

Dottor Raymond BRANLY

.....

L'OSTEOPATIA RAGIONATA

.....

Metodo NIROMATHE®

L'osteopatia fu molto per molto tempo un metodo di cura puramente empirico, di competenza degli aggiustaossa poi dei paramedici e di alcuni medici.

Soltanto da una ventina di anni la medicina scientifica, riconoscendone l'efficacia, inizia ad occuparsene seriamente.

Ancora oggi l'osteopatia resta tuttavia una disciplina oscura per la maggior parte dei nostri contemporanei.

Dovrà trovare il suo posto all'interno di un arsenale terapeutico, fisico, chimico e chirurgico.

Questo libro non ha alcuna pretesa. Vuole essere un documento di fraternità intellettuale, un contributo supplementare alla lotta contro la malattia.

R.B.

Vorrei innanzitutto presentarmi. Mi chiamo Raymond Branly. Sono di spirito cartesiano; ho inizialmente effettuato degli studi di matematica prima di fare medicina. Sono in seguito stato uno studente brillante in medicina, uno studioso molto serio e concentrato e grazie a questo ho sempre eccelso nel mio corso di laurea. Ho così ottenuto il diploma di Laurea presso la facoltà di Medicina di Lille.

Nel 1975 ho aperto uno studio di medicina generale e molto rapidamente, sono stato deluso dall'esercizio della mia pratica. Mi sono reso conto che la medicina era soprattutto una scienza contemplativa e che dal punto di vista terapeutico, anche se innegabilmente sono stati realizzati progressi fantastici, questo rappresentava ben poco rispetto all'immenso campo del settore medico. Da allora, ho conservato l'abitudine di dire come battuta: la medicina è buona, purtroppo ci sono i malati! In medicina, peraltro, le parole parlano da sole. Non diciamo forse guarire (in francese "guérir = gai rire = ridere allegro). Tumore (in francese tumeur = tu meurs = tu muori), morfina (in francese morphine = mort fine = morte fine)...anche la parola paziente si definisce da sola! Ho voglia di aggiungere che nella parola patogenesi, in francese pathogénie, c'è la stessa radice di "patauger" che vuol dire "sguazzare".

Sono stato ancora più deluso quando un giorno è venuto a trovarmi in studio uno dei miei vicini, molto simpatico, imprenditore in falegnameria. Questo signore soffriva di lombaggine. Come tutti i medici di Francia e di Navarra, gli ho offerto tutto l'arsenale terapeutico in uso all'epoca: si trattava di un antiinfiammatorio, di un miorilassante e di un analgesico. Tre giorni dopo mi ha richiamato: il suo stato

era peggiorato, era inchiodato al letto. Ho fatto finta di avere la situazione sotto controllo e gli ho prescritto lo stesso trattamento ma per via endovenosa poiché non esisteva e non esiste del resto ancora oggi null'altro, (anche se i nomi sono cambiati). Due giorni dopo, l'ho incontrato per strada. Camminava gagliardamente come se non fosse mai stato male.

Fiero del mio operato, mi fermo chiedendogli notizie sul suo stato.

“Vedi, mi dice, solo perché sei tu ti dirò la verità: mi hanno portato da un aggiustaossa e ne sono uscito un quarto d'ora più tardi completamente guarito”.

Ancora uno shock per me e la mia professione. Io, medico pieno di diplomi, non ero neppure capace di guarire una lombalgia che era stata guarita in un solo quarto d'ora da un aggiustaossa che non aveva neanche ottenuto il più elementare dei certificati di studio.

Essendo io di spirito cartesiano, ho voluto immediatamente sapere se questa tecnica era riproducibile. Ho dunque indirizzato dieci miei pazienti verso quest'uomo e ne ho visti tornare sei o sette guariti o decisamente migliorati. Questa tecnica era sicuramente riproducibile. C'erano dunque molte cose che non mi avevano insegnato in facoltà, e tuttavia, che lavaggio di cervello avevo dovuto subire!

Sempre per spirito cartesiano, piuttosto che disprezzare questo aggiustaossa come lo facevano la maggior parte dei miei colleghi altezzosi, (non vedo effettivamente perché!) mi sono recato presso il suo studio e gli ho domandato di insegnarmi la sua tecnica. Le sue condizioni erano come le mie; ma ha rifiutato poiché anche lui era altezzoso

Ho allora cercato una scuola e mi sono recato a Rennes, alla facoltà di medicina, con Yvon Lesage, un uomo di una gentilezza estrema. Ho frequentato i corsi per 3 anni benché abitassi al Pas-de-Calais. Finalmente ho conseguito il diploma di manipolazioni osteo-articolari. Ho in seguito frequentato la GETM di Lucien Grumholz, quindi la scuola di Raymond Richard a Lione. Ho appreso la tecnica chiropratica (tecnica Davenport), ho frequentato la scuola Sutherland a Sant'Ouen, e ho appreso la tecnica Moneyron con Guy Pointud, il successore di Jean Moneyron a Vichy. Mi sono anche incontrato con numerosi osteopati, aggiustaossa o medici attraverso praticamente tutta la Francia.

Mi ricordo anche di Giorgio Fournier, veterinario osteopata che ha voluto rivelarmi la sua tecnica.

Li ringrazio tutti: mi hanno aiutato moltissimo.

Inoltre, per curiosità, ho anche ottenuto un diploma in agopuntura ed un diploma in omeopatia e ho letto, ovviamente, una gran quantità di scritti riguardanti l'osteopatia.

Dal 1978 pratico quasi esclusivamente l'osteopatia. Inizialmente ho praticato la tecnica chiropratica per 8/9 anni, quindi sono passato alla tecnica Jones con il metodo Wieselfish Giamatteo anche questa per 8/9 anni. Infine la tecnica Moneyron ed il metodo Niromathe.

Grazie a tutte le mie conoscenze ed a un lavoro di ricerca particolarmente faticoso sono stato in grado di mettere a punto il metodo Niromathe che ottimizza chiaramente i risultati già favolosi ottenuti con la tecnica Moneyron.

È di tutte queste conoscenze che voglio parlare e scrivere in questo saggio.

L'osteopatia è stata per me una rivelazione. Non è esoterica ma cartesiana. Cercherò di farvela conoscere e spero di farvi condividere le mie convinzioni.

Estratto dal giornale: La VOCE del NORD domenica 31 agosto 2003

Rubrica: "Ad alta Voce" (posta dei lettori):

L'osteopatia, il Servizio Sanitario ed io.

Da oltre due anni soffro di dolori molto forti che cominciano, dopo una lunga marcia. Questi dolori mi impedivano di esercitare qualsiasi attività fisica. In due anni, ho consultato due generici, tre specialisti, senza alcun risultato. Poi ho anche consultato un professore di facoltà, che, dopo dieci minuti di colloquio, ha dichiarato che avevo l'artrosi. Lo sapevo da cinque anni! Dopo aver pagato questa visita 91,47 euro ho scoperto che quest'artrosi non aveva nulla a che vedere con i miei dolori.

Ormai disperato, ho consultato un'osteopata, che, dopo avermi fatto alcune domande, mi ha manipolato per due minuti. Sono uscito dal suo gabinetto guarito di un male che mi trascinavo dietro da due anni!

Da questo si può concludere: è un gran peccato che le sedute osteopatiche non siano rimborsate dal Servizio Sanitario. Inoltre pensate che sia normale che un osteopata abbia potuto, in dieci minuti, determinare l'origine del mio male e guarirlo mentre avevo consultato numerosi medici che non hanno saputo fare nulla per il mio dolore?

Quest'affare personale è costato molto caro al Servizio Sanitario (consultazioni + kinesiterapia + medicine), e la sola consultazione che non è stata rimborsata è stato quella della guarigione!

G.R. Lille

Vorrei formulare 4 osservazioni riguardo questo articolo:

1) Un esempio non ha alcun valore scientifico. Ma qui non si tratta affatto di un esempio o di un caso isolato. In questo tipo di situazione, io mi imbatto praticamente 10 volte al giorno durante le mie consultazioni.

2) L'autore non ha precisato quale tipo di tecnica è stata utilizzata dall'osteopata.

- Esistono tecniche poco efficienti con il 20% di tasso di guarigione. Questo paziente poteva fare parte di questo 20%.

- Esistono anche tecniche molto efficienti per le quali il tasso di guarigione sale fino all'80%.

- Questo paziente d'altronde avrebbe anche potuto fare parte del 50% del tasso di guaribilità (dovuto all'effetto placebo) di una tecnica perfettamente inutile.

3) Questo paziente era affetto da artrosi, ed è stato completamente guarito (come vedremo fra poco).

4) Esiste un fossato immenso e surrealista fra il mondo dell'osteopatia e la Comunità medica scientifica. Questo fossato deve essere colmato: è in parte la ragione di questo libro.

Per fare in modo che un metodo terapeutico sia valido, bisogna che sia:

- **efficace**
- **indolore (primum non nocere)**
- **ripetitivo**

L'osteopatia, ed in particolare il metodo Niromathe presenta tutti i suddetti criteri.

CONSIDERAZIONI GENERALI

L'osteopatia esiste da millenni. Affreschi egiziani ci riportano gesti di manipolazione. Occultata, o disprezzata dalla medicina ufficiale, è restata a lungo monopolio degli aggiustaossa.

La sua ripresa da parte di medici americani (Still, Sutherland, Fryman, Magoun, Mitchell, Jones) all'inizio del secolo scorso non ha convinto: anche se in genere tutto ciò che viene dall'America è buono! Soltanto recentemente è stata introdotta nell'insegnamento delle facoltà di medicina.

Questo è dovuto a molte ragioni:

Ragione n° 1 : L'aspetto terapeutico è stato trascurato.

I progressi straordinari realizzati dalla medicina sono tali solo sul piano delle constatazioni. Lo sviluppo della biologia, della genetica, della diagnostica per immagini è sorprendente.

Oggi grazie alla RMN si possono mettere in evidenza delle anomalie che un chirurgo non potrebbe vedere a occhio nudo. Ciò inizia a causare alcuni problemi: si tratta realmente di anomalie? si svilupperanno, o resteranno fenomeni quiescenti? Sono forse in relazione con i disordini funzionali che presenta il paziente? Occorre forse praticare un'ablazione? I problemi d'ordine funzionale, si constata oggi, non sono stati ancora risolti. A tutto ciò si aggiunge il fatto che ogni individuo è funzionalmente diverso dal suo simile.

Soprattutto i progressi effettuati nel campo terapeutico non hanno seguito i progressi del mondo delle conoscenze e della tecnologia. La maggior parte delle diagnosi etichette appiccicate ai problemi, non portano ad una terapia adeguata ed adattata al caso specifico.

Camminiamo sulla luna ma non sappiamo guarire un raffreddore. Spesso l'aspetto terapeutico è solamente palliativo: il sorriso artificiale che procurano gli antidepressivi non guarisce il paziente.

Il buon medico non è quello che constata né quello che cura, ma quello che guarisce.

Tutto ciò mi ricorda il film “Manon des Sources” nel quale un vecchio contadino esterrefatto risponde al sapiente che gli spiega il perché del commento: “Rendeteci la nostra acqua, vi spiegheremo dopo il perché”.

Ragione N° 2 : secondo la società attuale la medicina é diventata troppo materialista.

La medicina é divenuta estremamente tecnica.

Come scoprire il diabete se non tramite la biologia? Come scoprire un glaucoma senza strumentazioni adeguate?

L'importanza dell'aspetto tecnico spesso provoca delle vere e proprie aberrazioni:

Un paziente soffre di vertigini..... Gli viene misurata la pressione arteriosa e la si riscontra troppo alta. Le vertigini vengono considerate come frutto dell'ipertensione arteriosa.

Effettivamente le vertigini sono un sintomo funzionale. La pressione viene misurata tramite degli appositi strumenti quali lo sfigmo-manometro ed è a questo strumento di misura che si finisce col dare valore di causa.

Nonostante tutto potremo pensare che le vertigini provochino uno stato di angoscia nel paziente e che lo angoscia faccia salire la pressione. Oppure che sia una terza causa a favorire lo sviluppo dei due sintomi. O anche che questi due sintomi non abbiano nulla a che fare l'uno con l'altro.

Sempre di più facciamo dipendere gli squilibri funzionali di un paziente da costruzioni intellettuali dove le anomalie biologiche, morfologiche, radiologiche, hanno un valore causale. Per esempio un dato paziente si reca dal dottore per dolori lombo-sacrali persistenti.

Le radiografie evidenziano un disallineamento della rotula. Può veramente essere considerata come una patologia? E' questa veramente la causa del problema funzionale? Nessuno lo sa ma tuttavia viene effettuata un'operazione chirurgica. Il problema é forse risolto?

In realtà questo non era il motivo per il quale il paziente si era recato dal dottore e nemmeno voleva arrivare a tanto.

La più recente delle costruzioni intellettuale:la densitometria ossea. Una paziente presenta alcuni dolori. Si ritiene abbia “diritto” ad una densitometria ossea. L'esame dimostra una decalcificazione (normale a quell'età). Si cura la decalcificazione. Ma in realtà questa non é affatto la causa dei dolori della paziente. La maggior parte delle persone che hanno una osteoporosi non soffrono mai di alcun dolore.

Questa ipertecnologia é onnipresente.

In queste condizioni é molto difficile immaginare che una semplice pressione cutanea possa far scomparire i sintomi.

Ragione n° 3 : La medicina é stata monopolizzata dalla chimica

Le grandi scoperte chimiche del secolo scorso (vaccini, penicillina, digitale, aspirina, antiaritmici, cicatrizzanti...), possono essere considerate scoperte incredibili, ma han fatto sì che tutta l'attività medica si sia concentrata sulla chimica

D'altronde Il premio nobel per la medicina da 20 anni é attribuito a chimici invece che a medici.

La biologia molecolare é onnipresente.

Tutta la ricerca medica oggi é concentrata sulla biologia molecolare.

La risposta medica a tutti i problemi di salute é sempre la prescrizione di farmaci.

La settorializzazione del mondo della medicina accentua ancor di più questo fenomeno

Oggi il ministro della Salute e l'Accademia di medicina si preoccupano per questo consumo eccessivo di farmaci

Questo tipo di atteggiamento orientato verso la chimica ha sicuramente frenato lo sviluppo di terapie alternative.

Ragione n° 4 : La Medicina si é “normalizzata” in un modo analitico e tutto ciò che non rientra nelle norme é considerato “sospetto”.

Possiamo dire che oggi tutti i cardiologi, pneumologi, dermatologi, endocrinologi, ginecologi ...sono dei “cloni” (senza considerare quest'ultimo termine come peggiorativo). Bisogna solamente ammettere che fanno tutti la stessa cosa. Da Lille a Marsiglia. Questa normalizzazione che é avvenuta ormai da una decina di anni, é stata appena ufficializzata dall'OMS.

É il risultato di scambi intellettuali. Il confronto delle idee e la loro armonizzazione non sono assolutamente positivi.

E' dallo scontro delle idee che scaturisce la luce !!

Questa standardizzazione, questa robotizzazione diventano esse stesse motivo di inchiesta.

Al giorno d'oggi un paziente può morire a patto che muoia secondo le regole. Questo fenomeno rallenta lo sviluppo di nuove correnti di pensiero. Tutti sanno che in assoluto bisogna uscire dai soliti schemi di pensiero imposti per poter effettuare delle scoperte.

E dunque grazie all'insistenza dei pazienti, sostenuta dai media, che è stata inserita l'osteopatia nella medicina. Gli sforzi per il risparmio nella sanità pubblica, l'aumentare dei ricorsi medico-legali e la presa di coscienza dell'eccessivo uso di farmaci, dovrebbero contribuire al suo sviluppo.

IL BUON MEDICO NON E QUELLO CHE CONSTATA, E NEANCHE QUELLO CHE CURA, BENSI QUELLO CHE GUARISCE.

INDICAZIONI ALL'OSTEOPATIA

Una domanda prima di tutto:

A CHI SI RIVOLGE L'OSTEOPATIA?

L'osteopatia si rivolge esclusivamente:

- *Alle congestioni osteo-articolari di origine meccanica e alle loro conseguenze:
Dolori e impotenze funzionali sia croniche che acute.*
- *Alle congestioni viscerali di origine meccanica e alle loro conseguenze:
Dolori e turbe funzionali sia croniche che acute*

La lista delle indicazioni é lunga:

- **Congestioni osteoarticolari acute:**
- *Cervicalgie (torcicolli), dorsalgie, lombalgie, sacralgie, coccigodinie*
- *Cefalee ed emicranie*
- *Sinusiti, dolori facciali (cfr il capitolo ad esse consacrato)*
- *Tendiniti (in qualunque parte del corpo)*
- *Nevralgie facciali, craniche, cervico brachiali, toraciche, addominali, sacrali, crurali e sciatiche.*
- *Calcificazioni infiammatorie (es:tendiniti calcifiche del tendine sopra-spinoso o del grande legamento plantare)*
- **Congestioni osteoarticolari croniche.**

Lo schema seguente può essere ripreso integralmente. É qui che la parola artrosi entra in gioco(cfr il capitolo dedicato all'artrosi).

- **Congestioni viscerali acute e croniche di origine maccanica:**

Molte faringiti, esofagiti, gastriti, coliti, cistiti, emorroiditi, problemi ginecologici sono guariti grazie all'osteopatia (cfr capitolo ad esse dedicato)

- **Molti problemi funzionali traggono giovamento dall'osteopatia:**
- *Insonnia*
- *Vertigini (spesso legate al blocco della prima vertebra cervicale)*
- *Pianti del neonato il quale, non potendo esprimersi a parole, è col pianto che esprime la sua sofferenza*

Globalmente il 60/70% dei dolori e disturbi funzionali

- *è di origine meccanica*
- *necessita di un trattamento osteopatico guarirà grazie a questo*

Seconda Domanda :

Come può guarire tramite un trattamento osteopatico una congestione viscerale o osteoarticolare che dura da 20 anni ?

Semplicemente perché la lesione osteopatica responsabile di questa congestione è un fenomeno Attivo (anche se dura da ormai 20 anni!)

La lesione osteopatica (L.O.) è uno SPASMO:

SPASMO MUSCOLARE + TENDINEO + LEGAMENTOSO + FASCIALE

Può durare 8 giorni: casi acuti: lombalgie, torcicolli.

2 mesi: casi subacuti

10 anni: casi cronici (etichettati come artrosi quando coinvolgono le articolazioni).

Questo spasmo può sparire spontaneamente; grazie a Dio, altrimenti tutto il mondo soffrirebbe di artrosi a tutti i livelli

Ma lo spasmo può sparire con i trattamenti osteopatiche

Terza domanda :

A COSA NON E' INDIRIZZATA L'OSTEOPATIA?

L'osteopatia non è indirizzata alle congestioni osteoarticolari e viscerali di origine:

- Traumatica: fratture, strappi
- Infettiva: infezioni batteriche, virali, micotiche e parassitarie
- Metaboliche: gotta articolare, arteriosclerosi, trombosi.
- Tumore: tumori benigni e maligni
- Immuno-allergica: poliartrite cronica evolutiva, spondilite anchilosante, malattie sistemiche, allergie

Lancio un grido di allarme non tanto per la mancanza di conoscenza dei non-medici ma anche dei medici che praticano l'osteopatia (sarebbe sufficiente formarli), ma soprattutto per la mediaticizzazione e diffusione di immagini erranee che riguardano l'osteopatia stessa. Al giorno d'oggi l'osteopatia è diventata un fenomeno alla moda.

Alcuni osteopati (non dottori) colpiti dai risultati straordinari ottenuti in un gran numero di situazioni, hanno cominciato a delirare, a fare e a scrivere cose senza alcuno senso. Il sistema mediatico, avido di scoop e di "sensazionale" li ha rapidamente reclutati

Ormai non passa un giorno senza che mi si domandi di guarire casi di alopecia, asma, diabete, eczema, un bambino "difficile", obesità o addirittura arteriosclerosi!

Per rendere un metodo di cura efficace bisogna che quest'ultimo sia ripetibile. Questo è veramente fondamentale.

Detto questo non sono affatto contrario al fatto che un dentista chirurgo, una balia o un kinesiterapeuta praticino quest'arte. Sostengo assolutamente ogni spirito di ricerca e di libera iniziativa. Bisogna solo che tutto questo sia regolato e controllato.

Domanda n°4 :

QUALE DEVE ESSERE LA CONDOTTA DA TENERE?

Il medico osteopata deve sempre porre una diagnosi.

Deve sempre assicurarsi che l'origine del dolore sia meccanica ed eliminare di conseguenza un schiacciamento di natura osteoporotica, una lesione traumatica, infettiva o tumorale, un problema vascolare (infarto osseo), metabolico, immunoallergico, una causa intercorrente (flebite, arterite, coliche epatiche o renali, infarto ...).

Se pensa che l'origine sia meccanica e se la sintomatologia persiste al di là della terza seduta, deve rifare il suo bilancio diagnostico

Al contrario, un paziente che soffre di metastasi ossea, può presentare allo stesso tempo delle lesioni meccaniche e beneficiare di un trattamento osteopatico. In questo caso il paziente migliorerà considerevolmente (il trattamento non sarà sicuramente manipolativo). Questo trattamento sarà associato a quello specifico per le metastasi e questo è di pertinenza del medico specialista.

Qualche esempio:

A - L'ARTROSI

L'artrosi è normalmente dovuta all'usura e ai cambiamenti degenerativi evidenziati dalle radiografie:

- pinzamento articolare
- micro-geodi
- osteofiti

Quest'usura é un fenomeno naturale legato alla vecchiaia.

L' usura, cosí come l'osteoporosi, non hanno alcun rapporto con le congestioni, i segni funzionali, vale a dire con i dolori e la rigidità che presenta il paziente.

Esempi classici:

1) Il Signor X, 60 anni, soffre di dolori e rigidità alle ginocchia. Le radiografie mettono in evidenza importanti segni di usura. Gli viene detto che i sintomi sono dovuti all'usura. Va in vacanza in Provenza. I dolori scompaiono del tutto durante le vacanze: riesce a correre, a camminare senza alcun problema e a fare chilometri senza soffrire. L'usura non é però scomparsa. Una radiografia effettuata in loco sarebbe stata sicuramente identica a quella precedente.

Che é successo dunque?

Il cambio di clima, di ambiente ha permesso la scomparsa degli spasmi!

É questo il lavoro che effettua l'osteopata (tramite tecniche come quella Niromathe). E' ovvio che l'usura non si può guarire. Ma si possono far sparire dolori e rigidità. E' ciò che il paziente desidera.

2) Il Signor Y, 75 anni, ha delle radiografie disastrose: é "pieno di artrosi". Nonostante tutto non soffre alcun dolore e corre come una lepre.

3) Il signor Z ha dei dolori di tipo artrosico, tuttavia le radiografie sono assolutamente normali.

Non esiste in effetti alcuna correlazione tra i segni radiografici di osteoporosi e di artrosi e i dolori e la rigidità di cui soffre il paziente.

Il dolore é qualcosa di "vivo". Non é qualcosa di morfologico.

Il dolore meccanico é uno spasmo.

Uno spasmo muscolare, tendineo, legamentoso e fasciale, uno spasmo che persiste nel tempo

L'usura invece é un fenomeno naturale, asintomatico.

B - LE SINUSITI, OTITI (acute, subacute e croniche)

8 volte su 10 sono dovute a un blocco delle ossa del cranio e del volto.

Come vedremo più tardi, le ossa si muovono con la respirazione, non solamente le costole, tutte le ossa ed in particolare le ossa della scatola cranica.

Il blocco provoca un'immobilizzazione delle ossa del cranio. Questo blocco provoca a sua volta una congestione locale: I condotti di evacuazione (tromba di Eustachio, canali sinusali) si congestionano. Le cavità non sono più drenate. Questa situazione può essere chiamata col nome di:

- Cefalea, se interessa lo sfenoide o la volta cranica
- Sinusite se riguarda le ossa del naso, l'etmoide e la mascella
- Otite se riguarda il vomere, la rocca petrosa, lo sfenoide

Questa congestione può favorire in un secondo tempo uno sviluppo batterico, virale o micotico ma questi ultimi non sono all'origine dei problemi.

L'origine è il blocco.

Io curo sistematicamente le otiti, sinusiti, cefalee....con le mie dita....con dei risultati spettacolari.

Lo stesso schema può essere applicato al bacino. Spesso, dopo aver curato una lombalgia, il paziente segnala la scomparsa della sua infiammazione emorroidaria o della sua cistite recidivante.

Sicuramente esistono sinusiti, cistiti e otiti legate ad una infezione virale o batterica o ad una patologia immuno-allergica o ad una patologia tumorale! Il ruolo del medico è quello di porre una diagnosi.

Ma non è detto che l'origine meccanica rappresenti la causa maggiore, specialmente se questi problemi sono cronici e recidivi.

C - I DOLORI VISCERALI

Esofagiti, faringiti, gastriti, enteriti, coliti, cistiti..possono avere un'origine infettiva, immuno-allergica, psichica, metabolica o tumorale.

Spesso, specialmente se sono croniche o recidivanti, sono solo il riflesso di una compressione dei nervi trofici, rachidei o cranici.

Il blocco del rachide o del cranio è responsabile della nevralgia che genera una congestione viscerale.

Ancora una volta il ruolo del Medico é quello di effettuare una diagnosi e di separare gli aspetti meccanici da quelli non-meccanici

Non é neanche detto che il trattamento osteopatico deve essere intrapreso ogni volta che ci sono delle lesioni croniche o recidivanti.

D - L'ERNIA DEL DISCO

La comparsa di ernie del disco con l'avanzare dell'età é un fenomeno naturale dovuto all'invecchiamento.

Invecchiando, perdiamo qualche millimetro di altezza. Con l'età le vertebre si avvicinano. Il disco intervertebrale si allarga e si disloca, debordando verso l'esterno.

3/4 dei pazienti che hanno più di 60 anni presentano delle ernie del disco senza sintomatologia funzionale del rachide.

Al contrario molti pazienti presentano una sintomatologia del rachide senza avere una ernia del disco.

Ancora una volta l'aspetto radiografico non é correlato alla sintomatologia funzionale.

Lo spasmo, quando emerge, é all'origine:

- del blocco che genera dolori e impotenza.
- E dell'ernia del disco che appare o che peggiora

Eliminare lo spasmo riporta l'ernia al suo stato anteriore e fa scomparire la sintomatologia.

FISIOPATOLOGIA DELLA LESIONE OSTEOPATICA

4 nozioni fondamentali:

- **LA RESPIRAZIONE ARTICOLARE**
- **LA NOZIONE DI GLOBALITA'**
- **L'ORIGINE DELLO SPASMO**
- **L'ORIGINE DELLA PERSISTENZA**

LA RESPIRAZIONE ARTICOLARE

Correlazioni clinico-anatomiche

Possiamo suddividere il corpo in 3 grandi zone: simili, simmetriche e sovrapponibili:

- la zona lombo-sacrale
 - la zona cervico-toracica.
 - La zona cranica
- a) La zona lombo-sacrale è composta da:
- 7 vertebre libere: le ultime 2 dorsali e le 5 vertebre lombari.
 - 10 vertebre fisse:
5 sacrali + 5 coccigee prolungate lateralmente dalle ali sacrali e coccigee.
 - Su ogni lato: ali iliache ed ischio
 - Le quali si estendono verso l'avanti tramite i rami pubici.
 - Alla loro unione, il cotile e l'arto inferiore.
 - Davanti: la sinfisi pubica.
 - Trasversalmente: il diaframma pelvico (pavimento del piccolo bacino).
- b) La zona cervico-toracica è composta da:
- 7 vertebre libere: le vertebre cervicali.
 - 10 vertebre fisse:
 - le prime 10 vertebre toraciche, prolungate lateralmente dalle costole.
 - Su ogni lato: le fosse sopra- e sottospinose della scapola.
 - Le quali si estendono anteriormente tramite le clavicole.
 - Alla loro unione il processo glenoideo e l'arto superiore.
 - Davanti: lo sterno
 - Teso di trasverso: il diaframma toracico.
- c) la zona cranica è costituita da:
- L'osso occipitale che presenta delle similitudini con il sacro.
 - Al centro, articolato sull'osso occipitale, un asse libero:
osso sfenoide, etmoide, vomere, ossa proprie del naso, osso frontale, mascellare superiore.
 - Su ogni lato le ossa temporali e parietali.
 - Le quali si estendono verso l'avanti tramite le mandibole.
 - Alla loro unione, il condotto uditivo esterno e le orecchie.
 - Davanti: la sinfisi mentoniera
 - Trasversalmente: il diaframma cranico (tenda del cervelletto).

La respirazione articolare:

Si presentano dunque 3 zone sovrapponibili che si comporteranno in modo simile e sincro durante la respirazione.

ISPIRAZIONE:

- I diaframmi pelvico, toracico e cranico si abbassano.
- Il bacino, il torace e il cranio si allargano
- Le curvature rachidee si attenuano e il soggetto aumenta di statura.
- Gli arti superiori ed inferiori si posizionano in abduzione - rotazione esterna.

ESPIRAZIONE:

- I diaframmi pelvico, toracico e cranico si alzano.
- Il bacino, il torace e il cranio si restringono
- Le curvature rachidee aumentano e l'altezza diminuisce
- Gli arti superiori ed inferiori si posizionano in adduzione - rotazione interna.

Conseguenze:

1) È questo movimento respiratorio che attiva il movimento del liquido cefalo-rachidiano (LCR) e della linfa: il movimento respiratorio primario (MRP) di Sutherland (?). Quest'ultimo pulsa allo stesso ritmo della respirazione (12 a 16 cicli al minuto) ma in modo sfalsato.

2) Un'eventuale lesione osteopatica blocca questo movimento delle ossa durante la respirazione. Questo provoca una congestione locale.

3) La respirazione di queste 3 zone è sincrona. I grandi disordini sono spesso causati da un'asincronia del ritmo globale (fibromialgia generalizzata).

Commenti:

1) Lo spasmo muscolo-tendineo, legamentoso e fasciale causa un blocco articolare.

- Le ossa non possono più muoversi:
 - Quando l'individuo si muove.
 - E soprattutto quando respira.

È questa ipomobilità o questa immobilità che sono responsabili delle congestioni locali e dei dolori.

Es: non esiste una mobilità attiva delle ossa del cranio. Ma una L. O. della scatola cranica compromette la mobilità respiratoria. Questo genera le cefalee.

2) contemporaneamente si genera una L.O. , si produce “una deprogrammazione” dei punti riflessi più superficiali: periosteali, muscolari, tendinei, legamentosi, fasciali, sottocutanei.

Questi punti diventano “viscosi,” “collosi”, provocando una vera e propria captazione di linfa, che limita la mobilità dei tessuti.

E' nata così la teoria fasciale di Sutherland.

Questi punti possono essere individuati e concretizzati attraverso un test molto semplice: quello di Lasegue:

- Quando un paziente presenta una sciatalgia, il sollevamento passivo dell'arto inferiore teso è limitato e doloroso.

A lungo questo sintomo è stato attribuito ad uno stiramento del nervo sciatico. Oggi invece lo si attribuisce piuttosto ad uno stiramento delle catene musculo-tendinee. In realtà, un dolore identico, può essere riprodotto tramite un semplice stiramento della pelle, con l'arto poggiato sul lettino.

La liberazione e lo sblocco di questi punti specifici, superficiali (tecnica Moneyron) a livello della regione sacro-iliaca, ischiatica, delle articolazioni tibio-peroneali e del cuboide, per esempio, fanno immediatamente passare il dolore e scomparire il segno di Lasegue.

Secondo Sutherland, coesistono dunque una respirazione articolare classica ritmata dai polmoni e una respirazione “linfatica” sottocutanea, interdipendenti tra di loro.

LA GLOBALIA' DEL CORPO UMANO

Tutte le articolazioni sono interdipendenti.

Esiste un equilibrio tensionale permanente. Quest'ultimo é sempre rimesso in gioco dal posizionamento del centro di gravità.

E' qui che si misurano le conseguenze nefaste delle cicatrici ed in particolar modo delle cicatrici chirurgiche.

Possiamo paragonare il corpo ad un veliero con molte cime. Quest'ultime sono legate e tese con precisione millimetrica nelle tre dimensioni dello spazio :

- Flessione, estensione
- Inclinazione laterale
- Rotazione

TUTTO E' LEGATO E CONNESSO.

Alcuni esempi quotidiani vengono a dimostrare questo dato di fatto :

- Un intervento su un dente del giudizio o su una diplopia potrebbe far guarire una sciatica.
- Lo sblocco di alcune ossa del piede potrebbe sopprimere dolori derivati da emicranie
- Una correzione chirurgica (superflua o necessaria) potrà far apparire o scomparire disordini osteopatici a distanza.
- A volte è un emicorpo completo ad essere bloccato. Il paziente presenta alcune nevralgie settorializzate: craniche, facciali, cervicobrachiali, toraciche, addominali e sciatiche perfettamente lateralizzate.

Un'articolazione bloccata comporta movimenti e sforzi sbagliati da parte dei tendini, dei muscoli, dei legamenti e delle fasce. Questi sforzi si riflettono sulle articolazioni vicine e lontane.

Alcuni autori hanno del resto provato ad identificare le "linee" del corpo umano, delle catene muscolo-tendinee e fasciali.

Come lo abbiamo visto precedentemente, i 3 diaframmi agiscono simultaneamente all'interno di questa ragnatela perfettamente tessuta.

Prima conseguenza pratica.

Un problema osteopatico non dovrà mai essere trattato localmente (sia con un bisturi o con un'infiltrazione od anche con le mani).

Seconda conseguenza pratica.

Qualsiasi turba di quest'equilibrio perfettamente proporzionato rischia di provocare conseguenze peggiorative, locali, regionali o a distanza.

Una cicatrice, a maggior ragione una cicatrice osteo-articolare, lascerà tracce definitive e irreparabili. Disorganizzerà l'equilibrio tensionale.

Proprio mentre scrivo queste parole, vedo uscire dal mio studio un uomo di 40 anni. Quest'uomo è portatore di una placca cervicale da 2 anni. Si lamenta di dolori particolarmente acuti nei polpacci e nei i piedi. Non dorme più di un'ora a notte. Soffre di questi dolori ormai da 6 mesi. E' stato messo a 2 riprese sotto morfina. Eppure i dolori cervicali sono sempre presenti. Queste placche sono probabilmente la causa dei dolori nel basso-corpo, del loro scatenamento e della loro mantenimento perenne.

Esse Inoltre intralceranno considerevolmente il mio lavoro di riequilibrio.

Non soltanto il chirurgo non ha regolato nulla localmente, ma ha anche causato lesioni a distanza (e di questo non ha purtroppo coscienza).

Questo è grave perché queste sequele sono definitive.

Questo è grave perché un semplice lavoro osteopatico avrebbe permesso di fare scomparire i dolori cervicali (motivo iniziale della consultazione).

Questo purtroppo é un esempio multi-quotidiano.

Terza conseguenza pratica.

Il nostro trattamento è uniforme (metodo Moneyron, Niromathe, Sutherland).

Trattiamo allo stesso modo una gonalgia ed una sciatica.

Se esaminate correttamente il vostro paziente che si lamenta di gonalgie, vedrete che, 9 volte su 10, presenta anche alcuni dolori più superficiali, ma tuttavia autentici al livello del dorso, della natica o del piede, ancorché a livello cervicale o a livello cranico.

Una gonalgia, secondo il nostro schema di ragionamento, non è mai soltanto una sciatica troncata.

Allo stesso modo, una periartrite di spalla si accompagna volentieri a dolori all'avambraccio e al polso.

Un tunnel carpale è eccezionalmente isolato; 8 volte su 10 l'altro arto e la regione cervico-dorsale sono interessati

Noi non distinguiamo fra nevralgia cervico-brachiale, sindrome della trasversa toraco-brachiale, tunnel carpale, periartrite scapolo-omerale, epicondilite... Questi ultimi sono tutti SPASMI, spasmi a vari livelli e più o meno generalizzati.

In ogni caso, anche se si dovesse trattare di un dolore al mignolo del piede, TUTTO sarà trattato.

Questo semplifica il nostro compito. Il nostro ragionamento è globale.

Esempio:

Un paziente mi consulta per una sciatalgia iperalgica. Può muoversi solo a “carponi”. In occasione della prima seduta, difficile da realizzare in quelle condizioni, tratto solamente la regione dorso lombare ed l'arto inferiore.

Lo rivedo otto giorni più tardi. Il miglioramento è poco importante. Al principio cerco altri punti e comincio a trattargli il cranio. Durante il trattamento sul cranio, il paziente mi segnala che sente la sciatica sparire. Interrompo volontariamente la seduta. Gli chiedo di alzarsi e camminare; e lo fa senza alcun problema. Come per miracolo* la sciatica è scomparsa. Non ho tuttavia toccato né la schiena, né i lombi, né gli arti inferiori del mio paziente.

Si tratta qui di un esempio caricaturale.

Ma mi imbatto in questo tipo di constatazioni, forse meno estreme, praticamente tutti i giorni.

La nozione di globalità è dunque fondamentale

*Il vero miracolo sarebbe quello di veder ricrescere un braccio precedentemente amputato.

ORIGINE DELLO SPASMO

ORIGINE DELLO SPASMO

Quando un individuo ha paura, soprattutto in modo brutale, si rannicchia, si accartoccia, si racchiude, l'individuo stesso si "spasma".

Quando, inconsciamente, il corpo ha paura, fa la stessa cosa.

Lo spasmo comincia quando il corpo è sorpreso e non è pronto al movimento:

- sia nello spazio: il soggetto pensa di sollevare 5 kg, ma sono 50 kg che solleva. O al contrario, crede di doverne sollevare 50 kg ma sono solo 5kg che solleva.

- sia nel tempo: il soggetto sonnecchia disteso sul divano.

Lo squillo del telefono echeggia; si solleva bruscamente, troppo rapidamente. O anche, lavora nel suo giardino in posizione rannicchiata per un bel po' di minuti. Qualcuno lo chiama. Si alza bruscamente, troppo rapidamente. O anche, uno scontro lo catapultava e non ha il tempo di adattarsi allo shock.

Il corpo che non è preparato al movimento nel tempo o nello spazio, reagisce generando uno spasmo. E' quello che comunemente chiamiamo falso movimento

Quest'ultimo si effettua spesso durante un periodo di stanchezza fisica o intellettuale: Il soggetto ha guidato a lungo, ha zappato il suo giardino, ha giocato a fare il boscaiolo... attività che non è solito effettuare. La settimana seguente è molto stanco, spassato. E' durante questo periodo di fragilità che effettuerà il falso movimento.

Questo falso movimento può prodursi in occasione di uno sforzo eccessivo e violento, ma può verificarsi anche in occasione "di uno sforzo,, minimo: tossire, starnutire, raccogliere un fiammifero.

A volte si produce durante la notte, ed ovviamente il soggetto non ne è cosciente si ritrova bloccato la mattina al risveglio.

In un numero di casi più limitato, lo spasmo si produce dopo un colpo di freddo. Guidare con il tetto della propria automobile aperto, è una causa frequente di torcicollo.

Che lo si senta o meno, il movimento sbagliato scatena uno spasmo muscolo-tendineo, legamentoso e fasciale.

Questo spasmo può localizzarsi in qualsiasi parte del corpo (cranio, tronco, arti).

Può durare 8 giorni, 1 anno, 10 anni o 50 anni. Può rimanere localizzato nel punto dello spasmo iniziale o estendersi ad altre articolazioni (globalità).

ORIGINI DELLA PERSISTENZA

ORIGINI DELLA PERSISTENZA.

E' interessante constatare come quando un paziente presenta lesioni recidivanti, quest'ultime si situano spesso e volentieri nelle stesse regioni.

Alcuni pazienti si sbloccano molto rapidamente spontaneamente. Altri vedono le loro lesioni perpetuarsi e passare allo stato cronico.

Esistono incontestabilmente dei fattori che favoriscono la comparsa la recidività e la perennizzazione delle lesioni osteopatiche.

Il primo di questi fattori è innegabilmente l'ETÀ:

Nelle consultazioni le persone di 60 anni sono più numerose dei bambini di 10 anni.

Anche i bambini si bloccano, spesso , ma nella grande maggioranza dei casi si sbloccano spontaneamente e rapidamente

Riscontriamo tuttavia autentiche lombalgie, autentici torcicolli, autentiche sciatiche nei bambini. I classici dolori dovuti alla crescita sono di fatto soltanto delle lesioni osteopatiche. Scompaiono di solito molto facilmente con il trattamento osteopatico.

Gli altri fattori che le favoriscono sono multipli:

Ne esistono una cinquantina.

Sono rappresentati da tutto ciò che crea un polo di squilibrio, un'asimmetria nel veliero dalle numerose e ultrasensibili sartie, che rappresenta il corpo umano.

Citiamo:

- una scoliosi.
- una gamba corta
- un livello differente di impianto dei cotili.
- un deficit di orizzontalità dei piatti vertebrali.
- un emisacralizzazione.
- un ginocchio varo, un ginocchio valgo asimmetrico.
- un piede cavo o un piede piatto
- una alterazione dell'articolazione temporo-mandibolare,, un apparecchio di protesi dentale
- una turba oculare (diplopsia, turba dell'accomodazione).
- disordini auditivi (ipoacusia unilaterale)
- un'ipertrofia muscolare localizzata congenita o acquisita.
- sequele di un intervento chirurgico (ablazione di un organo, materiale di osteosintesi, disallineamento osseo, cicatrice osteoarticolare, muscolo-tendinea od anche cutanea).

- Semplicemente il fatto di essere destro o mancino.
- Dei fattori esterni: sollecitazioni anomale sportive o professionali.
- Fattori generali come l'obesità, la magrezza, l'ipolassità, l'iperlassità, un'ipotrofia muscolare, un'ipertrofia muscolare, uno stress, il clima...

Il problema è complesso per vari motivi:

1) Esistono sicuramente molti fattori che favoriscono lo spasmo.

Certamente, a volte succede (di rado) che ne esista soltanto uno. L'ablazione di un dente del giudizio porterà ad esempio alla scomparsa di una periartrite alla spalla. Ma spesso ci si trova davanti ad almeno 4,5 o addirittura 6 fattori che coesistono in un soggetto e che favoriscono lo spasmo.

Come individuarli?

6 fattori su 50 possibili. Ricorda quasi il gioco del lotto.

2) I fattori che favoriscono lo spasmo non si individuano automaticamente. Come identificare le loro caratteristiche?

- Non è detto che se un paziente presenta una scoliosi, che questa costituisca un fattore favorente una lesione osteopatica. Gran parte dei pazienti scoliotici non presentano lesioni osteopatiche.
- L'ablazione di un dente del giudizio non porta sistematicamente alla scomparsa delle periartriti.
- Si può vivere senza soffrire alcun dolore con una gamba più corta o con un ginocchio varo.

Ognuno di questi fattori può manifestarsi o meno!

Quante volte ho visto ed inteso gli schemi seguenti:

- Perdete peso non avrete più male alle ginocchia. Il paziente perde 20 kg ma i suoi dolori rimangono. Del resto c'è gente magra che soffre di dolori alle ginocchia.
- Fate muscoli e tutto andrà bene. Ho curato per 15 giorni il campione di nuoto delle Fiandre;.....un vero Rambo. Soffriva di sciatica.
- Gli sportivi molto muscolosi abbondano nel mio studio medico.
- Praticate yoga, così è l'assicurazione contro tutti i rischi. Ma curo regolarmente maestri di yoga.

Come accertarsi del fatto che un fattore esistente si esprima e abbia un effetto di causalità??

Non sono ancora riuscito a trovare la soluzione .

Al giorno d'oggi non sappiamo come correggere questi fattori

Anche se un giorno dovessimo riuscire a catalogare questi fattori, *favorenti*.
per il 90% dei casi oggi non esiste purtroppo alcuna vera soluzione che permetta di farli scomparire e di restituire una totale integrità all'organismo.

Come fare scomparire una cicatrice? Come correggere una scoliosi, una gamba più corta, un'ipertrofia muscolare? ...

Tutti i possibili interventi di questo livello mi sembrano perlomeno fantasiosi.

Non ho mai incontrato metodi né cure degne di questo nome.

Alcune producono risultati qua e là, ma questi risultati non si ripetono mai.

Molto spesso creano delle situazioni inverse, disastrose, specie quando si tratta di correzioni intempestive di tipo chirurgico (rivedete questi pazienti uno o due anni più tardi!).

Tutte le costruzioni intellettuali messe sul mercato al giorno d'oggi (suole propriocettive o non metodi d'ortodonzia, test di posturologia, magneti, cuscini anatomici...) mi sembrano semplicemente inaffidabili.

Certamente, la ricerca deve esistere. Ma prima di presentarla ai pazienti, volevo dire prima di commercializzarla, occorrerebbe innanzitutto fornire la prova della loro efficacia. Ho incontrato molti ricercatori, ma non ancora dei "trovatori".

I nostri contemporanei, d'altronde in maniera del tutto umana, x ricercano "l'assicurazione senza rischi". Alle loro domande: "Come posso fare per non bloccarmi mai più?" Rispondo volentieri, come battuta: "ritornate tra 500 anni! ,,.

3) Ciò che è vero per un soggetto non è obbligatoriamente vero anche per un altro.

Il nostro modo di pensare troppo materialistico vorrebbe assimilarci a del materiale. Ma nulla è più falso dal punto di vista funzionale. Alcune persone sono migliorate con la siesta, altre sono peggiorate. Un letto duro farà del bene ad un paziente ma non inevitabilmente al suo vicino... come stabilire delle norme generali in queste condizioni?

I soli consigli che raccomando, sono la misura ed il buon senso.

Ho constatato (ed è purtroppo la sola constatazione preventiva che ho potuto fare dopo 25 anni di lavoro), che un'attività fisica eccessiva può pregiudicare la nostra salute. Gli sportivi (ed in particolare gli sportivi anziani) ed i lavoratori manuali, costituiscono incontestabilmente la grande maggioranza dei miei pazienti. Raccomando dunque principi di moderazione fisica. Lo sport, come il vino è eccellente per la salute e per il benessere ma non bisogna abusarne.

La comodità è certamente un elemento di profilassi. Semplicemente un letto spazioso, duro o molle che sia! Ciascuno dorme come vuole, come si sente bene. È la migliore profilassi. Non ci sono norme da imporre.

Mi accontento di sbloccare il mio paziente. Gli faccio scomparire i suoi dolori. Non è poi così male.

La ripetizione? Forse? In occasione di un movimento sbagliato. Tra 1 mese, tra 1 anno, tra 10 anni o mai?

Lo sblocco in sé ha comunque un'azione preventiva, poiché armonizza le strutture.

Non vado a monte. Semplicemente perché non so farlo. Quando si fa qualcosa, occorre essere efficace, non nuocere e sapere ciò che si fa. Di certo occorre essere cartesiano, cartesiano fino alla fine.

RIASSUNTO

La lesione osteopatica (L. 0.) si produce in seguito ad un movimento sbagliato. Quest'ultimo si verifica di solito durante un periodo di stanchezza.

Solitamente la L.O. scompare spontaneamente entro una decina di giorni. Il corpo possiede infatti le potenzialità che gli permettono di farla scomparire.

E' importante constatare che il cambiamento di clima e d'ambiente aumentano queste possibilità di reazione.

Tuttavia, ogni tanto, la L.O. persiste e fino a divenire perenne. Può restare circoscritta, estendersi ad altre regioni del corpo, a volte fino all'emicorpo completo e a volte in tutto il corpo (fibromialgia, termine oggi alla moda).

La comparsa di una L. 0., la sua recidiva, la sua durezza, sono favorite dall'invecchiamento e dai fattori multipli generatori d'asimmetria sui quali risulta utopico intervenire oggi.

La L.O. è un fenomeno DINAMICO, poiché è uno SPASMO PERSISTENTE.

La rimozione della L.O. porta alla guarigione del paziente.

COME ELIMINARE LO SPASMO?

**E' TALMENTE STRAORDINARIO
POTER**

**GUARIRE QUALCUNO
ESCLUSIVAMENTE**

**TRAMITE L'AZIONE DELLE MANI E
SENZA**

ALCUN ARTIFICIO.

L'OSTEOPATA O GLI OSTEOPATI?

Esistono una ventina di tecniche e metodi osteopatici.

- (Apparentemente) molto diverse le une dalle altre.
- Alcune sono pericolose, altre inoffensive.
- Alcune sono molto efficaci, altre hanno un rendimento mediocre.
- Alcune richiedono dieci minuti, altre un'ora per la loro realizzazione.
- Alcune sono dolorose, altre indolori.
- Alcune sono brutali, altre sono molto leggere, alcune sembrano addirittura “solforose,,: si tocca appena il paziente.
- Alcune hanno effetto immediato, altre effetto ritardato.

Un estremo polimorfismo é proprio di questa disciplina.

Praticata da medici, dentisti, veterinari, chiropratici, chinesiterapisti, ostetriche, aggiustaossa...

A questo aggiungete che il Servizio Sanitario pubblico rimborsa il paziente quando la seduta viene effettuata da un medico (ottobre 1998) e che paradossalmente è stata riconosciuta dall'accademia di medicina, e comincia ad essere studiata presso la facoltà di medicina.

Tuttavia, nonostante tutte queste diseguaglianze, tutti i suoi operatori si chiamano osteopati.

Come se si trattasse di una stessa “scienza,, monolitica a immagine e somiglianza della dermatologia, della pneumologia, della cardiologia!

Come orientarsi? si può essere facilmente disorientati. Capisco la confusione dell'opinione pubblica, dei giornalisti e del mondo medico.

Un denominatore comune collega tuttavia tutti questi operatori: lavorare con le mani.

Uno scopo comune li riunisce: far scomparire lo SPASMO.

Un recente decreto ministeriale permette che questa disciplina sia praticata da non medici:

- senza precisare tuttavia chi potrà praticarla, cinesiterapisti? dentisti?ostetriche? chiropratici? infermieri?

- senza precisare le modalità di insegnamento: chi potrà insegnare l'osteopatia? A chi? Che cosa si insegnerà?

- Qui si pone il problema dell'armonizzazione europea.

I medici che hanno a lungo trascurato questa disciplina iniziano ad appropriarsene. Ma al giorno d'oggi, nelle facoltà di medicina, sono insegnate soltanto le manipolazioni osteoarticolari (con un approccio particolare), la tecnica di Mitchell (miotensiva), ed in modo sporadico, la tecnica di Jones. Ma ciò rappresenta soltanto una parte trascurabile dell'osteopatia.

Cosa succede agli altri aspetti di questa disciplina? Penso al metodo di Sutherland, Reiki, Randolph Stone, Lyson... a volte vicini alla radioestesia, a volte in contraddizione totale con lo schema di pensiero analitico che prevale oggi nella medicina occidentale.

Chi farà una diagnosi che permette di eliminare un herpes, una flebite, una osteonecrosi della testa femorale, un osteolisi d'origine tumorale...?

Certamente, la maggior parte delle pratiche osteopatiche è inoffensiva e non rischia di peggiorare lo stato del paziente, ma un ritardo nella diagnosi può tuttavia essergli nocivo: una flebite può sviluppare un'embolia e portare al decesso del paziente se non è trattata tempestivamente!

È un cantiere immenso e particolarmente complesso che il legislatore ha davanti.

Esamineremo una ventina di tecniche e metodi osteopatici. Li presenteremo, analizzeremo, criticheremo. Vedremo che non hanno la stessa efficacia, le stesse indicazioni, gli stessi inconvenienti.

Alla fine di questo saggio, (metodo Niromathe), faremo la sintesi di queste varie tecniche. Vedremo che tutte in realtà effettuano lo stesso lavoro: agire su dei captori sottocutanei, punti riflessi, "punti di incollamento", elementi che modulano il sistema tensionale; tutto ciò tramite approcci molto diversi.

REPERTORIO DELLE VARIE TECNICHE E METODI OSTEOPATICI

La classificazione che vi proponiamo è completamente artificiale, ma allo stesso tempo è pratica perché simbolica.

La verità è semplice, spesso pittoresca.

Analizzeremo successivamente le varie tecniche e metodi:

- ossee**
- muscolari**
- legamentose**
- fasciali**
- cutanee**
- tendinee**

LE TECNICHE OSSEE

Per “il grande pubblico”, compresa la maggior parte dei medici, l’osteopatia si esprime tramite una semplice equazione:

Osteopatia=Manipolazione=Scrocchiamento=Rimessa in sesto

Sempre il frutto del nostro modo pensare di materialista.

Citiamo A.T. STILL (1828-1917) fondatore del primo collegio di chiropratica a Kirksville nel Missouri, normalmente considerato come il precursore dell'osteopatia.

In realtà, i grandi nomi e le grandi scuole, pur essendo sempre più scientifiche, resteranno sempre tributari dell'eredità che ci giunge dalla notte dei tempi. Purtroppo, l'uomo che dovrebbe avere 3.000 anni d'esperienza, ritorna bambino ad ogni generazione.

A - I PRINCIPI DELLE TECNICHE OSSEE:

Riallineare le faccette articolari disallineate, inibendo le strutture periarticolari antagoniste che hanno provocato e mantengono una porzione articolare, anche se minima, in mal posizione.

Il principio è puramente BIOMECCANICO.

Il ritorno alla normalità deve passare tramite una fase posturale inversa alla costruzione della lesione.

Una vertebra ad esempio è disallineata e bloccata in flessione, rotazione sinistra ed inclinazione destra. L'esagerazione della flessione, della rotazione sinistra e della inclinazione destra di questa vertebra peggiora la sintomatologia.

Al contrario, la messa in estensione, rotazione destra ed inclinazione sinistra di questa vertebra porta alla benessere del paziente.

Un thrust, cioè una pressione viva e di breve durata aumenta questa condizione di benessere e permette un riposizionamento corretto dell'articolazione. In realtà si invertono i parametri.

Il punto di contatto, l'impatto, il livello di azione sono ossei; è per questo che abbiamo utilizzato il termine di tecniche ossee.

A questo punto si pongono numerosi problemi:

1) Questa vertebra è posizionata male

- Rispetto al blocco superiore?
- Rispetto al blocco inferiore?
- O rispetto ai blocchi superiori ed inferiori allo stesso tempo?

Dove si situa il livello lesionale?

1) Il problema si complica se ci sono molte vertebre spostate e bloccate, soprattutto se sono spostate in maniera diversa. Si può intravedere per esempio che una C4 bloccata in estensione, rotazione destra, inclinazione destra, ed una C6 bloccata in flessione, rotazione sinistra, inclinazione destra. Come trovare allora una posizione di confort? Ora questa situazione è frequente!

I classici incidenti di circolazione (come il colpo di frusta) offrono volentieri questo tipo di panorama complesso.

Come si può fare, in queste condizioni una diagnosi biomeccanica ed una correzione biomeccanica corretta?

Numerose scuole e numerose teorie si sono succedute per tentare di risolvere questi problemi biomeccanici

▪ **Sul piano della diagnosi**

- **Sul piano della correzione.**

Citiamo:

• **La palpazione para-vertebrale:** ma contrattura para-vertebrale non significa posteriorità dell'apofisi trasversa!

• **Il pincer rouler e la sensibilità del derma per identificare la zona interessata.** Ma come capirci qualcosa quando esistono molti livelli contrapposti. Il dolore può anche essere di un'altra origine (dolore muscolare riflesso, per esempio). Infine è un test puramente soggettivo poiché si basa sulla sola interpretazione del paziente.

• **La pressione delle spinose e la pressione contrastata delle spinose:** sempre soggettiva.

• **Lo schema a stella** che farà manipolare nella direzione del non dolore. Come capirci qualcosa quando si giustappongono molte lesioni inverse?

- **I punti di riferimento morfologici:** una spinosa è disallineata in posteriorità, anteriorità, superiorità, inferiorità, rotazione, torsione e basculamento... questi servono quali reperi diagnostici. Ma una spinosa può essere naturalmente ipertrofica, ipotrofica o spostata, senza che questa sia la prova di una lesione osteopatica. Inoltre una Cresta iliaca alta ed una SIPS (Spina iliaco postero-superiore) alta non significano che l'ilio sia bloccato in anteriorità. Esiste la possibilità che la SIPS sia naturalmente più alta (scoliosi) e che sia spostata in posteriorità, pur restando comunque più alta della SIPS controlaterale!

Infine, ho un naso lungo, altri hanno orecchie grandi e questo paziente ha uno ilio anteriore senza che ciò sia patologico!

- **Il segno dell'attrazione delle SIPS** indicherebbe il livello della lesione. Ma occorre che il paziente che soffre di lombalgia possa piegarsi!

- **Il segno di Piedalu** è molto discusso.

- **Il manovra di Downing** dovrebbe permettere di determinare la situazione dell'ilio in anteriorità o in posteriorità. Il suo risultato dipende da quanto il manipolatore è motivato. Io posso metterlo in anteriorità o in posteriorità secondo il mio grado d'applicazione. Non si può definire il carattere patologico dell'anomalia.

- **Citiamo ancora la legge di FRYETTE:** utilizzata da numerosi terapeuti vertebrali; serve da test diagnostico:

La legge dice questo:

- Quando la colonna è in situazione di flessione: l'inclinazione laterale (sinistra) del rachide si accompagna ad una rotazione opposta (destra) dei corpi vertebrali (= lesione F.S.R.).

- Quando la colonna è in estensione: l'inclinazione laterale (sinistra) si accompagna ad una rotazione omologa (sinistra) dei corpi vertebrali (= lesione E.R.S.).

In altre parole, quando una vertebra è bloccata in flessione, la sua apofisi trasversa sporge nella convessità. Quando una vertebra è bloccata in estensione la sua apofisi trasversa sporge nella concavità.

Il professionista utilizza questi dati per applicare la messa in posizione ed il gesto correttivo.

Ma per il 50% dei manipolatori che utilizzano questa legge: Flessione lombare = flessione dorsale = flessione cervicale = messa in cifosi della colonna.

E per il 50% degli altri operatori, flessione = avvicinamento delle curvature ed estensione = allontanamento delle curvature.

In questa concezione:

Flessione dorsale = messa in cifosi della colonna dorsale

Flessione lombare = messa in lordosi della colonna lombare
Flessione cervicale = messa in lordosi della colonna cervicale.

Conclusione:

I due gruppi utilizzano la stessa teoria che si basa su definizioni e dati diametralmente opposti (al livello delle colonne lombari e cervicali)!

Ad ogni modo, tutti e due arrivano allo stesso risultato!!!

Questa teoria è del resto falsa poiché esistono delle vere L.O. (ad esempio dorsali) in flessione con rotazione ed inclinazione omologa ed in estensione con rotazione ed inclinazione inverse.

Tutto ciò per dire (e lo vedremo con la tecnica Davenport e con il metodo Niromathe) che non esiste una soluzione biomeccanica... poiché il problema non è biomeccanico.

B) LE DIVERSE TECNICHE OSSEE

Le tecniche ossee (manipolazioni osteoarticolari) si occupano principalmente delle artrodie.

Riguardano soprattutto le vertebre, da qui viene il termine di terapie vertebrali, spesso usato.

Inoltre, le articolazioni periferiche di questo tipo: carpo, tarso, acromioclavicolari, radio cubitali, tibio-perionali possono beneficiarne.

Esistono due grandi gruppi di manipolatori:

I chiropratici e gli osteopati.

- I CHIROPRACTICI:

- Provenienti dalle scuole americane (Kansas City, Kirksville, Dallas, Davenport...).

- Necessità di un lettino articolato, molto sofisticato. Il paziente si pone in piedi, di fronte al lettino. Poggia il suo corpo contro il lettino che si inclina e si pone orizzontalmente (in passato meccanicamente, oggi elettricamente). Il paziente si ritrova in decubito ventrale e non si muove più.

Tutto succede in questa posizione.

- La diagnosi si basa principalmente su criteri morfologici:

posizionamento delle spinose, spine iliache, creste iliache, tuberosità ischiatiche, trasverse, mastoidi...

La messa in posizione di confort, in particolare la flessione-estensione delle zone significative si effettua grazie a dei cuscinetti mobili (all'epoca c'erano delle piccole

manovelle su ogni parte del lettino). La spinosa riprende, grazie a questa obliquità, una posizione subnormale.

- Il terapeuta procede al riallineamento delle vertebre in modo diretto con un contraccollo sui reperi ossei al livello delle zone interessate.

- **GLI OSTEOPATI :**

- Usciti dalle scuole europee (molte scuole private, Maidstone, Bobigny, le facoltà di medicina...).

- Dei test dinamici identificano i livelli lesionali ed il senso del blocco.

- La messa in posizione assomiglia volentieri a un corpo a corpo, ad un esercizio di lotta greco-romana.

La manipolazione utilizza spesso dei lunghi bracci di leva che partono dal cranio, dalle spalle, dalle anche...

C) LA TECNICA DAVENPORT

- E' una tecnica chiropratica che richiede un lettino da chiropratica sul quale il paziente è posto in posizione di decubito ventrale.

- Innanzitutto si procede alla ricerca delle zone significative: zone infiltrate, contratte, dove molte spinose sono spostate.

- L'Indice e il medio sono allora posti da ambo le parti di questa zona, sui massicci para-vertebrali.

- Si spinge dunque il corpo in posizioni che accentueranno il disagio del paziente (e allo stesso tempo, la tensione para-vertebrale) o al contrario, la attenuano. Si ricerca ovviamente lo stato di tensione massima.

- Per questo:

- si effettua una rotazione a sinistra o a destra della testa che si ripercuote su tutte le vertebre (fino alla L5).

- si realizza una inclinazione destra o sinistra posizionando un braccio sopra la testa, e l'altro lungo il resto del corpo. Questo si ripercuote su tutte le vertebre.

- si realizza infine una flessione ed una estensione posizionando in maniera adeguata i cuscinetti.

Simultaneamente, le dita valutano il livello di tensione. Il livello minimo corrisponde alla posizione di confort del paziente. Si effettua allora il thrust sulla zona significativa. Poco importa la localizzazione esatta dell'impatto osseo. Il blocco cede quasi spontaneamente.

Ho utilizzato questa tecnica per molti anni. Sono arrivato alla conclusione che si procedeva di fatto ad una vibrazione propriocettiva sulla zona interessata, in situazione di messa in confort della stessa.

La mia esperienza mi ha confermato del resto questa versione: la rimozione dello spasmo è ottenuta tramite un'azione di stimolazione viva e breve dei ricettori sotto cutanei (Cfr. Metodo Niromathé®).

Il ragionamento biomeccanico è assolutamente inutile.

SOMMARIO: LE TECNICHE OSSEE

Vantaggi:

- I risultati sono immediati (quando la manovra riesce).

Inconvenienti:

- Necessità di un controllo padronanza della tecnica.
- Rischi di frattura: Le tecniche ossee sono pertanto controindicate per pazienti anziani e nelle persone fragili (osteoporosi metabolica, metastatica...). Un bilancio radiologico è indispensabile prima di qualsiasi manipolazione.
- Difficoltà d'attuazione nei bambini, donne incinte, portatori di handicap... è quasi impossibile praticarla sui lattanti.
- Dolorose quando sono realizzate seguendo cattivi criteri, o semplicemente quando si giustappongono lesioni inverse che non permettono di raggiungere una posizione di confort
- Le indicazioni sono limitate alle L.O che si sviluppano su artrodie (principalmente vertebrali).
- Le indicazioni sono limitate ai problemi semplici, coerenti, armoniosi.

Inutile sperare, con questo tipo di tecnica, di guarire una lesione complessa, una lesione infiammatoria (es: torcicollo acuto), una lesione evolutiva (ernia del disco), una sciatica stabile, un'artrosi periferica (es: gonartrosi), un periartrite della spalla, ecc.

Tutti questi fattori contribuiscono a creare un'immagine piuttosto appannata delle tecniche ossee. Hanno creato la cattiva reputazione dell'osteopatia.

Tuttavia allo stesso tempo hanno reso grandi servizi:

Penso a questa ragazza, bloccata da 2 anni a causa di un incidente stradale, incapace di camminare, si muoveva con una sedia a rotelle, la quale è stata "risuscitata" istantaneamente dopo uno sblocco della sacro-iliaca.

Penso alle migliaia di persone che soffrivano di lombagie, dorsalgie, cervicalgie, dolori costali che hanno potuto riprendere istantaneamente un corso di vita normale.

LE TECNICHE MUSCOLARI

Per chi utilizza le tecniche muscolari, la L.O si riduce ad uno SPASMO MUSCOLARE.

- Lo stiramento del muscolo in spasmo aumenta il dolore.
- L'accorciamento del muscolo in spasmo attenua il dolore e a volte lo elimina.

Lo scopo di queste tecniche è di eliminare questo spasmo muscolare.

LA TECNICA MITCHELL:

= **Miotensiva = stiramento muscolare contro resistenza.**

Principio:

Facciamo un esempio: una vertebra cervicale è bloccata in estensione rotazione destra ed inclinazione destra. Il livello lesionale si trova sotto la vertebra; questa è dunque solidale al blocco superiore e alla testa (utilizzo volontariamente un ragionamento biomeccanico per ragioni didattiche).

La messa in estensione, rotazione destra ed inclinazione destra risulta dolorosa.

La messa in flessione, rotazione sinistra ed inclinazione sinistra è libera.

Il terapeuta tratterà i 3 parametri. Per il parametro rotatorio, pone la testa una rotazione destra fino a raggiungere della barriera dolorosa. Chiede al paziente di restare in apnea inspiratoria e di effettuare volontariamente una contro rotazione sinistra. Il terapeuta oppone resistenza a questo movimento. A fine ispirazione e durante l'espiazione riporta passivamente la testa in rotazione destra fino alla nuova barriera dolorosa. Si guadagna così in ampiezza.

Questo movimento è ripetuto 3 o 4 volte.

I parametri Flessione-Estensione ed Inclinazione sono trattati allo stesso modo. A volte il terapeuta individua il muscolo chiaramente in causa. Mette in tensione passivamente questo muscolo e chiede al paziente di contrarlo secondo gli stessi principi.

Lavora dunque caso per caso, correggendo i muscoli e le restrizioni di ampiezza identificate. Per alcuni muscoli la posizione seduta è necessaria, per altri il decubito è indispensabile.

Vantaggi:

- In teoria, tutte le L.O. possono essere così trattate.
- E' una manovra inoffensiva che non presenta controindicazioni.
- E' una manovra indolore.
- Il miglioramento della sintomatologia è immediato, ma la vera e propria guarigione (quando la manovra é ben riuscita) avverrà soltanto alcuni giorni più tardi.

Inconvenienti:

- Il tasso di guarigione totale è relativamente basso. Infatti, questa tecnica non tiene affatto conto delle fasce e dei legamenti che sono tuttavia largamente implicati.
 - La guarigione (quando avviene) non è immediata e il terapeuta è dubbioso della sua efficacia.
- È una tecnica stancante per l'operatore.
- È una tecnica lunga. Immaginate che il paziente presenti molte lesioni osteopatiche (cervicali + spalla sinistra + arto inferiore destro): saranno necessari decine di interventi.
- È una tecnica non adeguata ai casi complessi. Immaginate che il paziente presenti 2 L.O. giustapposte, e di nature opposte! Difficile, in queste condizioni, raggiungere una posizione indolore per il paziente e di posizionarsi correttamente.
- È una tecnica soggettiva che fa intervenire il paziente. Questo risulta essere un grande inconveniente. A volte abbiamo a che fare con un grande sportivo o con una danzatrice del Lido, entrambi brillanti fisicamente ed intellettualmente. La loro partecipazione alla manovra avverrà senza problema.
- Ma generalmente si tratta di persone minorate fisicamente o intellettualmente. Provate a realizzare una tecnica miotensiva su un sordastro! E non sono arrivato fino a proporvi una persona senza gambe... almeno quest'ultima non scalcia!
- È una tecnica stancante talora aggressiva per il paziente. Queste posizioni e questi sforzi intempestivi peggiorano spesso e volentieri i disordini adiacenti.
- In definitiva, è una tecnica dal rendimento mediocre. Può avere un'utilità nel quadro di una riabilitazione muscolare ad esempio post-traumatica.
- Per essere efficace necessità di una L.O. ideale su un soggetto ideale.

LA TECNICA DI JONES :

- Ideata da L. H JONES (Oregon), all'inizio del secolo scorso.
- È "l'inverso" della tecnica MITCHELL.
- L'operatore provoca l'accorciamento del muscolo in spasmo procedendo in direzione del non dolore. Mantiene questa posizione per 90 secondi. La messa in posizione è lenta e passiva
- Il ritorno alla posizione neutra è lento e passivo.
- Il paziente non prova alcun beneficio immediato. La guarigione avverrà soltanto 48 ore più tardi.

L'identificazione della posizione si basa su due concetti:

1. Il senso del dolore: fondamentale.
2. L'individuazione dei trigger points, dei punti di detesa, dei punti grilletto

I trigger points sono zone ricettive di piccola dimensione (qualche millimetro quadrato) situate nello spessore del muscolo, nelle fasce, nei legamenti e nel tessuto connettivo sotto cutaneo.

Sono attivi, vale a dire dolorosi alla pressione quando il muscolo è in spasmo

Di conseguenza, ad un trigger point (attivo) corrispondono un muscolo e una posizione (di raccorciamento).

In un primo momento, l'operatore fa l'inventario dei trigger point (e dei muscoli) implicati nella lesione osteopatica. È una tecnica d'identificazione soggettiva poiché è il paziente che segnala l'esistenza o no di una sensibilità del trigger point.

In un secondo tempo, caso per caso, corregge ogni muscolo incriminato.

Vantaggi:

- Tutte le L.O. possono essere trattate in questa maniera (lombalgie, gonartrosi epicondiliti...).
- Manovra inoffensiva che non presenta controindicazioni.
- Manovra indolore.
- Manovra confortevole per il paziente.
- La percentuale di guarigione è superiore a quella della tecnica Mitchell. In effetti questa tecnica indirettamente coinvolge le fasce ed i legamenti. È nell'ordine del 40-50% ma spesso sono necessarie molte sedute.

Inconvenienti:

- La guarigione avverrà soltanto 48 ore più tardi. L'operatore rimane in dubbio sulla sua efficacia. All'inizio, la sensibilità del trigger point scompare se la manovra è ben riuscita (??).
- È una tecnica meno pesante per l'operatore ma tuttavia stancante
- È una tecnica lunga. Immaginate che il paziente presenti molti livelli lesionali. Esistono 200 coppie di muscoli in un organismo; uno qualunque può essere implicato.
- È una tecnica male adeguata ai casi complessi, quando si giustappongono molte L.O. opposte. Difficile in questi casi trovare una posizione non dolorosa.
- È una tecnica soggettiva che fa intervenire il paziente per la diagnosi.
- In definitiva, è una tecnica di medio rendimento, che può bastare per un esercizio corretto. È una tecnica intermedia che tuttavia ha permesso di effettuare ampi passi in avanti nel settore delle conoscenze osteopatiche.

IL METODO WIESELFISH – GIAMMATTEO

La tecnica Jones, come il suo nome lo indica, è una tecnica: ad un trigger point corrisponde una determinate posizione.

Tuttavia, quando si pratica questa tecnica con un po' di esperienza, ci si accorge che si riscontrano spesso gli stessi quadri posturali.

Nei casi iperacuti, il senso del non dolore, e quindi del posizionamento, è ovvio.

Così, ad esempio, molte nevralgie cervico-brachiali destre rispondono allo schema posturale seguente:

- Flessione (anteriore) e rotazione sinistra della testa.
- Elevazione (= flessione) + rotazione esterna + abduzione del braccio destro.
- Flessione del gomito + rotazione esterna + abduzione dell'avambraccio destro.
- Flessione del polso + rotazione esterna + abduzione della mano destra.

È del resto questa la posizione che adotta il paziente per alleggerire il dolore. Dorme con un grande cuscino sotto la testa, che è girata verso la sinistra. E posiziona il suo arto superiore destro verso l'alto.

È a partire da osservazioni di questo tipo che la coppia di osteopati Wieselfish-Giammatteo ha potuto mettere a punto il suo metodo.

Principi:

Flessione =	Flessione delle articolazioni periferiche. Ileo, scapola e osso temporale in anteriorità.
Estensione =	Estensione delle articolazioni periferiche. Ileo, Scapola e osso temporale in posteriorità.
Apertura =	Articolazioni periferiche in rotazione esterna ed abduzione. Pube, clavicola e mandibola in deviazione omolaterale.
Chiusura =	Articolazioni periferiche in rotazione interna ed adduzione. Pube, clavicola e mandibola in deviazione controlaterale.

Riassumendo, il paziente potrà presentare le combinazioni seguenti:

- Flessione + apertura destra o sinistra
- Flessione + chiusura destra o sinistra
- Estensione + apertura destra o sinistra
- Estensione + chiusura destra o sinistra.

→ Il problema si complica un po'quando si sa che le 3 zone lombopelviche, cervico-toracico e craniche possono bloccarsi in modo diverso.

Esempio:

- Flessione apertura sinistra per il cranio
- Estensione chiusura sinistra per la cervico toracica.
- Estensione apertura sinistra per la toracico-pelvica.

Tutte le combinazioni sono possibili.

→ Il problema si complica molto quando si sa che non esiste (o almeno, personalmente ne non conosco) un metodo di diagnosi affidabile che permette di identificare la combinazione.

Il senso del non dolore rappresenta il mezzo più elaborato. Nei casi acuti è molto affidabile. Ma nei casi cronici lo è molto meno.

Infine il 20-30% delle lesioni non si integrano in questo schema; in particolare le L.O. post traumatiche (tipo "colpo di frusta,,) dove in uno stesso segmento coesistono volentieri molte lesioni inverse.

Tuttavia questo metodo è molto vantaggioso: permette di guadagnare del tempo prezioso. I 3 livelli possono essere trattati con un massimo di 8 posizioni.

L' esempio della nevralgia cervico-brachiale corrisponde alla seguente tabella:

- Flessione apertura sinistra per la zona cranica.
- Flessione apertura destra per la zona cervico-toracica.

La situazione della zona lombo-pelvica è ancora da precisare.

Sarà opportuno effettuare il posizionamento esagerando questa situazione.

Riassumendo, è un metodo relativamente efficiente. L' ho praticato per molti anni. Mi ha procurato molte soddisfazioni. Ma ho trovato di meglio con la tecnica Moneyron e con il Metodo Niromathe, più efficienti, molto più rapidi, molto meno stancanti e soprattutto d'effetto immediato.

TECNICA LEGAMENTOSA: W.G. SUTHERLAND (1872-1954)

Durante la prima parte della sua vita professionale, SUTHERLAND agisce un po' al modo di JONES. Posiziona l'articolazione lesa nel senso più facile, quello del non dolore, nella più grande elasticità. Ma lo fa in modo molto dolce, molto superficiale, senza cercare di riaccurciare completamente. Lascia l'articolazione un po' libera durante questa posizione. Ne modifica l'ampiezza quando egli percepisce la comparsa di tensioni; la modifica molto leggermente, di alcune decine di gradi. Modula la sua azione cercando posizioni le più naturali possibile. Non deve mai percepire la resistenza dei tessuti. Una decina di minuti più tardi, l'articolazione "crolla", diventa molle. Qualsiasi tensione è scomparsa. Il paziente può alzarsi; è guarito.

Può essere qualsiasi articolazione: il cranio (cefalee), una ginocchio, un polso...

Le vertebre ad esempio:

- Posiziona le sue dita al livello di piccole depressioni para-vertebrali, che corrispondono ai processi trasversi in anteriorità. Una leggera pressione su queste zone aumenta l'effetto rotatorio. Applica anche una pressione nel senso cranio-caudale per portare le vertebre all'unione di una sull'altra (nella direzione più naturale, cioè inclinandole).
- Infine, si aiuta con un'apnea inspiratoria o espiratoria, per aumentare la flessione (espirazione) o l'estensione (inspirazione).

Comincia a questo punto a lavorare sulle strutture **legamentose** accorciandole. Stabilisce così una teoria **legamentosa**. L'accorciamento legamentoso prolungato nel tempo permette la scomparsa dello spasmo. Questa è immediata. Non avendo praticato questa tecnica, non posso esprimere giudizi. È stata del resto abbandonata, e non conosco alcun osteopata, che si riferisce oggi a questa tecnica.

Mi è sembrato interessante di accennarla, per mostrare lo sviluppo del pensiero di Sutherland verso l'osteopatia fasciale.

Sutherland si è infatti reso conto più tardi, che ciò che generava non era tanto un accorciamento legamentoso bensì una tensione fasciale tramite il tessuto cutaneo.

LE TECNICHE FASCIALI

A. LA TECNICA SUTHERLAND

**= Tecnica d'ascolto = tecnica cranio-sacrale
= M. R.P. (movimento Respiratorio Primario)**

L'inventore: W.G. SUTHERLAND.

Numerosi autori lo hanno seguito (H. Magoun, V. Fryman, I. Upledger B. Arbuckle, T. Zink, B. Gabarel, L. Busquet...).

Oggi, più della metà degli osteopati utilizza la tecnica Sutherland.

Dopo molti anni di pratica, Sutherland si rende conto che il meccanismo di correzione non si riassume solamente ad un accorciamento dei fasci legamentosi. Questo meccanismo coinvolge in realtà anche il tessuto connettivo sotto cutaneo e i tessuti più profondi: le guaine muscolari, e dei visceri (le fasce), i muscoli e le stesse ossa.

La L.O. deriva da una tensione eccessiva di questi tessuti, più o meno localizzata con, in corollario, un'alterazione della circolazione linfatica superficiale.

W. Sutherland scopre il M. R.P.: Movimento respiratorio primario, movimento di mobilità dei tessuti, che si manifesta attraverso onde successive, al ritmo di 12-16 cicli al minuto. Questo movimento è recepito sotto forma di parestesie ritmate, che non hanno nulla a vedere con il ritmo cardiaco e respiratorio del paziente e dell'operatore (?). Può essere assimilato ai movimenti di L.C.R., della linfa e dei liquidi extra-cellulari. Possiamo addirittura percepirlo su noi stessi. Basta piazzarsi in decubito dorsale, con calma e mettendosi comodi, porre le due proprie mani superficialmente sul torace al livello dei pettorali, ed aspettare. Dopo 5-10 minuti, appaiono onde parestesiche, che sollevano le dita con frequenza di 15 cicli al minuto, onde normalmente armoniose e simmetriche.

Una disarmonia uni o bilaterale prova l'esistenza di lesioni osteopatiche. La loro riarmonizzazione porta la scomparsa delle lesioni osteopatiche. Il risultato è istantaneo.

Diversi approcci terapeutici sono possibili:

1) Approccio locale:

- Alcuni osteopati lavorano localmente l'articolazione lesa. Al livello del ginocchio ad esempio: quest'ultimo è posizionato gradualmente, in modo sempre molto delicato, grazie a movimenti molto superficiali, in una posizione che dà il massimo d'ampiezza e d'armonia al M. R.P. Una volta stabilita la posizione di ricerca del M. R.P., lo stesso posizionamento è mantenuto fino a quando necessario: 10,20,30 minuti fino al recupero del M. R.P. armonioso.

2) Approccio generale:

- Alcuni osteopati lavorano globalmente tutto il corpo: il cranio, la giunzione cervico-dorsale, il diaframma toracico, il bacino, i piedi, le mani. Il principio è lo stesso.

3) Approccio regionale:

- Alcuni osteopati lavorano soltanto il cranio.
- Altri lavorano soltanto sul cranio e sul sacro (i primi autori in particolare, di qui l'espressione cranio-sacrale). Considerano questi due poli come fondamentali nella sinergia del M. R.P.

4) Approccio “troncato”:

- Alcuni trascurano completamente quest'aspetti morfologici; scelgono una zona qualunque del corpo. Regolano il problema, qualsiasi esso sia, a partire da quest'unico punto d'osservazione.

Osserviamo lavorare Georges Fournier, Veterinario osteopata:

Il cavallo di Pauline zoppica da 6 mesi. Non può più essere montato. Appena gli chiedono di accelerare il passo, comincia a zoppiare e deve fermarsi. Diversi trattamenti (?) sono stati provati, senza successi.

Georges mette le sue due mani sul collo del cavallo. Con pazienza, attende il M. R.P. Questo si manifesta 10 minuti più tardi. E' relativamente disarmonico dal lato sinistro. Georges interroga mentalmente le articolazioni (ritengo che quest'aspetto prenda qualcosa dalla radiostesia). Georges interroga gli arti; il M.R.P. conserva praticamente la stessa struttura moderatamente disarmonica a sinistra. La disarmonia diventa chiaramente più netta quando interroga la sacro-iliaca sinistra e la regione lombare. E conclude di conseguenza che i problemi (L.O.) si situano a questi livelli.

Resta mentalmente posizionato su questi due livelli e parallelamente modula la peristalsi dell'onda del M.R.P. al livello del collo. Corregge così, molto gradualmente l'onda sinistra perché riprenda, nei tre piani dello spazio, una forma identica a quella destra. Questo lavoro è lungo, richiede oltre 30 minuti. Richiede una concentrazione estrema ed una grande pazienza. Quando ritiene che l'onda abbia trovato il suo volume e che la simmetria è perfetta, Georges ritira delicatamente le sue mani. Chiede a Pauline di fare andare il suo cavallo, quindi di farlo trotterellare ed infine di montarlo. Immediatamente il cavallo riprende un passo normale. Non zoppica più. E' guarito. Anche dopo otto mesi il cavallo è in piena forma.

Capisco che per un neofita ciò sembra magia. Tuttavia questi risultati sono riproducibili. Certamente non sono sistematici; il tasso di successo è del 50-60%. Molto di più tuttavia del semplice effetto placebo.

TECNICHE FASCIALI

Vantaggi:

- Tecniche che si rivolgono a tutte le L.O.
- Non dolorose, inoffensive, senza controindicazioni.
- Comodi per il paziente che può essere in posizione seduta o distesa.
- Risultati immediati una volta su due.

Inconvenienti:

- Tecniche lunghe (almeno 30 minuti)
- Tecniche che richiedono molta pazienza, concentrazione, minuziosità, dunque una grande disponibilità mentale (cosa di cui non dispongo).

B - LE TECNICHE DI POLARITÀ Tecnica Randolph STONE, REIKI.

Gli operatori seguaci di queste tecniche fanno quasi la stessa cosa della tecnica Sutherland. Approcciano il paziente nello stesso modo, ma poggiano semplicemente le loro mani per più tempo (spesso anche per 1 ora).

Questi considerano:

- 1) Che le loro mani siano dotate di proprietà elettriche: una mano positiva, una mano negativa;
- 2) Che il paziente è esso stesso sede di correnti elettro-magnetiche:
Una corrente circolare intorno al tronco, al cranio e a ciascuno arto.
Una corrente longitudinale cranio-caudale.

3) Che le L. O. (ed anche tutte le patologie ???) derivano da una cattiva circolazione di questa corrente elettromagnetica.

4) Che l'imposizione le mani restaurerà la circolazione elettromagnetica e rimedierà ai problemi.

Pensano addirittura di possedere poteri magnetici o poteri divini !

Ho io stesso sperimentato questa tecnica e ho guarito in modo, occorre dirlo, abbastanza inatteso e spettacolare coxartrosi severe, periartriti acute e subacute. Devo dire che i risultati positivi non erano ripetitivi, ma devo anche dire che di rado avevo la pazienza di attendere un'ora. Tuttavia, queste guarigioni erano innegabili.

Penso che “i piccoli apparecchi” responsabili della tensione-attività dei tessuti, situati tra il derma e le fasce, sregolati dalla L.O., possano anche essere riprogrammati in questo modo (effetto elettrico ?).

Esporremo nei dettagli questa spiegazione e la mia concezione del modello d'azione attraverso il metodo Niromathe.

LE TECNICHE CUTANEE

Saranno anche studiati, in questo contesto, i punti periosteali e i trigger points, benché siano rispettivamente ossei e muscolari.

- **LA TECNICA DI DICKE = massaggio Bindegewebs (E. DICKE 1884-1952).**

È un metodo di massaggio del tessuto connettivo sotto cutaneo, avente per oggetto un'azione riflessa segmentaria.

L'operatore procede nella maniera seguente: sposta la pelle sulla sua base ossea o muscolare effettuando un “tratto” relativamente lento e profondo.

Provoca così una stimolazione attraverso la trazione della pelle. Questa manovra si effettua con una o due dita che tirano la cute. Le dita sono più o meno inclinate rispetto alla superficie del corpo. Questi “tratti” coprono la totalità della superficie del corpo secondo direzioni prestabilite. Questi schemi sono stati chiamati costruzioni.

L'operatore effettua questa manovra due o tre volte, realizzano decine, o centinaia di “tratti”. Alcuni sono molto brevi: “tratti” che uncinano da ambo i lati la colonna vertebrale; altri sono molto lunghi: “tratti” equilibranti.

Numerose varianti sono possibili:

1) Piccola costruzione sul bacino ed i lombi.

2) Grande costruzione.

3) “Tratti” preceduti da massaggi muscolari, dal pétrissage dei tendini, da allungamenti, da esercizi respiratori.

4) Lavoro localizzato su zone particolari:

- • Zone di Head (zone dove il tessuto connettivo è modificato, infiltrato, contratto). Queste zone di Head corrispondono a zone di possibili proiezioni viscerali.
- Esiste infatti una proiezione simpatica, sistematizzata, con un contingente viscerale ed un contingente somatico (la loro origine si situa tra C7 e L2).
- Inoltre esiste una proiezione parasimpatica viscerale. Può essere che esista anche una proiezione somatica? (la loro origine si situa al livello dei nervi cranici III, VII, IX e X e le radici sacrali da S2 a S4).
- Un lavoro manuale su queste zone cutanee potrebbe avere un effetto viscerale terapeutico. Alcuni autori ne sono convinti.

- • Zone iperalgesiche.

- • Zone longitudinali di Fizerald: il corpo è diviso in dieci segmenti in senso cranio-caudale.

4) Lavoro concentrato esclusivamente sulle zone peri-articolari:

I “tratti” sono centripeti, convergono verso la linea centrale delle articolazioni

La tecnica di R. PERRONEAUD ne rappresenta una variante: il dito è fisso in vicinanza di un'articolazione. La mobilizzazione dell'articolazione porta alla realizzazione di un tratto per poi raggiungere lo stesso risultato.

Tutte queste tecniche portano risultati certi. Tuttavia, questi sono incostanti. Molte sedute sono di solito necessarie. È una tecnica leggermente dolorosa. Si rivolge alla totalità delle L.O. e non presenta controindicazioni. È abbastanza stancante per l'operatore. Sono di solito necessarie una decina di sedute. Infatti, si stimola una quantità fenomenale di punti sottocutanei sperando che Dio trovi quelli giusti.

I risultati sono mediocri, molto aleatori, a volte immediati, a volte ritardati, a volte assenti.

Alcuni operatori associano volentieri questi “tratti” ad altre tecniche di massaggio (punti di Knap, ad esempio) o a delle vibrazione tendinee (Moneyron), allo scopo di migliorare le loro prestazioni o di evitare fenomeni di rimbalzo.

- **I PUNTI DI KNAP. G. KNAP (1866-1953)**

G. Knap stabilisce un repertorio di punti cutanei e sotto cutanei, molto dolorosi, legati ad una patologia precisa. Ciascuno di questi punti è così legato ad un segmento, ad una regione, a una funzione, ad una patologia (senza preoccuparsi dell'origine di quest'ultima).

Distingue i punti principali dai punti secondari ed elabora una cartografia precisa di questi punti. Occorre dire che questa cartografia somiglia stranamente alle altre cartografie: punti periosteali, punti di Chapman, punti shu/mu e punti Ah Chi in agopuntura.

Knap alleviò le pene e guarì un numero incalcolabile di pazienti.

La tecnica consiste nel massaggiare questi punti (con l'estremità di un dito o la seconda falange), inizialmente superficialmente, quindi sempre più profondamente, senza mai rilasciarli, con un movimento rotatorio.

Sembra che i risultati siano a volte immediati e a volte ritardati.

Non ho nessuna esperienza riguardo questa tecnica.

E' sicuramente una tecnica dolorosa.

Ho per principio di non fare mai soffrire il mio paziente.

- **I PUNTI PERIOSTEI (D. VOGLER) :**

Il massaggio dei punti periosteali causa, per via riflessa, delle azioni a distanza sugli organi e sulle articolazioni.

L'operatore tocca, con l'estremità di un dito o con la seconda falange, una zona periosteale molto circoscritta. Esercita su questo punto una pressione forte e ritmata (alternanza di pressioni e rilasciamento), senza mai perdere il contatto con la zona periosteale. Un movimento rotatorio completa la manovra.

Anche qui esiste una cartografia precisa dei punti periosteali con punti d'azione locale e punti d'azione regionale.

Es: agendo sulla 7a e 8a vertebra dorsale si ottiene un sollievo dei dolori di stomaco.

È una tecnica particolarmente dolorosa, a volte intollerabile.

Anche se efficace, è pertanto senza alcun interesse nel trattamento delle patologie benigne che rappresentano la maggioranza delle L.O. (esistono infatti diversi metodi non dolorosi).

Puo' questa tecnica avere effetti benefici su patologie viscerali, come per le zone di Head? Vogler lo pretende.

- I PUNTI DI F. CHAPMAN:

F. CHAPMAN imperniò tutta la sua carriera osteopatica alla ricerca di zone d'ingorgo linfatico. Queste zone, o punti, o focolai sono messi in relazione con un organo o una patologia. CHAPMAN realizza un rilevamento topografico di questi punti. Stabilisce una teoria neuro-linfatica per mettere in pratica i suoi risultati.

E' notevole constatare che la sua mappatura somiglia molto a quella degli altri autori.

La diagnosi consiste in una ricerca di questi punti. Questi sono percepiti nella faccia anteriore del tronco, come piccole pillole sottocutanee e, nella faccia posteriore, come zone edematose che a volte creano delle vere e proprie "placche".

Il trattamento consiste nel massaggiare questi punti per mezzo del polpastrello di un dito o della seconda falange. È un massaggio rotatorio che dura 2-3 minuti.

E) I PUNTI NEURO-MUSCOLARI:

Come abbiamo visto, JONES individuava punti neuro-muscolari, trigger points, tender point e punti mio-fasciali.

La loro sensibilità corrispondeva ad uno stato d'attivazione di questi punti. Ciò significava uno spasmo del muscolo corrispondente e richiedeva la messa in posizione di raccorciamento di questo muscolo.

Altri autori, in particolare J. TRAVEL hanno anche loro individuato dei trigger point. Si tratta forse degli stessi punti?

Sembra di sì. In ogni caso, le loro caratteristiche e la loro cartografia sono sovrapponibili o molto vicine. Ma questi autori hanno questa volta utilizzato il trigger point come leva terapeutica.

1) *La tecnica di S. LIEFF:*

Consiste, come per il massaggio Bindegewebs di DICKE, nel effettuare dei tratti sul corpo. Questi tratti sono in questa tecnica molto più profondi. Coinvolgono il muscolo. La mano è utilizzata nella sua totalità per effettuare questa manovra: le quattro dita, l'eminanza tenar o l'eminanza ipotenar. Il movimento è lento, perpendicolare ai

tendini, ma parallelo al corpo muscolare. Per ragioni di comodità; il paziente è in decubito.

Come per la tecnica di DICKE, esistono schemi, costruzioni. Come per la tecnica di DICKE, si stimolano decine di punti e Dio deve trovare i suoi. Come per la tecnica di DICKE, i risultati sono mediocri e sono necessarie molte sedute. È una tecnica tuttavia utilizzata da alcuni osteopati.

Alcune alternative sono possibili. Citiamo:

- La segmentoterapia (QUILITZSCH): lo spostamento della mano si effettua seguendo una rotazione a spirale.

La vibrazione è lenta, effettuata con il pollice o tutta la mano. Il senso generale delle manovre si sviluppa dal caudale verso il craniale e dalla periferia verso la colonna vertebrale.

- Rolfing (1. ROLF: 1896-1979):
- si utilizza il polpastrello, le falangi e spesso anche il gomito. I. Rolff era soprannominato “il gomito”. Il lavoro è qui molto più profondo. Interessa principalmente la muscolatura para-vertebrale.
- E' faticoso per l'operatore
- (sedute di 60-90 minuti) e certamente penoso per il paziente(dolori).

2) *I punti di J. TRAVELL:*

- Un po' come Knap e Chapman per il tessuto connettivo sottocutaneo, J. TRAVELL individua punti neuro-muscolari o trigger point (punti “grilletto”).

Per la cronaca, segnaliamo che John F. Kennedy presentava dolori toracici cronici. J. Travell lo guarì grazie alla sua tecnica. Questo gli valse il posto di medico della Casa Bianca sotto le presidenze di John Kennedy e di Lyndon Johnson.

Un muscolo ha uno o più trigger point. Questi punti possono essere sia allo stato inattivo che allo stato attivo:

- Se è inattivo, la sua stimolazione (ad esempio la sua pressione) non scatena nulla
- Se è attivo, la sua stimolazione provoca un dolore in una determinata zona del corpo; sempre la stessa per trigger point. Questo dolore si chiama riflesso. Non ha alcuna relazione con i metameri. E neanche con le reti nervose vicine.

Esempio 1: Il dolore riflesso dei trigger point del muscolo scaleno provoca un dolore nel territorio radiale dell'arto superiore omolaterale. La compressione dell'egresso interscalenico stimola le fibre nervose inferiori del plesso cervico-brachiale e genera un dolore riflesso nel territorio cubitale dell'arto superiore omolaterale.

Le nostre conoscenze mediche tradizionali non permettono di spiegare la proiezione del dolore riflesso.

Esempio 2: Citiamo in modo aneddotico, che la compressione dei trigger points del muscolo soleo genera un dolore nella gamba ma anche un dolore dell'emifaccia omolaterale! la realtà ha superato la finzione (mi viene voglia di dire afflizione propria dei poveri medici quali siamo).

Avviene sempre che quando un paziente presenta un dolore in una zona X, secondo J.Travell si crea una lista di muscoli che provocano questo dolore. La pressione dei trigger point a livello del muscolo riscalda, se questo è implicato, lo stesso dolore o lo accentua.

Il trattamento del trigger point comporta la scomparsa del dolore riflesso.

Questo trattamento consiste ad esempio in una compressione ischemica prolungata realizzata col polpastrello del dito, con una componente di rotazione. Può trattarsi anche di una puntura d'ago o di un'applicazione locale di calore (moxa).

J.Travell poneva in tensione il muscolo e quindi praticava un'iniezione di xylocaina al livello del trigger point.

È una tecnica lunga, fastidiosa, dai risultati mediocri. E' necessaria la partecipazione del paziente poiché è lui che oggettivizza la sensibilità dolorifica. Tuttavia è utilizzata da vari osteopati, sia direttamente, sia insieme ad altre tecniche.

3) *Le zone di MACKENZIE:*

Come per le zone di HEAD che corrispondono a zone cutanee di proiezione viscerale, esistono le zone di MACKENZIE, zone muscolari iperalgiche ed infiltrate, di proiezione viscerale.

4) *I massaggi muscolari profondi e localizzati - tipo CYRIAX*

F) I PUNTI DI KINESIOLOGIA (GOODHEART):

La kinesiologia: "La salute con il contatto" è un metodo di rilassamento che tende oggi a svilupparsi.

L'autore correla un muscolo o un gruppo di muscoli a un meridiano di agopuntura.

Lo stress influenza la forza muscolare e permette di testare la vitalità dei muscoli, e di conseguenza la vitalità del meridiano d'agopuntura e di tutto ciò che gli è correlato. Il principio è ovviamente molto discutibile. Non voglio giudicare questa costruzione intellettuale (una delle tante) che tenta di spiegare (a posteriori) dei risultati terapeutici ottenuti in modo empirico. Non è lo scopo di questo saggio, ci sarebbe molto da dire in questo campo. C'è di peggio, poiché a volte si entra spesso e volentieri in costruzioni intellettuali senza essere sicuri che alla fine ci sia un risultato terapeutico. x

Godheart corregge le patologie che presenta il paziente con un'azione su zone cutanee che ha precedentemente individuato. Ad un muscolo, corrisponde una zona

cutanea situata sul corpo, chiamata punto neuro-linfatico. E' stata stabilita una cartografia precisa di questi punti.

Ancora una volta, somiglia molto a quelle che abbiamo precedentemente incontrato. Ad uno muscolo corrisponde un punto cutaneo situato sul cranio, chiamato punto neuro-vascolare. Una cartografia anche di questi punti è stata stabilita.

La stimolazione di questi punti: un semplice contatto per qualche decina di secondi, o un massaggio rotatorio provocano la scomparsa della sintomatologia.

G) LE TECNICHE ORIENTALI:

Sono certamente molto numerose.

Io non le conosco.

Esiste un parallelismo evidente tra le cartografie precedenti ed i punti Shu/mu ed i punti Ah chi in agopuntura.

Ho sicuramente dimenticato di menzionare alcune tecniche cutanee.

Lo scopo di questo saggio non è, in ogni modo, di fare una lista esaustiva di tutto ciò che esiste in questo settore. Ciò non avrebbe alcun interesse.

Ho tuttavia tenuto a descriverne alcune per mostrarvi che sotto denominazioni a volte molto discordanti, tutte hanno lo stesso denominatore comune: stimolare punti sottocutanei per portare alla scomparsa di spasmi più profondi (legamentosi, muscolari, fasciali, viscerali...) e fare scomparire la sintomatologia che a loro è collegata.

LE TECNICHE TENDINEE

A) LA TECNICA MONEYRON.

In questo campo é stato solamente il nome di J. MONEYRON (1923-1994) ad essersi imposto.

La“Sua” tecnica, la tecnica MONEYRON gli é stata insegnata da una religiosa del Massiccio Centrale: sorella G. CHABRIT la quale a sua volta aveva ricevuto questo “dono” in India.

J.MONEYRON, farmacista di Vichy, fu da lei iniziato a questi trattamenti. Ottenne rapidamente risultati eccezionali che gli valsero grande notorietà. La sua reputazione diventò internazionale. Fra i suoi pazienti figuravano in particolare i presidenti francesi V.Gisnard d’Estaing e F. Mitterand, come anche presidenti stranieri. Alcuni ricchi americani facevano il viaggio fino a Vichy solo per farsi curare da lui. Alla fine della sua carriera occorrevano 9 mesi per ottenere un appuntamento! Tormentato dal Consiglio dell'ordine dei Medici, rifiutò sistematicamente di trasmettere la sua tecnica ai medici tradizionali (gli ho scritto personalmente nel 1985). F. Mitterand gli fece ottenere tardivamente un diploma in kinesiterapia per regolarizzare la sua situazione. Decise di trasmettere la sua tecnica solamente a 6 persone: fra questi G. POINTUD il suo successore a Vichy. Ed è stato lui ad insegnarmi questa tecnica. Per me é stata una vera e propria rivelazione. Gli esprimo tutta la mia gratitudine.

IL PRINCIPIO:

La tecnica consiste nel far vibrare il tendine, il più vicino possibile al punto della sua inserzione ossea. Alcuni captori situati a questo livello sono suscettibili di creare un meccanismo riflesso che elimina il fenomeno lesionale, la L.O.

Vantaggi:

-La stimolazione è breve. Un movimento molto particolare é necessario per ottenere l’effetto vibrante terapeutico. Questa stimolazione sarà ripetuta una o due volte. Richiede 3 secondi per essere praticata.

- La stimolazione non é dolorosa, a volte un poco. Notiamo che le compressioni ischemiche dei punti riflessi del tessuto connettivo o del tessuto muscolare (KNAP, CHAPMAN, VIAGGIO...) richiedono tre buoni minuti e sono dolorose e stancanti sia per il paziente che per l'operatore.
- La stimolazione produce un risultato istantaneo sui fenomeni lesionali.

Inconvenienti:

Il gesto terapeutico richiede apprendimento e una abilità per quanto riguarda l'intensità, la velocità di esecuzione, la profondità, ed il suo ritmo.

La localizzazione dei punti da trattare è soggettiva. Si basa sul riconoscimento palpatorio dei punti attivi. Questi sono caratterizzati da edema locale, perdita di elasticità del tessuto, una sensazione di pelle a buccia d'arancia. La pelle sembra aderire al tessuto sottostante tramite un effetto ventosa, con un meccanismo di pistone visco-elastico.

Riassumendo, la tecnica MONEYRON è una tecnica molto interessante:

- È rapida, non dolorosa, d'effetto immediato.
- È poco stancante per l'operatore (personalmente io lavoro stando seduto).
- Non richiede la partecipazione del paziente.
- Si rivolge a tutte le L. 0.
- Non presenta né controindicazioni né inconvenienti.
- -Il tasso di guarigione è molto alto(tasso di positività: 60-70%).

Soffre tuttavia della necessità da parte dell'operatore di sapere riconoscere le modificazioni dei tessuti al livello dei punti riflessogeni.

B) LA TECNICA R. RENARD. LA TECNICA G. LAMORIL

La suora CHABRIT e J. MONEYRON non sono stati i soli a introdurre questa tecnica in Europa.

Ho incontro molti altri operatori (principalmente degli aggiustaossa in età avanzata) che utilizzano questa tecnica.

R. RENARD ad esempio l'aveva appresa nel 1919 nel distretto dei Dardanelli (balcani) mentre effettuava il suo servizio militare.

G. LAMORIL esercitò a Bonneville. Aveva anche lui una reputazione internazionale poiché curava la regina dell'Inghilterra.

Associavano volentieri alla loro pratica dei tratti, come DICKE, stiramenti muscolari e trazioni cutanee con l'altra mano.

È la loro pratica che mi ha ispirato il metodo NIROMATHE.

IL METODO NIROMATHE®

25 anni di pratica, di osservazioni, di ricerca, di sperimentazione, mi hanno permesso di scoprire alcuni concetti ed elaborare il metodo NIROMATHE.

Questo metodo si basa su 4 nozioni.

PRIMA NOZIONE: “Lo scollamento” della pelle.

Le tecniche osteopatiche non sono in realtà né ossee, né muscolari, né legamentose, né tendinee, né fasciali, né cutanee. Si rivolgono in realtà a degli Elementi Tenso-Modulatori = E.T. M. situati tra la pelle e le strutture più profonde.

Questi E.T.M. subiscono una deprogrammazione nel momento in cui “si incollano” alla pelle.

Il loro scollamento porta, allo stesso tempo, alla loro riprogrammazione e alla scomparsa istantanea della L.O.

Esempio: una giovane paziente presenta un torcicollo iperalgico. L'analisi molto accurata della pelle permette di localizzare i punti d'adesione, questi E.T.M. deprogrammati. In corrispondenza di questi punti la pelle è retratta, grumosa, bloccata, aderente agli E.T.M. sottostanti. Una stimolazione molto delicata della pelle, ad esempio con la tecnica Moneyron, permette uno scollamento istantaneo. Il rachide cervicale non è più dolorante, ritrova la sua elasticità.

Tutto questo avviene come se il blocco il “grippaggio” dell'articolazione non fosse al livello dell'articolazione stessa, e neanche al livello dei muscoli, ma come se derivasse da “agganciamento cutaneo” al livello dell' E.T.M.: l'articolazione non può ruotare a destra perché la pelle non può essere tesa verso la destra.

Questa constatazione che abbiamo già discusso a proposito del segno di Lasegue, riguarda tutte le articolazioni, tutte le L.O., qualunque sia la loro sede, la loro intensità, la loro anzianità.

Il trattamento osteopatico consiste dunque in uno scollamento della cute a livello dell' E.T.M.

Questo scollamento può essere realizzato:

- In modo diretto, con un'azione diretta sulla cute stessa.
- In modo semi-diretto, con un'azione sulle strutture più profonde: ossee e muscolari.
- In maniera indiretta, per polarità.

1) STIMOLAZIONE DIRETTA.

Può essere effettuata con una puntura (agopuntura), con un'iniezione di xilocaina (metodo J.Travell), con il calore locale (moxa).

Se si considerano le cose da questo punto di vista, è ovvio che occorre agire **sul punto e non nelle sue vicinanze** e che se sono 30 punti ad essere implicati, bisognerà impiegare più tempo.

Bisogna inoltre essere capace di localizzarli **esattamente!** Questo spiega i risultati talora mediocri ottenuti con queste tecniche.

La stimolazione diretta può essere eseguita anche con le dita, mediante una compressione ischemica (fastidiosa) ma anche con una vibrazione cutanea molto leggera, una scossa cutanea propriocettiva. Per cutanea si intende molto superficiale (Kinesiologia, tecnica Moneyron, metodo Niromathé). Una grande elasticità di lavoro permette di agire anche su 30 punti.

2) STIMOLAZIONE SEMI DIRETTA.

- Una vibrazione propriocettiva ossea (manipolazione) stimolerà gli E.T.M. ed indurrà il loro scollamento.
- Uno stiramento muscolare ripetuta (Mitchell) o un accorciamento muscolare prolungato (Jones) raggiungeranno lo stesso risultato.
- Lo scollamento degli E.T.M. si effettua qui in profondità.

3) STIMOLAZIONE PER POLARITÀ.

- Tecnica Randolph Stone, Reiki.
- Tecniche fasciali (Sutherland).

Per quanto attiene al Reiki, la situazione è chiara, poiché i suoi seguaci considerano essere la polarità delle loro mani ad esercitare l'effetto terapeutico.

Quanto alle tecniche fasciali, il meccanismo d'azione è controverso:

Si tratta di una stimolazione diretta: tramite uno o più stiramenti cutanei (superficiali e prolungate)? Può essere...

Come capire allora che il posizionamento delle mani in un'area qualunque del corpo può eliminare un dolore al ginocchio sinistro e al mignolo del piede destro?

Personalmente, non credo all'esistenza del M.R.P. Credo che le parestesie ritmiche che si possono percepire siano soltanto il risultato dei movimenti respiratori e cardiaci del paziente e dell'operatore. La nozione del M.R.P. non ha la sua giustificazione.

Il posizionamento delle mani in una zona qualunque del corpo, in modo molto superficiale (questo è imperativo) genera un flusso magnetico, che dopo 45-60 minuti (se le mani sono totalmente passive: Reiki) indurrà uno scollamento della cute al livello di tutti gli E.T.M. attivi.

Il posizionamento delle mani, nel momento in cui una di esse sia animata da un leggero movimento verticale o d'oscillazione (tecnica Sutherland) accorcia notevolmente il tempo d'azione. Infatti bastano 20-30 minuti per ottenere un risultato.

Il vantaggio di questa tecnica "polare" è che tutti gli E.T.M. del corpo scompaiono simultaneamente. Le mani possono essere posizionate in qualsiasi zona.

L'inconveniente è la durata.

Prima nozione dunque: lo scollamento cutaneo a livello dell' E.T.M.

La prova di questo meccanismo d'azione:

I miei risultati, con la tecnica Niromathe, sono eccellenti indipendentemente dalla corpulenza del paziente. Addirittura sono migliori nei pazienti obesi. Ho curato un lottatore di Sumo qualche mese fa. Pesava 160 kg. Presentava una lombo-sciatalgia. Inutile cercare di effettuare una diagnosi classica su questo tipo di paziente. Ma i risultati sono eccellenti. Un semplice lavoro cutaneo superficiale ha permesso la scomparsa degli spasmi.

SECONDA NOZIONE : La polarità.

Questa nozione di polarità, largamente illustrata nel capitolo delle tecniche fasciali (Reiki, Sutherland) è anche presente nell'ambito delle altre tecniche.

- Le manipolazioni osteo-articolari richiedono obbligatoriamente la presenza delle due mani per la loro realizzazione.
- La stessa cosa avviene per la tecnica Mitchell (Miotensiva).
- Jones lasciava sempre scorrere la sua seconda mano sul corpo del paziente, al livello del trigger point.

Osservazione: Ho personalmente provato a realizzare la tecnica Jones con l'aiuto di una sola mano, in particolare al livello del rachide cervicale. I risultati sono decisamente peggiori.

- La stessa cosa avviene nelle tecniche cutanee e tendinee.

Osservazione: Dopo diversi mesi di pratica della tecnica Moneyron, mi sono reso conto che i risultati erano migliori a livello del segmento cranio-cervicale. Ho a lungo ricercato la ragione di questa differenza. Un giorno mi sono reso conto che, in maniera meccanica, utilizzavo entrambe le mani a livello cranio-cervicale semplicemente per evitare uno sbalottamento della testa. Spesso infatti lavoro restando seduto assieme al paziente e la mia seconda mano non è necessariamente posizionata al livello dorso-lombare.

Esiste dunque una mano attiva ed una mano ricettiva. Ciascuno possiede una differenza di polarità tra le due mani. Alcuni meno di altri. È per questo che la tecnica Reiki è piuttosto aleatoria. Al contrario l'animazione di una delle due mani aumenta quest'effetto (Sutherland).

L'effetto della tecnica per polarità richiede tempo per manifestarsi. Ma esiste anche dopo una seduta di breve durata. In questo caso una delle mani deve essere animata da un movimento di tipo rotatorio (Niromathé).

TERZA NOZIONE: La mappa dei punti.

Praticando la tecnica Moneyron in maniera intensiva, ho raggiunto molto spesso risultati sconcertanti:

Per esempio due periartriti scapolo-omerali o due lombosciatalgie viste una dopo l'altra (nella stessa mezz'ora), trattate alla stessa maniera, con lo stesso stato d'animo, portavano a risultati opposti: per la prima si otteneva la guarigione, per la seconda il quadro clinico rimaneva invariato.

Cosa avevo fatto? O cosa non avevo fatto?

Dopo un lungo lavoro di ricerca e dopo centinaia di sperimentazioni, mi sono reso conto (a parte la nozione di polarità) che i punti stimolati e l'azione delle mie dita non erano state affatto le stesse.

I dolori sono infatti differenti a seconda delle loro caratteristiche.

Prendiamo in considerazione ad esempio il carattere diurno o notturno del dolore.

Esistono due gruppi di pazienti (+ 2, quindi 4 gruppi):

1° gruppo: pazienti con dolori a carattere DIURNO.

Questi pazienti si svegliano in forma e senza dolori. Questi si manifestano e peggiorano progressivamente con il passare delle ore per raggiungere il loro parossismo a fine giornata. La sera questi pazienti hanno solo un desiderio: mettersi a letto. Il decubito ed il riposo portano rapidamente alla scomparsa totale dei dolori. Trascorrono una notte confortevole.

In realtà, i tessuti coinvolti (muscoli, tendini, fasce) sono quelli posteriori: si tratta dei tessuti della posizione eretta, i tessuti erettori. Questi, quando sono la sede di L.O. sono spastici. Il loro stiramento avviene in posizione eretta ed aumenta progressivamente col trascorrere delle ore, per raggiungere il suo massimo a fine giornata. Questo stiramento aumenta la sintomatologia dolorosa. Il riposo, l'accorciamento di questi tessuti (in decubito) porta alla sedazione.

2° gruppo: pazienti con dolori a carattere NOTTURNO tipicamente nel corso della seconda parte della notte.

La giornata trascorre serenamente. I pazienti presentano poco o nessuno. dolore Non hanno alcuna limitazione della loro attività fisica. La sera, si mettono a letto, e gradualmente i dolori appaiono, svegliandoli verso le 4 o le 5 del mattino. Diventano allora insopportabili e non esiste alcuna posizione in grado di alleviarli. In realtà esiste una ed una sola posizione antalgica: quella eretta. I pazienti si alzano, deambulano: il dolore si attenua e scompare dopo 5/15 minuti per poi riapparire appena si rimettono a letto.

In questo caso sono i tessuti anteriori ad essere implicati. Questi, eccessivamente contratti a causa della L.O., si tendono in posizione coricata. Questo stiramento, che raggiunge il suo massimo nella seconda parte della notte, sveglia il paziente. La posizione eretta accorcia questi tessuti e porta immediatamente alla sedazione dei dolori.

Tengo a sottolineare che questo non ha nulla a che vedere col dolore di tipo infiammatorio (molto più raro). Questo è sia diurno che notturno. Si verifica a volte una recrudescenza notturna che non cessa neanche in posizione eretta.

I dolori di questo secondo gruppo sono ovviamente vissuti peggio rispetto a quelli del primo gruppo.

3° gruppo: Dolori sia diurni che notturni.

Questo tipo di dolori riguarda i tessuti anteriori e quelli posteriori.

Sono molto difficili da tollerare visto che non esiste una posizione antalgica.

4° gruppo: dolori difficilmente classificabili:

In alcuni casi, dolori appartenenti a due gruppi differenti, coesistono nello stesso soggetto. Possono infatti coesistere un dolore lombare acuto durante il giorno e un dolore acuto alla spalla durante la notte: contratture non simultanee sopravvenute in momenti differenti.

Oppure dolori che evolvono secondo modalità determinate. Un dolore all'inizio notturno può divenire diurno dopo qualche settimana.

A questi dolori corrispondono due tipi di bloccaggi:

- **Quelli che sopraggiungono durante l'inspirazione : Apertura**
 - **Aggravati dall'immobilità e dal riposo.**
 - **Migliorati dal movimento.**

- **Quelli sopravvenuti durante l'espiazione : Chiusura**
 - **Peggiorati dal movimento**
 - **Migliorati dall'immobilità e dal riposo**

Esempio: è così per le cefalee

Possiamo paragonare le cefalee muscolo-tensive, provocate ed aggravate dallo sforzo fisico e dalle contrarietà come le cefalee in chiusura e le cefalee da rilassamento che sopraggiungono a riposo, la sera, la notte oppure durante i fine settimana come le cefalee in apertura

Contratture in flessione ed in estensione :

Alcuni esempi:

- Nella periartrite della spalla il paziente non riesce a sollevare il braccio: non può fletterlo. Al contrario, la posizione a braccio pendente lungo il corpo (estensione) risulta essere antalgica.

- Al contrario, un certo numero di nevralgie cervico-brachiali sono alleviate quando il braccio è in flessione messo sopra la testa. I dolori al contrario sono esacerbati quando il braccio è pendente lungo il corpo (estensione).
- Numerose sciatalgie sono alleviate quando la regione sacro-iliaca e la coxo-femorale sono in flessione (posizione antalgica a canne di fucile) e aggravate dall'estensione.
- Altre sciatalgie sono invece aggravate dalla flessione della regione sacro-iliaca. E' il classico segno di Lasegue: la trazione sulla regione ischio-iliaca da parte dei muscoli ischiatici pone quest'osso in flessione davanti al sacro. Al contrario l'estensione della regione sacro-iliaca allevia le sofferenze del paziente.
- In alcuni pazienti il dolore è aggravato se si siedono in poltrona, vale a dire in flessione lombare, ma tende a diminuire in estensione dorso-lombare (seduti su una sedia, in piedi o sdraiati).
- Le vertigini sono quasi sempre provocate dal blocco in estensione della prima vertebra cervicale; il sollevamento della testa (estensione) scatena le vertigini. Al contrario la sua flessione le fa scomparire.
- Ecc...

L'articolazione si gelerà e bloccherà, in flessione o in estensione, a seconda del suo posizionamento al momento del falso movimento.

Allo stesso modo si gelerà o bloccherà in posizione d'apertura (abduzione-rotazione esterna) o di chiusura (adduzione-rotazione interna) in funzione della sua posizione al momento dell'inspirazione o dell'espirazione del paziente.

Un rapido riconoscimento del tipo di blocco permetterà, col metodo Niromathé, di adattare una gestualità ed una mappatura specifica degli E.T.M.

- La mappatura corrisponde alla posizione in flessione ed estensione della L.O.
- La gestualità dipende dal carattere aperto(inspirazione) o chiuso (espirazione) della L.O.

QUARTA NOZIONE : la gestualità

- Una regola fondamentale: per ottenere il massimo effetto, l'applicazione delle mani deve essere molto superficiale. Questo spiega come il massaggio sia di una inefficacia totale sui blocchi da lesione osteopatica: sono troppo lunghi e molto appoggiati.

- L'effetto è aumentato se una delle mani è animata da un movimento ondulatorio (Sutherland).
- E' considerevolmente amplificato se la mano effettrice è animata da un movimento non più ondulatorio ma rotatorio.
- E' ancora aumentato se il punto di impatto della mano effettrice sull'E.T.M. è molto localizzato (un dito, una articolazione interfalangea).
- Il gesto deve essere molto preciso nella sua localizzazione, nel suo grado di pressione, nel suo senso e nel suo ritmo.
- E esso deve riferirsi alla metodologia

Sottolineiamo l'importanza del carattere rotatorio del movimento di stimolazione. Nelle tecniche cutanee (segmento-terapia: movimento di avvitemento), periostee, sottocutanee (Knap, Chapman, Goodheart, Moneyron....) un movimento rotatorio o a spirale è sempre utilizzato e considerato come primordiale.

Anche in agopuntura il movimento rotatorio degli aghi è fondamentale: si tonifica con l'ago d'oro girandolo in senso orario e si disperde con l'ago di argento girandolo in senso antiorario. E' possibile che gli aghi siano ruotati simultaneamente uno con la mano sinistra e l'altro con la destra e che il metallo permetta di conservare questa differenza di polarità

Il metodo Niromathe utilizza un movimento rotatorio. L'effetto così ottenuto è molto potente poiché la L.O. cede immediatamente.

Il metodo NIROMATHE ® combina:

- **L'individuazione degli E.T.M. (mappatura precisa).**
- **Una gestualità adattata.**
- **La nozione di polarità.**
- **Il principio di globalità**

Con un obiettivo preciso: lo scollamento cutaneo a livello degli E.T.M.

RISULTATI:

E' un metodo:

Performante: il tasso di guarigione è dell' 80%

- in una seduta nel caso di sintomatologia acuta e recente
- da una a tre sedute nei casi cronici

In effetti ho l'abitudine di dire che una volta che un'articolazione ha preso una piega sbagliata per mesi o anni, a tendenza a ripartire. Due o tre sedute, in questo caso, sono necessarie.

Questo vuol dire che ci saranno il 20% di insuccessi per i quali saranno necessarie più di tre sedute. Si tratta essenzialmente di due gruppi di individui: "i musei della medicina" ed "i legumi". Queste definizioni non sono peggiorative e non scaturiscono dalla mia frustrazione di non essere in grado di gestire la loro sintomatologia.

Scaturiscono invece da una visione colma di esempi, purtroppo frequenti, che i dottori riconosceranno ed individueranno facilmente.

- "I Musei della Medicina":

- Si tratta di pazienti operati ormai numerose volte. Non ritorno su questa questione già precedentemente analizzata. Approvo ovviamente gli interventi chirurgici effettuati per vera e propria necessità. Bensì quelli effettuati per questioni di principio, assolutamente no.

- "I legumi":

- Si tratta di pazienti curati con tanti farmaci, talora con psicofarmaci. Proprio ieri un paziente di 53 anni, senza patologie importanti, si è presentato nel mio studio con una lista di 17 tipi differenti di medicine che ingurgitava quotidianamente da diversi anni. Come è possibile arrivare a questi estremi?

- Questi pazienti iporeattivi ci pongono sicuramente grandi problemi.

- **Obiettivo:** il paziente non interviene attivamente durante la seduta
- **Rapido:** richiede 10 minuti per seduta
- **Indolore.**
- **Poco faticosa:** il trattamento si pratica stando seduti o in piedi
- **Di larga applicazione:** si indirizza a tutte le L.O.
- **Inoffensivo:** non presenta alcuna controindicazione
- **Ad effetto immediato**

EPILOGO

In questo libro vi ho citato un gran numero di nomi

La maggior parte sono Americani!

Anche in un campo privo di elementi tecnologici, la verità si riferisce ancora una volta all'America!

Aberrante in ogni caso!

L'osteopatia è giunta a noi dalla notte dei tempi. L'Oriente, il Medio Oriente e l'Europa brulicano infatti di osteopati.

Perché allora questo complesso nei confronti del nostro continente?

La letteratura antica ci permette di scoprire alcune ricette molto interessanti a base di piante medicinali. Il commercio delle spezie è stato un tempo fiorente. Magellano effettuò il giro del mondo in nome di Dio e delle spezie. Spezie elevate al rango di Dio!. Quest'ultime servivano infatti a curare. Si trattava di farmaci.

Queste medicine erano divise in 4, 5 o 6 gruppi a seconda delle civiltà. Servivano a riscaldare il corpo o a raffreddarlo, a disidratarlo o ad idratarlo, a tonificarlo o a rilassarlo. Modalità specifiche e combinazioni sottili permettevano di potenziarne gli effetti. Erano utilizzate sotto forma di olii essenziali o di melliti (miele mischiato a polveri di piante) che ne permettevano la conservazione.

Queste piante, ricette e teorie sono al giorno d'oggi completamente abbandonate

Perché questo complesso nei confronti del nostro passato?

L'uomo che dovrebbe avere 3000 anni di esperienza, ritorna all'infanzia ad ogni nuova generazione.

Alcuni testi antichi, in particolare greci, testimoniano l'esistenza di medici che esercitavano l'arte dell'osteopatia. Non erano chiamati massaggiatori, tanto meno manipolatori ma semplicemente "toccatori". Si trattava infatti di "toccare". Tutto ciò ci riporta alle nozioni di punti riflessi e di polarità.

Il nome di NIROMATHE mi è rimasto impresso.

Da allora niente di nuovo è stato inventato in questo campo. Dovevano lavorare come noi, esattamente alla stessa maniera e altrettanto bene.

Attraverso la scelta di questo nome dedico loro questo lavoro

SOMMARIO

- **Presentazione**
- **Considerazioni generali**
- **Indicazioni dell'osteopatia**
 - A che cosa si rivolge l'osteopatia
 - Perché una L.O. può scomparire
 - A cosa non si rivolge l'osteopatia
 - Quale deve essere la condotta da tenere
 - Esempi (artrosi, sinusiti, ernie del disco)
- **Fisiopatologia della lesione osteopatica**
 - La respirazione e le articolazioni
 - La nozione di globalità
 - L'origine dello spasmo
 - L'origine della persistenza
 - Sintesi
- **L'osteopatia o gli osteopati**
- **Repertorio delle differenti tecniche osteopatiche**
 - *Le tecniche ossee*
 - *Le tecniche muscolari*
 - Mitchell
 - Jones
 - Wieselfish-Giammateo
 - *Le tecniche legamentose*
 - *Le tecniche fasciali*
 - Sutherland
 - Randolph Stone, Reiki
 - *Le tecniche cutanee*
 - Dicke
 - Knap
 - Periostan
 - Chapman
 - Neuro-muscolari: Lieff, Travell, Mackenzie
 - Kinesiologia
 - *Le tecniche tendinee* : Moneyron, Renard, Lamoril
- **Il metodo Niromathé®**
- **Sintesi**
- **Epilogo**