

## **POLIOMIELITE e LEMMINGS** - 09/01/2015

By Hilary Butler – maggio, 2011

*Traduzione e cura del testo italiano: Claudio Simion e Alessia Zurlini, COMILVA ©*

Riportiamo la traduzione dell'articolo di Hilary Butler, che potrete trovare su:

[http://www.beyondconformity.org.nz/\\_blog/Hilary's\\_Desk/post/Polio\\_and\\_lemmings/](http://www.beyondconformity.org.nz/_blog/Hilary's_Desk/post/Polio_and_lemmings/) e che abbiamo arricchito di ulteriori contributi che la stessa va citando nell'articolo stesso. In modo particolare ci siamo avvalsi dei contributi sviluppati dal sito <http://insidevaccines.com/wordpress/>.

Vi proponiamo questo lavoro perché apre una prospettiva sulla comprensione del fenomeno polio che affronta diversi aspetti controversi di questa storia e, attraverso gli approfondimenti di supporto, riesce a dare un quadro abbastanza chiaro dei fattori che possono aver influenzato la comparsa e lo sviluppo della malattia e che ancora oggi giocano un ruolo fondamentale.

Inoltre, aiuta a fare chiarezza sulle molteplici mistificazioni e manipolazioni nella comunicazione ufficiale dei dati sulla polio, sulla trasformazione della nomenclatura medica delle patologie associabili alla stessa e sulla manipolazione delle statistiche.

A proposito del titolo, tutti noi sappiamo cosa sono i "Lemmings", cioè una specie di piccolo roditore dal corpo tozzo e zampe munite di unghie robuste, noto per l'abitudine di compiere migrazioni massicce: nel significato del titolo però dobbiamo intenderlo come un esempio di un grande gruppo di persone si stanno comportando come dei lemming, alle quali cerchiamo di rivolgerci per scuoterli dal loro comportamento che li porta a seguire la massa in un comportamento stereotipato senza pensare con la loro testa.

Non c'è peggior cieco di chi non cercherà le proprie informazioni. E non c'è nessuno così cieco come la classe medica che crede ancora che la "polio" possa essere cancellato dalla faccia della terra.

"Ci arriveremo presto, ce lo dicono ogni giorno, se solo persisteremo nella diffusione della vaccinazione in tutto il mondo. Non vedremo mai più la polio, vero?"

Dopo tutto, anche Bill Gates affermava estasiato il 17 maggio 2011, in completa sintonia con l'OMS, "ci siamo quasi!"... Ben presto saremo in grado di proclamare lo sterminio di quella peste temuta chiamata POLIO.

C'è solo un problema, e cioè che anche Bill Gates è cieco e che l'OMS è VOLONTARIAMENTE cieca. La maggior parte delle società semplicemente non si rende conto che dietro a tutto questo c'è un grosso problema, ... semplicemente ci crede e basta !

La poliomielite non è stata assolutamente debellata. E non sarà eradicata.

La poliomielite è stata semplicemente ridefinita. E qui di seguito ne possiamo avere prova, semplicemente consultando il sito web dell'OMS stessa: ai seguenti link infatti potrete trovare i file "pdf" relativi alla polio e alla "paralisi flaccida acuta" per gli anni dal 1996 al 2010.

Perché i dati della Paralisi flaccida acuta e della Polio sono stati messi in grafico assieme ?

Perché la Paralisi flaccida acuta è una definizione "tutto incluso" per tutto quelle manifestazioni che sembrano polio e per quello che possiamo definire "polio" quando i test virali decisivi per la polio non identificano virus della polio stessa nel modo più assoluto. Vengono riportati di seguito alcuni contributi.

**Andrus JK, et al.; "Risk of vaccine-associated paralytic poliomyelitis in Latin America, 1989-91". Bull World Health Organ. 1995;73(1):33-40. PMID: 7704923; UI: 95219859.**

Questo studio tendeva a dimostrare se le campagne di vaccinazione straordinaria con vaccino antipolio orale (OPV) delle popolazioni del sud America potevano avere un ruolo nell'aumento dei casi di VAPP rispetto alle normali campagne di vaccinazione condotte in Europa.

Sono stati analizzati tutti i 6043 casi di paralisi flaccida acuta (AFP) riportati in America Latina nel periodo

1989-1991 al fine di stimare il rischio di VAPP. Il rischio complessivo è stato stimato in 1 caso ogni 1,5 – 2,2 milioni di dosi di OPV somministrate, rispetto a 1 caso ogni 1,4 milioni di dosi somministrate in Inghilterra e Galles (1985-91) e con 1 caso ogni 2,5 milioni di dosi distribuite nette negli Stati Uniti (1980-1989). Questi dati suggeriscono che per sradicare la poliomielite nel mondo, le strategie che si basano su campagne di immunizzazione di massa di integrare servizi di consegna di routine, come raccomandato dall'OMS, non sembrano alterare significativamente il rischio di VAPP.

**Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol.; (2):24-31 17523475; “Surveillance of acute flaccid paralysis in Belarus”, E. O. Samoïlovich, M. A. Ermolovich, I. F. Kotova, E. Iu Svirchevskaia, V. P. Shimanovich, A. K. Kozhemiakin, I. I. Protas, E. V. Feldman.**

I dieci anni di esperienza nella sorveglianza di paralisi flaccida acuta (AFP) Bielorussia è stata riassunta in questo studio. Fra i 456 casi segnalati di AFP dal 1996 al 2005, 11 sono stati classificati come poliomielite paralitica associata al vaccino (VAPP), 445 – come non-polio AFP.

Il rischio di VAPP per il periodo 1996-2001 è stato 1 caso ogni 745.000 dosi utilizzate di vaccino antipolio orale (OPV).

Per i destinatari di OPV il rischio era 1 caso ogni 911.700 dosi somministrate; per la prima dose la proporzione diventava di 1 caso ogni 96.000 dosi.

L'alta incidenza di VAPP fu una ragione per l'attuazione del programma di vaccinazione antipolio sequenziale nel 2000.

La Sindrome di Guillain-Barré (GBS) dominava tra i casi di AFP non-polio (39,3% dei casi), più rari sono stati i casi di neurite traumatica (27,9%), monoparalisi transitoria (12,1%), mielite (7,6%).

La distinzione dei casi di AFP non-polio rispetto ai casi di VAPP è avvenuta seguendo le caratteristiche epidemiologiche e virologiche: la predominanza di precedenti ripetute vaccinazioni contro la poliomielite; lo sviluppo di paralisi nel lungo periodo dopo la vaccinazione; l'isolamento del virus della poliomielite che apparteneva a tre sierotipi di Coxsackie virus B (B1, sierotipi B4, B6) e sei di virus Echo (6, 7, 11, 14, 24, 25) nel 8,1% dei casi; l'assenza del tipico per la poliomielite paralizzante residua nei pazienti che hanno eliminato il poliovirus contenuto nel vaccino.

**J Med Virol. 1989 Dec ;29 (4):315-9 2621458 [Cited: 4]; “An outbreak of acute flaccid paralysis in Jamaica associated with echovirus type 22”, J. P. Figueroa, D. Ashley, D. King, B. Hull.**

In questo studio viene descritto un focolaio di paralisi flaccida acuta in Giamaica nel 1986 associato al tipo echovirus 22. Sei pazienti di età da 1 a 27 anni hanno sviluppato insorgenza acuta di una grave paralisi flaccida, con incapacità di camminare. Tre casi hanno manifestato debolezza facciale, quattro hanno avuto necessità di una cura intensiva con ventilazione assistita, e due individui sono deceduti.

Il Tipo 22 echovirus è stato isolato dalle feci di due pazienti che hanno mostrato un significativo aumento del titolo anticorpale. Questo stesso virus è stato anche isolato dal seggiolino di un altro paziente che aveva la meningite asettica, senza deficit neurologici.

Non c'è stata evidenza di infezione da poliovirus in nessuno di questi pazienti, la maggior parte dei quali erano completamente vaccinati. Dei quattro casi superstiti con paralisi flaccida, tre manifestavano debolezza residua a carico degli arti inferiori e camminavano con andatura anormale 3 anni dopo l'attacco acuto paralitico. Questo è il primo rapporto nella letteratura medica di paralisi flaccida acuta associata a tipo 22 echovirus.

**LA PARALISI FLACCIDA ACUTA**

Fonte: <http://insidevaccines.com/wordpress/2010/06/02/polio-and-acute-flaccid-paralysis/>.

Paralisi flaccida acuta è quindi un termine che si applica ai sintomi clinici che esattamente ci si aspetterebbe di vedere da una infezione da poliovirus, ma che non sono necessariamente causati da poliovirus. La polio

paralitica è in realtà considerata una sottocategoria del grande insieme di definizioni di paralisi flaccida acuta.

Molte altre cause di AFP sono:

Sindrome di Guillaine-Barre [1], poliradiculomielopatia da Citomegalovirus, Mielite Trasversa Acuta, Borrelios di Lyme, Enterovirus non polio e miopatie tossiche.

Per molti anni la professione medica ha dato per scontato che quando si manifestava la paralisi associata ad un gruppo particolare di sintomi, si poteva trattare di poliomielite.

Dopo i Trials del 1954 [2] del vaccino Salk è iniziata una riconsiderazione di questo assunto, ed è iniziato un cambiamento importante nei criteri diagnostici.

Come venivano classificati i casi di polio nel 1954 ?

La maggior parte dipartimenti della salute lavoravano in base alla definizione corrente dell'OMS: "... Segni e sintomi di poliomielite non paralitica con l'aggiunta di paralisi parziale o completa di uno o più gruppi muscolari, rilevata da due esami almeno a 24 ore di distanza l'uno dall'altro", [3]

Come venivano classificati i casi di polio nel 1955? Nel 1955 i criteri sono stati modificati per conformarsi più strettamente alla definizione utilizzata nel 1954 dopo i trials. La paralisi residua è stata determinata da 10 a 20 giorni dopo l'insorgenza della malattia e poi di nuovo da 50 e 70 giorni dopo l'insorgenza.

**Così, semplicemente in base a dei cambiamenti nei criteri diagnostici, il numero di casi di polio paralitica è stato predeterminato a diminuire nel periodo 1955-1957, a prescindere dal fatto che venisse utilizzato un qualsiasi vaccino.**

**Allo stesso tempo, il numero di casi di polio non paralitica era destinato inevitabilmente a crescere perché ogni caso di malattia simile alla poliomielite, non poteva più essere classificato come poliomielite paralitica in base ai nuovi criteri.**

**Solo dopo l'introduzione a regime della vaccinazione con il vaccino Salk, quando nonostante ciò si manifestavano ancora casi di polio, i medici iniziarono a cercare molto più attentamente i virus negli individui affetti.**

**Molti altri virus sono stati quindi individuati come responsabili di paralisi, come ad esempio coxsackie B, enterovirus 71, ecc. [4]**

A partire dal 1960, per poter definire un caso di "poliomielite", sono stati richiesti i test del virus su campioni di feci. Se il virus della poliomielite non veniva riscontrato, venivano eseguiti ulteriori test per trovare altri virus, e qualche volta non veniva trovato nessun.

Qualunque fosse la "causa" della paralisi o della malattia in questi casi, automaticamente non veniva più classificata come poliomielite. E stato però ri-classificata con molti diagnosi diverse, sotto l'ampia "ombrella" di "Paralisi flaccida acuta", nella quale i casi di paralisi causata da virus della poliomielite erano una sottocategoria.

La storia di polio negli Stati Uniti si presenta con i numeri in questo genere: ...

In sette anni di vaccinazione con il vaccino Salk è stata ridotta l'incidenza della polio negli Stati Uniti di oltre il 96 per cento, da 38.476 casi segnalati nel 1954 a 1.312 nel 1961. [5]

**Queste statistiche sono semplicemente "non accurate".**

**I casi di "polio" del 1954 comprendono infatti tutti i dati di paralisi. Mentre alcune di questi potrebbero essere stati causati da polio, in realtà, gran parte di essi erano da attribuirsi ad altre cause. Con il cambiamento dei criteri diagnostici nel 1955 che i numeri di casi si è ridotto, anche in seguito ai test di laboratorio che hanno escluso un gran numero di altre cause. I dati del 1961 includono solo un piccolo sottogruppo di paralisi causata da poliomielite.**

Dal momento che era impossibile sapere quale percentuale dei casi classificati come polio nel 1954 erano davvero causati da virus poliomielite, questi furono lasciati semplicemente così com'erano, senza rivelare

all'opinione pubblica la reale entità del fenomeno. Quando le persone affermano: “sappiamo che il vaccino antipolio ci ha salvato da grandi epidemie di questa malattia devastante” è quindi necessario comprendere che stanno basando le loro conoscenze sulla “disinformazione”.

**Ma se la poliomielite è stata spazzata via, allora sarà anche la fine della “paralisi infantile ?”.**

Possiamo rispondere a questa domanda basandoci sui metodi utilizzati per la raccolta dei dati pre-vaccinali nei paesi in via di sviluppo, ovvero prima di implementare i programmi di vaccinazione.

I medici hanno usato i “sondaggi di zoppia” come mezzo per cercare persone con le gambe deformi o avvizzite, sul presupposto che tale situazione potesse essere stata causata dal poliovirus, e poi estrapolandone i dati per la copertura vaccinale delle zone circostanti che non erano state direttamente investigate.

**Nel periodo 1970 – 1980 questi sondaggi hanno dimostrato che la polio è diffusa in molti paesi in via di sviluppo, portando quindi all'introduzione di programmi di immunizzazione di routine con OPV in tutto il mondo. [7]**

Ma qual è stata la definizione di caso utilizzata per queste indagini zoppia? La definizione di caso utilizzata più di frequente è costituito da paralisi flaccida con atrofia, seguita da nessuna diminuzione della sensibilità, e una storia di insorgenza acuta senza progressione di malattia successivamente. Questa definizione presuppone che le sequela di poliomielite paralitica residua siano osservabili e distinguibili in modo abbastanza preciso per essere attribuito con certezza la presenza di poliomielite, tuttavia la sensibilità e la specificità della definizione non sono state valutate. [7]

Possiamo dire che le indagini siano state condotte con metodologia coerente in tutto il mondo e durante tutto il processo nel corso di questi 10 anni? La percentuale di tutti i bambini zoppi che sono classificati come aventi la paralisi a causa della poliomielite è cambiata sensibilmente da un'indagine all'altra ... Qualche variazione è sicuramente attesa in generale, ma la specificità della definizione di caso è una “ragionevole preoccupazione”. Inoltre, la definizione di caso non è stata applicata in modo uniforme. Come possiamo essere quindi certi che i sondaggi zoppia siano stati accurati? Semplicemente non possiamo esserlo. Questi sondaggi erano essenzialmente un esercizio di “guardare e indovinare”.

Anche se i ricercatori, sapevano dall'esperienza degli Stati Uniti che un gran numero di casi di polio erano dovuti ad altre cause, le indagini sulla zoppia sono state utilizzate per metterli in relazione alla poliomielite causata dal virus, e quindi questa è diventata l'unica causa di zoppia in tutto il mondo.

Se andiamo al periodo 1992 – 1993: a questo punto la rete globale dei laboratori di indagine sulla polio è stata realizzata ed è in grado di offrire una ricerca virologica di alta qualità in tutti i paesi [6]. Questo processo sembra parallelo a ciò che è accaduto negli Stati Uniti, dove una definizione più generica delle poliomielite è stata utilizzato per definire l'incidenza pre-vaccino della malattia.

**Nel momento in cui vengono messi in atto i programmi di vaccinazione, ecco che si attiva un processo formale di diagnosi accurata e coerente. Solo a questo punto, dopo che la vaccinazione è stata messa in atto, si passa alla separazione accurata e costante dei casi non-polio di Paralisi flaccida acuta da casi di poliomielite.**

Osserviamo adesso il fenomeno successivo: quando la polio è stata “debellata” da una zona, qual è la situazione a riguardo della paralisi flaccida acuta ?

Ecco un esempio dalle Americhe dopo la eradicazione della poliomielite:

nel 1993, la copertura vaccinale regionale tra i bambini con almeno tre dosi di vaccino antipolio orale era del 87%; 33 dei 38 paesi osservati hanno raggiunto e mantenuto una copertura di oltre l'80%.

La vaccinazione di routine è stata integrata anche da giornate annuali di immunizzazione nazionale. Dal 21

agosto 1991 (quando l'ultimo caso confermato è stato segnalato), circa 6.000 casi di paralisi flaccida acuta sono stati studiati, ma nessuno di questi casi sono stati confermati come poliomielite paralitica risultante da poliovirus selvaggio.

Inoltre, circa 25.000 campioni di feci ottenuti da questi pazienti e i loro contatti sono risultati negativi per poliovirus selvaggi. Infine, gli indicatori chiave di sorveglianza sono stati a livelli accettabili in tutti i paesi nel corso degli ultimi 3 anni.

Sulla base della revisione di questi dati, tutte le 26 commissioni di certificazione nazionale o multinazionale raccomandarono che i loro paesi potessero essere certificati come "polio free". [8]

Questa banca dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che risale al 1996, offre un sacco di informazioni su casi di poliomielite e di paralisi flaccida acuta.

Osserviamoli insieme.

Quanti casi di paralisi flaccida acuta (esclusi i casi a causa della poliomielite) si sono verificati tra il 1996-2009? 608.832 casi di AFP sono stati segnalati, in tutto il mondo.

Guardando i dati, di anno in anno, alcuni paesi hanno "ND" (non disponibile) nei casi di AFP: questo significa come minimo che i 608.832 casi sono un numero incompleto e che i casi di non poliomielite AFP sono stati ancora di più.

Nello stesso periodo, ci sono stati 39.131 casi di polio identificati. [9]

Ecco alcune informazioni sulla paralisi flaccida acuta in India: in India i casi di polio erano scesi da 24.257 nel 1988 a 4.793 casi nel 1994, con "l'aiuto di una immunizzazione di routine", ben prima che il "programma di eradicazione" fosse avviato in quel paese.

In quei giorni tutti i casi di paralisi flaccida acuta (AFP) con paralisi residua oltre i 60 giorni sono stati diagnosticati come poliomielite. [10]

C'è stato anche un aumento inspiegabile di AFP – in particolare AFP non polio. Nel 2005 vi erano 10.055 casi di non polio AFP in Uttar Pradesh (UP), dove erano attesi solo 561 casi. Una delegazione dalla Relazione Sanitaria Pubblica (PRoH, Consiglio per la previdenza sociale, di New Delhi) nel novembre 2006 ha studiato il problema della paralisi residua di AFP non polio.

Il PRoH scoprì che la maggior parte dei casi di AFP non venivano seguiti (a parte la ricerca del virus nella coltura delle feci).

Le informazioni sono state fornite ai sensi del Diritto di Information Act e sono disponibile presso il National Polio Surveillance Project (NPSP). Dei 10.264 casi di AFP, 209 sono stati casi di polio o compatibili con la poliomielite.

Dei rimanenti 10.055, solo 2.553 sono stati seguiti, di questi, 898 avevano paralisi residua (che consentirà loro di essere diagnosticati come poliomielite, utilizzando la vecchia definizione) e 217 morti. Facendo una proiezione di queste cifre sui casi non seguiti possiamo stimare che ci furono circa 4.800 casi di paralisi residue o morti in UP dopo aver acquisito la poliomielite non AFP nel 2005. Questo valore deve essere confrontato con il quadro generale in India che mostrava 4.793 casi di polio nel 1994. Non è sorprendente il NPSP non si sia appassionato nel follow-up di questi casi. I dati del 2006, dopo che nel 2005 sono state somministrate ben 6 dosi di mOPV nei distretti di UP, sono ancora peggiori. [10]

I casi di paralisi flaccida acuta in India continuano ad aumentare, di anno in anno. Per l'anno 2009, utilizzando i dati dell'OMS, troviamo 50.416 casi totali. Di questi 752 sono stati poliomielite [9]. Nel 2000 l'OMS aveva annunciato: quest'anno ci sono stati 719 casi di polio virus, ciò rappresenta una riduzione del 99% nei casi in quanto il programma è iniziato nel 1988, con 350.000 casi stimati (... dai famosi sondaggi zoppia) [5]. Si noti la somiglianza con l'annuncio di una riduzione del 96% negli Stati Uniti nel 1961, sulla base di "diagnosi allargate" pre-vaccino e, viceversa "selettive" post-vaccino.

Il resto della storia della polio nel 2000: ci sono stati un totale di 2.971 casi di polio nel 2000 [9]. Di questi casi, 719 sono stati identificati come casi dovuti a poliovirus selvaggio [9]. Gli altri 2.252 potrebbero essere stati causa da poliovirus selvaggio o possono essere dovute al virus del vaccino ma sono stati esclusi dalla cronologia dell'OMS.

Ci sono stati 27.654 casi di paralisi flaccida acuta non-polio, che sono stati lasciati fuori ancora una volta della casistica OMS [9].

Sulla base di quanto esposto prima l'accuratezza dei 350.000 casi annui stimati di polio nel 1988, in base alle indagini sulla zoppia, nella migliore delle ipotesi è dubbia.

**L'OMS sostiene di avere salvato cinque milioni di bambini dalla poliomielite paralitica. E 'istruttivo vedere come si è arrivati a stabilire questo scenario: nel 1988, ci sono stati 32.419 casi di poliomielite paralitica.**

**L'OMS ha arbitrariamente alzato il numero di dieci volte a 350.000 sostenendo una segnalazione incompleta. Nel 2004 con la definizione modificata, solo la paralisi derivanti da una cultura positiva al virus sono state considerate poliomielite, ovvero 2000 casi in tutto. Sottraendo 2000 da 350.000, l'OMS ha calcolato che 348.000 bambini sono stati salvati dalla paralisi dello stesso anno. Se moltiplichiamo questa cifra per 18 (gli anni che sono passati dal 1988 al 2004) arriviamo alla cifra indicata dall'OMS [9].**

Riassumendo. I numeri utilizzati negli Stati Uniti per affermare che il vaccino Salk ha causato una forte riduzione del numero di casi di paralisi a causa della poliomielite sono stati manipolati dal cambiamento dei criteri per la diagnosi della malattia.

**I numeri utilizzati nel programma mondiale per l'eradicazione della poliomielite sono stati ottenuti da stime, utilizzando degli standard di valutazione della malattia molto ampi, estrapolando i dati su larga scala prima di avviare le campagne di vaccinazione.**

**Tutto questo è stato fatto seguire da standard diagnostici molto più rigorosi, per escludere dal novero dei casi di polio quelli di paralisi flaccida acuta. Con l'aumentare dei casi sottoposti ad analisi di laboratorio, il numero di casi di polio ha cominciato a diminuire, e il numero di casi di paralisi flaccida acuta ad aumentare.**

C'è in atto un'epidemia di paralisi flaccida acuta dovuta a varie cause non polio ? Sono state prese tutte le misure prese per contrastare questo fenomeno in espansione ?

Oltre 600.000 persone affette da una certa forma di paralisi in un periodo di 13 anni sembra motivo di preoccupazione per tutti. La Global Polio Eradication Initiative (GPEI), guidato dai governi nazionali, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Rotary International, dai Centri statunitensi per il Controllo delle Malattie e la Prevenzione (CDC) e l'UNICEF, è il progetto coordinati più grande, a livello internazionale, di salute pubblica che il mondo abbia mai conosciuto.

Dal 1988, oltre due miliardi bambini in tutto il mondo sono stati vaccinati contro la polio, grazie alla collaborazione senza precedenti di oltre 200 paesi e 20 milioni di volontari, sostenuta da un investimento internazionale di oltre 5 miliardi di dollari.

5 miliardi di dollari e 20 milioni di volontari [6]. E i 608.832 casi di AFP in tutto il mondo dal 1996 (senza contare i 26.014 casi di AFP dal 1° gennaio fino al 21 maggio 2010)?

Ulteriori informazioni sui cambiamenti nella metodologia per la diagnosi di poliomielite può essere trovato nella bibliografia riportata di seguito [11].

Bibliografia

A-[1] Differential Diagnosis of Acute Flaccid Paralysis and Its Role in Poliomyelitis Surveillance, Arthur Marx, Jonathan D. Glass, and Roland W. Sutter. Epidemiologic Reviews, Vol. 22, No. 2, 2000. <http://epirev.oxfordjournals.org/cgi/reprint/22/2/298.pdf>

A-[2] "A calculated risk": the Salk polio vaccine field trials of 1954, Marcia Meldrum, BMJ 1998, 317: 1233-1236 (31 October), <http://www.bmj.com/cgi/content/extract/317/7167/1233>

A-[3] The Present Status of Polio Vaccines (a panel discussion), Illinois Medical Journal, August, 1960.

A-[4] A Conversation with Paul Meier, Harry M. Marks. Clinical Trials 2004, 1, 131. <http://www.hopkinsmedicine.org/histmed/people/faculty/papers/meier.pdf>

A-[5] The Making of the Polio Vaccine, Douglas Hand, Invention and Technology Magazine, Summer 1985, Volume I, Issue 1. [http://www.americanheritage.com/articles/magazine/it/1985/1/1985\\_1\\_54.shtml](http://www.americanheritage.com/articles/magazine/it/1985/1/1985_1_54.shtml)

A-[6] World Health Organization. Global Polio Eradication Initiative, The History. (site visited on May 30, 2010), <http://www.polioeradication.org/history.asp>

A-[7] Some Observations on Poliomyelitis Lameness Surveys, Roger H. Bernier, Reviews of Infectious Diseases, Vol. 6, Supplement 2. International Symposium on Poliomyelitis Control (May – Jun., 1984), pp. S371-S375, <http://www.jstor.org/pss/4453375>

A-[8] MMWR Weekly, October 7, 1994, 43(39); 720-722 <http://www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/00032760.htm>

A-[9] WHO, Immunization Monitoring, Diseases, Poliomyelitis Case Count, accessed multiple times between May 1 and June 1, 2010. [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/ca...](http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/ca...)

A-[10] Polio eradication & the future for other programmes: Situation analysis for strategic planning in India (Editorial), Jacob S. Puliyeel, Manoj Anand Gupta, Joseph L. Mathew, Indian J Med Res 125, January 2007, pp 1-4 <http://jacob.puliyeel.com/download.php?id=132>

A-[11] Guide to Poliovirus Isolation and Serological Techniques for Poliomyelitis Surveillance, I. Domok and D. I. Magrath, WHO, Geneva, 1979. [http://whqlibdoc.who.int/offset/WHO\\_OFFSET\\_46.pdf](http://whqlibdoc.who.int/offset/WHO_OFFSET_46.pdf)

## B – POLIO, CAUSE ED EFFETTI: IGIENE

1 luglio 2010, Fonte <http://insidevaccines.com/wordpress/2010/07/01/polio-and-sanitation/>

**KHAGARIA:** Sulle rive sabbiose del fiume Kosi, nel nord Bihar, una folla silenziosa di centinaia di persone è in attesa nella frizzante mattina di sole. Un granello appare nel cielo azzurro pallido d'estate, diventando sempre più grande – è un elicottero bianco luccicante. In alcuni secondi si manifesta sospeso sopra la riva opposta, in mezzo a campi di grano.

La folla è piena di stupore: dall'elicottero esce l'uomo che ognuno degli stanti attendeva – Bill Gates. Bill Gates è venuto a scoprire perché l'eradicazione della poliomielite sta fallendo nel Bihar. Si pone domande sulle strategie di immunizzazione e cerca di capire quali problemi tecnici stiano bloccando la diffusione universale del vaccino.

La gente si lamenta della mancanza di strutture sanitarie di base ... Ci sono solo 49 infermieri ausiliari e ostetriche sotto la PHC, a fronte dei previsti 76 ... Quindi, la fornitura di servizi sanitari di base è di per sé un sogno lontano ... Gli abitanti del villaggio speranza contro ogni speranza. Quindi la diffusione della poliomielite è legata alla mancanza di servizi igienico-sanitari e strutture sanitarie di base? Gates riconosce questo fatto, ma dice che è governo a dover fare tutto il necessario per provvedere a questo. "Ci stiamo concentrando sullo sradicamento della poliomielite, che è raggiungibile attraverso i vaccini," dice ... il nostro ineffabile magnate (ndt) [1]

Le prime epidemie di polio apparvero verso la metà del diciannovesimo secolo. Molti medici e scienziati lottarono contro il mistero: perché, con il continuo miglioramento delle condizioni di vita l'incidenza di questa paralisi aumentava? Al di là di tutti i cambiamenti quello che ha accompagnato l'avanzare della modernità è stato senz'altro il miglioramento delle condizioni igieniche generali e quindi è necessario comprendere come questo fattore possa essere messo in relazione al fatto che la polio si stava trasformando da una malattia di poco conto ad una piaga che lasciava nella sua scia morte o danni permanenti. Ecco un contributo rilevante che possiamo avere da un articolo medico che ci riassume il concetto:

*“Prima del 20° secolo, praticamente tutti i bambini sono stati infettati con PV (Polio Virus), mentre erano ancora protetti dagli anticorpi materni. Nel 1900, in seguito alla rivoluzione industriale della fine del 18° secolo e dei primi anni del '900, l'introduzione di servizi igienici più adeguati ha portato ad un aumento dell'età in cui i bambini venivano a contatto con il virus [2], in tal modo essendo esposti al virus senza più essere protetti dagli anticorpi materni. Di conseguenza, le epidemie di poliomielite vennero a galla verso la metà del 1800”. [3]*

“Ironia della sorte, l'avanzato stato di igiene pubblica negli Stati Uniti e nel resto del mondo sviluppato hanno contribuito alle epidemie di poliomielite del 20° secolo [4]. La poliomielite è principalmente una malattia dei neonati e dei bambini. Prima dello sviluppo dei sistemi di igiene pubblica, i neonati e i bambini piccoli erano esposti a poliovirus, ma i loro sintomi erano lievi e l'esposizione forniva un'immunità duratura. Con l'avvento della moderna rete idraulica per la distribuzione dell'acqua potabile e dei servizi igienico-sanitari, i bambini non sono stati più esposti al virus della polio durante l'infanzia e non potevano più sviluppare un'immunità naturale”.

Questa teoria è nata principalmente come risultato di un'ampia ricerca messa a punto da Sabin stesso nei paesi in via di sviluppo, dove la polio paralitica era stata fino a quel momento piuttosto rara, in netto contrasto con la crescente epidemia di questa malattia in Europa e negli Stati Uniti.

L'affidabilità delle statistiche a livello mondiale della poliomielite nella prima parte del 20° secolo è piuttosto variabile. Tuttavia dalla ricerca di Sabin emergono alcuni dati molto interessanti:

1. Giappone, 1948, 1,2 casi ogni 100.000 abitanti.
2. Palestina, tra il 1915-1934, i casi di poliomielite erano 20 volte più elevati fra gli ebrei rispetto alla popolazione mussulmana,
3. Filippine, tra il 1944 e il 1945, abbiamo tassi di incidenza fra 43 e 88 per 100.000 tra le truppe americane, mentre nessun caso o casi molto rari tra i bambini filippini.

Uno degli esempi più interessanti sono le statistiche relative alle Hawaii durante il periodo 1938-1947 confrontando i vari gruppi etnici che vivono negli stessi quartieri e frequentano le stesse scuole: i tassi per 100.000 abitanti variano da un massimo di 10,2 tra la popolazione bianca a un minimo di 1,3 tra la popolazione hawaiana [4].

Ardley descrive uno studio condotto da Gear:

*“Virus isolati dalle feci di nativi africani che avevano un titolo elevato di anticorpi contro il virus e nessun sintomo hanno manifestato tutta la loro virulenza e causato paralisi, quando le truppe europee sono entrate nei loro territori nel corso del conflitto del 1939-46, in una misura tale che la poliomielite paralitica divenne per loro un pericolo molto grave” [5].*

In precedenza abbiamo notato che molti casi che sono stati diagnosticati come polio si sono rivelati non essere polio dopo test di laboratorio eseguiti con più attenzione.

Vi è in realtà un calcolo standard del tasso di paralisi che si verificherebbe in assenza di polio: il tasso di



incidenza globale di AFP non polio sarebbe atteso in 1 caso ogni 100.000 tra i bambini sotto i 15 anni di età in condizioni di sorveglianza ottimale con accertamento caso completo. [6]

Confrontando questo dato con il tasso di incidenza della polio nelle popolazioni non occidentali trovato da Sabin, ovvero 1,2 casi per 100.000 in Giappone, 1,3 casi per 100.000 tra i nativi Hawaiiani tra il 1938 al 1947, sembra plausibile che ci possano essere stati solo alcuni casi di polio o addirittura nessuno tra le popolazioni non occidentali prima dell'arrivo di ... cosa esattamente?

L'idea che l'avvento di moderne misure igienico-sanitarie siano alla base di epidemie di polio si potrebbe definire una specie di teoria scientifica. La ricerca in questo campo è stata molto limitata. Karl Popper ha sviluppato il concetto di "Falsificabilità" della ricerca scientifica, che richiede che le teorie scientifiche producono delle previsioni e che queste previsioni dovrebbero essere in grado di essere smentite [7]. Applicando questo principio, quando Sabin ha presentato la sua ricerca nel 1951, sarebbe stato possibile formulare delle previsioni sulle future epidemie di polio nei paesi in via di sviluppo che avrebbero potuto confermare o smentire l'idea originariamente abbozzata.

Un problema scientifico evidente è considerare la varietà di cambiamenti che avvengono con la modernizzazione. Sarebbe difficile trovare un'area in cui il cambiamento interessa solo uno dei fattori originali. Le persone che vivono questi cambiamenti, non sono interessate solo dal rinnovamento degli impianti di trattamento delle acque e delle fognature. Vengono costruiti anche gli ospedali, vengono somministrate le vaccinazioni, ci sono variazioni negli alimenti, cambiano gli equilibri sociali, l'abbigliamento, la formazione, i metodi agricoli, la vita economica, le variazioni di esposizione alle sostanze chimiche ... Alla luce di tutto questo come si può dimostrare che dei servizi igienici più adeguati siano stati l'unico fattore che ha fatto precipitare le epidemie di polio?

Abbiamo citato in precedenza il fatto che le epidemie di polio nel mondo occidentale hanno cominciato a manifestarsi verso la metà del 1800 in seguito all'ammodernamento delle reti di distribuzione dell'acqua potabile e delle fognature: questo fatto porta a due considerazioni:

1. I focolai di polio paralitica sarebbero iniziati nelle aree urbane (non nei villaggi rurali), dove i servizi igienici sono stati ammodernati,
2. I focolai di polio paralitica si sarebbero diffusi fra i bambini più grandi, non tra i neonati o i bambini più piccoli.

Un contributo da Dorothy M. Horstmann, Professore di Epidemiologia e Pediatria:

*"E' ormai ampiamente riconosciuto che la poliomielite endemica è diffusa in tutto il mondo, e l'evoluzione della malattia in epidemia durante secolo scorso (1900) ha seguito un andamento caratteristico. In un primo momento, si sviluppa un numero minimo di casi; poi si sviluppa una epidemia al di sopra dei tassi usuali per alcuni anni, seguita da gravi epidemie con alti tassi di incidenza. La fascia di età interessata dalla poliomielite endemica e dalle prime epidemie è quella che va da 0 a 4 anni, con il 90% dei casi di paralisi (in particolare nelle aree urbane. Una volta che questo schema epidemico ha inizio risulta apparentemente irreversibile a meno che non venga effettuata una vaccinazione preventiva".*

**TABLE 1**  
*Annual Attack Rates of Poliomyelitis in  
New York, London, and Berlin  
1928-1947*

<i>Year</i>	<i>Cases Reported per 100,000</i>		
	<i>New York</i>	<i>London</i>	<i>Berlin</i>
1928	8.7	—	1.8
1929	1.1	—	2.0
1930	1.1	—	1.1
1931	<i>59.1*</i>	—	1.0
1932	2.0	1.9	4.8
1933	11.5	1.8	5.0
1934	1.0	1.5	1.9
1935	28.5	2.0	1.8
1936	0.8	2.2	2.4
1937	3.5	3.4	10.8
1938	0.8	2.7	3.4
1939	3.0	2.1	8.3
1940	1.0	0.6	1.4
1941	5.5	2.5	10.9
1942	1.0	1.6	6.2
1943	5.0	1.5	4.0
1944	24.6	0.9	2.2
1945	7.1	2.9	2.0
1946	9.2	1.9	2.8
1947	2.8	20.6	76.2
Mean annual rate for all indicated years	8.86	3.12	7.5
Mean annual rate for inter-epidemic years	3.83	1.96	3.88

\* The italicized figures indicate epidemic years.

The data presented in this table were calculated from reports supplied by Dr. S. Frant, New York City Health Department, for New York; Dr. W. H. Bradley of the Ministry of Health for London; and Dr. F. Pfabel of the Landesgesundheitsamt for Berlin.

Casi di polio per 100.000 abitanti in grandi città; come New York, Londra e Berlino nel periodo 1928-1947

Le epidemie si ripetono per un certo periodo di anni e il tasso medio annuo raggiunge valori che vanno da 5 a 10 ogni 100.000, con uno spostamento dell'età di incidenza, ovvero i casi sono relativamente minori nei bambini più piccoli, mentre il picco si verifica spesso nel gruppo di età che va dai 5 ai 14 anni, ed è interessata una quota crescente di giovani e adulti. Questa fase di sviluppo rappresenta naturalmente una situazione allarmante in quanto la malattia è più grave e la mortalità molto più elevata con l'aumentare dell'età". [8]

Il Professor Horstmann indica chiaramente che solo alcuni dei casi di paralisi si verificano in aree rurali, mentre sembra molto più comune nelle città. Fa anche notare che i primi focolai di paralisi si sono verificati nei neonati e nei bambini sotto i cinque anni di età. Potere predittivo della teoria? Non proprio così. Abbiamo trovato dei documenti che descrivono le prime epidemie in Africa, America Centrale e Sud America. Questo articolo parla dello scoppio della poliomielite a Leopoldville che ha avuto inizio nel 1958. [9]

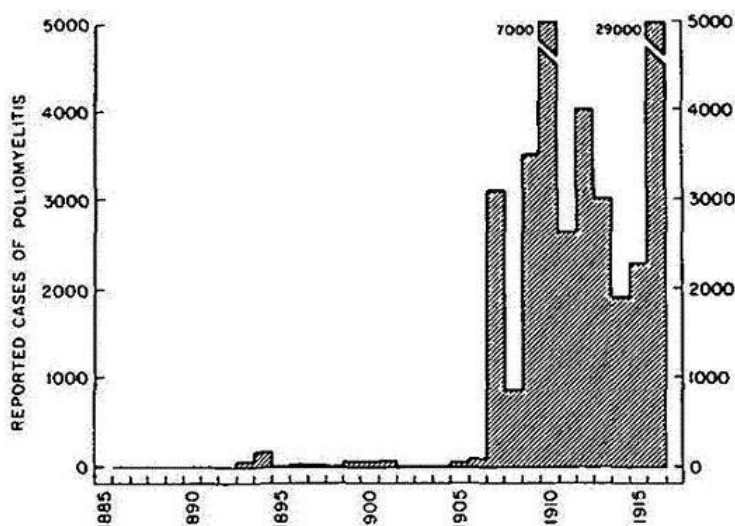
“La Poliomielite paralitica è endemica nella città; dal 1951 vi è stata un’incidenza media annuale di 63 casi, e un tasso di 19,4 casi ogni 100.000 abitanti. Oltre l’80% dei casi si sono verificati in bambini africani con meno di 3 anni”.

Era forse Leopoldville una città moderna con attrezzature igienico-sanitarie all’avanguardia? Secondo la tabella I, intere sezioni della città avevano ancora in uso latrine in fossa nel 1950. Complessivamente il 73% delle abitazioni della città avevano gabinetti del genere.

Come si era manifestata la polio paralitica? Forse prima fra bambini più grandi come suggerirebbe la teoria igienico-sanitaria? No, come si vede la maggior parte dei casi si manifestarono fra i bambini piccoli, sotto i 3 anni di età.

Leopoldville fu un esempio abbastanza tipico comparsa di polio paralitica in un paese in via di sviluppo. La teoria igienico-sanitaria non corrisponde in questo caso ai fatti reali.

I focolai di poliomielite in Africa e Sud America hanno prodotto le famose indagini sulla zoppia, descritte in precedenza. I risultati di queste indagini sono stati usati per giustificare gli sforzi a livello mondiale per eradicare la poliomielite, sforzi che ha avuto inizio alla fine del decennio 1980. Nessun’altra spiegazione per la comparsa di polio paralitica è stata avanzata, nonostante le incongruenze della narrazione igienistica a fronte dei dati che emergono a livello mondiale sulla continua incidenza di polio nelle aree con problemi igienico-sanitari.



**FIGURE 1. The appearance of epidemic poliomyelitis in the United States, 1885–1916. Based on reported cases (mainly paralytic) during an era when reporting was estimated at about 50 per cent. After Lavinder et al. (4).**

Comparsa della polio negli USA, 1885-1916

Nathanson [10] ha fatto una dettagliata analisi delle teorie e dei dati reali e ha scoperto dei “grossi buchi” nel “dogma” igienistico. Uno dei presupposti igienico-sanitari a sostegno della teoria è l’idea di causalità singolare: ovvero che sia stato un unico fattore a determinare il passaggio della poliomielite da malattia lieve a pericolosa.

E’ molto probabile infatti che via sia più di un fattore che influisce sulla capacità della polio di invadere il sistema nervoso degli esseri umani.

(Ndr: negli anni del grafico, non si segnala che venivano effettuate campagne vaccinali per l'influenza spagnola....che ha apportato alla comparsa ed all'aumento considerevole della Polio paralizzante.....

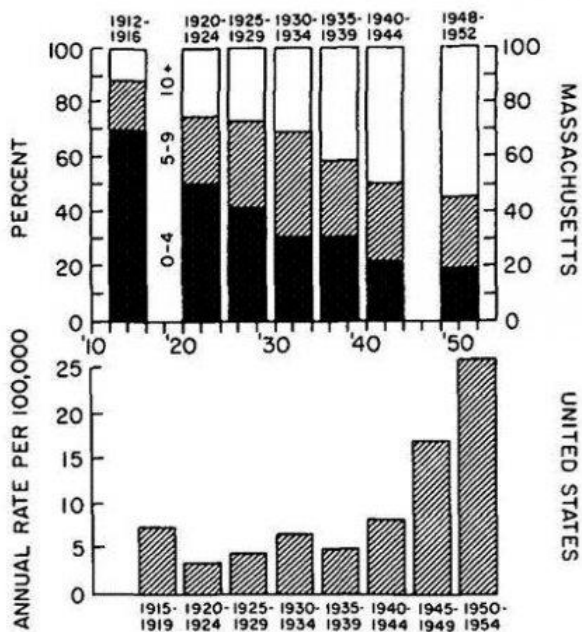


FIGURE 4. Upper panel. Age distribution of poliomyelitis cases (paralytic and non-paralytic) for Massachusetts, 1912-1952. After Dauer (17). Lower panel. Average annual attack rate for poliomyelitis (paralytic and non-paralytic), United States, 1915-1954, by 5-year periods. After Sabin (1), Serfling and Sherman (18) and data of CDC (19).

Distribuzione dei casi di polio per classi di età; (polio paralitica e non), Massachusetts, 1912-52 (sopra). Casi di polio per gruppi di 5 anni (polio paralitica e non), USA, 1915-54 (sotto).

L'ipotesi igienico sanitaria non riesce nemmeno a spiegare la bassissima incidenza di polio paralitica, anche in presenza di epidemie. Seguendo questa teoria, le epidemie di polio insorgono a causa di un aumento della popolazione dei soggetti suscettibili che non ne sono stati esposti durante l'infanzia.

Tuttavia, in pratica, milioni di persone presumibilmente sensibili, esposti alla poliomielite, sperimentano dei sintomi miti o nessun sintomo.

Ecco alcuni esempi dei tassi di poliomielite nei paesi in cui il risanamento igienico sanitario avrebbe presumibilmente ritardando l'esposizione durante l'infanzia e creato una vasta popolazione di bambini e adulti vulnerabili (dalla ricerca di Sabin, 1951). [4]

Nei periodi non epidemici, la maggior parte di questi tassi siano equivalenti o simili al tasso di AFP non polio che l'OMS si aspetta in coorti inferiori all'età di 15 anni.

Dal momento che la tabella comprende tutte le età, siamo in realtà di fronte a tassi di poliomielite che possono anche non includere casi reali di poliomielite. Tranne negli anni dell'epidemia, naturalmente.

Nathanson, nel 1979, ha fornito dei dati molto simili: [10]

Considerando il grafico seguente sembra che all'incirca tutta la popolazione, in conclusione, possa essere definita come "sopravvissuta alla polio".

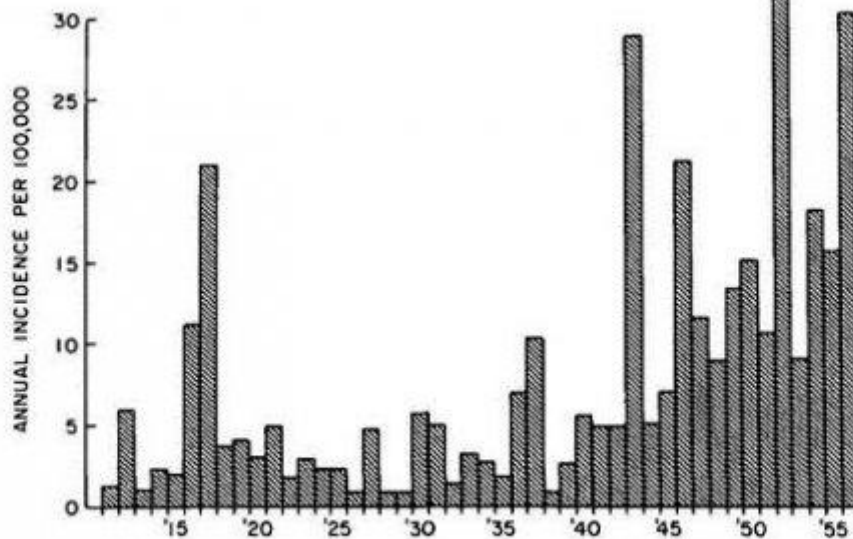


FIGURE 6. Annual incidence of reported poliomyelitis, Chicago, Illinois, 1911–1956. After Bundesen et al. (27) and Nathanson et al. (28).

#### Incidenza annuale della polio a Chicago, 1911-1956

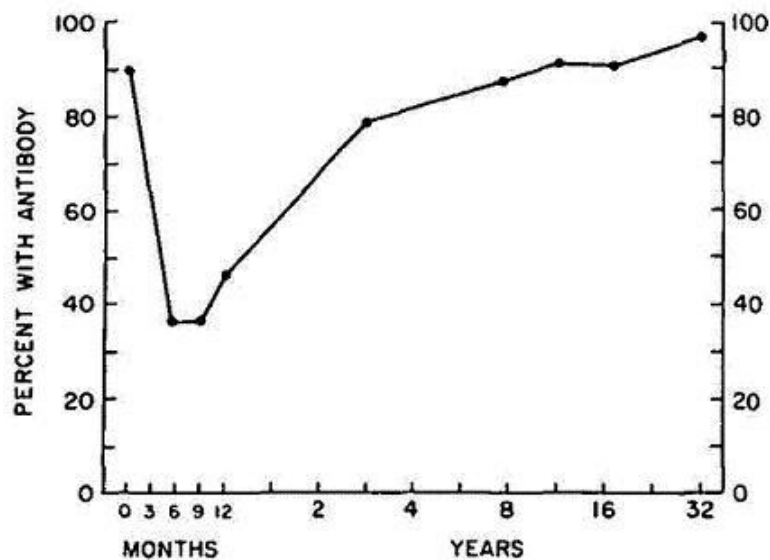
Nonostante la predisposizione teorica, molte persone hanno continuato a “navigare attraverso” l’esposizione alla poliomielite, anche senza il vantaggio di esserne stata esposta nella prima infanzia.

Perché? Quali sono stati i fattori che hanno causato quindi le morti o le paralisi ?

Perché ci furono persone vulnerabili alle gravi conseguenze di questa malattia e perché anche durante le epidemie, la maggior parte delle persone riuscirono a superarle indenni senza alcuna conseguenza ?

Perlopiù, la maggioranza delle persone passò attraverso le epidemie di polio senza che in assoluto fosse notificato il minimo segnale di malattia.

Nonostante i dati che abbiamo analizzato, che sono ampiamente disponibili anche ai “laici della medicina”, ci è stato sempre detto che la causa della polio paralitica in occidente era associata anche ad una migliore igiene rispetto ai paesi non sviluppati. Alla classe medica questa sembrava poter essere la migliore spiegazione per questa anomalia presente nei paesi con i migliori servizi igienici sanitari ed epidemie di polio paralitica, rispetto alla mancanza di poliomielite clinica nei paesi senza servizi igienici sanitari sviluppati in assoluto.



**FIGURE 5. Age-specific proportion of persons with neutralizing antibody against poliovirus type 1 at a serum dilution of 1:10, Casablanca, 1953. After Paul and Horstmann (6).**

Percentuale di individui, suddivisi per classe di et&agrave; con presenza di anticorpi specifici contro la polio. Questa storia ha continuato ad essere raccontata, nonostante l'incremento dei focolai di polio paralitica in aree dove, nel tempo, non sono migliorate in alcun modo le condizioni igienico sanitarie.

Ancora al giorno d'oggi, molte persone credono che il veicolo primario della diffusione di polio in India ed in altre aree povere del mondo sia la mancanza di servizi igienici adeguati e di acqua pulita. Ma i pezzi del puzzle non combaciano.

Non tutti sanno che il rapporto del 2006 dell'Indian Medical Association Sub-Committee sul progetto di eradicazione della polio indicava come nonostante le ripetute somministrazioni di dosi di vaccino antipolio orale (OPV), durante le ripetute campagne di immunizzazione di massa delle comunit&agrave;, ci sono stati 1.600 casi di polio indotta dal vaccino stesso.

Alcuni di questi bambini hanno ricevuto pi&ugrave; di 15 dosi di vaccino antipolio orale. Perché non erano protetti dalle scarse condizioni igieniche? Perché i servizi igienico-sanitari, o la mancanza di essi, non sono stati il determinanti nello sviluppo della malattia, come non lo sono mai stati.

Quel vecchio dogma non regge, perché negli stessi paesi dove la poliomielite clinica era considerato un problema "dell'uomo bianco" nel 1951, la poliomielite è diventata comune anche fra popolazioni che allora ne erano considerate immuni. La maggior parte di questi paesi non può purtroppo incolpare di questo il miglioramento dei loro servizi igienico sanitario, l'acqua pulita e un innalzamento del tenore di vita.

Dunque, quali sono quei fattori di cui NON si parla, e che potrebbero spiegare il perché, nei paesi sviluppati, la poliomielite è passata da un malattia endemica che mai o raramente portava a paralisi, ad una malattia epidemica che ha paralizzato migliaia di persone? E potrebbero quegli stessi fattori di cui NON si è parlato spiegare anche l'aumento della poliomielite nei paesi in via di sviluppo dal 1960 in poi?

## BIBLIOGRAFIA

B-[1] <http://epaper.timesofindia.com/Default/Scripting/ArticleWin.asp?From=Arc...>

B-[2] Epidemics to Eradication: the Modern History of Poliomyelitis, Nidia H De Jesus, Virology Journal, 2007, 470. <http://www.virologyj.com/content/pdf/1743-422X-4-70.pdf>

- B-[3] Polio, Massachusetts Society for Medical Research Inc., 2004.  
<http://www.msmr.org>, documents August2004.pdf
- B-[4] [Paralytic Consequences of Poliomyelitis Infection in Different Parts of the World and in Different Population Groups, Albert B. Sabin, American Journal of Public Health, Vol. 41, Oct. 1951.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525657/pdf/amjphnation00428...>
- B-[5] Topical Aspects of Poliomyelitis, John Ardley, The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health. 1956; 76: 767-779 <http://rsh.sagepub.com/content/vol76/issue12/>
- B-[6] Differential Diagnosis of Acute Flaccid Paralysis and Its Role in Poliomyelitis Surveillance, Arthur Marx, Jonathan D. Glass, and Roland W. Sutter. Epidemiologic Reviews, Vol. 22, No. 2, 2000. <http://epirev.oxfordjournals.org/cgi/reprint/22/2/298.pdf>
- B-[7] Karl Popper, Stanford Encyclopedia of Philosophy, first published Thu Nov 13, 1997; substantive revision Feb 9, 2009, accessed on June 21, 2010. <http://plato.stanford.edu/entries/popper/>
- B-[8] Epidemiology of Poliomyelitis and Allied Diseases-1963, Dorothy M. Horstmann, The Journal of Biology and Medicine, Vol. 36, August 1963.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2604573/pdf/yjbm00599-0011.pdf>
- B-[9] Vaccination with the CHAT Strain of Type 1 Attenuated Poliomyelitis Virus in Leopoldville, Belgian Congo: 1. Description of the City, its History of Poliomyelitis, and the Plan of the Vaccination Campaign, Andre Lebrun, et. al., Bulletin of the World Health Organization, 1960, 22, 203-213. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2555313/pdf/bullwho00332-001...>
- B-[10] The Epidemiology of Poliomyelitis: Enigmas Surrounding its Appearance, Epidemicity, and Disappearance, Neal Nathanson, John R. Martin, American Journal of Epidemiology, Vol. 110, No. 6, 1979.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/400274>
- B-[11] Nature Medicine, volume 14, Number 1, January 2008  
<http://www.nature.com/nm/journal/v14/n1/full/nm0108-9.html>

## C – SULLA POLIOMIELITE NEL 2010

26 Maggio, 2010, Fonte <http://insidევaccines.com/wordpress/2010/05/26/polio-2010/>

Quando la maggior parte della gente pensa alla poliomielite, pensano a dei bambini che hanno una zoppia deformante alle gambe, con le gambe racchiuse in bretelle metalliche, o sdraiati nei polmoni di acciaio (macchine per la respirazione o la ventilazione vecchio stile) perché non riescono a respirare. La maggior parte delle persone collegano tutte le paralisi e la zoppia esclusivamente a un ceppo di virus chiamato POLIOMIELITE. L'Organizzazione Mondiale della Sanità descrive la poliomielite in questo modo:

“La poliomielite è una malattia altamente infettiva causata da un virus. Interessa il sistema nervoso e può causare paralisi totale nel giro di poche ore. Il virus entra nel corpo attraverso la bocca e si moltiplica nell'intestino. I sintomi iniziali sono febbre, affaticamento, cefalea, vomito, rigidità al collo e dolore agli arti. Uno su 200 infezioni porta alla paralisi irreversibile (di solito nelle gambe). Tra i soggetti paralizzati dal 5% al 10% muoiono quando si immobilizzano i loro muscoli respiratori si immobilizzano”. [1]

Ora, per avere un quadro più preciso di ciò che è esattamente “poliomielite” facciamo qualche ragionamento in più.

I virus della poliomielite rientrano nella classe di virus chiamati “enterovirus umani” [2]. I poliovirus appartengono alla famiglia della Picornaviridae virale [3]. Ce ne sono tre tipi: 1 Brunhilde, 2 Lansing e 3 Leon. Tra questi tipi ci sono centinaia di diversi ceppi. Il tipo 1 è considerato il virus più grave, seguito dal tipo 2. Tecnicamente, una persona può “contrarre” la poliomielite 3 volte, dal momento che i diversi tipi non danno protezione incrociata l'uno sull'altro, ma in pratica questo evento si è dimostrato molto raro. Come si trasmette il virus della poliomielite? La poliomielite è trasmesso da persona a persona attraverso meccanismi di diffusione fecale-orale e oro-orale, o occasionalmente da un veicolo comune (come ad

esempio, acqua, latte ecc.) [4]. Cosa succede quando le persone sono esposte a poliovirus? Quando le persone non immuni sono esposti a poliovirus selvaggio, l'esito più frequente sono le infezioni asintomatiche (72% dei casi) [4]. La maggior parte della persone non si accorgono nemmeno del fatto di essere ammalate. Che tipo di sintomi clinici si manifestano?

La stragrande maggioranza dei sintomi rientrano nella categoria di:

1. "Poliomielite abortita", nota anche come "malattia minore"; è la forma più frequente (24%) della malattia.
2. Poliomielite non paralitica (comprese le meningiti asettiche); si verifica nel 4% dei pazienti [4].

Dal libro rosa del CDC, possiamo trarre una descrizione dei sintomi della polio non-paralitica:

*"Circa il 4%÷8% delle infezioni da poliomielite sono costituite da malattie minori, non specifiche e senza evidenza clinica o di laboratorio di un interessamento del sistema nervoso centrale. Questa forma clinica conosciuta come la poliomielite abortita, ed è caratterizzata da un recupero completo in meno di una settimana. Tre sindromi osservati con questa forma di infezione da poliovirus sono vie respiratorie superiori, infezione (mal di gola e febbre), disturbi gastrointestinali (nausea, vomito, dolore addominale, dolore, stitichezza o, raramente, diarrea), e malattia simile influenzale. Queste sindromi sono indistinguibile da altre malattie virali".*

La meningite asettica non paralitica (sintomi di rigidità del collo, alla schiena e/o alle gambe), appare di solito dopo diversi giorni, dopo un prodromo simile a quella della malattia minore, e si verifica nel 1%÷2% dei casi di infezione da polio.

Possono anche accadere aggravamenti di questi sintomi o sensazioni anomale. Tipicamente questi sintomi durano da 2 a 10 giorni, seguiti da un completo recupero [5].

Qual è quindi la percentuale di persone colpite dal virus della polio destinate a manifestare i sintomi più gravi e che rischiano di rimanere paralizzate con le manifestazioni di cui abbiamo parlato in precedenza? La percentuale di persone infette che sviluppano la malattia paralitica varia da 1 su 1.000 a 1 su 100 (quindi da 0.1% a 1%). Rapporti di maggiore incidenza di infezioni paralitiche o infezioni subcliniche in poliomielite non sono basati su casi di accertamento coerenti o non sono rappresentativi della maggior parte dei dati di letteratura disponibili [4].

Le informazioni di cui sopra, tuttavia, si applicano solo alla poliomielite da virus.

C-[1] World Health Organization. Media Centre. Fact Sheets. Poliomyelitis;  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/en>

C- [2] Centers for Disease Control. National Center for Immunisation and Respiratory Diseases. Non-Polio Enterovirus Infections; [http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/revb/enterovirus/non-polio\\_entero.htm](http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/revb/enterovirus/non-polio_entero.htm)

C- [3] Fields' virology, Volume 1, By Bernard N. Fields, David Mahan Knipe, Peter M. Howley, Diane E. Griffin, 5th Edition, 2007. Accessed online via Google Books. Page 796; <http://books.google.com/books?id=5O0somr0w18C&lpg=PA795&dq=Picornavirida...>

C- [4] Differential Diagnosis of Acute Flaccid Paralysis and Its Role in Poliomyelitis Surveillance, Arthur Marx, Jonathan D. Glass, and Roland W. Sutter. Epidemiologic Reviews, Vol. 22, No. 2, 2000;  
<http://epirev.oxfordjournals.org/cgi/reprint/22/2/298.pdf>

C- [5] Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases, The Pink Book: Course Textbook, 11th, Edition (May 2009), Chapter 16, Poliomyelitis, page 2;  
<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/polio.pdf>



## D – POLIO, CAUSE ED EFFETTI, PRIMA PARTE: LE INIEZIONI

7 settembre 2010, Fonte <http://insidevaccines.com/wordpress/2010/09/07/polio-causes-and-effects-part-i/>

Possiamo pensare, nel caso della poliomielite, che a fronte di una causa, il virus, ci sia automaticamente un effetto, la paralisi? Ovviamente no, come dimostrano i fatti a fronte di una infezione con il virus della polio possiamo avere una varietà di manifestazioni che vanno da assolutamente niente alla morte. In questo paragrafo serie abbiamo intenzione di analizzare alcuni dei fattori che, combinati con la presenza del virus, possono spostare la situazione da assenza di sintomi e problemi, alla paralisi



Una caratteristica di infezione da polio è il tempo necessario per eliminare il virus dal corpo e creare immunità alla poliomielite.

*“... L'intervallo tra l'inizio dell'infezione e la comparsa di segnali di CNS può essere di diverse settimane, il che spiega rappresenta la grande variazione nel periodo di incubazione della malattia” [4].*

CNS significa infiammazione del sistema nervoso centrale. Una persona può felicemente portarsi a spasso virus della polio e moltiplicarli nel sistema naso-gola, nell'intestino, ed in altre zone non neurali del corpo, per un periodo di settimane senza avere alcun sintomo che possa indicare la presenza del virus. La “non risposta sintomatica” all'esposizione al virus della poliomielite, si può concludere quindi con l'eliminazione del virus dal sistema lasciando però una immunità permanente a quel tipo specifico di poliomielite, e questa rappresenta una normale risposta del nostro corpo al virus della poliomielite.

Tuttavia, se qualcosa si verifica durante il permanere de virus della poliomielite per diverse settimane nel nostro organismo, allora si apre l'accesso al sistema nervoso centrale e la polio passa da asintomatica a paralitica. C'è, in effetti, un elenco di “provocatori” che possono mettere in condizioni il virus della di aggredire il sistema nervoso centrale. Vediamo di analizzare una di queste.

Poliomielite causata da vaccini o da altre iniezioni: al terzo posto per ordine di importanza nella definizione di paralisi flaccida acuta c'è la poliomielite paralitica “associata al vaccino della polio” [5]. Sì, i vaccini possono provocare la polio paralitica. Di fatto iniezioni di molti farmaci diversi, come anestetici, antibiotici, ecc, possono causa polio paralitica.

Uno studio dimostra chiaramente questo fenomeno e che ha trasformato le pratiche di vaccinazione negli Stati Uniti [6].

“Questo studio conferma i risultati pubblicati da altri ricercatori, ovvero che c'è una relazione tra l'inoculazione di recente con tosoide differite, tetano e pertosse (vaccinazione trivalente, DPT) e lo sviluppo di poliomielite paralitica. Questo è indicato dal fatto che una percentuale significativamente maggiore di bambini è rimasto paralizzato nell'arto iniettato quando l'ultima iniezione era stata somministrata non più di un mese prima dell'insorgenza di poliomielite rispetto ad altre somministrazioni avvenute da un mese a un anno prima”.

Anche altre iniezioni possono provocare la paralisi a causa del virus.

“ ... Un aumentato del rischio di manifestazioni paralitiche è connesso ad l'iniezioni intramuscolari; esse si verifica quando l'infiammazione nel muscolo coincide con l'infezione da polio virus. In questo modo l'ingresso di poliovirus nelle terminazioni nervose presenti nei muscoli è facilitata, e la paralisi si verifica in un periodo che va dai 4 ai 30 giorni successivi” [5].

Anche il vaccino antipolio orale è associato a poliomielite paralitica. Il ruolo delle iniezioni intramuscolari nel focolaio di poliomielite in Romania è stato determinante e ha portato ad un numero estremamente elevato di casi di poliomielite associata al vaccino:

*“La dimensione dell'associazione tra le iniezioni intramuscolari e la paralisi associate al vaccino era paragonabile, per i soggetti vaccinati, al numero dei bambini che hanno acquisito la malattia per contatto. Per i casi di polio nei soggetti vaccinati, diventava determinante la sequenza fra le iniezioni intramuscolari e la somministrazione di OPV; iniezioni somministrate dopo il ricevimento di OPV, ma non prima o allo stesso momento, sono state associate ad un rischio elevato di contrarre la polio. Questi risultati sono simili a quelli osservazioni alla fine del 1940 e 1950 quando le iniezioni intramuscolari avevano la tendenza di provocare la paralisi di persone infette con il poliovirus selvaggio nell'arto stesso di iniezione. Questa associazione è stata particolarmente evidente nel Regno Unito, dove sono stati somministrati vaccini combinati DTP nel braccio, in quanto ci fu un'inversione nel rapporto fra il coinvolgimento del braccio rispetto a quello delle gambe tra i bambini affetti da poliomielite paralitica” [7].*

Ma, mentre queste informazioni si rendevano pubbliche in letteratura medica, moltissimi bambini Rumeni venivano paralizzati inutilmente dal 1970 fino a quasi tutto il 1995, (circa 25 anni) semplicemente perché gli scienziati non erano “apparentemente” in grado di leggere le proprie opere letterarie individuando una spiegazione plausibile ed evidente del problema. [8]

Negli Stati Uniti le vaccinazioni sono state introdotte molto gradualmente fra il 1900 e il 1940, quando di colpo il numero dei vaccini e delle dosi ha cominciato ad aumentare rapidamente [9]. Ad ogni aumento del ricorso alla vaccinazione (e altri farmaci iniettati) si è verificato un aumento dell'opportunità per i vaccini di provocare la poliomielite.

Molti articoli della letteratura medica indicano che la paralisi provocata dalla somministrazione di OPV e successive iniezioni intramuscolari e l'uso di iniezioni in aree dove il virus della polio continua a circolare continua a verificarsi. L'incapacità di medici e scienziati di leggere e trarre insegnamenti dal proprio lavoro scientifico continua a causare quindi casi di paralisi. [10]; [11]

Le iniezioni sono una forma molto popolare di cure mediche nei paesi in via di sviluppo e sono somministrate non solo da personale qualificato ma anche dai guaritori tradizionali e da membri della famiglia. Come indicato nella nostra articolo Medical Double Standards in the Third World, la mancanza di attenzione nell'utilizzo degli aghi per iniezioni si traduce nella disponibilità di milioni di aghi riutilizzabili per persone senza un'idea chiara di come usarli in modo sicuro o appropriato. Anche il personale medico sembra essere poco consapevole dei pericoli di somministrare iniezioni nel mese successivo una dose di vaccino antipolio orale, o quando la poliomielite sta circolando nella comunità. I casi di poliomielite provocati dalle vaccinazioni non sono assolutamente finiti e non potranno finire per molti anni a venire. Dopo tutto, se all'opinione pubblica venisse rivelato il fatto che le iniezioni possono rivelarsi molto pericolose si potrebbe avere l'effetto “negativo” di far pensare loro che le stesse vaccinazioni ... sono di fatto pericolose!!! [12]

È per questo che la disinformazione a riguardo della pericolosità dei vaccini è oggi un problema mondiale. Per maggiori informazioni su questi argomenti segnaliamo il lavoro di Matthias Gromeier e Eckard Wimmer.

Journal of Virology, giugno 1998, p. 5056-5060.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC110068/pdf/jv005056.pdf>.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

D-[1] Polio 2010. Inside Vaccines. May 26, 2010.

<http://insidevaccines.com/wordpress/2010/05/26/polio-2010/>

D-[2] Polio and Acute Flaccid Paralysis. Inside Vaccines. June 2, 2010.

<http://insidevaccines.com/wordpress/2010/06/02/polio-and-acute-flaccid-p...>

D-[3] Polio and Sanitation. Inside Vaccines. July 1, 2010.

<http://insidevaccines.com/wordpress/2010/07/01/polio-and-sanitation/>

D-[4] Epidemiology of Poliomyelitis and Allied Diseases – 1963. Dorothy M. Horstmann. The Journal of Biology and Medicine, 1963, 36, 5-26.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2604573/pdf/yjbm00599-0011.pdf>

D-[5] Differential Diagnosis of Acute Flaccid Paralysis and Its Role in Poliomyelitis Surveillance, Arthur Marx, Jonathan D. Glass, and Roland W. Sutter. Epidemiologic Reviews, Vol. 22, No. 2, 2000

<http://epirev.oxfordjournals.org/cgi/reprint/22/2/298.pdf>

D-[6] The Relation Between Recent Injections and Paralytic Poliomyelitis in Children. Morris Greenberg, Harold Abramson, Helen M. Cooper and Helen E. Solomon. American Journal of Public Health, 1952, 42, 142-152. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525737/pdf/amjphnation00407...>

D-[7] Intramuscular Injections Within 30 Days of Immunization with Oral Poliovirus Vaccine – A Risk Factor for Vaccine-Associated Paralytic Poliomyelitis. Peter M. Strebel, Nicholae Ion-Nedelcu, Andrew L. Baughman, Roland W. Sutter, and Stephen I. Cochi. New England Journal of Medicine, 1995, 332, 8, 500-506. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199502233320804>

D-[8] Paralytic Consequences of Poliomyelitis Infection in Different Parts of the World and in Different Population Groups, Albert B. Sabin, American Journal of Public Health, Vol. 41, Oct. 1951.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525657/pdf/amjphnation00428...>

D-[9] Historic Dates and Events Related to Vaccines and Immunization. Accessed on September 12, 2010.

<http://www.immunize.org/timeline/>

D-[10] Poliomyelitis: 20 years—the Pondicherry experience. Mahadevan S, Ananthkrishnan S, Srinivasan S, Nalini P, Puri RK, Badrinath S, Rao RS. The Journal of Tropical Medicine and [11],

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2558226>

D-[11] Outbreak of poliomyelitis due to type 3 poliovirus, northern India, 1999–2000: injections a major contributing factor. Kathryn A Kohler, W Gary Hlady, Kaushik Banerjee and Roland W Sutter, International Journal of Epidemiology, 2003, 32, 272-277. <http://ije.oxfordjournals.org/content/32/2/272.full.pdf+html>

D-[12] Anthropological Perspectives on Injections: A Review. A. V. Reeler. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78, 135-143. <http://www.who.int/bulletin/archives/78%281%29135.pdf>

**E – POLIO, CAUSE ED EFFETTI, SECONDA PARTE: UN BUCO NEL SISTEMA IMMUNITARIO?**

10 ottobre 2010, Fonte

<http://insidevaccines.com/wordpress/2010/10/10/polio-causes-and-effects-part-ii/>

Durante la prima metà del 20° secolo, genitori e figli temevano la parola “polio”, un’epidemia che interessava indistintamente maschi e femmine, bianchi e neri, dalle comunità rurali alla periferia delle grandi città. La maggior parte delle persone credeva che un virus causasse la poliomielite, ma nessuno sapeva da dove il

virus proveniva o come le vittime ne avrebbero pagato il prezzo. Spesso, il virus entrava nel corpo, creando lievi sintomi simil influenzali, e niente più.

Anche se, in ogni comunità, molte persone non si sarebbero mai paralizzate quindi, le immagini di polmoni d'acciaio e di bretelle meccaniche a sostegno degli arti paralizzati avrebbero silenziosamente portato alla domanda faticosa: "Sarai tu il prossimo?" L'esito del tradizionale trattamento medico poteva essere una sorta di deformità, o nel peggiore dei casi (poliomielite bulbare), alcune settimane o una vita in un polmone d'acciaio, o ... la morte. Tutti conoscevano alcuni aspetti particolari del virus della polio: è altamente contagioso; colpisce senza preavviso e preferibilmente bambini, giovani e adulti, mentre i medici non potevano offrire né prevenzione né cura. [1]

Nel 1954 un articolo di giornale citando uno studio pubblicato sul prestigioso Journal of American Medical Association diceva:

*"L'analisi dei dati suggerisce che l'assenza di tonsille e adenoidi, indipendentemente dal momento della loro rimozione, in relazione all'insorgenza di poliomielite, ha aumentato il rischio che si sviluppi la forma bulbare della malattia".* [2]

La poliomielite nella sua forma più orribile: nei casi più gravi (poliomielite bulbare), il poliovirus attacca i neuroni motori del tronco cerebrale e porta alla progressiva riduzione della capacità di respirazione e causa difficoltà a deglutire e a parlare. Senza il supporto respiratorio, la poliomielite bulbare può portare alla morte. [3]

Ci sono molti studi che dimostrano i disastrosi risultati degli interventi di tonsillectomia per bambini e adulti che sono stati abbastanza "sfortunati" da essere esposti alla poliomielite e ad ammalarsi, anche dopo anni dalla loro asportazione.

R.V. Southcott, scriveva nel 1953: ... che la tonsillectomia possa essere un fattore predisponente a contrarre la poliomielite è stato suggerito da Sheppard nel 1910. Il suggerimento è stato rinnovato da Ayer nel 1928, e da Aycock e Lutero nel 1929 [4].

Franklin Top H. ha raccolto molti dati sui casi di poliomielite a Detroit tra il 1940 e il 1949. Egli afferma: ... è ovvio che i pazienti con una grave forma di poliomielite, o quelli che muoiono a causa di questa infezione, sono nella maggior parte privi delle tonsille. [5]

R.V. Southcott rilevava che: ... su 39 pazienti con paralisi bulbare, 35 erano stati sottoposti a tonsillectomia, una percentuale del 90%. Di questi 35 pazienti tonsillectomizzati con paralisi bulbare, solo quattro erano stati sottoposti a tonsillectomia nei dodici mesi precedenti, e solo uno nei due mesi precedenti, prima dell'inizio della poliomielite. La Poliomielite bulbare è stata responsabile della maggior parte delle morti da poliomielite. [4]

Le indagini di Anderson e Rondeau sui casi in Minnesota si allineano nelle loro conclusioni con gli altri studi sulla correlazione fra tonsillectomia e poliomielite bulbare. [6]

L'American Journal of Public Health ha raccolto gran parte delle ricerche su questo campo in un editoriale pubblicato nel mese di agosto, 1954 e concluso con una certa "contraddizione": ... Questa maggiore proporzione dei casi poliomielite bulbare in persone che hanno subito una tonsillectomia si manifesta a tutte le età, indipendentemente dal periodo in cui l'intervento è stato eseguito. Anche se l'aumento del rischio di localizzazione bulbare del virus è estremamente bassa per l'individuo, la questione dovrebbe essere presa in considerazione nel valutare le indicazioni per operare una tonsillectomia soprattutto durante i mesi estivi ...". [7]

I Medici che hanno valutato i “benefici” della tonsillectomia non sono stati sempre d'accordo sugli effetti di questa pratica:

*“La rimozione delle tonsille e delle adenoidi è una pratica medica che ha subito notevoli critiche nel passato, da più parti, perché indicata come fattore di maggior rischio verso la poliomielite bulbare. Alcuni pareri sfavorevoli verso questa pratica hanno origine dal presupposto che le tonsille e le adenoidi hanno un ruolo nella creazione e nel mantenimento di una funzione immunitaria verso le infezioni delle vie respiratorie superiori ... sappiamo che le persone, che non sono medici, hanno una forte tendenza a recepire ogni osservazione medica critica come vangelo. Le controversie in questo settore, purtroppo, troppo spesso sono portate alla loro attenzione ... questo comporta il fatto che aumenti la paura verso questa pratica e che si faccia di tutto per evitarla. Di tanto in tanto assistiamo ad inutili sofferenze causate da infezioni ripetute o gravi disabilità permanenti delle orecchie, naso, gola o alle mascelle ... le teorie che vedono un ruolo della funzione tonsillare nella formazione del sangue o nella produzione di immunità non andrebbero incoraggiate ...*

*Il ruolo dell'anello di Waldeyer [tonsille] appare, a questo proposito, essere un contributo povero al meccanismo di difesa del corpo ... La soluzione al problema potrà essere trovata quando si saranno scoperte le motivazioni cliniche del perché la poliomielite, in particolare quella di tipo bulbare, si sviluppa in assenza di qualsiasi fattore incidentale come una tonsillectomia, un'estrazione dentale o una inoculazione. Il fatto stesso che si parli di tanti fattori sospetti, alcuni non di carattere chirurgico, suggerisce l'ipotesi che vi siano ancora delle incognite da valutare. Vale la pena, anche per evitare un solo caso, di rinviare l'inoculazione o impedire qualsiasi operazione? E se il rischio c'è, è tale da giustificare o rinviare tali procedure quando ve n'è un grande bisogno? Perché la poliomielite è in molti casi così mite da non essere nemmeno clinicamente riconosciuta?” [8]*

Anderson e Rondeau speculano ulteriormente sull'argomento come segue:

*“Purtroppo non sono disponibili dati affidabili circa il numero di bambini, nelle varie fasce d'età, che hanno subito una tonsillectomia, ma è risaputo che le operazioni vengono effettuate prima dei 5 anni e che la percentuale di bambini operati aumenta rapidamente nei primi anni di scuola“. Così lo spostamento nella distribuzione per età ha fatto sì che più delle vittime della poliomielite siano nella stessa fascia di età degli interventi di tonsillectomia, fascia nella quale, se infetti, ha più probabilità di svilupparsi una risposta bulbare. La maggiore frequenza con cui vengono eseguite le operazioni di tonsille oggi, rispetto a 30 anni fa, può essere un ulteriore fattore da considerare nella maggiore incidenza di casi bulbari. Allo stesso modo questi dati offrono una spiegazione della relativa assenza di poliomielite bulbare in alcuni paesi esteri, nei quali la distribuzione per età è diversa da quella attualmente osservata negli Stati Uniti. In alcuni di questi paesi, come l'Egitto, Cile e Giappone, la maggior parte delle infezioni si verificano in bambini sotto i 5 anni e il coinvolgimento bulbare è pressoché sconosciuto. Questa mancanza di coinvolgimento bulbare potrebbe essere dovuto alla quasi invariabile presenza delle tonsille all'età in cui la maggior parte delle infezioni si verificano. [6]*

Tuttavia, gran parte di questo è stato taciuto ai genitori, per diversi motivi. I medici pensavano che tonsille e adenoidi, in quanto appendici, fossero organi puramente rudimentali, una cosa inutile, che l'evoluzione aveva lasciato per sbaglio. D'altra parte, veniva vista piuttosto come una specie di discarica, che poteva solo essere causare di problemi. Una volta che l'intervento chirurgico era stato reso più sicuro grazie a Lister, l'asportazione delle “fastidiose tonsille”, è stata rapidamente trasformata in una fiorente industria, pur non senza dissensi, come affermava Henry Heimann nel lontano 1922:

*“Nel corso degli ultimi anni si è sviluppato nella mente dei medici uno spirito di illimitato antagonismo verso le tonsille fauciali. Il pendolo è stato fatto oscillare verso il radicalismo più estremo. Le tonsille sono state ritenute responsabili di quasi tutte le malattie dell'infanzia e definite come portali di entrata e focolai di*

*infezione che sono stati accusati di produrre ogni forma di condizione patologica. L'ossessione si è diffusa anche fra i laici che ora, con o senza medico, chiedono la rimozione completa delle tonsille come una misura igienica di routine". [10]*

Nel 1938, Albert Sabin aveva riprodotto la poliomielite bulbare nelle scimmie sottoposte a tonsillectomia. [11]  
Nel Regno Unito, nel 1948, i chirurghi eseguirono 200.000 tonsillectomie in un anno, soprattutto nei figli dei benestanti dove i casi erano tonsillectomia era tre volte più frequente (rispetto ai bambini che frequentavano la scuola elementare pubblica). [12]

Storie come questa erano ben note nella maggior parte delle comunità occidentali, e gli esempi sono stati citati in diverse riviste di medicina:

*"Tutti hanno sentito parlare dei cinque figli di una famiglia a Akron, Ohio, che avevano subito la tonsillectomia nel mese di agosto del 1941: tutti hanno sviluppato la poliomielite bulbare, tre sono morti. Il sesto figlio più giovane, che non era stato operato, non ha sviluppato la poliomielite, anche se si era manifestata l'escrezione del virus della poliomielite nelle feci". [13]*

La tonsillectomia era diventato un rito di passaggio per i bambini. Sebbene la tonsillectomia viene eseguita meno frequentemente che in passato, è ancora tra le operazioni chirurgiche più comuni eseguite oggi nei bambini negli Stati Uniti. Nel 1959, 1,4 milioni di tonsillectomie sono state effettuate negli USA. [14]

Con i picchi delle epidemie di poliomielite nel mondo occidentale, trovare un bambino con le tonsille intatte sarebbe stato veramente un caso ... forse le tonsille non erano così inutili come pensava qualcuno.

## **BIBLIOGRAFIA**

Module 6: Poliomyelitis (The Immunological Basis for Immunization Series). Susan Robertson. World Health Organization. 1993; [http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF-IBI-e/mod6\\_e.pdf](http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF-IBI-e/mod6_e.pdf)

Love Your Tonsils: They're Our First Defense Against Illness. Dr. Max Pemberton. Mail Online. January 31, 2009. <http://www.dailymail.co.uk/health/article-1133026/Love-tonsils-theyre-defence-illness.html>

Toll-like receptors in tonsillar epithelial cells. Lange MJ, Lasiter JC, Misfeldt ML. International journal of pediatric otorhinolaryngology. 2009 Apr;73(4):613-21. Epub 2009 Jan 22.  
<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=21376914>

Function of mucosa-associated lymphoid tissue in antibody formation. Brandtzaeg P. Immunological Investigations. 2010;39(4-5):303-55.  
<http://www.ingentaconnect.com/content/apl/limm/2010/00000039/F0020004/ar...>

Effect of tonsillectomy and adenoidectomy on nasopharyngeal antibody response to poliovirus. P.L. Ogra. New England Journal of Medicine. 1971 Jan 14;284(2):59-64.  
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197101142840201>

E-[1] Lessons Unlearned: Long before the Legislature made vaccines optional, Texans united to fight polio. Heather Green Wooten. Observer. January 25, 2010. Accessed September 24, 2010.  
<http://www.texasobserver.org/culture/lessons-unlearned>

E-[2] Absence of tonsils, adenoids linked to polio susceptibility. Ellensburg Daily Record. April 5, 1954. Accessed October 10, 2010.  
<http://news.google.com/newspapers?id=V8kUAAAIBAJ&sjid=u-IDAAAIBAJ&pg=4...>

E-[3] The Disease and the Virus. Global Polio Eradication Initiative. World Health Organization. Undated. Accessed September 24, 2010. <http://www.polioeradication.org/disease.asp>

- E-[4] Studies on a Long Range Association Between Bulbar Poliomyelitis and Previous Tonsillectomy. R. V. Southcott. The Medical Journal Of Australia. 1953. Aug 22;2( 8 ):281-98.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13098558>
- E-[5] Occurrence of Poliomyelitis in Relation to Tonsillectomies at Various Intervals. Franklin H. Top. Journal of the American Medical Association. 1952, 150(6) 534-538.  
<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/summary/150/6/534>
- E-[6] Absence of Tonsils as a Factor in the Development of Bulbar Poliomyelitis, Gaylord W. Anderson, Jeanne L. Rondeau. The Journal of the American Medical Association, 1954, 155 (13) 1123-1130.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13174358>
- E-[7] Tonsillectomy and Poliomyelitis. American Journal of Public Health, 1954, 44 ( 8 ) 1065-1067.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1620872/pdf/amjphnation00361...>
- E-[8] Controversial Problems in Adenotonsillectomy. John W. Arnold. California Medicine, 1953, 75 (5) 444-449. <http://ukpmc.ac.uk/classic/picrender.cgi?artinid=670739&blobtype=pdf>
- E-[9] Vestigial – Definition. wordiq.com accessed on October 8, 2010.  
<http://www.wordiq.com/definition/Vestigial>
- E-[10] “Indications for tonsillectomy in infancy and childhood. Is the modern tendency toward universal tonsillectomy justified?” Henry Heiman. Am J Dis Child. 1922,24(3): 204-210.  
<http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/summary/24/3/204>
- E-[11] Experimental Poliomyelitis by the Tonsillopharyngeal Route: With Special Reference to the Influence of Tonsillectomy on the Development of Bulbar Poliomyelitis. Albert B. Sabin. J Am Med Assoc, Aug 1938; 111: 605 – 610. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/summary/111/7/605>
- E-[12] “The Paediatric approach to Tonsillectomy” J. Alison Glover. Arch Dis Child 1948 23:1-6.  
<http://adc.bmj.com/content/23/113/1.full.pdf> (free access available with registration)
- E-[13] “Pros and cons of Tonsillectomy” A. H. Gale. BMJ 1951, 20 January.  
<http://www.bmj.com/content/1/4698/133.full.pdf+html>
- E-[14] Tonsillectomy. Amelia F. Drake. EMedicine from WebMD. Updated May 14, 2010, accessed September 24, 2010. <http://emedicine.medscape.com/article/872119-overview>

## CONCLUSIONI

Il fatto che così raramente la Paralisi flaccida acuta sia riconosciuta in realtà come poliomielite, è un fatto sempre più importante nel modo di pensare dell'OMS, ma non risponde certamente alla domanda che l'opinione pubblica in realtà si pone, ovvero “cos'è la paralisi flaccida acuta (AFP)?”, come dimostra l'articolo della BBC [3] [http://beyondconformity01.basecontrol.co.nz/\\_literature\\_86863/WHO\\_BBC\\_PO...](http://beyondconformity01.basecontrol.co.nz/_literature_86863/WHO_BBC_PO...)

(vedi terzo paragrafo a pagina 2).

Perché nessun giornalista pone la domanda fatidica ... “*Che cosa è la AFP, le sue cause, e perché non c'è nessuna discussione all'interno dell'OMS circa la sua diffusione?*” Oppure: “*Perché c'è bisogno di esaminare una persona che sembra aver contratto la poliomielite, per stabilire se è effettivamente affetta da poliomielite oppure da AFP?*”

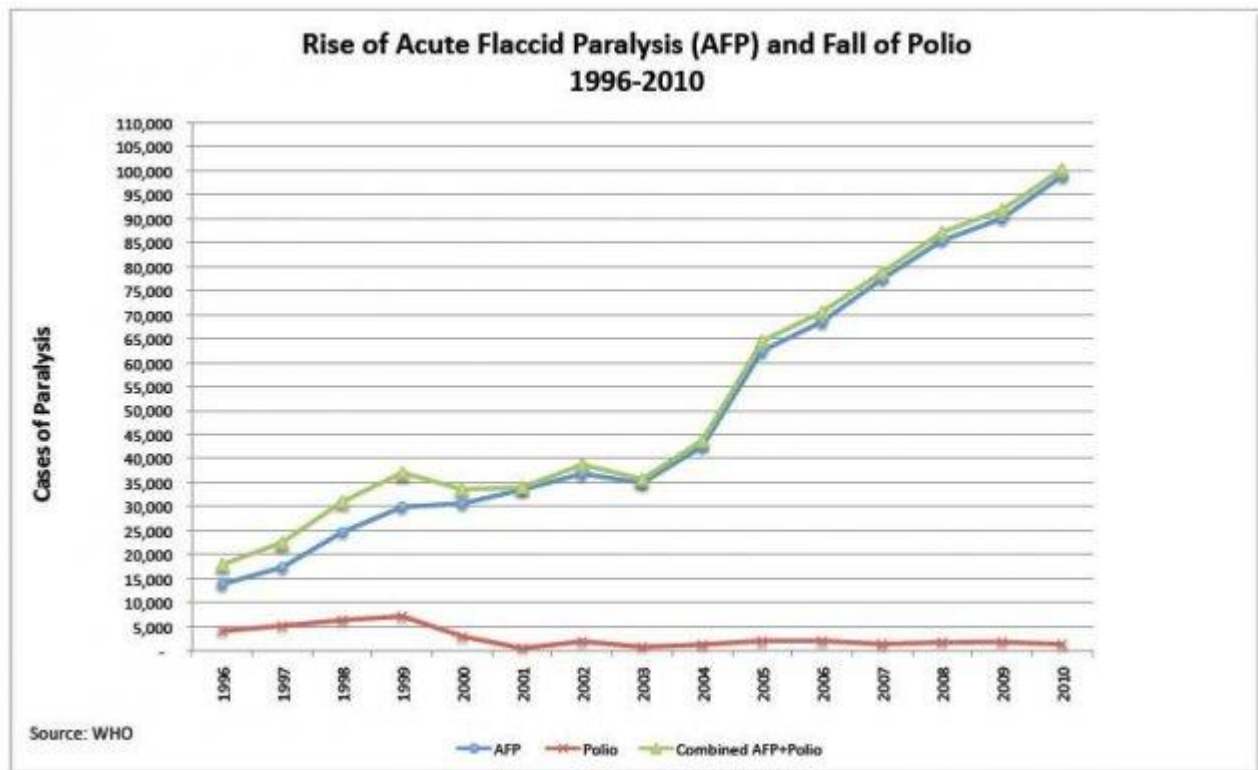
“La Polio”, quindi, appare come una patologia in cui ciò che sembra essere poliomielite potrà diventare qualcosa di diverso, a seconda dei risultati di un test per stabilire la presenza del virus o meno ...

Se si raccolgono tutti i dati pubblicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità a riguardo della Paralisi



flaccida acuta, e si mettono su un grafico, il risultato che otteniamo è il seguente:

<http://www.whale.to/v/afp9.html>



Aumento dei casi di Paralisi Flaccida Acuta (AFP) e decadimento della polio (1966-2010)

Sorprendentemente drammatico non è vero ?

Perché allora non sentiamo nessuno che protesta scandalizzato: “Che cosa sta succedendo qui ?”

Mentre i casi di “polio” sono scesi, i casi di polio che non hanno restituito un test positivo al virus, e che sono ora chiamati “Paralisi flaccida acuta” sono saliti alle stelle. Un bel giochetto di prestigio, non c'è che dire! Un genitore che oggi vede le pagine del sito dell'OMS, non immagina che paralisi flaccida acuta era ed è semplicemente la vecchia polio, che si presenta con la stessa sindrome e gli stessi sintomi, causati da una grande varietà di virus, così come da varie tossine. Un genitore guardando il sito dell'OMS, può essere indotto a pensare che la paralisi flaccida acuta deve essere qualche cosa d'altro, una malattia diversa. Dove sono andati a finire tutti i polmoni di acciaio del mondo occidentale (... se non c'è più la polio nel mondo sviluppato)?

Buona domanda: tutti i bambini che in passato erano trattati nei “goffi” polmoni d'acciaio, sono oggi trattati su altri polmoni d'acciaio “high tech”, utilizzati per trattare nuove patologie autoimmuni come la Mielite Trasversa, e senza dubbio, altre patologie dalla definizione “creativa”, ancora una volta per diffondere l'inganno e la disinformazione.

Se non ci credete, la prova di tutto questo la trovate consultando il lavoro “The Autoimmune Epidemic” di Donna Jackson Nakazawa, che potete recuperare al link: [4]

[http://beyondconformity01.basecontrol.co.nz/\\_literature\\_86860/Autoimmune...](http://beyondconformity01.basecontrol.co.nz/_literature_86860/Autoimmune...)

Naturalmente, i casi di Mielite Trasversa Paralizzante trattata nei polmoni di acciaio moderni non è certamente un argomento interessante né per i media né per l'OMS. Così oggi, invece di bambini affetti da poliomielite, abbiamo un sacco di bambini con malattie autoimmuni, e ... diffuse malattie croniche.



Una eccellente testimonianza di questo spaventoso scenario la potete trovare nell'articolo di By Frederik Joelving, New York, del 23 maggio 2011, pubblicato dall'agenzia Reuters, [5]

<http://www.reuters.com/article/2011/05/23/us-developmental-disabilities-...>

Nell'articolo possiamo trovare la dimensione del fenomeno negli USA e, fra le varie amenità riportate come "spiegazione" del fenomeno, non troveremo però alcuna valutazione seria delle reali cause:

*"Lo studio, basato su indagini nazionali in corso su individui al di sotto dei 18 anni, ha esaminato una vasta gamma di disabilità, inclusi i deficit di attenzione e iperattività (ADHD), autismo, cecità, paralisi cerebrale, perdita dell'udito, convulsioni, balbuzie o balbettando e altri ritardi dello sviluppo".*

Dal 1997 al 2008, la percentuale di bambini con almeno una delle condizioni citate è passato da meno del 13 per cento a oltre il 15 per cento – che rappresenta un ulteriore incremento di 1,8 milioni bambini. Non sappiamo con certezza perché di questo aumento, ha affermato Sheree Boulet, del the Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta, perchè possono essere in gioco diversi fattori. Per esempio, c'è una grande enfasi oggi sul trattamento precoce, ed i genitori hanno maggiori probabilità di essere a conoscenza delle condizioni dei loro figli, così molti bambini che non avrebbe potuto ricevere una diagnosi corretta in passato, oggi sono stati riconosciuti.

Parte della crescita potrebbe anche essere dovuto ad un cambiamento dei fattori di rischio, come l'invecchiamento dei genitori e la nascita di più bambini prematuri.

La maggior parte della crescita è stata trainata dal tasso di ADHD, che è passata dal 5,7 per cento al 7,6 per cento nei 12 anni di studio. I tassi di autismo hanno mostrato la crescita più rapida, dal 0,2 per cento a 0,7 per cento, mentre la perdita dell'udito è scesa di quasi un terzo.

Abbiamo bisogno di avere un progetto per questa percentuale di bambini che necessitano di servizi, ha affermato Maureen Durkin, un epidemiologo della University of Wisconsin-Madison"

Come ho letto il discorso di Bill Gates [6] - <http://www.whale.to/v/gates1.pdf> - sono rimasta allibita da tre cose. In primo luogo, quanto poco egli conosca l'argomento. Ci sono moltissimi errori sia nella logica che nei fatti di questa "agiografia vaccinologica" (per agiografia si intende comunemente tutto il complesso delle testimonianze che costituiscono la memoria della vita di un personaggio o di un evento di altissimo profilo, un santo ad esempio, e del culto a lui tributato, ndr); in secondo luogo dalla "standing ovation" che ha senza dubbio ottenuto per questa sua posizione e terzo, che l'OMS e altri "esperti" - che dovrebbero conoscere molto meglio le cose, non si preoccupano assolutamente di chiarire questa situazione.

Ma poi, se lo facessero veramente, che cosa dovrebbero dire ?

"Uhm ... Tutte le malattie che una volta chiamavamo "polio", causate da una serie di cose, tra cui il virus coxsackie, l'enterovirus, e gli echovirus, vernici al piombo e gas tossici diffusi nell'ambiente – a suo tempo riassunti in un'unica definizione, appunto la "polio", vengono ora suddivise in almeno due categorie differenti. Stiamo infatti raggruppando tutti i casi di malattia che sono chiaramente attribuibili al "polio-virus", mentre lasciamo da parte tutti gli altri casi, che definivamo comunque poliomielite, definendoli sotto un grande e amorfa voce come "Paralisi flaccida acuta", o AFP.

Riuscite a immaginare quale sarebbe stata la reazione dell'opinione pubblica di fronte ad una dichiarazione di questo genere ?

Ma ciò che davvero "spaventa" sulla mancanza di comprensione del fenomeno poliomielite, è che gran parte delle evidenze non sono a disposizione delle persone che hanno bisogno di conoscerle: ogni aspetto del dogma vaccinale è "un po' diverso" da quello che si trova attualmente nel sito dell'OMS o nella letteratura medica. Alcuni dei testi veramente illuminanti, che potevano fare immediatamente chiarezza su questo fenomeno, come il libro di J.R. Paul "La Storia di poliomielite", sono stati sistematicamente eliminati dalle librerie.

Eppure, anche se prendiamo le informazioni attualmente disponibili, ad es. nel sito dell'OMS, potremo concludere che la verità è già lì, "nascosta in bella vista". La ragione per cui la gente non la vede, è che non ne sa abbastanza della "diagnostica creativa", tanto da capire che quello che viene comunicato è senza ombra di dubbio una menzogna.

Certamente non si sa dove guardare per trovare le risposte alle questioni di fondo, perché per sapere dove cercare, bisogna conoscere le parole giuste. E se non avete mai sentito parlare prima di "Paralisi flaccida acuta" (AFP) sicuramente non la cercherete. E se non vi rendete conto poi che diagnosi di "Paralisi flaccida acuta INCLUDE l'AFP causata dalla poliomielite non penserete mai di collegarle.

Questa è la forza più grande che il sistema medico ha oggi: l'opinione pubblica, alla quale non sono state dette le cose come stanno veramente, pensa che sia sufficiente vivere in un'epoca tecnologicamente avanzata per conoscere automaticamente tutto quello che ha bisogno di sapere.

Perché la gente si rende conto di quanto poco sa? Forse perché la vita è così veloce – c'è così tanto da assimilare. .... Forse perché, in qualche modo, pensa che se hanno bisogno di sapere qualcosa, sarà consegnato a loro, come per diritto, magari sul proprio cellulare, in modalità pre-digerita.

Tratto da: <http://comilva.org/polio-e-lemmings/>