

Un caso di pericardite recidivante con versamento pericardico trattato omeopaticamente

Lavoro presentato al XVI Congresso Nazionale FIAMO - Torino 16 - 18 marzo 2018, riveduto per la pubblicazione.

RIASSUNTO

Sono tre le ragioni per cui riteniamo che sia interessante presentare questo caso:

1. Si tratta di una patologia grave, con possibilità di complicanze anche mortali per il paziente. 2. Questo paziente è stato curato interamente con una terapia omeopatica classica, dopo il fallimento della terapia convenzionale. 3. Il caso è documentato dagli esami e dai referti degli Specialisti della Medicina Convenzionale, fino a constatare la remissione completa della malattia. L'obiettivo era la guarigione del paziente, ed è stato conseguito con stabilizzazione dello stato di salute. È stato preso in cura un paziente attualmente di 59 anni, presentatosi nel 2013 per una lunga serie di pericarditi acute recidivanti, iniziate nel 2009. Nonostante la terapia specifica messa in atto, la patologia si ripeteva circa ogni tre mesi. È stato utilizzato l'approccio tradizionale unicista proposto dai Dott. Schmidt e Kunzli e suggerito attualmente presso la Clinica Santa Croce di Locarno, che prevede l'utilizzo, basato sull'uso rigoroso del Repertorio, di rimedi unitari secondo la sequenza, ove possibile: rimedio acuto - rimedio organoterapico - rimedio costituzionale. Nel frattempo il paziente era seguito dagli Specialisti ospedalieri che effettuavano, secondo le visite programmate, esami di laboratorio e esami strumentali. Dal marzo 2015 la pericardite non è più stata osservata, e il paziente è stabilmente in buona salute.

Il trattamento omeopatico classico si è dimostrato efficace nella cura di una grave patologia organica cronica, in cui la terapia convenzionale si era rivelata insufficiente.

Pur nei limiti di un singolo caso clinico, quindi in mancanza di una casistica, questo lavoro mostra che cosa può fare un rimedio omeopatico anche in presenza di malattie lesionali gravi. Il follow up, di tre anni dopo la guarigione, è significativo (le pericarditi si ripetevano ogni tre mesi).

PAROLE CHIAVE

Pericardite acuta, versamento pericardico, pericardite ricorrente, epiteloma basocellulare, repertorizzazione, rimedio unitario, cambio del rimedio, rimedi acuti, rimedi organoterapici, rimedi miasmatici, rimedi costituzionali.

SUMMARY

This clinical case is interesting for three reasons: 1. This is a severe disease, and the patient may be in danger of life. 2. The patient has been treated entirely with an homeopathic treatment, after the conventional treatment failure. 3. This case is documented by exams and reports from Experts in the Conventional Medicine, up to establish the remission.

The goal was the patient recovers, that has been achieved with the health's stabilization.

The patient who has been taken in care today is 59 years old, he came in 2013 because of a long series of relapsed acute pericarditis, started in 2009. After a specific therapy, symptoms returned every 3 months. Has been used the traditional approach of uniqueness by Dr. Schmidt and Dr. Kundzli and recommended by Clinica Santa Croce located in Locarno, based on the reading of Repertoire, which required the use of unit remedies according to the sequence: acute cure – organotherapeutic cure – constitutional cure. In the meantime the patient was monitored by hospital Practitioners who carried out laboratory tests and procedures. Since March 2015 the patient is healthy, without symptoms of pericarditis.

The classical homeopathic treatment has proved effective in the care of a serious organic chronic disease, where the conventional therapy has proved inadequate.

Although it is only one clinical case, without a case study, this work shows what an homeopathic remedy can cure, even with severe disease. After three years of recovery this follow up is substantial.

KEY WORDS

Acute pericarditis, pericardial effusion, relapsed pericarditis, basal cell epithelioma, indexing, unit cure, exchange of the cure, acute cure, organotherapeutic cure, miasma cure, constitutional cure.

INTRODUZIONE

La pericardite è una sindrome infiammatoria (acuta o subacuta) che colpisce il pericardio, accompagnata da alterazioni degli indici infiammatori (VES, PCR, CK). È responsabile del 5% degli accessi ai Dipartimenti di Emergenza per dolore toracico. Spesso produce dolore intenso, che aumenta in alcune posizioni o per l'inspirazione profonda, e che può essere irradiato.

Una piccola quantità di liquido fra i due foglietti pericardici è fisiologica, ma durante l'infiammazione il liquido può aumentare. Si parla in questo caso di versamento pericardico, che può avere entità molto variabile e che di solito si risolve con la terapia medica.

Sono spesso presenti alterazioni dell'Elettrocardiogramma, a volte anche molto importanti, come le alterazioni del tratto ST (che però non sono tipiche). A volte l'auscultazione rivela sfregamenti pericardici.

SINTOMI. Quelli più comuni sono febbre, astenia e dispnea. Il dolore toracico è simile a quello causato dalla ischemia, quindi è localizzato alla regione precordiale, irradiato alla spalla e arto superiore sinistro, e al collo sul lato sinistro.

In modo caratteristico, il dolore della pericardite si aggrava con i movimenti del torace e con la tosse. Il paziente spesso assume una posizione genupettorale.

I sintomi sono proporzionati all'entità del versamento, che però di solito è una complicanza. In questo paziente il versamento è presente, infatti i sintomi dell'episodio acuto sono piuttosto forti. A volte possono verificarsi modeste aritmie, generalmente atriali.

CAUSE. La causa della pericardite di solito è sconosciuta, ma molte malattie di origine infettiva o immunologica possono causare questa malattia. Probabilmente i virus sono la causa della maggior parte di pericarditi nei Paesi occidentali, e innescano un processo autoimmune. La maggior parte degli episodi di pericardite sono definiti "idiopatici", che è una diagnosi di esclusione, dopo indagini su infezioni batteriche, virali, e per individuare eventuali malattie autoimmuni. "Non è obbligatoria la ricerca eziologica per tutti i pazienti" (Linee Guida ESC 2015). All'origine di una pericardite ci possono essere infarto, tubercolosi, immunodeficienze, insufficienza renale, leucemie, traumi del torace. L'ipotiroidismo può essere una causa.

I versamenti pericardici a volte sono asintomatici o non accompagnati da infiammazione. Se non viene individuata alcuna causa, il versamento è monitorato nel tempo, quando possibile evitando pericardiocentesi o manovre invasive diagnostiche. Malattie autoimmuni come Lupus Eritematoso Sistemico, Artrite Reumatoide, Sindrome di Sjogren, Febbre Reumatica, sono cause tipiche di pericardite.

Nella maggior parte dei casi, le pericarditi che giungono alla visita ospedaliera finiscono per essere classificate come idiopatiche.

TERAPIA. La terapia si basa sull'utilizzo di farmaci antinfiammatori (FANS) e aspirina ad alte dosi: quindi è una terapia generalmente sintomatica, non può prevenire le recidive. Per la prevenzione delle recidive, molti studi indicano l'utilità delle Colchicine, anche a basso dosaggio (0,5 – 1 mg. pro die). La cura con cortisone è più diffusa, ma è una causa frequente di ricadute. Si usano antibiotici in caso di sospetto di infezione.

PROGNOSI. Le Linee Guida ESC 2015 distinguono la pericardite "cronica" e la pericardite "ricorrente". Il termine

"cronico" è riferito ad una malattia che persiste da oltre 3 mesi. La pericardite "ricorrente" è diagnosticata in presenza di un episodio documentato di pericardite acuta, seguito da una recidiva di pericardite dopo un intervallo libero di almeno 4 – 6 settimane.

Il tasso di recidiva dopo un primo episodio di pericardite varia dal 15 al 30 %, e può arrivare al 50 % soprattutto in pazienti trattati con terapia corticosterioidica.

Le complicanze gravi non sono frequenti nella pericardite ricorrente idiopatica. Il tamponamento cardiaco è raro. Le Linee Guida ESC 2015 dichiarano: "Diventa importante assicurare i pazienti sulla loro prognosi, spiegando la natura della malattia e il probabile decorso. (...) Tuttavia, la qualità di vita può essere gravemente compromessa nei pazienti con recidive ripetute". Queste osservazioni confermano l'impossibilità di curare la natura ricorrente della malattia.

MATERIALI E METODI

Presentiamo un caso clinico di pericardite recidivante, associata a versamento pericardico, che si presenta particolarmente interessante per tre ragioni:

- 1) si tratta di una patologia organica grave, ormai cronicizzata dopo ripetuti trattamenti convenzionali che non hanno risolto il suo andamento ricorrente;
- 2) il paziente, dopo il fallimento della terapia convenzionale, è stato trattato unicamente con la terapia omeopatica tradizionale, fino alla guarigione clinica e strumentale che è documentata;
- 3) il caso è stato controllato regolarmente dagli Specialisti della medicina convenzionale, dei quali abbiamo a disposizione le accurate relazioni, fino a constatarne la guarigione.

E' stata usata una procedura omeopatica classica, basata sulla raccolta della totalità dei sintomi, sulla repertorizzazione dei sintomi con Repertorio informatizzato (è stato usato il programma Radar Synthesis 10.5) e sulla prescrizione di rimedi unitari, quando indicato in scala crescente, secondo le indicazioni del Dott. Hahnemann, di Kent, dei Dott. Kunzli e Spinedi. In particolare abbiamo fatto riferimento ai seguenti aforismi dell'Organon: dal 6 al 18; 71; 72; 73; 171; dal 172 al 182; 183 e 184. Abbiamo seguito le indicazioni del I volume delle Malattie Croniche, in merito al cambio di rimedio quando, dopo una prescrizione, rimangono alcuni sintomi del paziente ancora da curare ("le malattie consistono solamente in gruppi di certi sintomi", aforisma 71). Abbiamo seguito i suggerimenti di Kunzli e

Spinedi riguardo al metodo di repertorizzazione e al trattamento delle malattie neoplastiche, che devono essere considerate come malattie defettive ovvero unilaterali (aforismi dal 172 al 182 dell'Organon).

Abbiamo effettuato le prescrizioni seguendo la Scala di Kent, cioè con dinamicizzazioni crescenti ripetute dopo un tempo minimo di 40 giorni, ripetendo la stessa potenza solo due volte al massimo, per passare poi alla potenza successiva: due volte la 200, due volte la M, due volte la XM, due volte la CM, per poi ricominciare da principio. Questa prescrizione è descritta accuratamente nei Minor Writings di Kent, che l'ha proposta negli ultimi anni della sua attività.

RISULTATI

IL CASO CLINICO

Nel marzo 2013 una mia cara paziente mi chiede, vivamente preoccupata: "E' possibile curare con l'omeopatia una pericardite recidivante?"

Racconta che il marito, un omeopata, dal 2009 soffre di episodi ricorrenti di pericardite acuta con versamento pericardico. Le cure convenzionali, correttamente messe in atto sia in Ospedale sia alla Clinica Universitaria di Torino, si sono mostrate efficaci nel risolvere i singoli episodi, ma non hanno interrotto il ripetersi di nuove crisi.

Accetto di prendere in cura il nuovo paziente (sia lui sia la moglie sono docenti universitari) dopo avere spiegato, come di consueto, che non posso garantire il risultato, ma che in molti casi l'omeopatia riesce ad interrompere la cronicità di una malattia che non si risolve. ANAMNESI. Il professor Giorgio ... all'età di venti anni ha avuto verruche plantari, che ha asportato da solo con tecniche rudimentali. Le verruche non sono ricomparse, però riferisce episodi recidivanti di uretrite dopo i 27 anni, continuati per due anni e poi cessati con terapia farmacologica.

Dopo queste ripetute soppressioni, ha sviluppato una colite ulcerosa a 34 anni, protrattasi con sintomi non costanti fino a 40 anni. E' stata curata con un trattamento convenzionale e si è progressivamente esaurita.

E' un appassionato di vita nella natura, ha fatto la Guardia Forestale e ora è Ricercatore biologo alla Università di Torino. Discreto bevitore anche di superalcolici, presenta da anni una steatosi epatica che sembra non dargli grandi problemi.

Robusto, massiccio, di poche parole, ha scelto la carriera universitaria per interesse culturale, ma non ha mai gradito parlare in pubblico, per cui alla attività di docente ha preferito quella di ricercatore; in realtà, nelle occasioni in cui tiene lezioni agli studenti, è sempre stato un relatore brillante e accurato, anche se questa prestazione gli richiede uno sforzo emotivo particolare.

LA MALATTIA. A partire dalla primavera 2009 (cioè a 51 anni), quest'uomo dalla apparenza sana e solida incomincia a soffrire di disturbi preoccupanti al torace. Dolore al pericardio, febbricola a 37,5 °C, insufficienza respiratoria peggiorati con l'inspirazione e il clinostatismo.

Ricoverato dal 6 all'8 aprile 2009 presso la Cardiologia Universitaria (Ospedale Molinette di Torino), viene di-

nesso con la diagnosi generica di "dolore toracico atipico".

In realtà erano i primi segni della pericardite, che, come riferisce il paziente, da allora si ripetono "circa ogni tre mesi: una decina di ricadute".

La corretta diagnosi di pericardite viene posta successivamente presso l'Ambulatorio cardiologico ASL. La prima documentazione scritta rintracciata è del 2013. La diagnosi viene espressa in modo chiaro il 25.2.2013 presso l'Ambulatorio Malattie Miopericardiche dell'ospedale Maria Vittoria di Torino: "Pericardite acuta con possibile sfregamento pericardico. Lieve versamento pericardico. ST diffusamente sopralivellato". La terapia è quella sintomatica abitualmente adottata secondo le linee Guida ESC: flectadol e colchicina. Non è ritenuto utile un approfondimento eziopatogenetico.

Tre giorni dopo il paziente ritorna

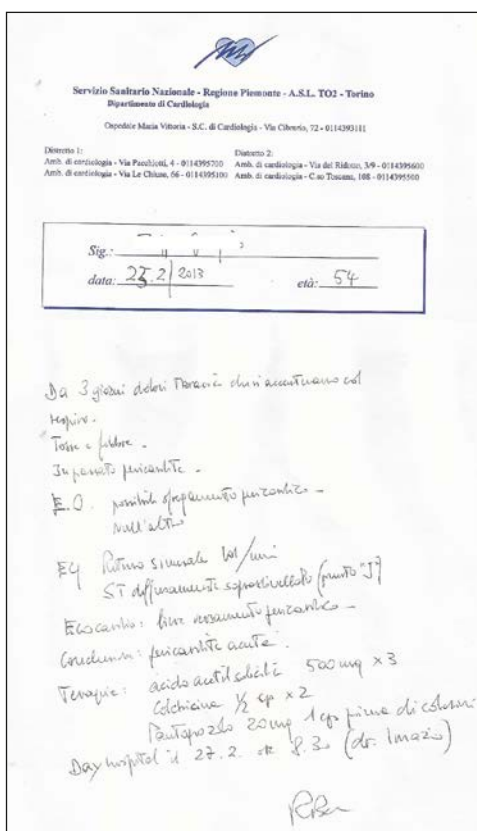


Fig. 1. Diagnosi di pericardite acuta.

SSN - Regione Piemonte - ASL TO2
 Ospedale Maria Vittoria - S.C. Cardiologia - Resp.le Dr. R. Belli
 Via Cibrario, 72 - 10144 Torino - 0114393111

Ambulatorio Malattie Miopericardiche

Cognome: [redacted] Nome: [redacted]
 Data di nascita: [redacted] Sesso: M Età: 54
 C.F.: [redacted]

Data primo evento: [redacted] Data: 27/02/2013

Diagnosi

Recidiva Attack Rate 1: 0.00 Attack Rate 2: 0.00

PERICARDITE RICORRENTE IDIOPATICA. IPERTENSIONE ARTERIOSA.

Anamnesi patologica remota: 04/2009 pericardite acuta ad esordio pseudo-infarziale; eseguita coronarografia che ha escluso coronaropatia. Trattato con paracetamolo. Successive recidive circa 1 volta/anno trattate con paracetamolo e riposo

02/2013 febbre/sindrome parainfluenzale e recidiva di sintomi pericardiaci prescritta aspirina e colchicina

Eziologia

Idiopatica

Trattamento

Caratteristiche cliniche alla presentazione

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Febbre > 38°C | <input type="checkbox"/> Tamponamento cardiaco |
| <input type="checkbox"/> Decorso subacuto | <input type="checkbox"/> Miocardite |
| <input type="checkbox"/> Immunosoppressione | <input type="checkbox"/> Aritmia fisica precoce |
| <input type="checkbox"/> TAO | <input type="checkbox"/> Terapia corticosteroidica |
| <input type="checkbox"/> Trauma | <input type="checkbox"/> Terapia |
| <input type="checkbox"/> Segni di insufficienza ventricolare | <input checked="" type="checkbox"/> Nessun fattore di rischio |
| <input type="checkbox"/> Versamento pericardico grave | <input type="checkbox"/> Allattamento |

Esame Fisico:
 PA 160/90mmHg, lito in sede, toni ritmici

ECG: RITMO SINUSALE SOPRASVILVAMENTO DIFFUSO ST/T

ECCO:
 Normale cinesì e funzione ventricolare ax con minimo versamento pericardico posteriore.

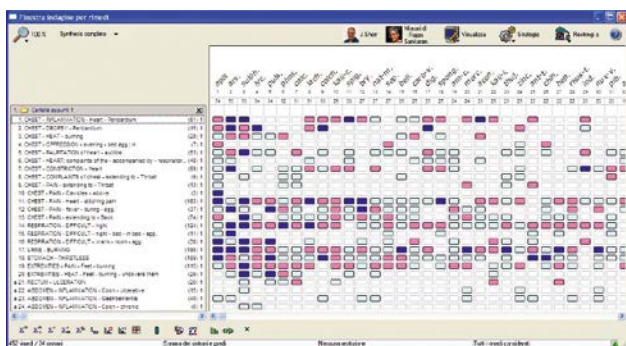
Commento: recidiva di pericardite; invio in DEA per controllo rx torace proteina C reattiva, emocromo, AST ALT CK, creatinina Na-K e troponina: se evidenza di miocardite ricovero

Terapia: esomeprazolo 40mg 1cp al mattino a digiuno
 Flectadol 1000mg x 3/die per 7gg poi 750mg x 3/die per 7gg e poi 500mg x 3/die per 7gg
 Colchicina 1mg 1/2cp al mattino dopo colazione per 3-6 mesi se tollerata (può aumentare la dose a 1/2cp x 2/die dopo la prima settimana se tollerata)

Controlli: diario pressorio

Fig. 2. Diagnosi di pericardite acuta ricorrente.

in ospedale perché sta male: tosse, dolore toracico, febricola. Diagnosi: “Pericardite ricorrente idiopatica. Iper-tensione arteriosa. Sopralivellamento diffuso ST/T”. La terapia è la stessa, da proseguire per sei mesi. Appunto nel mese di marzo 2013 la gentile e sensibile consorte del Prof. Giorgio chiede la mia consulenza, e meno di un mese dopo, il 27.3.2013, visito il paziente per la prima volta e faccio la prima repertorizzazione dei suoi sintomi. Eccola.



Repertorizzazione n. I (Apis mellifica)

1. Chest, inflammation, heart, pericardium.
2. Chest, dropsy, pericardium.
3. Chest, heat, burning.
4. Chest, oppression, evening, bed agg., in.
5. Chest, palpitation of heart, audible.
6. Chest, heart complaints of the, accompanied by, respi-ration difficult.
7. Chest, constriction heart.
8. Chest, complaints of chest, estending to , throat.
9. Chest, pain, extending to, throat.
10. Chest, pain, clavicles, above.
11. Chest, pain, heart, stitching pain.
12. Chest, pain, fever during, agg
13. Chest, pain, extending to, back.
14. Respiration, difficult, night.
15. Respiration, difficult, night, bed, in bed, agg.
16. Respiration difficult, warm room, agg.
17. Urine, burning.
18. Stomach, thirstless.
19. Extremities, pain, feet, burning.
20. Extremities, heat, feet, burning, uncovers them.
21. Rectum, ulceration.
22. Abdomen, inflammation, colon, ulcerative.
23. Abdomen, Inflammation, gastroenteritis.
24. Abdomen, inflammation, colon, chronic.

Lo schema gerarchico che utilizzo per la valorizzazione dei sintomi è il seguente:

- a. Al primo posto, i sintomi strani, ben modalizzati e pec-uliarissimi secondo l’aforisma 153;
- b. I sintomi mentali ben osservati;
- c. I sintomi generali;
- d. Una eziologia chiara e evidente;
- e. I sintomi locali.

Questo è lo schema suggerito dal dott. Kunzli basandosi sugli ultimi scritti di Kent (presenti nei Minor Writings) e sulla sua lunga esperienza. Ci si è spesso lamentati della attuale tendenza a perdersi nella giungla dei sintomi mentali e di non saper più percepire l’essenziale del caso. A questo proposito Kunzli scrisse: “Per quel che concerne il valore dei sintomi mentali circola una idea sbagliata. Molti pen-sano che i sintomi mentali siano i più importanti anche se Hahnemann cita i sintomi peculiari e strani come quelli di maggior rilievo nella ricerca del farmaco. I sintomi mentali non sono i sintomi più importanti, ma sono un po’ come il peso che fa pendere la bilancia più da una parte o dall’altra. (...) Lo stato mentale non deve assolutamente essere mes-

so al primo posto nella scelta del farmaco. Dovete assolutamente prendere nota di ciò. Se mettete i sintomi mentali al primo posto, correte il rischio di scegliere sintomi mentali banali e di repertorizzarli. (...) I sintomi mentali devono assolutamente essere messi al secondo posto”.

Nella nostra repertorizzazione i sintomi mentali sono assenti, in effetti durante la visita non sono emersi sintomi mentali significativi. Non bisogna forzare la ricerca dei sintomi: se non ci sono, non ci sono. I sintomi devono emergere spontaneamente, non strappati fuori a forza.

Se la repertorizzazione è corretta, il rimedio adatto dovrebbe comparire in tutte o quasi tutte le rubriche. Qui il farmaco più indicato sembra essere Apis, che copre la quasi totalità dei sintomi in questo momento acuto (o subacuto). In effetti Apis è un rimedio acuto, con importanti stati infiammatori e con versamento dalle membrane sierose.

Prescrivo Apis MK, tre granolini della monodose, più placebo per i giorni successivi. Riteniamo fondamentale l'uso del placebo, perché difficilmente i pazienti si accontentano della monodose, essendo abituati alle terapie convenzionali prolungate.

Evidentemente la prescrizione è corretta, perché il paziente già dal giorno successivo dichiara un netto sollievo, il respiro va a posto, la palpitazione cessa. Visitato all'Ambulatorio di Malattie Miopericardiche dell'ospedale Maria Vittoria il 4 aprile 2013, la diagnosi è: “Pericardite ricorrente in remissione”.

La fase acuta è passata, ora si tratta di consolidare il risultato (Volume I delle Malattie Croniche). Negli aforismi 72 e 73 Hahnemann descrive le Malattie Acute, precisando che molte volte non si tratta di vera malattia acuta, ma piuttosto di “vampate transitorie di psora latente”. E' verosimile che questo sia il caso in esame, cioè abbiamo a che fare con l'acutizzazione di uno stato cronico. Quindi possiamo aspettarci che la malattia si ripresenterà, magari fornendo altri sintomi interessanti per entrare più in profondità nella patologia cronica della malattia (teoria delle Malattie Croniche, esposta nel “Trattato delle Malattie Croniche”, 1828). Il Maestro, dopo la stesura dell'Organon, si era trovato di fronte ad un analogo problema: le malattie in fase acuta, per quanto ben curate con la nuova medicina, si ripresentavano inesorabilmente. “L'inizio era confortante, il progresso meno favorevole, la conclusione senza speranza”. A partire dagli anni 1816 – 17 il problema lo impegnò giorno e notte, e alla fine riuscì a risolverlo. La malattia ritorna perché alla sua base c'è un miasma cronico. Ora si deve affrontarlo, anche con questo paziente.

Il 29.11.2013 prescrivo al Professore, ora in buona salute,

SSN - Regione Piemonte - ASL TO2
Ospedale Maria Vittoria - S.C. Cardiologia - Resp.le Dr. R. Belli
Via Cibrario, 72 - 10144 Torino - 0114393111

Ambulatorio Malattie Miopericardiche

Cognome: _____ Nome: _____
Data di nascita: _____ Sesso: M Età: 54
C.F.: _____

Data: 04/04/2013

Data primo evento: _____

Diagnosi

PERICARDITE RICORRENTE IDIOPATICA. IPERTENSIONE ARTERIOSA.

Anamnesi patologica remota: 04/2009 pericardite acuta ad esordio pseudo-infattuale; eseguita coronarografia che ha escluso coronaropatia. Trattato con paracetamolo. Successive recidive circa 1 volta/anno trattate con paracetamolo e riposo

02/2013 febbre/sindrome parainfluenzale e recidiva di sintomi pericarditici prescritta aspirina e colchicina

Eziologia

Idiopatica

Trattamento

Caratteristiche cliniche alla presentazione

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Febbre > 38°C | <input type="checkbox"/> Tamponamento cardiaco |
| <input type="checkbox"/> Decorso subacuto | <input type="checkbox"/> Miocardite |
| <input type="checkbox"/> Immunosoppressione | <input type="checkbox"/> Attività fisica precoce |
| <input type="checkbox"/> TAO | <input type="checkbox"/> Terapia corticosteroidica |
| <input type="checkbox"/> Trauma | <input type="checkbox"/> Terapia |
| <input type="checkbox"/> Segni di insufficienza ventricolare | <input checked="" type="checkbox"/> Nessun fattore di rischio |
| <input type="checkbox"/> Versamento pericardico grave | <input type="checkbox"/> Allattamento |

Esame Fisico:
PA 140/80mmHg, itto in sede, toni ritmici

ECG: ritmo sinusale AQRS intermedio atipie specifiche ST/T

ECO:
normale cinesì e funzione ventricolare sx; assenti significative anomalie valvolari e versamento pericardico

Commento: Pericardite ricorrente in remissione

Terapia: Colchicina 1mg 1/2cp al mattino dopo colazione per 3-6 mesi se tollerata

Controlli: ripresa attività fisica con proteina C reattiva normalizzata
ECG/eco ed esami ematici (PCR e troponina) in caso di recidiva sintomi

Fig. 3. Diagnosi di pericardite ricorrente in remissione.

Arnica MK, tre granolini, perché in passato ha avuto molti traumi professionali (come guardia forestale) e sportivi, e ora lamenta un dolore di tipo contusivo ad una coscia, dove anni prima era stato urtato da un tronco (verosimile ritorno di vecchi sintomi).

L'1.12.2013 il paziente è di nuovo in ospedale!

“Da venerdì sera algia toracica. Oggi febbre e congestione delle vie respiratorie superiori”. Diagnosi: “Recidiva di pericardite. Pericardite acuta ad esordio pseudo-infattuale”. L'Arnica ha prodotto (estratto) di nuovo i sintomi della pericardite?

E' un male?

E' un bene?

I sintomi sono benvenuti?

Il dott. Kunzli impiegava una espressione paradossale, “i sintomi sono una cosa meravigliosa, perché senza di essi non potremmo prescrivere”.

Naturalmente il caso deve essere subito ripreso, e visito il paziente il 30.1.2014.

Questa volta, stranamente, il Prof. Giorgio è molto in ansia, spaventato, non lo avevo mai visto così. Ecco la seconda repertorizzazione.

Repertorizzazione n. 2 (Arsenicum album)

1. Mind, anxiety, health, about;
2. Mind, anguish, night, midnight, after;
3. Mind, anguish, palpitations with;
4. Mind, anguish, driving from place to place;
5. Face, cracked, mouth, corners of;
6. Chest, inflammation, heart, pericardium;
7. Chest, dropsy, pericardium;
8. Chest, heat, burning;
9. Chest, heart, complaints of the, accompanied by, respiration, difficult;
10. Chest, constriction, heart;
11. Chest, pain, heart, stitching pain;
12. Chest, pain, fever during, agg.;
13. Chest, pain, extending to, back;
14. Respiration, difficult, night;
15. Respiration, difficult, night, bed, in bed, agg.;
16. Respiration, difficult, warm, room, agg.;
17. Stomach, thirstless;
18. Extremities, pain, feet, burning;
19. Extremities, heat, feet, burning, uncovers them.

Apis non sembra più indicato, l'angoscia con peggioramento notturno e gli altri sintomi suggeriscono ora Arsenicum Album. E' in corso di nuovo una acutizzazione. La prescrizione è Arsenicum MK tre granulini, il paziente si accontenta della monodose e il giorno successivo riferisce: "Che sollievo! E' già tutto meglio".

Il paziente è contento, ma il lavoro è appena iniziato. L'instabilità del risultato mostra che si deve scendere più in profondità.

Infatti nel mese di marzo 2014 alcuni sintomi si ripresentano, ma questa volta con alcune differenze.

Sono più lievi.

L'ansia è assente.

Il dolore si accentua chinandosi in avanti, e così pure il respiro, sintomi che sono in contraddizione con il quadro classico della pericardite.

Sta emergendo un quadro personale (individualizzato, peculiare).

Il 21 marzo 2014 viene fatta la terza repertorizzazione.

Repertorizzazione n. 3 (Spigelia)

1. Chest, inflammation, heart, pericardium;
2. Chest, dropsy, pericardium;
3. Chest, heat, heart, in region of;
4. Chest, heat, burning;
5. Chest, constriction, heart;
6. Chest, palpitation of heart, stooping agg.;
7. Chest, pain, heart, stitching pain;
8. Chest, pain, fever during, agg.;
9. Chest, heart, complaints of the, accompanied by, upper limbs, left, pain;
10. Chest, complaints of chest, extending to, scapulae, left;
11. Chest, pain, extending to, back;
12. Chest, heart, complaints of the, accompanied by, respiration, difficult;
13. Chest, palpitation of heart, perceptible, clearly;
14. Chest, palpitation of heart, audible;
15. Respiration difficult, palpitations, during;
16. Respiration difficult, bending, forward, agg.;
17. Respiration difficult, lying, agg.;
18. Extremities, eruptions, upper limbs, pimples;
19. Skin, eruptions, painful, sore;
20. Stomach, thirstless;
21. Extremities, pain, feet, burning;
22. Extremities, heat, feet, burning, uncovers them;
23. Head, motion of head;
24. Extremities, restlessness, night.

Questi sono sintomi molto belli e interessanti. Il rimedio che ora si presenta è un rimedio cardiaco e respiratorio. Tutti i sintomi sono coperti dal rimedio, quindi siamo certi della prescrizione. In questo caso il medico “secondo chiari motivi sa adattare ciò che della medicina guarisce, all’indubbiamente morboso che ha riconosciuto nel malato, così che DEBBA seguire guarigione” (aforisma 3).

“Da una tale dottrina dei mezzi di medicina sia escluso completamente ogni Supposto, solo Assertito o addirittura Inventato; sia tutto linguaggio puro della Natura accuratamente e onestamente interrogata” (aforisma 144).

Siamo quindi su un terreno solido, e il rimedio da scegliere, Spigelia Anthelmia, è chiaramente un organoterapico, cioè un rimedio ad azione locale, scelto in base a sintomi locali individuati nel Repertorio. E’ interessante che copra anche alcuni sintomi generali come il bruciore notturno delle estremità inferiori, con bisogno di scoprire i piedi, ed il movimento oscillatorio di lato della testa. Quest’ultimo sintomo non è nuovo nel paziente; era già presente da anni ma mi era sfuggito, e non mi era stato segnalato perché considerato, come spesso accade, normale: una eredità della madre parkinsoniana.

La prescrizione è Spigelia 30 CH 2 granuli ogni 3 ore.

I sintomi regrediscono entro tre giorni, e allora il dosaggio scende a due granuli pro die. Rimangono immutati il bruciore notturno dei piedi e l’oscillazione del capo, a indicare che questi sintomi rimandano ad un rimedio più profondo, che dovrà seguire in un tempo successivo.

Il 27.6.2014 Il Professore riceve Spigelia 200 CH, 3 granuli una volta alla settimana. Questa modalità di somministrazione è suggerita da Alok Pareek, che scrive: “La potenza 200 CH di questo rimedio viene data una volta a settimana o una volta ogni quattro giorni”, finchè i sintomi non si ripetono più.

Il 22.9.2014 aggiungo Adonis Vernalis T.M., 10 gocce al giorno. Scrive Alok Pareek: “Adonis ha una azione ben precisa nella sfera dell’edema cardiaco, quando nel corpo si formano liquidi”. In effetti la Spigelia non copre il sintomo del versamento pericardico.

Da questo momento l’evoluzione del paziente è molto buona. Visitato o interrogato al telefono, riferisce di volta in volta. “Ho avuto un modesto dolorino toracico”, “forse mancava un po’ il respiro”, “ho avuto febbre a 37 per un giorno”.

Nella primavera 2015 questi sintomi sono tutti cessati, uno dopo l’altro. Il Professor Giorgio sta bene. Non si sta amma-

lando da molti mesi (le recidive si ripetevano ogni tre mesi). Ma poi, improvvisamente, una strana e impreveduta sorpresa. Da una visita Dermatologica effettuata il 28 agosto 2015, risulta essere comparso un carcinoma basocellulare sull’ala del naso. E’ molto piccolo, ha un aspetto ulcerato.

Allora è di nuovo tutto in discussione?

Se la cura è giusta, come può formarsi un carcinoma?

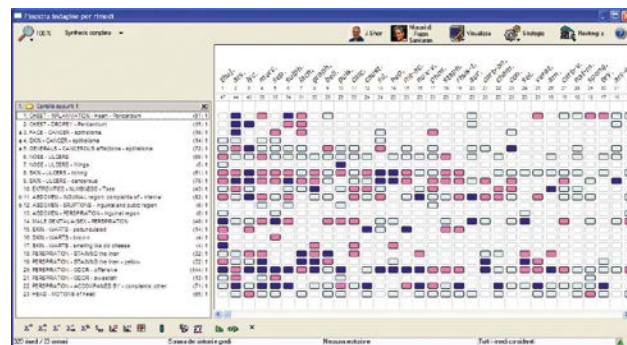
Allora la cura era solo una soppressione?

Non finirà più questo caso?

Come scrive Hahnemann, “la conclusione è senza speranza”?

Queste sono le domande che sorgono in questa fase della cura.

Quello che deve guidare il prescrittore sempre è la totalità dei sintomi, e proprio la fedeltà alle regole tradizionali ci porterà a capire cosa è successo e come uscire dal problema. L’11 settembre 2015 repertorizzo il caso. Ecco la repertorizzazione.



Repertorizzazione n. 4 (Thuja occidentalis)

1. Chest, inflammation, heart, pericardium;
2. Chest, dropsy, pericardium;
3. Face, cancer, epithelioma;
4. Skin, cancer, epithelioma;
5. Generals, cancerous affections, epithelioma;
6. Nose, ulcers;
7. Nose, ulcers, wings;
8. Skin, ulcers, itching;
9. Skin, ulcers, cancerous;
10. Extremities, numbness, toes;
11. Abdomen, inguinal region, complaints of, internal;
12. Abdomen, eruptions, inguinal and public region;
13. Abdomen, perspiration, inguinal region;
14. Male genitalia/sex, perspiration;
15. Skin, warts, peduncolated;
16. Skin, warts, brown;
17. Skin, warts, smelling like old cheese;
18. Perspiration, staining the linen;
19. Perspiration, staining the linen, yellow;

20. Perspiration, odor, offensive;
21. Perspiration, odor, sweetish;
22. Perspiration, accompanied by, complaints, other;
23. Head, motion of head.

Il rimedio che si presenta in modo evidente da questa repertorizzazione è Thuya.

Thuya non compariva in modo significativo nelle precedenti analisi repertoriali, in quei casi certamente non era indicato, ma ora bisogna pensare alle informazioni anamnestiche su questo paziente:

- a. a venti anni ha soppresso con modalità empiriche delle verruche plantari;
- b. fra i 27 e i 29 anni ha sofferto ripetutamente di uretrite;
- c. è una persona molto riservata e che cerca di stare in ombra, pur essendo brillante e di grande cultura;
- d. negli ultimi mesi ha mostrato sintomi importanti del piccolo bacino, fra cui una eruzione inguinale e genitale con traspirazione maleodorante, odore dolciastro, e che macchia le mutande di giallo;
- e. da vari mesi sono aumentate le verruche sul corpo, soprattutto sul collo e intorno alle ascelle, per lo più peduncolate; le verruche hanno un fastidioso odore di formaggio stagionato.

In conclusione: questi elementi indicano che il paziente sta producendo un quadro miasmatico, e, considerate le pregresse infezioni, è il quadro di una sicosi soppressa.

Il rimedio indicato è Thuya, che compare anche nelle rubriche dell'epitelioma cutaneo, e che prescrive alla potenza 200 CH, tre granulini una sola volta, seguito da Thuya 35 K: segue graduale remissione della lesione. Poi Thuya MK tre granulini il 20.10.2015, con la scomparsa totale della ulcerazione. Epitelioma basocellulare assente tre mesi dopo la diagnosi.

Può sembrare strano che un carcinoma si manifesti come patologia intercorrente e poi guarisca così rapidamente. In realtà i lavori di Emil Schlegel e di Eli Jones presentano molti casi di questo tipo. Inoltre ricordo una frase che Alfons Geukens mi disse una volta nel suo ambulatorio: "Non avere mai paura del nome del nome della malattia, se i sintomi sono chiari".

E la pericardite? Il paziente sta bene.

Sta facendosi costruire una grande casa in collina e sovrintende egli stesso ai lavori, tagliando alberi e potando arbusti: senza nessun disturbo. Ogni tanto mi porta una cesta di frutta meravigliosa del suo orto, e la moglie mi riferisce di lui che forse eccede un pò nell'apprezzare vino e grappini.

Arriviamo all'estate 2016 senza disturbi, cioè diciotto mesi circa di quiete. Prima, le crisi erano ogni tre mesi. A settembre 2016, il paziente si lamenta di qualche fastidio: "sento qualche palpitazione.

ISTITUTO SANITARIA LOCALE
ASL TO 2 - TORINO

SERVIZIO DI Dermatologia

Documento d'iscrizione _____ REFERTO N. _____

Assistito Grano età 57

residente a Dalme via P. S. S. S.

familiare _____ di _____

MEDICO PROPONENTE Palomere Leopoldo

REFERTO di solito in esami terab.
di solito Basalioma naso
fess. ospedale Stora

INDIRIZZO TERAPEUTICO: _____

Regione Piemonte

IL MEDICO SPECIALISTA
(timbro e firma)

Data 26.08.15

1) Copia per il medico curante Mod. DS 85495 (ex 373) - MARCA s.c.s.

Fig. 4. Diagnosi di basalioma del naso.



Fig. 5. Immagine di basalioma.



Fig. 6. Immagine dopo la scomparsa del basalioma.

Ho la pressione un po' alta (140/90). Lo sfogo inguinale mi dà fastidio, trasuda, macchia le mutande, ha odore cattivo". E' il momento di riprendere il caso. Il 30.9.2016 faccio una nuova repertorizzazione con i sintomi attuali.

Repertorizzazione n.5 (Lycopodium clavatum)

Repertorizzazione n.5 (Lycopodium clavatum)

1. Chest, inflammation, heart, pericardium;
2. Chest, dropsy, pericardium;
3. Chest, palpitation of heart, fever, during, agg.;
4. Generals, pulse, frequent;
5. Generals, hypertension;
6. Cough, lying, side on, right, agg.;
7. Abdomen, inguinal region, complaints of, internal;
8. Abdomen, eruptions, inguinal and pubic region;
9. Abdomen, perspiration, inguinal region;
10. Male genitalia/Sex, perspiration;
11. Skin, warts, pedunculated;
12. Perspiration, staining the linen;
13. Perspiration, staining the linen, yellow;
14. Perspiration, odor, offensive;
15. Perspiration, accompanied by, complaints, other;
16. Skin, eruptions, discharging;
17. Skin, eruptions, discharging, destroying hair;
18. Head, motion of head;
19. Head, motion of head, sideways;
20. Head, motion of head, shaking the head;
21. Extremities, pain, shoulders, left, extending to right;
22. Respiration, arrested, sleep, during, agg.;
23. Generals, food and drinks, alcoholic drinks, desire;
24. Generals, food and drinks, wine desire;
25. Generals, food and drinks, sour food, acids, desire;
26. Generals, food and drinks, coffee, agg.;
27. Generals, food and drinks, vegetables, aversion;
28. Generals, food and drinks, cabbage, aversion;
29. Generals, food and drinks, onions, agg.;
30. Generals, food and drinks, beans, agg.

Il rimedio che ora emerge è Lycopodium, che sembra avere le caratteristiche di rimedio costituzionale.

Confrontando ora le repertorizzazioni precedenti, si può vedere che Lycopodium era sempre presente fra i primi rimedi, ma ogni volta era un altro farmaco a pretendere il primo posto:

- Apis e Arsenicum come rimedi dell'acuto;
- Spigelia come rimedio organoterapico;
- Thuja come rimedio miasmatico.

Se è giusto pensare che infine è emerso il rimedio costituzionale, ora prescrivo: Lycopodium MK tre granolini, che ripeto il 9.1.2017 seguendo lo schema di prescrizione noto come Scala di Kent.

Il paziente sta bene e anche lo sfogo inguinale è progressivamente scomparso; non ha più lamentato sintomi cardiorespiratori. Dietro mia richiesta, il 2.2.2017 si sottopone ad una visita cardiologica di controllo presso la Divisione di Cardiologia Universitaria dell'ospedale Molinette. Il Cardiologo, molto serenamente, scrive: "Pericarditi ricorrenti idiopatiche ora in fase di remissione. Ultima recidiva: 11/2015, recidive nonostante la colchicina. Iniziate TERAPIE OMEOPATICHE. Esame fisico nei limiti. ECG: ST/T nei limiti. Pressione arteriosa nella norma". Questa dichiarazione suggella la fine dei disturbi cardiaci del professor Giorgio, che al momento in cui scrivo (gennaio 2017) sono assenti. Il follow up di due anni e mezzo è significativo, considerato che le recidive si ripetevano ogni tre mesi circa.

Sono da aggiungere ancora tre informazioni:

- i movimenti oscillatori della testa sono cessati;



Fig. 7. Attestazione guarigione dalla pericardite ricorrente.

- l'arresto respiratorio notturno è un sintomo che mi era sfuggito; si tratta di una patologia importante (le "apnee notturne") che era presente da anni. Anche questo fenomeno è cessato dopo l'assunzione del *Lycopodium*;
- qualche settimana fa, si sono visti sintomi intestinali che al paziente hanno ricordato la antica colite ulcerosa: un po' di catarro intestinale, dolori crampiformi lievi dell'addome inferiore, qualche striatura di sangue nelle feci. Dopo circa 15 giorni i sintomi sono cessati. Probabilmente è stato un ritorno di sintomi antichi, secondo le classiche modalità della guarigione omeopatica.

DISCUSSIONE

Le "Linee guida ESC 2015 per la diagnosi e il trattamento delle malattie del pericardio" nella Valutazione Prognostica riferiscono: "Diventa importante rassicurare i pazienti sulla loro prognosi, spiegando la natura della malattia e il probabile decorso. (...) Tuttavia, la qualità di vita può essere gravemente compromessa nei pazienti con recidive ripetute, pericardite subacuta o ricorrente e dipendenza da glicocorticoidi".

Una recente pubblicazione (2017) a firma del Dott. Imazio (Dipartimento di Cardiologia, ospedale Maria vittoria di Torino), il quale ha avuto in cura questo paziente, ci informa: "La colchicina ha dimostrato di dimezzare il numero delle recidive, migliorando la qualità di vita dei pazienti. In questi casi la rassicurazione è un importante elemento del trattamento della malattia. Questo farmaco è efficace in circa il 60 – 70 % dei casi, ma non nella totalità dei pazienti. Al momento attuale non sono disponibili che pochi trial randomizzati che possano guidare il trattamento della fase acuta e la prevenzione delle recidive". La letteratura scientifica non fornisce dati prognostici chiari, ma sembra di capire che in caso di cronicizzazione della malattia non ci siano molte prospettive. Invece, come riconosce lo stesso Autore della pubblicazione citata, il nostro Professor Giorgio è guarito, non con la colchicina, ma con una cura omeopatica. Il follow up di due anni e mezzo dalla guarigione conferma l'efficacia del trattamento: le recidive arrivavano ogni tre mesi. E' stato usato un trattamento omeopatico tradizionale, basato sulla raccolta della totalità dei sintomi del malato come prescritto da Hahnemann negli aforismi dal 6 al 18 dell'Organon. E' stato cambiato il rimedio quando il quadro sintomatologico si era modificato, secondo le indicazioni degli aforismi 171, 183 e 184, evitando di intestardirsi a ripetere sempre lo stesso farmaco secondo una presunta legge come "il rimedio unico per tutta la vita", che nell'Organon non si trova.

Secondo i suggerimenti del dott. Kunzli, è stato scelto per incominciare un rimedio acuto, che permette di risolvere il

quadro iniziale più violento e pericoloso, per passare successivamente ad un rimedio più profondo. I rimedi della fase acuta sono stati *Apis* e in un secondo tempo *Arsenicum*. Dopo si è presentato il quadro sintomatologico adatto per un organoterapico, *Spigelia Anthelmia*. Quando il paziente ha sviluppato un quadro miasmatico, in questo caso sicotico, condizionato da una antica soppressione di verruche e da infezioni urogenitali della gioventù, ha soccorso la *Thuya*. Infine è emerso il rimedio costituzionale, *Lycopodium*, indicato sui sintomi che non erano mai scomparsi ("sintomi rimasti d'avanzo dopo effetto completo del mezzo precedente", aforisma 171), e sui nuovi sintomi che il paziente nel frattempo aveva prodotto. In questa fase, anche i sintomi della antica colite ulcerosa sono ricomparsi fugacemente, a confermare che il rimedio ha completato il processo curativo (Legge di Hering).

Il risultato è la reale guarigione del paziente, la quale tuttora si mantiene.

CONCLUSIONI

"L'omeopatia può levare i sintomi, ma la malattia rimane", scriveva Hufeland in *Die Schutzkraft der Belladonna* (Berlin, 1826). Bisogna fare attenzione a queste affermazioni apodittiche, perché tutto nel mondo razionale richiede la dimostrazione. Hahnemann inaugurò, nella medicina moderna, il metodo sperimentale, e la valutazione clinica è il modo migliore per vagliare l'efficacia di una terapia. Questo caso clinico naturalmente è privo di valenza statistica; ma mostra come una terapia omeopatica, messa in atto secondo i principi tradizionali, e senza perdere mai di vista le indicazioni del dottor Hahnemann, può condurre a esito felice una storia di un paziente in cui il trattamento convenzionale, del quale il pubblico è indotto a non dubitare, aveva mostrato i suoi limiti.

BIBLIOGRAFIA

1. Adler Y., Charron P., Imazio M. et al., Linee Guida ESC 2015 per la diagnosi e il trattamento delle malattie del pericardio, *Giornale Italiano di Cardiologia*, Roma 2015, 16 (12): 702-738.
2. Boyd L. J., *Il Simile in medicina*, Ed. Libreria Cortina, Verona 2001, cap. 5, 6, 7, 8.
3. Hahnemann S. F., *Le Malattie Croniche*, Ed. SIMOH, ROMA 1993, vol. I.
4. Hahnemann S. F., *Organon dell'Arte del Guarire*, Ed. SIMOH, Roma 1993, aforismi 3, 6-18, 71-73, 144, 171, 172-182, 183, 184, 210-230.
5. Imazio M., *Trattamento della pericardite acuta e recidivante*, Ed. Il Pensiero Scientifico, Roma 2017, cap. 1 e 5.
6. Kent J. T., *Kent's Minor Writings on Homeopathy*, Ed. Klaus-Henning Gypser, Heilderberg 1988, cap. 5.
7. Kent J. T., *Lezioni di Filosofia Omeopatica*, Ed. RED, Milano 2004, lez. 1, 3, 12, 22, 23.
8. Pareek R., Pareek A., *Patologie acute ed emergenze cliniche in Omeopatia*, Ed. Salus Infirmorum, Padova 2014, cap. 1, 2.
9. Spinedi D., *L'Omeopatia in oncologia*, Ed. Tecniche Nuove, Milano 2011, cap. 1, 2, 4, 5.