

# Antimonium crudum em doenças dermatológicas pediátricas: Uma série de casos de homeopatia clássica

Seema Mahesh, Tamara Kozymenko, Nataliia Kolomiets, George Vithoulkas

Publicado originalmente em 16 de dezembro de 2020

<https://doi.org/10.1002/ccr3.3674>

## Resumo

O remédio homeopático *Antimonium crudum* pode ser útil em muitas doenças dermatológicas pediátricas se prescrito pela similaridade dos sintomas. Pode ser especialmente útil na redução do uso de antibióticos e esteroides nessa faixa etária, caso se prove efetivo através de estudos científicos maiores.

**Palavras-chave:** pênfigo bolhoso, homeopatia, impetigo, dermatologia pediátrica

## 1. HISTÓRICO

Apresentamos três casos de impetigo e um caso de penfigoide bolhoso neonatal que foram beneficiados pelo remédio homeopático *Antimonium crudum*, o qual tem um amplo espectro de aplicações dermatológicas quando prescrito de acordo com a similaridade dos sintomas. Outros estudos clínicos maiores são necessários para estabelecer seu papel na dermatologia pediátrica.

O impetigo (ICD 10 L01.00)<sup>1</sup> é uma das queixas dermatológicas pediátricas mais comuns, causado por bactérias gram-positivas, e altamente contagioso. Pode ocorrer como uma infecção primária da epiderme, ou secundária a um trauma ou rompimento da pele. Embora a prevalência exata seja incerta, estima-se que seja responsável por 10% das queixas dermatológicas pediátricas. Meninos e meninas são igualmente afetados, e é mais comum na faixa etária dos 2 aos 5 anos. Mostra uma tendência sazonal e mais prevalente nas estações quentes e úmidas, isto é, no verão e no outono.<sup>2,3</sup> As crianças aborígenes australianas exibem a maior prevalência de impetigo (49%)<sup>4</sup>.

Os organismos causadores são principalmente os *Streptococcus* do grupo A (GAS), no tipo não bolhoso, e *Staphylococcus aureus* no tipo bolhoso. A ruptura da integridade da pele expõe os receptores de fibronectina, promovendo a colonização bacteriana. A autoinoculação ajuda as lesões a se espalharem ainda mais.<sup>2,3</sup> Clinicamente, esses dois tipos mostram padrões distintos. O impetigo não bolhoso muitas vezes aparece como vesículas que coalescem e se rompem, e o exsudato purulento forma a característica crosta cor de mel. A área rompida mostra uma base eritematosa. Disseminação rápida e lesões satélite podem ocorrer, com leve linfadenopatia localizada. Sintomas sistêmicos como a febre são tipicamente ausentes. O tipo bolhoso afeta quase que exclusivamente as crianças. Geralmente se apresenta como vesículas que formam bolhas flácidas contendo um fluido amarelo ou de coloração escura. Estas podem se romper, expondo uma base e bordas eritematosas. Crostas cor de mel não são formadas no impetigo bolhoso. Normalmente não ocorre linfadenopatia e a febre é uma apresentação comum.<sup>2,3</sup>

Má nutrição, diabetes e imunossupressão predis põem o indivíduo a desenvolver impetigo. Ele também é desencadeado por outras infecções virais, como o herpes e a varicela, e por outras causas de lesão na pele, como queimaduras, trauma e picadas de inseto.<sup>3</sup>

Como o diagnóstico do impetigo é, via de regra, um diagnóstico clínico (já que a cultura de esfregaço da pele não consegue diferenciar entre colonização cutânea e infecção), deve ser realizado o diagnóstico diferencial para outras lesões pruriginosas comuns na faixa etária pediátrica, como<sup>5</sup>:

- Herpes
- Sarna
- Dermatite atópica e de contato
- Varicela zoster
- Candidíase cutânea
- Impetigo de Bockhart

As crostas cor de mel características geralmente indicam impetigo e ajudam a diferenciar de outras lesões pruriginosas.

O tratamento geralmente envolve antibióticos tópicos e orais. Aproximadamente 20% dos casos de impetigo são passíveis de auto resolução, e os antibióticos têm demonstrado diminuir a duração da doença e evitar complicações que podem afetar os rins, impactar as articulações ou resultar em febre reumática aguda. Sem tratamento, o impetigo se resolve em duas a três semanas; com o tratamento, é resolvido em 10 dias.<sup>3</sup> Algumas aplicações de antibióticos mostraram que a melhora clínica pode ocorrer em 5 dias e a melhora microbiológica ocorrerá de 3 a 4 dias.<sup>6,7</sup>

A segunda doença que apresentamos aqui, ao contrário do impetigo, é bastante rara. Embora o verdadeiro incidente não tenha sido investigado, o penfigoide bolhoso é uma condição rara no grupo etário pediátrico (ICD 10 L12.0)<sup>1</sup> com pouco mais de cem casos reportados.<sup>8</sup> Clinicamente, pode ser diagnosticado pelas bolhas tensas com ou sem eritema subjacente e envolvimento da mucosa.<sup>9</sup> Uma doença autoimune imunomediada exibe anticorpos circulantes contra os antígenos BPA1/BP230 e BPA2/BP180 (colágeno XII-NC16A). O início da doença ocorre com o reconhecimento de IgG ao antígeno BP180. O envolvimento acral das bolhas é uma apresentação comum no tipo infantil<sup>10</sup> e pode ser diagnosticado pela presença de depósitos de C3 e IgG na biópsia de pele. Deve ser diferenciada de outras doenças bolhosas como<sup>11</sup>:

- Epidermólise bolhosa
- Epidermólise bolhosa adquirida
- Impetigo bolhoso
- Eczema disidrótico
- Dermatose IgA linear

Geralmente tem excelente prognóstico, já que responde bem aos corticosteroides. O tempo de resposta varia de algumas semanas a alguns meses, mas espera-se uma resolução completa dentro de um ano. Em 2014, foi proposto um algoritmo de tratamento que delineasse a abordagem para as formas graves e leves da doença. A primeira linha de

tratamento são os esteroides tópicos e, em casos graves da doença, envolvendo mais de 10% da superfície corporal, um esteroide sistêmico deve ser introduzido, o qual é retirado lentamente após remissão. Em casos de doença refratária, a deficiência de G6PD deve ser descartada.<sup>11, 12</sup>

Apresentamos, aqui, quatro pacientes com doenças dermatológicas pediátricas que foram curadas pelo remédio homeopático *Antimonium crudum*. Nenhum desses casos recebeu qualquer medicação convencional, e nenhum deles relatou qualquer reação adversa durante o tratamento.

## 2. SÉRIE DE CASOS

Apresentamos 4 casos de doenças dermatológicas pediátricas que foram beneficiadas pelo remédio homeopático *Antimonium crudum*. Três dessas crianças tinham impetigo e uma tinha penfigoide bolhoso neonatal. Esses pacientes foram tratados por médicas homeopatas na Ucrânia.

### 2.1 Caso 1

Um garoto ucraniano de sete anos de idade se apresentou no dia 07/06/2015 com lesões de disseminação rápida no rosto, nariz e braços. Havia uma fissura na narina esquerda (Figura 1). As lesões pareciam ser impetigo. Isso ocorreu após nadar e mergulhar em uma piscina gelada. Em um dia, a narina esquerda estava completamente obstruída por crostas de coloração mel, que se tornaram duras como pedra, com secreção de pus da pele abaixo de ambas as narinas. Outros pequenos focos apareceram no rosto do garoto.



Na apresentação



Pós-tratamento - Manhã seguinte

**Figura 1:** Caso 1 – apresentação e resultado com o tratamento.

### **2.1.1 Diagnóstico**

O diagnóstico foi feito por características clínicas, e os pais chamaram a homeopata.

### **2.1.2 Diagnóstico diferencial**

Eritema bolhoso multiforme e infecção pelo vírus do herpes simples (HSV).

Diferentemente do impetigo, o eritema bolhoso multiforme tende a afetar a superfície estendida das extremidades, e no HSV, geralmente há sintomas prodrômicos que estão ausentes no impetigo.<sup>13</sup>

### **2.1.3 Prescrição**

A primeira prescrição foi Mercurius solubilis 200C, que não teve efeito. Depois, foi dado uma dose de Antimonium crudum 30C.

### **2.1.4 Acompanhamento**

Na manhã seguinte, todas as pequenas crostas desapareceram do rosto e do nariz, surgiu uma secreção nasal esverdeada e todas as crostas grandes começaram a sangrar. Antimonium crudum 200C foi dado e, em um dia, todas as lesões estavam curadas.

## **2.2 Caso 2**

Um bebê ucraniano de 5 meses foi trazido para a homeopata com erupções de pele, diagnosticado pelo dermatologista como impetigo (estreptodermia) (Figura 2). As erupções surgiram aos 3 meses de idade, em maio de 2014, durante um resfriado, após hipotermia, primeiro no queixo e bochechas, depois no pescoço e parte de trás da cabeça, em seguida nas mãos, nádegas, genitália e calcanhares. As erupções eram periódicas, surgindo a cada duas semanas. Havia um caráter cíclico das lesões também, aparecendo sucessivamente como vesículas, úlceras, crostas e descamações (Figura 2). O garoto era calmo e sorridente durante o dia, chorando somente quando banhado em água fria. No entanto, durante a noite, ele era muito inquieto. O período de agravação das erupções era acompanhado por constipação, vômitos após mamar e saliva abundante e espessa. As erupções eram agravadas após o banho. A língua era coberta por um muco branco e espesso. Nenhum tratamento convencional foi dado.

### **2.2.1 Diagnóstico**

Diagnóstico clínico, baseado nas características apresentadas, feito pela médica homeopata.

### **2.2.2 Diagnóstico diferencial**

Pênfigo vulgar – embora as lesões fossem extensas, as membranas mucosas não foram afetadas, como acontece no pênfigo vulgar. O pênfigo foliáceo é muito semelhante, mas geralmente aparece em adultos.<sup>13,14</sup>

### **2.2.3 Prescrição**

No dia 20/07/2014, foi prescrito Antimonium crudum 12C uma vez ao dia.

Na apresentação



Após o tratamento



**Figura 2:** Caso 2 - apresentação e resultado com o tratamento.

#### **2.2.4 Acompanhamento**

Após três semanas, a mãe percebeu que o ciclo usual de duas semanas das erupções não apareceu. O remédio foi suspenso.

Dois meses depois, a pele melhorou completamente. A criança não teve problemas de pele durante os seis meses de acompanhamento.

### **2.3 Caso 3**

Menino ucraniano de seis anos de idade com erupções de pele. O garoto frequentava bastante uma piscina de águas quentes; porém, em certa ocasião, a água estava fria. Após alguns dias do banho em água fria, uma área úmida apareceu na mão direita, com pequenas espinhas. Muitas vesículas no rosto, corpo e braços, que se abriam com secreções pegajosas, formado uma espessa crosta amarela. (Figura 3)

#### **2.3.1 Diagnóstico**

Foi realizado baseado em características clínicas, pela médica homeopata.



**Figura 3:** Caso 3 - apresentação e resultado com o tratamento.

### 2.3.2 Diagnóstico diferencial

Semelhante ao caso 1, este caso precisou ser diferenciado do eritema bolhoso multiforme e de infecção pelo HSV. O surgimento das crostas cor de mel no rosto e a ausência de sintomas prodrômicos apontavam para o diagnóstico de impetigo.

### 2.3.3 Prescrição

Graphites 30C foi prescrito no dia 10/09/2014, e Graphites 200C foi prescrito no dia 11/09/2014. A condição da pele piorou; algumas bolhas grandes apareceram na testa, dedos e braços. Erupções intensas surgiram ao redor dos olhos e debaixo do braço direito. Ele não conseguia abrir os olhos e levantar o braço. As erupções coçavam com queimação. A criança arrancava as crostas durante a noite e ficava muito irritada. A área debaixo do braço direito parecia escaldada e doía muito. Outras vesículas apareceram no braço esquerdo.

No dia 16/09/2014, foi dado Antimonium crudum 10M.

### 2.3.4 Acompanhamento

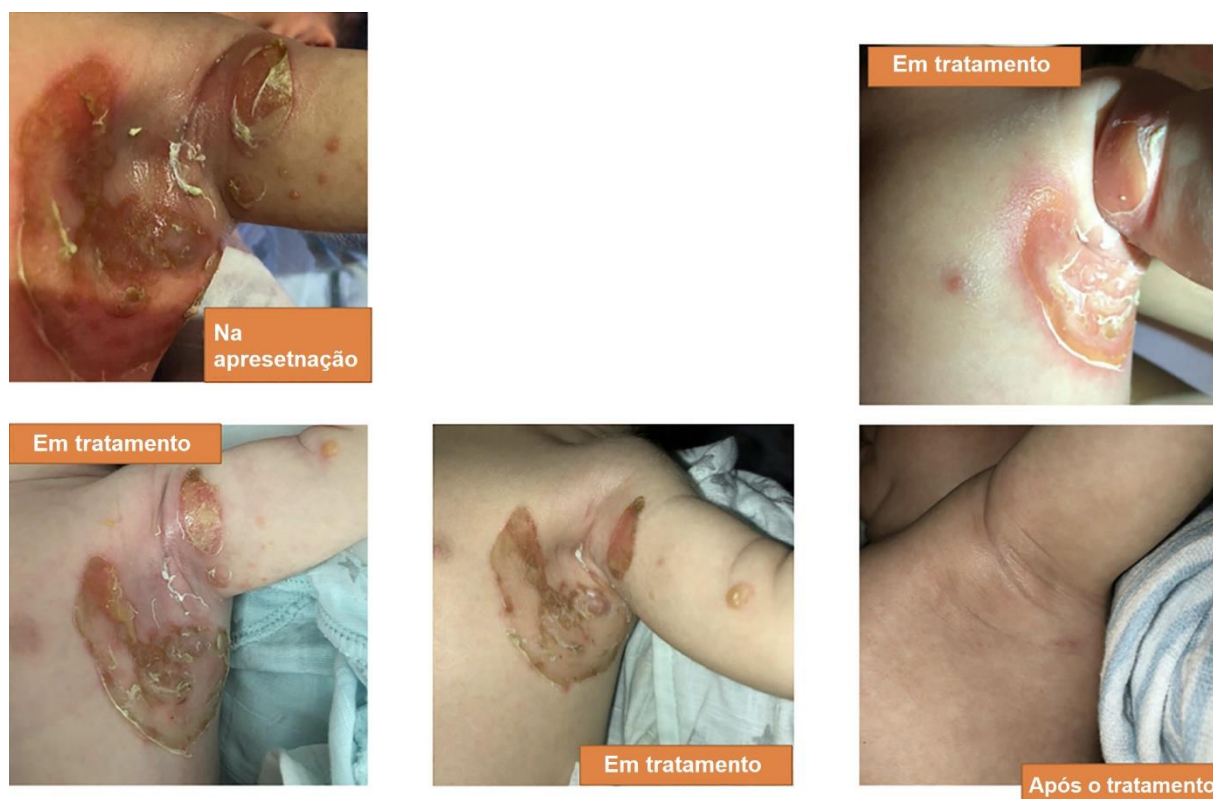
No dia 17/09/2014, a disseminação das erupções cessou, o prurido diminuiu e as erupções úmidas secaram e desenvolveram crostas, que descolaram sem secreção. O rosto estava completamente limpo.

No dia 20/09/2014, restavam apenas leves crostas no membro superior esquerdo e na axila. As demais áreas tinham melhorado.

No dia 27/09/2014, todas as erupções cutâneas tinham desaparecido e a pele estava sã.

## 2.4 Caso 4

Uma criança ucraniana, de 10 dias de vida, residente nos Estados Unidos, com pênfigo bolhoso neonatal, foi vista por uma homeopata. No sétimo dia após o nascimento, surgiram bolhas amarelas na axila esquerda, que depois se romperam e tornaram-se úmidas na superfície, com uma secreção amarela e pegajosa. (Figura 4)



**Figura 4:** Caso 4 - apresentação e resultado com o tratamento.

### 2.4.1 Diagnóstico

No hospital, a criança foi clinicamente diagnosticada com “penfigoide bolhoso neonatal” (PB), e foi recomendado introdução intravenosa imediata de antibióticos para prevenção de sepse. Não foi conduzida investigação de imunofluorescência, o que teria sido desejável para confirmação do diagnóstico.

Neste ínterim, foi feita uma vídeo-consulta com a homeopata ucraniana. A criança tinha muco branco e espesso na língua, semelhante a candidíase. A condição geral, o sono, e o apetite estavam normais, e o bebê não tinha sido vacinado.

### 2.4.2 Diagnóstico diferencial

Os critérios clínicos estabelecidos para o diagnóstico da PB infantil são através da apreciação de bolhas tensas com ou sem eritema subjacente ou envolvimento da mucosa. O surgimento de bolhas e placas de urticária no tronco, com bolhas tensas nas extremidades, é uma característica da PB infantil.<sup>8,9,11</sup>

O principal diagnóstico diferencial é o impetigo bolhoso, que não exibe placas de urticária como na PB. A epidermólise bolhosa pode ser difícil de ser diagnosticada clinicamente, mas geralmente requer traumas menores para as lesões aparecerem, e o curso da doença é muito mais grave que na PB.

O tratamento homeopático foi iniciado antes da introdução dos antibióticos.

#### **2.4.3 Prescrição**

Uma dose de Antimonium crudum 30C foi dada no dia 30/03/2018.

#### **2.4.4 Acompanhamento**

Mudanças imediatas foram percebidas, evitando a necessidade do uso de antibióticos.

No dia 06/04/2018, as secreções purulentas diminuíram completamente, e não foi observado mais disseminação das erupções.

No dia 08/08/2018, a criança estava livre de queixas, sem recaídas até o momento.

### **3. DISCUSSÃO**

A homeopatia clássica aborda qualquer condição de uma maneira holística e individualizada. Isso significa que, para escolher um remédio, ela considera a predisposição hereditária, o estresse circunstancial, as doenças sofridas no passado, as características da resposta imune, os medicamentos dados, as respostas a essas drogas e o diagnóstico atual com a sintomatologia detalhada.<sup>15,16</sup> A farmacopeia homeopática inclui muitas drogas que têm ação predominantemente na pele,<sup>17</sup> e muitas condições díspares mostraram excelente resposta clínica a elas.<sup>18-21</sup> Nwabudike, em 2016, publicou um relato de caso homeopático de impetigo em um homem idoso<sup>22</sup> que se beneficiou de um remédio homeopático diferente, o Hepar sulphuricum.

O Antimonium crudum, sulfeto negro ou sulfeto nativo de antimônio, é outro remédio desses que tem efeito em doenças de pele,<sup>23,24</sup> preparado homeopaticamente, segundo a Classe VII da farmacopeia indiana.<sup>25</sup> As experimentações homeopáticas do remédio produziram muitos sintomas clínicos que indicam sua relevância no impetigo e em outras doenças dermatológicas. Pústulas com base hiperemiada e inflamada, sensível ao toque, são uma indicação para Antimonium crudum<sup>23</sup> que se assemelha ao impetigo e às doenças bolhosas. A semelhança semiótica entre os sintomas produzidos durante a experimentação do Antimonium crudum e os produzidos pelo paciente nos dá a indicação sobre as condições dermatológicas em que o medicamento será útil homeopaticamente.<sup>23</sup>

Embora a ação farmacológica dos remédios homeopáticos ainda precise ser comprovada, o Antimonium crudum se mostrou benéfico na leishmaniose murina por meio de uma promoção distinta da atividade das células B.<sup>26-27</sup> O remédio apresentou atividade imunomoduladora, em que promoveu a predominância de Th1 e auxiliou no controle do processo infeccioso.<sup>28</sup> As citocinas associadas às células Th2 demonstraram estar envolvidas na patogênese do PB,<sup>29</sup> e a promoção de Th1 pelo remédio homeopático pode ser uma forma de mudança para uma resposta inflamatória eficiente, levando à resolução da doença. A atividade das células B mostrou-se crucial para a efetiva melhora das infecções<sup>30</sup> e, também,



para a formação de uma memória imunológica adequada,<sup>31</sup> um mecanismo provável pelo qual a preparação homeopática *Antimonium crudum* é efetiva em infecções dermatológicas comuns, como o impetigo.

Nos casos apresentados, os três primeiros eram infecções, e o último era uma doença autoimune. As indicações para o remédio homeopático, no entanto, não se restringem ao diagnóstico. O mesmo remédio pode ser indicado em infecções ou em doenças autoimunes, devido a outros sintomas associados, especialmente aqueles que não parecem ser uma consequência direta da patologia. Por exemplo, pacientes que requerem *Antimonium crudum* geralmente têm uma camada branco-leitosa na língua. Também apresentam um desejo inexplicável por pepinos e picles.<sup>23,32</sup> A linha comum nos casos acima eram as agravações à noite e a agravação pelo banho frio. Tais peculiaridades podem parecer insignificantes, mas, para os homeopatas, elas são de suma importância. A ideia é que, em um estado patológico, não somente o órgão ou sistema local é afetado, mas ocorre uma afecção geral, alterando muitas faculdades do ser. Somente considerando esse perfil inteiro indicamos o remédio correto. Essa ideia não é mais improvável, já que estudos mostram a natureza sistêmica da inflamação, da resposta imune e do comportamento de doença.<sup>33,34</sup> Enquanto estão sendo estudadas de maneira generalizada pela medicina convencional para se entender as mudanças comuns em todo o espectro da doença, a homeopatia considera essas mudanças a nível individual e, assim, tem tratado há séculos. Nesses casos, essa abordagem se provou benéfica.

#### **4. CONCLUSÕES**

O remédio homeopático *Antimonium crudum* foi positivo nos quatro casos de patologias dermatológicas pediátricas aqui apresentadas. O *Antimonium crudum* pode ajudar na diminuição da exposição aos antibióticos em crianças com doenças de pele, um desenvolvimento bem-vindo nessa era de resistência aos antibióticos. A relevância dessa droga, em potências homeopáticas, para condições cutâneas necessita de mais investigação com estudos científicos.

#### **RECONHECIMENTO**

Publicado com o consentimento por escrito dos pacientes.

#### **CONFLITO DE INTERESSES**

Os autores não têm conflitos de interesses a declarar.

#### **CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES**

T.K. e N.K. foram as primeiras médicas a tratarem os pacientes, a obterem os dados e a analisá-los para o estudo. S.M. redigiu o artigo e obteve as referências. G.V. foi o mentor, aprovador final e avalizador do trabalho. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do artigo.

#### **DECLARAÇÃO DE ÉTICA**

A aprovação ética não foi solicitada, pois o relatório é dos resultados do tratamento e não um experimento. Os pais dos pacientes foram explicados sobre a publicação e forneceram consentimento por escrito para tal.

## **CONSENTIMENTO PARA PUBLICAÇÃO**

Foi obtido consentimento escrito dos pais para publicação dos detalhes e fotografias do caso de seus tutelados.

## **REFERÊNCIAS**

1 World Health Organization. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision. In, 2nd edn. Geneva: World Health Organization; 2004. Google Scholar

2 Newberger R, Gupta V. Streptococcus Group A. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2020, StatPearls Publishing LLC; 2020. Google Scholar

3 Nardi NM, Schaefer TJ. Impetigo. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Copyright © 2020, StatPearls Publishing LLC; 2020. Google Scholar

4 Romani L, Steer AC, Whitfeld MJ, Kaldor JM. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* 2015; 15(8): 960- 967. CrossrefPubMedWeb of Science®Google Scholar

5 Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. *Am Fam Phys.* 2014; 90(4): 229- 235. PubMedWeb of Science®Google Scholar

6 Rosen T, Albareda N, Rosenberg N, et al. Efficacy and safety of ozenoxacin cream for treatment of adult and pediatric patients with impetigo: a randomized clinical trial. *JAMA Dermatol.* 2018; 154(7): 806- 813. CrossrefPubMedWeb of Science®Google Scholar

7 Torrelo A, Grimalt R, Masramon X, Albareda López N, Zsolt I. Ozenoxacin, a new effective and safe topical treatment for impetigo in children and adolescents. *Dermatology.* 2020; 236(3): 199- 207. CrossrefCASPubMedWeb of Science®Google Scholar

8 Miyamoto D, Santi CG, Aoki V, Maruta CW. Bullous pemphigoid. *Anais Bras Dermatol.* 2019; 94: 133- 146. CrossrefPubMedWeb of Science®Google Scholar

9 Nemeth AJ, Klein AD, Gould EW, Schachner LA. Childhood bullous pemphigoid: clinical and immunologic features, treatment, and prognosis. *Arch Dermatol.* 1991; 127(3): 378- 386. CrossrefCASPubMedGoogle Scholar

10 Di Lernia V, Casanova DM, Goldust M, Ricci C. Pemphigus Vulgaris and Bullous Pemphigoid: Update on Diagnosis and Treatment. *Dermatol Pract Concept.* 2020; 10(3):e2020050. CrossrefPubMedGoogle Scholar

11 Schwieger-Briel A, Moellmann C, Mattulat B, et al. Bullous pemphigoid in infants: characteristics, diagnosis and treatment. *Orphanet J Rare Dis.* 2014; 9: 185. CrossrefPubMedWeb of Science®Google Scholar

- 12 Ferreira BR, Vaz AS, Ramos L, Reis JP, Gonçalo M. Bullous pemphigoid of infancy - report and review of infantile and pediatric bullous pemphigoid. *Dermatol Online J.* 2017; 23(2). PubMedGoogle Scholar
- 13 Brown J, Shriner DL, Schwartz RA, Janniger CK. Impetigo: an update. *Int J Dermatol.* 2003; 42(4): 251- 255. Wiley Online LibraryCASPubMedWeb of Science®Google Scholar
- 14 Schwartz RA, Slawomir M, Robin T, S. MS, Foliaceus P. WebMD LLC. Dermatology Web site. <https://emedicine.medscape.com/article/1064019-overview>. Published 2020. Updated March 2020. Accessed 28/11/2020, 2020. Google Scholar
- 15 Hahnemann S. Organon of medicine. B. Jain publishers. 2002. Google Scholar
- 16 Vithoukias G. The science of homeopathy. B. Jain Publishers. 2002. Google Scholar
- 17 Vithoukias Compass v5.1. Vithoukias Compass; 2020. <https://vc.vithoukiascompass.com/#url=mycompass/index> Google Scholar
- 18 Mahesh S, Vithoukias G, Gangrene MM. Five case studies of gangrene, preventing amputation through Homoeopathic therapy. *Indian J Res Homoeopathy.* 2015; 9(2): 114- 122. CrossrefGoogle Scholar
- 19 Mahesh S, Mallappa M, Tsintzas D, Vithoukias G. Homeopathic treatment of vitiligo: a report of fourteen cases. *Am J Case Rep.* 2017; 18: 1276- 1283. CrossrefPubMedWeb of Science®Google Scholar
- 20 Mahesh S, Shah V, Mallappa M, Vithoukias G. Psoriasis cases of same diagnosis but different phenotypes-Management through individualized homeopathic therapy. *Clin Case Rep.* 2019; 7(8): 1499- 1507. Wiley Online LibraryPubMedWeb of Science®Google Scholar
- 21 Nwabudike LC. Palmar and plantar psoriasis and homeopathy – Case reports. *Our Dermatol Online.* 2017; 8(1): 66- 69. CrossrefGoogle Scholar
- 22 Nwabudike LC. Impetigo and homeopathy—a case study. Google Scholar
- 23 Kent JT. Lectures on Materia Medica. New Delhi, India: B Jain Publishers Pvt Ltd; 1995. Google Scholar
- 24 Clarke JH. A Dictionary of Practical Materia Medica, vol 1. New Delhi: B Jain Publishers Pvt Ltd; 1999. Google Scholar
- 25 India Homoeopathic Pharmacopoeia Committee, India Ministry of Health, Family Welfare. Homoeopathic Pharmacopoeia of India (H.P.I.). Controller of Publications; 1974. Google Scholar
- 26 Rodrigues de Santana F, de Paula CC, Cardoso TN, et al. Modulation of inflammation response to murine cutaneous Leishmaniasis by homeopathic medicines: Antimonium crudum 30cH. *Homeopathy.* 2014; 103(4): 264- 274. CrossrefPubMedWeb of Science®Google Scholar

- 27 de Santana FR, Dalboni LC, Nascimento KF, et al. High dilutions of antimony modulate cytokines production and macrophage - Leishmania (L.) amazonensis interaction in vitro. *Cytokine*. 2017; 92: 33- 47. CrossrefPubMedWeb of Science®Google Scholar
- 28 Cajueiro APB, Goma EP, Dos Santos HAM, et al. Homeopathic medicines cause Th1 predominance and induce spleen and megakaryocytes changes in BALB/c mice infected with *Leishmania infantum*. *Cytokine*. 2017; 95: 97- 101. CrossrefCASPubMedWeb of Science®Google Scholar
- 29 Tabatabaei-Panah P-S, Moravvej H, Alirajab M, et al. Association between TH2 Cytokine Gene Polymorphisms and Risk of Bullous Pemphigoid. *Immunol Invest*. 2020; 1- 13. CrossrefPubMedWeb of Science®Google Scholar
- 30 Rauch PJ, Chudnovskiy A, Robbins CS, et al. Innate Response Activator B Cells Protect Against Microbial Sepsis. *Science*. 2012; 335(6068): 597. CrossrefCASPubMedWeb of Science®Google Scholar
- 31 Batista FD, Harwood NE. The who, how and where of antigen presentation to B cells. *Nat Rev Immunol*. 2009; 9(1): 15- 27. CrossrefCASPubMedWeb of Science®Google Scholar
- 32 Vithoulkas G. *Materia Medica Viva*. International Academy of Classical Homeopathy; 1997. Google Scholar
- 33 Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci*. 2008; 9(1): 46- 56. CrossrefCASPubMedWeb of Science®Google Scholar
- 34 Mezzano S, Olavarría F, Ardiles L, López MI. Incidence of circulating immune complexes in patients with acute poststreptococcal glomerulonephritis and in patients with streptococcal impetigo. *Clin Nephrol*. 1986; 26(2): 61- 65. CASPubMedWeb of Science®Google Scholar