene. Muove molto le gambe e gli piace ancora ballare. Il suo umore è variabile, emette profondi sospiri di opposizione ai genitori, ride e piange facilmente, soprattutto, dichiara la madre, con la luna piena...



Trattamento per 3 mesi

SULFUR 30 CH, 1 dose la domenica (medicinale di terreno)

IGNATIA AMARA 30 CH, 1 dose il mercoledì

(umore mutevole, sospiri, agitazione)

TARENTULA HISPANA 15 CH, 5 granuli al mattino

(il miglioramento era più netto con l'assunzione quotidiana)

A posteriori, ritengo che la diagnosi di ipercinesia fosse errata, così come l'indicazione di Ritalin®.

Commenti

In queste osservazioni, l'evoluzione è stata favorevole, il miglioramento è stato costante. Ma si pone una domanda: tale miglioramento è definitivo oppure soltanto provvisorio, il che costringerà questi bambini ad essere seguiti a lungo? E cosa succederà loro da adulti?

"Copyright * François Ollislaeger - Institut BOIRON - Edition Française BOIRON SRL

Traduction italienne Tous droits réservés /reproduction interdite".

LA CICATRICE COME DISTURBO DI FLUSSI DI INFORMAZIONE E DI ENERGIE

Cristoforo Pernarella

31



“può un battito di ali di una farfalla in Brasile determinare un tornado nel Texas?”.

Quest'articolo di tipo compilativo, vuol essere il sunto (“state of the art”) delle conoscenze attuali riguardo la cicatrice, vista in se stessa, come disturbo “meccanico” sia come disturbo di informazioni e di energie. Essendo io stesso ricercatore, per cui sensibile alla misurabilità e alla ripetibilità di ciò che è Scienza, per quanto riguarda la cicatrice ci si trova in un mondo quasi inesplorato, mancano strumenti di misura e di valutazione oggettivi e pochi studi scientifici a riguardo. Per non parlare poi del suo influsso come campo di disturbo a livello energetico e di flusso di informazioni. Quello che certamente è facile da intuire è un suo influsso meccanico in loco e/o a distanza, possibile causa di altre patologie gravi.

Ma a livello energetico ci dobbiamo affidare a valutazioni e metodiche che non sono state verificate sperimentalmente, abbiamo solo dati clinici.

A volte, nel campo medico-ortopedico, ci si riscontra in pazienti dove malgrado i nostri sforzi e le varie strategie terapeutiche non si ottengono i risultati sperati, ed allora è bene forse avere il sospetto e chiedere al paziente la presenza di cicatrici.

Vedremo qui come una cicatrice possa essere definita “Patologica”, quale tipo

Quest'articolo è un sunto di quanto presentato al Congresso Internazionale a Schwarzenbruck, Norimberga il 23-25 Marzo 2007 organizzato dall'I.F.P.B. - International Federation for Proprioceptive and Bio-mechanical Therapies.

La cicatrice: ossia come il piccolo (la cicatrice) possa influenzare, anche a distanza di tempo, il grande (altre zone del corpo). Sembra quasi una massima presa in prestito dalla saggezza cinese ripescata in un polveroso “I Ching” tramandato per generazioni. In fondo non è altro che un'applicazione pratica della Teoria dei Sistemi dinamici non lineari o Teoria del Caos, “piccole cause - grandi effetti” (vedi Prigoginie - premio Nobel).oppure Lorenz con il celebre “effetto farfalla”:

di disturbi possa creare, come individuarla e le possibili terapie.

In effetti è interessante vedere come l'approccio alla cicatrice possa essere studiato, interpretato e curato da diverse discipline mediche, il cui scopo finale è quello di sbloccare il flusso di energie a livello della cicatrice.

Il processo cicatriziale

Quando vi è una lesione del derma a livello della cutis allora abbiamo un processo di rigenerazione mentre se avviene a livello della subcutis allora vi è un processo di riparazione che porterà alla formazione della cicatrice, irreversibile, un processo di restituito ad integrum è possibile solo nella vita fetale.

Il processo cicatriziale consta di varie fasi, ben definite, nelle quali possiamo effettuare le rispettive adeguate terapie. E' importante conoscere la fisiologia del processo cicatriziale per saper intervenire adeguatamente. Esso inizia immediatamente e può durare fino a due anni.

La ferita è un'interruzione della continuità anatomica o funzionale di un tessuto. La guarigione delle ferite, non importa di che tipo siano, è un processo complesso che evolve attraverso una sequenza fissa di eventi cellulari:

Fase infiammatoria - Entro poche ore avviene una tipica e acuta risposta infiammatoria: si ha una marcata vasodilatazione accompagnata da edema locale. La popolazione cellulare che si presenta inizialmente è composta perlopiù da leucociti polimorfonucleati. Comunque entro pochi giorni i macrofagi monocitici diventano la presenza cellulare più numerosa, la cui funzione, di fondamentale importanza per una corretta guarigione, è quella di rimuovere i frammenti tissutali morti ed i corpi estranei, inclusi i batteri. Se il danno tissutale è minimo come nelle ferite chirurgiche, la fase infiammatoria è

completata in pochi giorni.

Epitelializzazione - Le cellule epiteliali lungo i margini delle ferite della pelle iniziano a sottendere importanti modifiche nel giro di alcune ore dalla lesione, usando elementi di fibrina come ponte di passaggio. Entro quarantotto ore le ferite incise con pulizia e suturate sono del tutto epitelializzate.

Fibroplasia - La fase proliferativa o fibroplastica comincia verso la fine della prima settimana e si protrae fino alla 6 settimana circa, a seconda dell'estensione della ferita. E' caratterizzata dall'apparizione dei fibroblasti, che progressivamente sostituiscono i macrofagi come tipologia cellulare più numerosa. I fibroblasti cominciano quindi a rilasciare il collagene, utilizzato dalle cellule epiteliali come ponte di passaggio per completare la copertura della cicatrice. Quando appaiono le fibre collagene, le cicatrici iniziano a guadagnare rapidamente in robustezza. A tre settimane, la normale ferita incisa e suturata ha meno del 15% della definitiva resistenza alla tensione.

Maturazione e rimodellamento - Tutte le ferite vanno incontro col tempo a considerevoli cambiamenti di colore, struttura, stabilità e volume. La fase di rimodellamento inizia all'incirca dalla 2-3 settimana, quando le fibre collagene vengono rapidamente sintetizzate e rimosse, creando un equilibrio. La prolungata e rapida sostituzione metabolica del collagene è alla base del meccanismo chimico del rimodellamento della cicatrice e sembra sottendere a numerose varietà di anormali guarigioni della ferita. E' soprattutto durante il fenomeno di rimodellamento che il nostro intervento manuale può determinare il successo o il fallimento del processo di guarigione della ferita. Il controllo dei fattori responsabili del cambiamento morfologico nella cicatrice sembra essere la chiave per una perfetta guarigione.

gione. L'influenza della tensione sul rimodellamento della cicatrice è stata dimostrata sperimentalmente.

Contrattura - Dopo un periodo latente di due o tre giorni, le ferite cominciano a contrarsi attivamente e nel giro di due o tre settimane coprono una superficie del 20% di quella iniziale.

Gli standard per la valutazione e la documentazione dello stato delle cicatrici sono limitati. Sono stati fatti vari tentativi per sviluppare sistemi di classificazione e per unificare il linguaggio internazionale, in modo da poter descrivere univocamente l'aspetto delle ferite e lo stadio di guarigione per intervenire prontamente con il trattamento adeguato. L'affidabilità della valutazione aumenta con l'esperienza dell'esaminatore, e l'affidabilità inter-operatore si è dimostrata statisticamente significativa.

La valutazione della cicatrice consta delle seguenti informazioni: anamnesi, meccanismo della lesione, localizzazione, struttura tissutale: immaturo, maturo, sviluppo di cordoni che limitano il movimento, modalità del processo di cicatrizzazione e della ferita.

Le misurazioni oggettive sono: dimensione, vascularizzazione (colore), ultrasuoni

ad alta risoluzione: utilizzati esclusivamente in ricerca.

Una cicatrice può essere normale, ipertrofica, o cheloide. Tale distinzione si basa su un meccanismo di produzione e assorbimento delle fibre collagene (nel cheloide la produzione di collagene da parte dei fibroblasti stimolati dal TGF- β è fino a 12 volte aumentata). La molecola di collagene è una struttura lunga, rigida, diritta e a forma di bastoncino, che misura 3000 Å in lunghezza e 14 Å in larghezza. Le singole molecole sono composte da tre catene polipeptidiche legate tra di loro in un fascio elicoidale. La molecola è sintetizzata inizialmente sotto forma di precursore, il procollagene. Inizialmente le molecole di collagene si aggregano tra di loro con ponti di idrogeno e da altre deboli forze fisiche. Col tempo diventano polimeri giganti, ed ogni molecola è legata alla molecola vicina da forti legami covalenti. L'aggregazione e la formazione di legami covalenti dà vita ad una fibra robusta e flessibile.

Le caratteristiche fisiche di una cicatrice dipendono dalla quantità di collagene, la configurazione anatomica delle fibre e dalla densità dei legami covalenti "cross-link" a livello delle fibre collagene.

Terapia

L'uso di bisturi Laser è sicuramente un possibile modo di intervenire nella prevenzione minimizzando il danno.

La terapia della cicatrice inizia immediatamente con un intervento di nursing fino ad arrivare a delle applicazioni di fisioterapia, con specifiche tecniche manuali (soft tissue mobilisation). Durante le fasi iniziali della guarigione, è necessario un periodo di immobilizzazione, nel quale bisogna facilitare la chiusura della ferita, limitare la risposta infiammatoria e prevenire l'edema e la successiva fibrosi mantenendo scorrevoli le superfici tissu-



tali. Più avanti, durante la fase di fibroplasia e rimodellamento, il nostro ruolo è quello di applicare una tensione controllata e progressiva, aumentando la capacità di scorrimento e di resistenza della cicatrice.

In Germania viene spesso consigliata "Arnica" pre e post intervento chirurgico. In commercio esistono una serie di pomate, cerotti a base di eparina o di silicone. Si può far uso di lanolina o di oli essenziali.

Un altro approccio al problema della guarigione e della scorrevolezza coinvolge fondamentali manipolazioni della chimica del collagene, ma queste metodiche sono ancora allo stato sperimentale.

Cicatrici patologiche

Per cicatrice patologica o tossica si intende una cicatrice che perturba l'organismo e induce disturbi clinici e posturali (Scoppa 2006). Essa può essere considerata un vero e proprio corto circuito nervoso, in grado di disturbare i grandi sistemi di trasmissione delle informazioni nell'organismo (Paul Nogier). Il primo a rendersi conto di ciò fu negli anni venti Huneke che infiltrò una soluzione di novocaina a livello cutaneo e verificò che i dolori scomparvero, il fenomeno secondo, e nacque la Neuralterapia. Il "fenomeno secondo": è in pratica l'azione riflessa di un'area disturbata che è in grado di generare dei sintomi a distanza, e il trattamento di quest'area perturbatrice può annullare tutti i sintomi riflessi.

Oggi sappiamo infatti che il nostro organismo può essere paragonato ad un computer estremamente elaborato, in grado di autoregolarsi; talvolta però dei segnali alterati o interrotti possono creare dei disturbi di ogni genere, anche a grande distanza dall'origine del disturbo. Questi squilibri nascono nei cosiddetti "campi di disturbo" o "focolai".

Sospetto di cicatrice "patologica"

Vediamo ora quali indizi andiamo a ricercare per verificare se una cicatrice sia "patologica".

- *Anamnesi*: correlazione tra disturbi e sintomi, ritardi di cicatrizzazione, suppurazioni, postumi di un drenaggio.

- *Ubicazione*: le cicatrici trasversali sono per lo più patologiche. Caratteristiche della cicatrice: rigonfia, retratta, rossa, cheloide, tesa.

- *Sensibilità*: iper/ipoestesia, iperalgesia, cicatrice "intoccabile" con reazioni esagerate al contatto.

- *Tramite l'auricoloterapia*: ricerca della reazione arteriosa rilevabile al polso radiale (VAS - Vascular Autonomic Signal) sfiorando la cicatrice con un batuffolo di cotone.

- *Neutralizzazione momentanea*: applicando sulla cicatrice del laser ad infrarossi per un minuto o anche del ghiaccio, si può indurre una temporanea neutralizzazione della cicatrice.

Il miglioramento dei test posturali e clinici evidenzia la tossicità della cicatrice.

- *Therapy Localisation*: il paziente toccando la cicatrice con il 2, 3, 4 dito (1-5 unità), può indurre una modificazione del tono muscolare, dovuto al messaggio nocicettivo, rilevabile ai test di Kinesiologia Applicata (muscolo forte diventa debole).

Squilibri indotti

Secondo Scoppa le cicatrici patologiche, di frequente osservazione nella pratica clinica, possono squilibrare l'organismo a vari livelli:

Posturale, per l'azione sui recettori cutanei e l'effetto perturbante sul sistema tonico posturale; A livello posturale, una cicatrice retratta, ipertrofica, cheloide è in grado di stirare i recettori cutanei e provocare afferenze proprio ed esterocettive alterate: il sistema tonico posturale



viene così disturbato da queste afferenze. La risposta muscolare anomala ha lo scopo di detendere la cute e gli esterocettori stirati.

Muscolo-fasciale, per la fibrosi e quindi l'ipoestensibilità localizzata del tessuto; Una cicatrice patologica può provocare un'interferenza a livello delle catene muscolo-fasciali: a causa della fibrosi della cicatrice, la catena muscolo-connettivale presenta zone di minore elasticità. Tale disturbo localizzato si ripercuote sempre a livello globale sull'equilibrio delle catene cinetiche in toto. Ogni cicatrice, ipertrofica, retratta o cheloide, può stirare alcuni recettori cutanei e provocare informazioni errate a livello delle entrate polisintattiche del circuito gamma, provocando un vero blocco di quest'ultimo ed un aggiustamento scorretto del muscolo corrispondente. Gli esterocettori stirati della cicatrice trasmettono delle informazioni, attraverso le vie polisintattiche, ai motoneuroni i quali provocano un aumento del tono muscolare per detendere la pelle.

Linfatico, per l'ostacolo sul deflusso linfatico locale; una cicatrice patologica può alterare il deflusso linfatico locale: la stasi linfatica locoregionale in corrispondenza della cicatrice è documentabile con linfo-scintigrafia.

Energetico, per l'"effetto barriera" sulla circolazione energetica; facendo riferimento alla Teoria dei Meridiani, una cicatrice può provocare un'interferenza energetica: quando un meridiano viene attraversato da una cicatrice, specie se ipertrofica, si ha un "effetto barriera",

con conseguenze legate al disturbo della circolazione energetica. Avremo una patologia da "vuoto" a valle e una patologia da "pieno" a monte della cicatrice.

Endocrino-metabolico, per l'anomala secrezione di adrenalina e l'ipersimpaticotonia che può provocare; la brusca chiusura degli shunts artero-venosi indotta dal messaggio nocicettivo cutaneo provoca una sensibilizzazione degli shunts provvisti di un glomo, e quindi una secrezione di adrenalina.

Psicologico, in quanto la cicatrice può essere legata ad un trauma emotivo o ad un vissuto doloroso profondo.

I rimedi

Vi è una vasta gamma di metodiche che possono risolvere il "blocco" di energie a livello della cicatrice: fisioterapia, terapia fisica, terapia manuale, osteopatia, omeopatia, laserterapia, neuralterapia, auricoloterapia, infiltrativa, riflessogena.

Hanne Marquardt, la fondatrice in Europa della terapia del massaggio riflesso plantare, sostiene che anche con la sua metodica si ottengono buoni risultati.

Secondo Paul Nogier (1981) con l'Auricoloterapia si ottengono gli stessi risultati della infiltrazione intradermica di anestetici locali sulla cicatrice. Scoppa sostiene che essa sia utile anche in combinazioni con altre terapie manuali e fisiche come sblocco del circuito nervoso. Nel suo ultimo libro sull'Auricoloterapia vi è una dettagliata tavola dei punti concernenti il sito delle cicatrici a livello auricolare.

Secondo Bricot a livello omeopatico pos-

sono essere individuati vari prodotti in funzione del terreno (staphysagria, grafitte...): alcuni prodotti possono essere prescritti come prevenzione, soprattutto straphysagria 7CH in ragione di 3 granulidue volte al giorno, calendula 4 CH dieci minuti dopo la precedente (Bricot). Le cicatrici rimangono metabolicamente attive per anni, modificandosi lentamente in grandezza, forma, colore, composizione tissutale e robustezza. Per cui possono essere "curate" anche a distanza di anni. Sicuramente questo è un ambito dove ancor molto ci sarà da ricercare sperimentalmente. La ricerca di strumenti che diano una valutazione non solo clinica ma oggettiva della qualità della cicatrice come possibile campo di disturbo energetico, così come la scelta delle terapie e la loro verifica scientifica. L'importante a volte è saper riconoscere che una cicatrice possa dare dei disturbi e che esistano delle terapie adeguate. La strada della Medicina è irta di incertezze e di intuizioni, ma con mente aperta e serena, si possono intravedere i spiragli di una Medicina olistica fondata sui flussi di energie e di informazioni.

Bibliografia

Bricot B., La riprogrammazione posturale globale, Editore Statipro, Marsiglia, 1998
 Gagey PM, Weber B. Posturologia, regolazione e perturbazioni della stazione eretta. Marrapese Editore, Roma 2000
 James Gleick Chaos. Rizzoli. 1989
 Von Stefan Greschhik. Das Chaos und seinen Ordnung Deutscher Taschenbug Verlag 2001
 John Briggs - F.David Peat Die Entdeckung des Chaos Deutscher Taschenbug Verlag 2001
 Jules-Henri Poincaré, La science et l'hy-

pothese. Flammarion Paris 1968
 Ilya Prigoginie Le leggi del caos Laterza 1993
 Bois E. Les trois niveaux de signification du chaos dynamique. Revue des Questions Scientifiques 2001; 172(2): 105-16.
 Bois E., 2001b, "Dynamique non-linéaire: Intérêts pour la lecture des interactions posturales", 2ème Symposium Ostéopathie, Posturologie Clinique, Montpellier, 7 mai 2001
 Scoppa F. Posturologia: il modello neurofisiologico, il modello biomeccanico, il modello psico-somatico. Otoneurologia 2000 2002; 9: 3-13
 Bourdiol RJ. Pied et statique. Ed. Maisonneuve, Paris 1980
 Busquet L. Le catene muscolari, voll. I-IV. Marrapese Editore, Roma 1998
 Scoppa F., Amabile G, Cicatrici patologiche e squilibri posturali, 9' Congrès de la Siser, Piacenza 2004
 Scoppa F., Lineamenti di auricoloterapia. Dal trattamento del dolore alla riprogrammazione posturale, Martina Editore, Bologna, 2004
 Bates-Jensen BM, Chronic wound assessment. Nursing Clinics of North America 1999; 34(4):799-845
 Marquardt H, Il massaggio zonale riflesso del piede, Marrapese Editore
 Pernarella C., Tesi " Lateralità, asimmetria morfologica e ipotesi di Modelli di normalità", Università di Verona, 2003

Dott. Cristoforo Pernarella
 Laurea in Fisioterapia
 Master in Posturologia
 Auricoloterapia
 Presso SANA Klinik,
 München, Germania
 chrispangea@gmx.de

EFFETTO PREVENTIVO DI OSCILLOCOCCINUM® NELLE SINDROMI SIMIL-INFLUENZALI. RISULTATI DI UNA INDAGINE MULTICENTRICA.

M. Saruggia e gruppo
 collaborativo italiano di studi
 in omeopatia



Premessa

Una nostra precedente indagine clinica multicentrica condotta su 896 pazienti (1) ha suggerito un ruolo preventivo e curativo per Oscillococcinum® nella influenza e nelle sindromi simil-influenzali. In quella indagine la valutazione della efficacia preventiva di Oscillococcinum®, stabilita confrontando l'incidenza nella popolazione studiata della sindrome respiratoria acuta per rapporto alla sua comparsa, nello stesso gruppo, nei tre anni precedenti allo studio, suggeriva che queste manifestazioni acute potessero essere efficacemente prevenute con Oscillococcinum®. Infatti l'incidenza di questi episodi acuti respiratori, riferiti dall'84% dei pazienti

nei tre anni precedenti il trattamento, si era ridotta al 48% nella popolazione studiata, con una diminuzione del 43% rispetto al valore iniziale. Inoltre questo studio sembrava confermare i dati di Ferley (2) e di Casanova (3) sull'effetto curativo di Oscillococcinum® nella fase conclamata di influenza: durata e intensità della sindrome acuta eventualmente insorta nei pazienti erano paragonabili alle forme non complicate e trattate con farmaci classici. Tuttavia in quello studio il 62% dei pazienti assumeva anche il proprio trattamento di fondo che naturalmente poteva essere in grado di influenzare il quadro clinico dei pazienti. La presente indagine aveva come obiettivo la valutazione della sola azione preventiva di questa patologia di Oscillococcinum®, prescritto come unico trattamento. Oscillococcinum® si ottiene a partire da un autolisato di fegato e cuore d'anatra diluito e dinamizzato alla 200 K; la sua preparazione viene effettuata rispettando rigorosamente lo schema brevettato dal dr. Roy all'inizio del secolo. Anche se non è attualmente possibile ipotizzare un meccanismo d'azione per Oscillococcinum® è tuttavia interessante ricordare le recenti acquisizioni sul ruolo delle anatre come portatrici sane dei virus influenzali nei periodi interpandemici (4).



Pazienti e metodi

I soggetti ammessi allo studio sono stati randomizzati in due gruppi (gruppo attivo e gruppo di controllo) secondo un codice di randomizzazione.

I soggetti reclutati dovevano presentare un'anamnesi positiva per almeno due o più episodi di sindrome simil-influenzale nel periodo 1993/1994.

Inoltre al momento dell'arruolamento i soggetti non dovevano presentare segni o sintomi di sindrome respiratoria acuta. I soggetti sono stati così selezionati per lo studio in un periodo di tempo compreso tra il 30/10 e il 30/11/1994.

Il trattamento prevedeva la somministrazione settimanale di una dose di Oscillococcinum® o del trattamento di controllo in ragione della randomizzazione, sino alla fine del marzo 1995.

Il gruppo di controllo era costituito da soggetti giunti all'osservazione e posti in trattamento vario e non specifico in senso preventivo, per patologie non respiratorie.

Un episodio di sindrome respiratoria acuta era definito dalla presenza di tosse e/o febbre (superiore a 37,5°C) e dalla

associazione di almeno due dei tre sintomi seguenti: faringodinia, cefalea e mialgie.

Tuttavia sono stati anche considerati episodi acuti minori caratterizzati da tosse e/o febbre da sole o accompagnate da un solo sintomo; tali episodi sono stati definiti come false influenze.

Il parametro principale per la valutazione dell'efficacia preventiva del trattamento con Oscillococcinum® è stata la comparsa di episodi di sindrome respiratoria acuta in accordo alla definizione precedente (abbiamo valutato il numero di soggetti che hanno presentato almeno un episodio acuto ed il numero totale degli episodi stessi).

I test statistici utilizzati sono stati il test di Student per dati indipendenti, il test di Wilcoxon non parametrico della somma dei ranghi ed il test del "chi quadrato".

Analisi e risultati

Sono stati valutati 1.349 soggetti (745 femmine - 590 maschi - di 14 non è stato precisato il sesso).

L'età media della nostra popolazione era di 27,2 anni (con limiti a 2 e 82 anni).

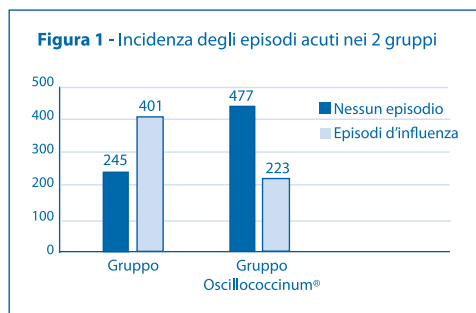
La distribuzione dell'età si discosta dalla media con un andamento bimodale (un primo picco tra 5 e 10 anni ed un secondo tra 35 e 45 anni).

Dei 1.349 pazienti valutabili, 700 risultano trattati con Oscilloccinum® e 646 con il trattamento di controllo (di 3 soggetti non era data una sicura indicazione sulla natura del trattamento).

Tra i due gruppi non esistevano differenze significative riguardo età, sesso ed abitudine al fumo.

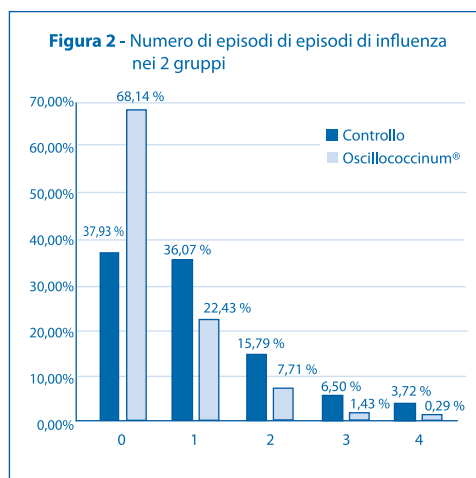
Una prima valutazione dell'efficacia del trattamento preventivo con Oscilloccinum® è stata fondata sul confronto tra il numero dei pazienti dei due gruppi che hanno sviluppato una sindrome respiratoria acuta nel periodo di osservazione.

Il 68,1% (477) dei pazienti trattati con Oscilloccinum® ed il 37,9% (245) dei pazienti del gruppo di controllo non hanno sviluppato una sintomatologia respiratoria in accordo con i criteri stabiliti (Figg. 1-2). Tale differenza risulta statisticamente significativa.



Inoltre poiché in alcuni soggetti, durante il periodo di osservazione, si sono manifestati più episodi acuti, abbiamo eseguito una analisi relativa anche al numero di episodi nei due gruppi.

In questo modo si rileva che nei pazienti che hanno avuto almeno un episodio acuto respiratorio il numero di eventi acuti per soggetto varia da 1 a 4 e come, in tutte le classi, la frequenza di infezio-



numerotreannoquindici

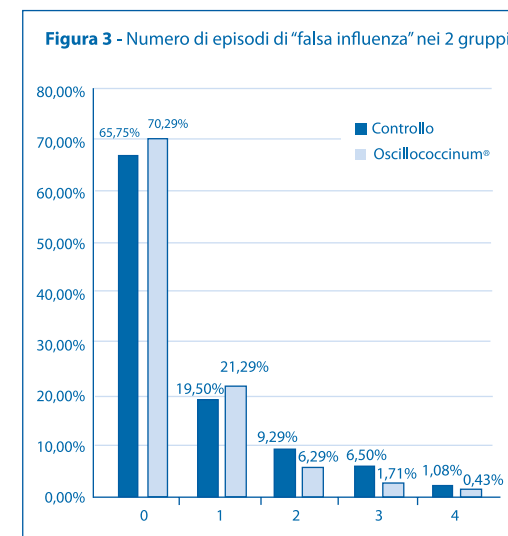
ne per i soggetti del gruppo controllo sia più elevata di quella dei soggetti del gruppo Oscilloccinum® (Fig.2).

Anche questa diversa distribuzione dei soggetti dei due gruppi, in relazione al numero di episodi acuti, risulta statisticamente significativa.

Infatti il numero medio di episodi per soggetto risulta pari a 0,4 nel gruppo Oscilloccinum® e uguale a 1 nel gruppo controllo.

La diversa incidenza di episodi acuti tra i due gruppi appare direttamente proporzionale al numero di episodi per soggetto, risultando massima nei pazienti con 4 episodi acuti.

Inoltre ed in accordo parziale con queste osservazioni anche il numero di episodi acuti incompleti risulta significativamente minore nel gruppo Oscilloccinum® (Fig. 3), ma soltanto per una incidenza di episodi superiore a due.



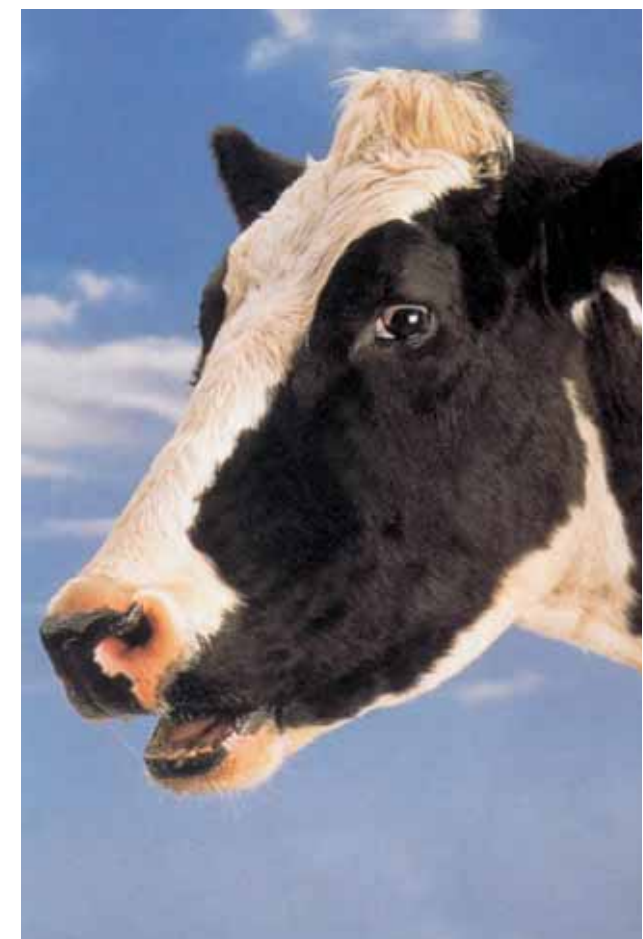
numerotreannoquindici

Conclusioni

Il nostro studio, che ha arruolato 1.349 pazienti suddivisi in maniera randomizzata in due gruppi (trattamento attivo e controllo), aveva come obiettivo quello di valutare l'efficacia preventiva di Oscilloccinum® nei confronti delle sindromi respiratorie acute simil-influenzali.

Questa indagine, condotta su una popolazione consistente, sembra confermare, con dati statisticamente significativi, il ruolo importante di questo preparato nella fase preventiva delle manifestazioni respiratorie acute.

Questa suggestione deriva sia dalla considerazione del numero di soggetti che



hanno presentato le manifestazioni acute di malattia nei due gruppi, sia dal numero totale di eventi acuti per ogni gruppo di pazienti.

Il nostro lavoro appare essere una conferma delle valutazioni emerse dalla nostra precedente indagine (1), valutazioni ora rafforzate dal maggior numero

di pazienti e dall'utilizzazione di Oscillococinum® come unico medicamento.

Questi dati, meritevoli di ulteriori conferme, appaiono assai promettenti e rafforzano la consapevolezza clinica che vede in Oscillococinum® un alleato affidabile nel trattamento delle sindromi influenzali.



Bibliografia

1. Saruggia M. e gruppo collaborativo italiano di studio in omeopatia "Influenza e infezioni virali respiratorie" - Medicina Naturale n. 6, 1994.
2. Ferley J.P. et al. "A controlled evaluation of a homoeopathic preparation in the treatment of influenza-like syndromes" - B.J. Clin. Pharm. 27, pp. 329-335. 1989.
3. Casanova P. et al. "Bilancio di tre anni di studio multicentrico randomizzato Oscillococinum® vs placebo" - Proposta omeopatica 3 - Anno IV. Ottobre 1988.
4. Murphy B.R., Webster R.G. "Influenza Viruses" - Chap. 51 - pp. 198-199, Raven N.Y. 1986.

Elenco articoli Cahiers de Biotherapie pubblicati a settembre 2007 (in ordine cronologico)

- La ricerca in omeopatia provoca sempre un acceso dibattito
- Le cefalee del bambino
- Omeopatia e malattie cardiovascolari
- Pollinosi
- Approccio omeopatico alle malattie acute
- La malattia, entità complessa - elementi di connessione tra...
- Studio preliminare sull'azione del naloxone
- Colchicum autumnale
- Le bioterapie nel trattamento dei fibromi uterini
- Argentum metallicum rimedio alla depressione
- Bioterapie degli stati tubercolinici
- Galenica della rinite allergica
- Lac caninum un rimedio che vale più di quanto sembra
- Senna
- Come l'ambiente condiziona la diatesi
- Clinica omeopatica delle dermatiti allergiche
- Esperienza con la melatonina diluita e dinamizzata come regolatore...
- La spasmodia "una sindrome multiforme e frequente, spesso non riconosciuta
- Obesità e magrezza
- I rimedi omeopatici del dolore nei disordini funzionali
- Organoterapia sistemica
- Hahneman & company precisazioni storiche
- Le oculoriniti allergiche in età avanzata
- Modernità di hahneman eterodosso
- Trattamento omeopatico di 57 casi affetti da eczema cronico
- Il limite del simile
- Rimedi omeopatici della menopausa
- Tuberculinum
- Omeopatia in veterinaria
- Trattamento dell'asma
- I segnali di ruta graveolens
- Patogenesi del cisplatino
- Spigolature
- Approccio diatesico delle allergie
- La quarta dimensione dell'omeopatia
- Un grande nosodone tubercolinico: Thymuline
- Trattamento non convenzionale nel disturbo di inizio e/o mantenimento del sonno
- Hanemann & Company: precisazioni storiche - Il parte
- Utilizzo del rame a dosi catalitiche in pratica clinica
- Approccio costituzionale dei Kali
- L'omeopatia in odontoatria
- L'otite, gli antibiotici e l'omeopatia
- Cellulite vera
- La cefalea in età pediatrica: possibilità e limiti della terapia omeopatica
- La cornucopia dei piccoli rimedi
- Tosse abbaiente strozzata? Drosera rotundifolia: trappola mortale
- Le bioterapie e l'otite media
- Il paziente affetto da ipoacusia neurosensoriale ingravescente
- Approccio costituzionale dei Kali
- Omeopatia e radicali liberi
- È possibile che nel soggetto di Costituzione Carbonica possa essere presente il Miasma Luesinico?
- Gli esami non finiscono mai
- Genealogia e rango dell'organoterapia. Revisione critica
- Il mondo vegetale
- Medicina termale personalizzata
- La medicina ai tempi della prima crociata
- Lycopodium
- Un caso di ipertensione risolto da Lachesis
- Fitomedicina uso curativo delle erbe
- Fito-omeopatia della menopausa
- Piccoli problemi di dermatologia estetica: rughe, smagliature, efelidi
- Cartella clinica omeopatica
- Su un caso di ritardo staturale e di diarrea cronica
- Quattro salti in palude: omeopatia palustre
- Omeopatia medicina convenzionale, medicina integrata
- I radicali liberi
- L'Omeopatia in odontoatria
- Che caso difficile!
- "Te la cura papà la psoriasi"
- "Ha il mal di testa... ma parla, parla, parla"
- "Ma come erompono i denti"
- "Dura come un sasso"
- Il bambino ha la rinfaringite? ...facciamo l'esame delle urine!
- Depressione ed ansia: un caso di somatizzazione
- L'Amleto omeopatico
- Omeopatia e bioterapie... musica per le tonsille
- La malattia emorragica (diatesi emorragica)
- Thuya - Bryonia - Nux Vomica
- Viagra omeopatici
- L'importanza dei fitoestrogeni naturali nella cardiopatia ischemica della donna
- Disciplina delle terapie e delle medicine non convenzionali esercitate da medici
- Attacchi di panico
- È ora di fare il tagliando!
- "A sfoglia di cipolla"
- Il trattamento omeopatico dell'Herpes simplex
- Quaderni di omeopatia clinica CHAMOMILLA - ARSENICUM ALBUM KALIUM BICHROMICUM
- Crenobalneoterapia. La grande risorsa termale italiana
- Indagine sull'uso delle medicine non convenzionali in pediatria (risultati preliminari)
- Omeopatia e bioterapie come strategia terapeutica per il bambino con malattie recidivanti delle alte vie respiratorie
- Fito-Gemmo-Omeopatia
- Delle intolleranze alimentari nei bambini Studio di 23 casi
- Friedrich W. Nietzsche superuomo luesinico
- La sfida dell'omeopatia di fronte ai problemi del III millennio
- La modernità dell'insegnamento omeopatico di Voisin
- Il rischio di errori in omeopatia nell'utilizzo dei segni mentali
- Apporto della biologia clinica nella scelta dei rimedi omeopatici di origine minerale
- Ruolo dell'Arnica nella chirurgia ambulatoriale della cataratta con impianto di cristallino artificiale
- Dall'inizio alla fine, un binomio inscindibile Calcio più vit. A e D
- Semeiotica ed approccio omeopatico
- Azione dello zinco metallicum a bassa dinamizzazione
- Approccio integrato al problema dell'otite in pediatria
- Terapie non convenzionali nell'ambito delle patologie autoimmuni
- Emergenze quotidiane in omeopatia
- Indagine nella regione Liguria sull'uso delle medicine non convenzionali in pediatria
- Deontologia e omeopatia
- Aconitum e D.A.P.: Un'ipotesi di lavoro
- Indagine nella regione Piemonte sull'uso delle medicine non convenzionali in pediatria
- Terapia omeopatica e fitoterapica della litiasi renale
- Osteoporosi
- La patologia infiammatorio/degenerativa articolare
- Omeopatia e sicurezza virale
- Speciale estate.
- Raccomandazioni di rito
- L'omeopatia contro il metodo
- Il dolore lombo-sacrale
- Le medicine non convenzionali: il consenso informato
- Indagine nella regione Lombardia sull'uso delle medicine non convenzionali in pediatria
- I Fitoestrogeni
- Cosmeceutici
- L'obesità: il corpo e la mente
- La sicosi, il luesinismo e la società moderna
- Ricerche sul morbo di Parkinson
- Le malattie create dall'allopatica
- Il concetto di forza vitale e la sua modernità
- Gli acufeni
- Il trattamento dell'insufficienza venosa e delle varici
- Malattie vascolari e degenerative della retina e del nervo ottico
- I veleni dei Serpenti
- Alcuni casi di dermatite del cane curati con l'omeopatia raffronto con le terapie allopatiche
- Riflessioni chimico - fisiche di due medici omeopati
- Allergie intolleranze alimentari
- Calcolo dell'energia di attivazione delle molecole di un farmaco omeopatico durante la dinamizzazione
- Doppio cieco parallelo. Una proposta di metodologia per effettuare la sperimentazione della terapia omeopatica
- Le triturazioni. La triboelettricità dei disaccaridi lattosio e saccarosio ed i suoi effetti
- La dermatite atopica del bambino nel primo anno di vita: inquadramento costituzionale e terapia
- La P. N. L. Programmazione Neuro Linguistica
- Omeopatia: equivoci neurolinguistici e diagnosi medica
- Osservazioni cliniche sul trattamento della varicella
- L'Analisi Bionergica. Profilo storico-scientifico e metodologico
- Blattidi
- Cosmesi naturali
- Trattamento fitogemmomeopatico delle infezioni da herpes simplex
- Allium sativum (Allium sativum L. - Fam. Liliacee)
- Zenzero
- L'apparato osteo-articolare nell'infanzia
- Ciò che si trova dietro il dorso
- Approccio costituzionale e diatesico
- Vaccinium myrtillus
- Lachesis
- Platina
- Ananas comosus
- La craniopuntura nell'anziano
- Omeopatia e letteratura: "davanti San Guido" di Giosuè Carducci
- Sull'evoluzione del concetto di farmaco tra l'antichità e l'età moderna e contemporanea
- Basse medie alte dinamizzazioni. Storia e distinzione chimico-fisica
- Calcolo dell'energia di attivazione
- Correlazione e confronto tra le due scale di dinamizzazione hahnemanniane: le centesimali e le cinquantamillesimali
- Il mondo vegetale
- Le dinamizzazioni korsakoviane. Studio analitico e correlazione con le dinamizzazioni centesimali
- Medicina termale personalizzata
- Affrontare lo stress con l'omeopatia
- Lycopodium clavatum
- Confronto tra le centesimali e le cinquantamillesimali
- Comparazione dello psichismo nella diagnosi differenziale tra natrum muriaticum e sepia officinalis nel sesso femminile
- Un caso di mastopatia fibrocistica
- Un caso di otite media catarrale cronica
- L'omeopatia e la pnei
- Studio ultrastrutturale in soggetto affetto da parodontopatia cronica e da quattro cisti odontogene, con associazione di celalea muscolo tensiva e disturbi intestinali
- L'enuresi: vista secondo l'interpretazione dell'omeopatia e della medicina cinese
- Trattamento

- fitogemmoterapico della sindrome dell'ovaio policistico
 - Zeus era di costituzione sulfurica
 - Aspetti tossicologici delle piante officinali
 - Musicoterapia e tecniche associate: l'omeopatia
 - Acquaticità, nuova frontiera del benessere infantile
 - Idronefrosi: possibilità in omeopatia ed organoterapia
 - L'importanza del cromo nel diabete e nell'obesità
 - Come ritardare l'invecchiamento
 - La corea Atetosi
 - Il Medicinale omeopatico
 - Gemmoterapia e meteopatie
 - Fitogemmoterapia della rinite allergica stagionale primaverile-estiva
 - "Da veleno ecologico a rimedio omeopatico"
 - L'esperienza di Tor Bellamonaca
 - Per una modernizzazione dell'omeopatia
 - Diagnosi differenziale tra Natrum muriaticum e Sepia
 - Le piante che aumentano il desiderio sessuale nell'uomo
 - Tesina sperimentale su un caso clinico
 - Quel senso di fatica, di astenia
 - Varici emorroidarie
 - Rhodiola Rosea (rhodiola russa)
 - Filastrocche
 - Ricerca scientifica in Omeopatia
 - Trattamento di un caso di ipotensione ortostatica idiopatica
 - Trattamento omeopatico della psoriasi
 - Omeopatia: Istruzioni per l'uso
 - Ricerca scientifica omeopatica sulle piante e sugli animali
 - Perché omeopatia?
 - Anche i cavalli amano l'omeopatia
 - Alimentazione e drenaggio
 - Aspetti Tossicologici delle Piante Officinali II° parte
 - Infezioni da herpes simplex
 - Terapie Complementari in
- psichiatria.
 - Efficacia clinica nel trattamento del disturbo d'ansia generalizzata.
 - Balbuzie e Costituzioni Omeopatiche
 - La Malattia ed il Fenomeno di Raynaud
 - Le oculoriniti allergiche e l'aumento dei pollini
 - Propoli caratteristiche ed aspetti bio-farmacologici
 - L'uso delle solette propriocettive riduce il dolore in pazienti con gonartrosi
 - Cervicalgie e dorsalgie
 - Disfonie Disemotive e Terapia integrata
 - Durante e dopo la pertosse
 - Le gastriti
 - Litiasi renale e linfa di betulla
 - Morbo di Crohn in fase di riacutizzazione
 - Il concetto di malattia nell'analisi repertoriale
 - Prevenzione e terapia nei confronti delle patologie prostatiche
 - Sindrome influenzale
 - Trattamento omeopatico del dolore lombosacrale
 - Trattamento omeopatico dell'acne: giovanile, rosacea, fuoristagione
 - Farmaci omeopatici di pronto soccorso di uso pediatrico
 - Riflessioni sull'omeopatia in Italia
 - Omeoloquio
 - Malattie da raffreddamento
 - Sindromi funzionali dell'apparato digerente
 - Omeopatia una visione congiunta nello spazio e nel tempo (1° parte)
 - Valutazione dell'attività del dolisobios 13 nella prevenzione e terapia della rinite allergica
 - Omeopatia una visione congiunta nello spazio e nel tempo (2° parte)
 - Perché non si toccano con le dita?
 - Fitoterapia moderna
 - Uomo sistema aperto
 - Ma l'omeopatia è
- veramente lenta
 - Trattamento omeopatico dell'amenorrea ipotalamica funzionale
 - Disfonie disfunzionali e terapia integrata
 - Un approccio integrato al concetto di malattia nel bambino
 - Polipi del colon
 - Steate-epatite
 - La patologia cutanea in rapporto alla costituzione pediatrica
 - Sindrome intestino irritabile
 - Trattamento omeopatico dell'emicrania e cefalea
 - Trattamento omeopatico della Dengue e dello Shock ipovolemico e da distribuzione
 - Epistemologia, neurolinguistica ed omeopatia
 - Morbo Celiaco
 - Stanlio, il fluorico e Ollio il carbonico
 - Il parto fisiologico
 - Paralisi del nervo facciale (Di Bell)
 - Biotipi omeopatici in pediatria
 - Deglutologia: aspetti generali e "disfagia psichiatrica"
 - Le medicine complementari nel trattamento delle infezioni respiratorie in età pediatrica
 - Il trattamento del discomfort da occhio secco con collirio monodose Bottelpack® a base di Euphrasia-Chamomilla Boiron in dosi omeopatiche vs placebo
 - I nosodi e lo sguardo del pediatra
 - Le allergie e i trattamenti bioterapici
 - L'apparato cardiocircolatorio
 - L'omeopatia e l'ipotiroidismo
 - L'omeopatia e il bambino. Il bambino agitato
 - La cicatrice come disturbo dei flussi di informazione e di energie
 - Effetto preventivo di Oscillococcinum® nelle sindromi simil-influenzali. Risultati di una indagine multicentrica

Gli articoli si possono trovare elencati sul sito web:

www.smbitalia.org