

Due casi clinici ad eziopatogenesi non determinata

risolti applicando la metodologia clinico-terapeutica omeopatica

RIASSUNTO

Si riportano due casi clinici ad eziopatogenesi non determinata: una adolescente con febbre di origine sconosciuta da cinque mesi, un adulto da tre anni affetto da recidivante crisi ipertensiva associata a tonsillite febbrile acuta. In entrambi i casi, il trattamento convenzionale si era dimostrato inefficace. Si espongono e discutono le differenze tra metodologia clinica omeopatica e convenzionale che hanno consentito la corretta selezione dei medicinali omeopatici utilizzati nel trattare efficacemente entrambi i casi.

PAROLE CHIAVE

Casi clinici ad eziopatogenesi non determinata. Metodologia clinico-terapeutica omeopatica.

SUMMARY

The homeopathic clinical approach enables to treat cases of unknown origin effectively in comparison with conventional clinical methodology. Two examples: a) a teen-ager suffering from fever of unknown origin (FUO) since five months, cured in two weeks – Follow-up: two years; b) a 36 years old adult, complaining of recurrent febrile tonsillitis accompanied by hypertensive crisis since 3 years, cured in 22 months - Follow-up: 12 years. Key points of homeopathic clinical methodology – individualization, knowledge of experimental Materia Medica (= provings); *similia similibus curentur*, the single remedy–enables to treat and cure clinical cases of unknown etiopathogenesis that cannot efficaciously treated by conventional medicines.

KEY WORDS

Clinical cases of unknown origin. Homeopathic clinical methodology.

INTRODUZIONE

Nella pratica clinica quotidiana possono presentarsi casi - non rarissimi - di cui è difficoltoso, talora impossibile, riconoscere l'eziopatogenesi e per i quali non si riesce a giungere ad una diagnosi precisa. Ciò comporta il venir meno della possibilità di applicare una terapia convenzionale stabilita da linee guida e il ricorrere, se attuabile, a terapie puramente sintomatiche, non sempre efficaci. Questi

casi possono costituire l'occasione per applicare la metodologia clinica omeopatica nelle sue peculiarità rispetto alla metodologia convenzionale.

Si presentano due esempi di quanto sopra asserito. Entrambi i casi hanno rappresentato un rompicapo per i medici che li hanno affrontati prima che, nel caso dell'adolescente, i genitori decidessero di affidarla al trattamento omeopatico o, nel secondo caso, il paziente, per la scarsa efficacia delle terapie convenzionali proposte, decidesse di provare la cura omeopatica. In entrambi i casi, i vari medici specialisti coinvolti, nonostante la razionale e ben ponderata applicazione di osservazione clinica e di multipli pertinenti esami di laboratorio e strumentali, a nulla sono approdati dal punto di vista diagnostico, prognostico, terapeutico, non avendo potuto individuare alcun sintomo e/o segno patognomonicamente di una qualche malattia nota.

Patognomonicamente: *qualificativo di sintomi e segni patologici specifici di una determinata malattia e che, di conseguenza, ne permettono la diagnosi.* (1)

Spesso i sintomi patognomonicamente, secondo questa definizione tratta da un Dizionario Medico (1), sono per l'omeopata quelli che egli considera "comuni", cioè presenti in tutti i soggetti affetti dalla stessa malattia, necessari per l'obbligatoria diagnosi nosologica, ma che, in assenza di più accurata descrizione [localizzazione, tipo di dolore, orari, modalità di peggioramento e miglioramento ecc., come indicato, per esempio, nei § 89 e 133 Organon, 6^a ed. (2)], restano poco definiti e meno individualizzano il caso in esame. Per il medico omeopata, **patognomonicamente** è il sintomo peculiare, caratteristico, insolito [§ 104, 105, 154, 209 – Organon, 6^a ed. (2)], indotto da una determinata sostanza in corso di sperimentazione farmacologica sul soggetto sano (*proving*) e riscontrabile nel singolo paziente affetto da una determinata forma morbosa, nosologicamente nota o sconosciuta. Pertanto, i sintomi **patognomonicamente**, intesi secondo quest'ultima accezione, possono costituire la guida per l'applicazione del principio basilare della medicina omeopatica, il *principio del simile*, e consentire un efficace trattamento del singolo caso clinico [§ 82 – 83, Organon, 6^a ed. (2)] .



Maugeri Concetto - Ricostruzione - Forlì Piancoteca Civica

MATERIALE E METODO

CASO n. 1

FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA (F.U.O.) ^{Appendice 1}

Prima visita - 9 giugno 2016

Adolescente di 14 anni. Longilinea, pallida, magra con viso gonfio.

Motivo della visita: febbre persistente da cinque mesi, di origine sconosciuta.

ANAMNESI

13 gennaio 2016 - Inizia stato febbrile diagnosticato inizialmente come *sindrome influenzale*, trattata con paracetamolo. Dopo 10 giorni: quadro immutato, si sospetta infezione da virus di Epstein-Barr (EBV), ma le relative analisi ematiche indicano non essere recente.

Febbraio 2016 - Compare, oltre la febbre, otalgia: si prescrive prednisone (Deltacortene®) cpr 25 mg x 2/die per dieci giorni, con successiva riduzione scalare fino alla sospensione del farmaco in circa un mese. Scomparsa dell'otalgia, ma nes-

suna azione sullo stato febbrile: la paziente aumenta di kg 3 di peso e il viso diventa gonfio in seguito alla terapia cortisonica. La ragazzina, nonostante la F.U.O., riprende a frequentare la scuola e praticare le sue attività giornaliere, ma la temperatura è sempre a 37,5°C con picchi di 38,5°C. Si eseguono esami tiroidei (ormoni tiroidei, anticorpi anti tireoglobulina e anti perossidasi) che risultano nella norma; l'ecografia tiroidea non documenta immagini patologiche. In **Marzo** si esegue ecografia dell'addome superiore e inferiore che documenta epatosplenomegalia. L'ecocardiogramma non presenta immagini patologiche.

29 Aprile 2016 - Persistendo lo stato febbrile, la paziente è ricoverata presso l'U.O. di Pediatria Generale e Malattie Infettive di qualificato ospedale romano con diagnosi di accettazione: "FUO".

Dalla scheda di dimissione dal ricovero si riportano i seguenti dati salienti:

Anamnesi — Dai primi di gennaio febbricola persistente, talvolta febbre a risoluzione spontanea, associata a sudorazione profusa, solo diurna mai notturna ed astenia. Non calo ponderale. Riferiti episodi di palpitazione, agitazione, fame d'aria fino a 15 giorni fa.

Eseguiti numerosi accertamenti: VES e PCR sempre negative. Virologia: sierologia dubbia per EBV.

Listeria, toxoplasma, HAV, HCV, CMV neg. Funzionalità tiroidea e Ab anti TG e TPO neg FR neg, WR +; Ferritina e rame neg. RX torace, eco addome, eco tiroide, ecocardio neg.

"E.O. — Buone condizioni generali. EO nella norma. **TERAPIE:** nessuna.

Durante il ricovero la paziente è sottoposta a multipli esami di laboratorio (comprensivi di ANCA, complementemia, PCR CMV, PCR HHV-6, PCR-EBV, PB19 Ab siero, Vidal-Wright, Weil-Felix, Ab anti nucleo, ac. vanilmandelico e omovanilico urinari ecc.), strumentali (studio torace), intradermal PPD (test cutaneo tubercolina).

Gli esami di laboratorio più rilevanti sono: PCR 0,05 mg/dl; lieve anemia microcitica con ipoferritinemia (*condizione presente fin dal menarca, manifestatosi nel novembre 2014* — ndR); GPT 60, GOT 48; modestissima positività degli ANCA (Ab anti-citoplasma dei Granulociti neutrofili ^{Appendice 2}), con assenza dei singoli autoanticorpi, in particolare dell'anti-proteinasi e dell'anti-mieloperossidasi; PCR virus EB su sangue intero: negativa (così pure le multiple indagini infettivologiche); Ab anti-VCA IgG 366 U/ml (vn assenti, < 20); Ab anti-VCA IgM: valore limite (idem); Ab anti-EBNA IgG 431 U/ml (vn assenti, < 10). Tale quadro sierologico è considerato dai clinici del Reparto espressione di pregressa infezione da EBV, ma si esclude che tale virus possa essere responsabile del prolungato stato febbrile.

Epicrisi e conclusioni — Gli accertamenti sono risultati nei limiti.

Il riscontro di ANCA positivi con titolo 1:80 in assenza di indici di flogosi elevati e di segni/sintomi riconducibili a MICI (malattia intestinale cronica infiammatoria – nDR) o vasculiti, sentito anche il collega reumatologo, induce a ripetizione di emocromo, VES, PCR, ANCA tra circa 2 mesi, da anticipare se comparsa di segni/sintomi.

La paziente è dimessa in pari giornata con diagnosi: **Rife-rita febbre.**

Prescrizione: nessuna. **Prossimi controlli:** ripetere emocromo, VES, PCR, ANCA tra due mesi; da anticipare se comparsa di segni/sintomi.

Fin qui la scheda di dimissione.

Dopo la dimissione, il quadro clinico dell'adolescente non muta, anzi nel mese di Maggio compaiono picchi febbrili con T 39°C con crisi *senza orario*, per cui i genitori decidono di *provare* col trattamento omeopatico poiché la medicina convenzionale non è stata in grado di fornire una soluzione.

9 Giugno 2016 – Prima visita omeopatica.

Così l'adolescente descrive i suoi sintomi spontaneamente e rispondendo alle domande di chiarimento e precisazione fatte dall'omeopata [§ 86-87-88-89-90, Organon, 6ª ed. (2)]: *Ho una sensazione di freddo, seguita dopo 3-4 minuti da brivido che mi scuote tutta e poi sento caldo e sudo. La sudata mi lascia stanca morta per una decina di minuti. Ho freddo dappertutto e brividi dappertutto. Sudo su tutto il corpo e contemporaneamente su tutte le parti: faccia, testa, pancia ecc. Tutto succede all'improvviso, ma mai di notte.*

Nei mesi di Aprile e Maggio e fino a inizio Giugno, le crisi si accompagnano a palpitazione e agitazione, con bisogno di essere ventilata, di fare respiri profondi dopo la sudorazione (da notare che, seppure in forma più sintetica, gli stessi sintomi erano stati riportati nella scheda di dimissione ospedaliera). Ha avuto alcuni episodi di sudorazione febbrile *come se avessi fatto una doccia*, da bagnare il letto e il materasso. Il sudore è inodore e acquoso, non macchia.

Nessuna modificazione dell'appetito, della digestione, dell'alvo, della diuresi. Da sempre ama il latte, odia pesce e frutta.

E.O. – cm. 166; kg 50. Gonfiore del viso; cute e mucose pallide. Nulla da rilevare a carico di stazioni linfonodi, cavo orale, tiroide, addome (fegato e milza nei limiti), torace, cuore.

La visita medica, ovviamente, prende in considerazione anche l'anamnesi familiare e patologica remota della giovane paziente (affetta anche da rinite allergica stagionale), così come gli aspetti emozionali-comportamentali, le caratteristiche delle mestruazioni e l'anamnesi fisiologica in generale ecc. secondo le peculiarità del metodo clinico omeopatico [§

da 82 a 103, Organon, 6ª ed. (2)]. Non si ritiene opportuno qui riportare le informazioni ottenute da tali indagini poiché non influiscono sul quadro clinico dominato dalla sindrome febbrile che perdura da cinque mesi: in altre parole, si ritiene di dover affrontare per prima questa sindrome comparsa per ultima nella storia clinica della giovane paziente.

Sintomi selezionati e repertorizzati

Sensazione di freddo, seguita dopo 3-4 minuti da brivido scuotente e sudore che la lascia stanca morta per una decina di minuti. Tutto ciò succede all'improvviso, ma mai di notte

Le crisi febbrili si accompagnano a palpitazione e agitazione, con bisogno di essere ventilata, e fare respiri profondi dopo la sudorazione.

Episodi di sudorazione febbrile *come se avessi fatto una doccia*, da bagnare il letto e il materasso.

Tab. 1 (3) - Somma dei sintomi (+gradi) - Somma dei sintomi (+gradi) - Intensità considerata

1	1234	I	CHILL - NIGHT - never at night	1
2	1234	I	CHILL - SHAKING	210
3	1234	I	FEVER - SUCCESSION of stages - chill - followed by - heat	106
4	1234	I	FEVER - SUCCESSION of stages - chill - followed by - heat - then perspiration	58
5	1234	I	FEVER - PAROXYSMAL fever - short attacks	47
6	1234	I	PERSPIRATION – PROFUSE	225
7	1234	I	PERSPIRATION - DEBILITATING	2
8	1234	I	PERSPIRATION - FEVER - after	41
9	1234	I	GENERALS - WEAKNESS - perspiration - from perspiration; weakness	106
10	1234	I	GENERALS - FANNED; being - desire to be	24
11	1234	I	CHEST - PALPITATION of heart - fever; during	42
12	1234	I	MIND - RESTLESSNESS - chill - during	43
13	1234	I	MIND - RESTLESSNESS - heat - during	84
14	1234	I	MIND - RESTLESSNESS - perspiration - during	51
15	1234	I	RESPIRATION - DEEP - desire to breathe	109

	chin.	lyc.	rhus-t.	carb-v.	ars.	nux-v.	calc.	sep.	puls.	sulph.
	15/26	13/27	12/26	12/20	11/28	11/26	11/24	12/25	11/23	11/23
1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3
3	2	3	3	2	1	3	1	1	3	3
4	3	1	2	1	3	3	-	1	3	2
5	1	3	2	1	-	3	3	3	-	3
6	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2
7	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-

8	2	2	2	1	3	2	1	-	2	-
9	3	1	2	1	2	3	2	3	1	2
10	1	1	-	3	1	-	-	-	1	1
11	1	1	2	-	3	1	3	2	3	1
12	1	2	1	1	3	3	2	3	1	-
13	1	2	3	2	3	1	1	1	3	2
14	1	3	3	1	3	2	3	3	1	1
15	2	2	1	2	-	-	3	1	-	3

Il primo sintomo selezionato – *assenza dei parossismi febbrili di notte* - segnalato nella scheda di dimissione ospedaliera e confermato dalla paziente, costituisce un vero *keynote* di *China*; così come la sudorazione debilitante e profusa corrisponde più a *China* che a *Lycopodium*.

Prescrizione

CHINA SUCCIRUBRA 200K. Dopo sette giorni: CHINA SUCCIRUBRA MK.

RISULTATI

Dopo *China* 200K: riduzione d'intensità e frequenza delle crisi, ma senza loro completa scomparsa. Dopo una settimana dalla potenza 200K, somministrazione di *China* MK (20 Giugno): le crisi scompaiono completamente con restaurazione di stato di pieno benessere già prima della fine dello stesso mese.

La sindrome febbrile di origine sconosciuta, comparsa a metà gennaio 2016, presente ancora il 9 Giugno, data della prima visita omeopatica, è scomparsa in pochi giorni e non si è più ripresentata: a distanza di quindici mesi (quando è scritta questa relazione), in assenza del manifestarsi di segni e/o sintomi di patologia correlabile alla precedente situazione febbrile, si può sostenere che il caso di F.U.O. è stato risolto.

CASO n. 2

TONSILLITE ACUTA RECIDIVANTE CON ASSOCIATA CRISI IPERTENSIVA

Prima visita – 5 maggio 2000

Adulto, 36 anni, fisico asciutto, commerciante.

Motivo della visita: da tre anni, **tonsilliti febbrili recidivanti**, ogni 30-40 giorni, **accompagnate o precedute da crisi ipertensiva**.

Terapia: antibiotica, inefficace perché non modifica la durata della sindrome né la frequenza delle recidive.

Anamnesi – Dall'inverno 1996-1997 comparsa di ton-

sillite acuta recidivante concomitante a crisi ipertensiva con marcato aumento sia della pressione sistolica (PS 170-180) sia della diastolica (PD 100-110 mmHg); l'episodio di esordio fu accompagnato da febbre alta e vomito violento. Il paziente riferisce ripetuti controlli funzionalità renale e cardiaca, sempre nella norma; ripetuti tamponi faringei sempre negativi, TAS sempre nella norma.

Nel Marzo '97, in fase acuta, ricovero ospedaliero. Si riscontrarono: reninemia 94 pg/ml (VN 7-76) con aldosteronemia nella norma. WBC 10.500 - N 62%, L 28%, M 6%; colesterolo 102, glicemia 105, uricemia 7,7; bilirubina indiretta 1,3. VES 21. Esami tiroidei nella norma. Tre mesi dopo, in fase acuta: reninemia 0,1 ng/ml/h (VN clino 0,3-2,8; orto 1,5-5,7); aldosteronemia normale; PCR 57.

La sindrome tonsillare: periodica, enorme gonfiore tonsillare, preceduta da dolori ossei e muscolari. Il dolore tonsillare peggiora al mattino. I sapori diventano alterati con predominanza di amaro: l'acqua, in modo particolare, diventa amara. La tonsillite è preceduta o accompagnata dalla crisi ipertensiva.

Durante tale sindrome il paziente migliora in movimento, all'aperto e all'aria fresca; peggiora sdraiato o seduto e al caldo.

La tonsillite - più precisamente, la sindrome tonsillare/ipertensione - dura circa sette giorni: durata non influenzata dalla somministrazione di antibiotici. Esaurita la sindrome, il paziente si sente molto meglio.

Anamnesi familiare - Padre: vivente, affetto da cardiopatia ischemica. Madre: vivente, ipertesa, frequenti tonsilliti fino a 18 anni. Non sa riferire nulla dei nonni. Minore di quattro germani: due sorelle con nevrosi d'ansia.

Breve storia del paziente - Bambino e adolescente vivace, curioso, ma con forte paura del buio e di stare da solo al buio. Sempre molto rispettoso e timido con facilità ad arrossire. Responsabilizzato fin da ragazzo, lavora nell'azienda familiare. Per molti anni ha praticato canoa, anche d'inverno, senza problemi di salute. Sposato da 4 anni, due figlie in buona salute. Ha avuto i comuni esantemi infantili; pitiriasi al viso d'estate. Dall'infanzia fino a 17 anni: frequenti tonsilliti, anche con placche, poi, una tregua di sedici anni fino al manifestarsi del binomio ipertensione acuta-tonsillite acuta a 33 anni.

L'attualità – Prevalgono le paure: di stare da solo, dell'ascensore. Va in canoa su fiumi impetuosi, ma su un lago o sul mare ha timore, paura della profondità. Paura di sprofondare, di cadere. Avversione a cibi e bevande calde. Ama intensamente il latte freddo, in passato arrivava a berne un litro al giorno, anche di notte. Non fuma, pochissimo alcol,

alimentazione controllata e sana. Pelle secca e desquamante in regione pretibiale, d'inverno, con il tempo secco e con il vento.

E.O. – Cm. 176, kg 85. PA 180/100 (riferisce che è così ogni volta che un nuovo medico gliela misura) - FC 65 bpm, azione cardiaca ritmica, toni netti, pause libere. Nient'altro da segnalare se non orecchie persistentemente rosse.

Sintomi selezionati e repertorizzazione

Timidezza. Paura: di stare solo, dell'acqua, di precipitare. Avversione a cibi e bevande calde.

Desiderio marcato di latte freddo. Storia di tonsilliti ricorrenti. Periodicità. Orecchie rosse. Eruzione pre-tibiale secca e desquamante, d'inverno, < con il vento e con il tempo secco.

Modalità della sindrome tonsillite-ipertensione: > camminando e all'aria aperta; < sdraiato e stando seduto; gonfiore tonsillare enorme con dolore alla gola, < al mattino; l'acqua diventa amara

Tab. 2 (3) - Somma dei sintomi (+gradi) - Somma dei sintomi (+gradi) - Intensità considerata

1	1234	I	MIND - TIMIDITY	158
2	1234	I	MIND - FEAR – alone, of being	84
3	1234	I	MIND - FEAR - water, of	39
4	1234	I	MIND - FEAR – falling, of	41
5	1234	I	GENERALS – FOOD and DRINKS - warm food - aversion	37
6	1234	I	GENERALS – FOOD and DRINKS - warm drinks - aversion	24
7	1234	I	GENERALS – FOOD and DRINKS - milk - desire - cold	19
8	1234	I	GENERALS – HISTORY; personal - tonsillitis; of recurrent	27
9	1234	I	GENERALS – PERIODICITY	148
10	1234	I	EAR - DISCOLORATION - redness	87
11	1234	I	GENERALS - MOTION - amel.	200
12	1234	I	GENERALS - AIR - open air - amel.	246
13	1234	I	GENERALS – LYING - agg.	191
14	1234	I	GENERALS - SITTING – agg.	173
15	1234	I	THROAT - SWELLING - Tonsils	139
16	1234	I	THROAT - PAIN - morning	31
17	1234	I	MOUTH - TASTE - bitter - water tastes	5
18	1234	I	EXTREMITIES - ERUPTIONS - Leg - desquamating	7
19	1234	I	EXTREMITIES - ERUPTIONS - Leg - dry	3
20	1234	I	SKIN - ERUPTIONS - winter	19
21	1234	I	GENERALS – WIND	59
22	1234	I	GENERALS - WEATHER – dry - agg.	42

	phos.	sulph.	bell.	merc.	lyc.	sep.	lach.	sil.	alum.	puls.
	17/38	14/27	14/22	14/21	13/30	13/26	13/23	13/23	13/20	12/33
1	3	3	1	2	3	3	1	4	2	4
2	3	-	1	1	3	2	-	1	-	2
3	2	1	2	1	-	-	2	-	1	-
4	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-
5	3	-	2	1	2	-	2	2	-	3
6	3	-	1	-	-	-	1	1	-	3
7	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	-	1	-	-	1	1	1	2	-	-
9	2	2	1	1	2	3	2	3	3	2
10	2	2	2	2	1	1	-	-	2	3
11	1	3	1	2	3	2	1	1	2	3
12	2	2	1	1	2	2	2	-	3	3
13	3	2	2	1	3	2	2	2	1	3
14	3	3	1	2	3	3	2	1	1	3
15	3	3	3	2	3	2	3	3	1	1
16	1	-	-	-	1	-	2	-	1	-
17	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
18	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-
19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	-	1	-	2	-	2	-	-	1	-
21	3	1	2	-	3	1	2	-	-	3
22	1	1	2	2	-	2	-	1	1	-

Prima prescrizione: **Sulphur 200 K** ^{Appendice 3}

RISULTATI

Follow-up Giugno 2000-Novembre 2001

Dal Giugno al Novembre 2000, prescritto ancora **Sulphur 6 LM** 5gtt ogni 7 giorni sulla constatazione di un parziale miglioramento costituito dal verificarsi di soli quattro episodi di crisi tonsillite-ipertensione nel 2000 (il 2 giugno, 13 luglio, 13 settembre, 3 novembre) trattati con *Phytolacca 30 CH* ^{Appendice 3}, medicinale che aveva consentito una più breve durata della crisi (4 giorni rispetto agli abituali sette). Il paziente riferisce esami ematologici ed ecografia epato-renale nella norma durante le ultime crisi.

11 Novembre 2000 – Si manifesta crisi ipertensiva (PS 180 – PD 110) **senza tonsillite**, in seguito a forte spavento per lo stato di salute della moglie sottoposta ad amniocentesi, rapidamente risolta da *Glonoinum 200K*. Questa crisi ipertensiva si manifestò senza concomitante sindrome tonsillitica.

Dal Novembre 2000, per un anno, i contatti con il paziente furono telefonici in occasione di recidiva di crisi tonsillite-ipertensione: 20 dicembre 2000, 11 gennaio 2001, 3

febbraio 2001, due episodi primaverili, uno in luglio, tutti apparentemente risolti da *Apis mellifica* 5 CH^{Appendice 3}, che aveva consentito una più breve durata (4-5 giorni rispetto ai 7 del periodo precedente al trattamento omeopatico) della sindrome.

Nell'Aprile 2001, per un mese il paziente fu seguito presso il Day Hospital Cardiologico della città di residenza: nessuna diagnosi, nessuna terapia.

Da Luglio 2001 al 2 novembre 2001: nessuna crisi, **Sulphur** sembra aver parzialmente migliorato lo stato generale, ma le crisi sono ancora presenti con sintomi invariati.

3 Novembre 2001 – Visita per crisi acuta in atto.

La crisi in corso è così descritta:

Sto peggio riposando: se riposo aumentano i dolori ai muscoli delle cosce e avambracci; sento la faccia calda e sensazione di caldo, sto peggio al chiuso e al caldo, ho bisogno d'aria fresca, di camminare all'aria fresca. Quando sto così, con la febbre, aumenta tanto l'appetito con voglia di cibi saporiti (salse, condimenti) di sapori forti, di acqua fresca e vino, l'acqua da sola sa di amaro.

Questi sintomi compaiono ogni volta con le crisi, ma li aveva anche da bambino con la febbre e, in gran parte, erano stati riferiti anche alla prima visita.

Tab. 3 (3) Somma dei sintomi (+gradi) - Somma dei sintomi (+gradi) - Intensità considerata

1	1234	I	STOMACH - APPETITE - increased - fever - during	7
2	1234	I	GENERALS - REST - agg.	145
3	1234	I	GENERALS - FOOD and DRINKS - spices - desire	83
4	1234	I	GENERALS - FOOD and DRINKS - wine - desire	68
5	1234	I	MOUTH - TASTE - bitter - water tastes	5
6	1234	I	FACE - HEAT - air; in open - amel.	3
7	1234	I	FEVER - AIR - open, in - amel.	5
8	1234	I	FEVER - WALKING - air; in open - amel.	11
9	1234	I	FEVER - WARM - room - agg.	26
10	1234	I	FEVER - MOTION - amel.	23

	phos.	puls.	lyc.	nat-m.	sulph.	caps.	chin.	ars.	cic.	fl-ac.
	9/17	6/12	5/9	5/7	4/9	4/8	4/7	4/6	4/5	4/5
1	4	-	-	-	-	-	2	-	-	-
2	1	3	3	2	1	3	1	2	1	1
3	3	2	1	1	3	1	3	1	1	2
4	3	1	-	1	3	-	1	2	2	1
5	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-

6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-
8	2	2	1	-	-	1	-	-	1	-
9	1	3	2	1	2	-	-	-	-	1
10	1	1	2	-	-	3	-	-	-	-

La somministrazione di **Phosphorus 200K** è seguita dalla scomparsa in poche ore della sindrome tonsillite-ipertensione.

29 Dicembre 2001 – Dall' 8 dicembre il paziente ha sviluppato stato ipertensivo (*senza concomitante tonsillite*), con valori iniziali PS 210 - PD130, resistente al trattamento antipertensivo con quinapril 20 mg. La PASD, infatti, resta a 170-120.

A inizio dicembre, sette giorni prima della crisi ipertensiva grave, era morto un mio cugino ammalato di cancro e, due giorni dopo, mio padre ebbe una crisi cardiaca. La mia è una forma d'ansia ipocondriaca, mi viene se ci penso. In realtà mi preoccupa per ogni piccolo disturbo.

Conferma del rimedio Phosphorus mediante i seguenti sintomi mentali:

Tab. 4 (3) Somma dei sintomi (+gradi) - Somma dei sintomi (+gradi) - Intensità considerata

1	1234	I	MIND - ANXIETY - hypochondriacal	60
2	1234	I	MIND - ANXIETY - health; about	56
3	1234	I	MIND - ANXIETY - health; about - own health; one's	83
4	1234	I	MIND - ANXIETY - health; about - relatives; of	9
5	1234	I	MIND - THINKING - complaints - agg; thinking of his complaints	86
6	1234	I	MIND - IMPRESSIONABLE	48

	phos.	ars.	carc.	nit-ac.	calc.	nux-v.	nat-m.	bar-c.	lach.	sep.
	6/12	6/11	6/10	5/11	5/10	5/10	5/8	5/7	5/7	5/7
1	3	2	2	3	2	2	3	-	1	2
2	2	1	2	1	2	3	1	2	2	1
3	3	3	1	4	2	1	1	1	1	2
4	2	2	1	-	-	-	-	1	-	-
5	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1
6	1	2	3	1	3	2	2	1	1	1

Prescrizione: **Phosphorus 3 LM**, 5gtt/48 ore/tre settimane

Follow-up Gennaio 2002 – Ottobre 2003 Durante questi 22 mesi, successive prescrizioni di Phosphorus a potenze LM crescenti*, previi controlli diretti del paziente in studio; dose 5 gocce somministrate in un cucchiaino d'acqua previe cinque succussioni del flaconcino del rimedio.

Sintesi schema di prescrizione nel periodo indicato:

6 LM (2 volte alla settimana per tre mesi). Con il miglioramento dei valori pressori, graduale riduzione di quinapril (da 20 a 10 e, infine, 5mg), fino alla sospensione al loro normalizzarsi;

9 LM: una volta alla settimana per tre mesi;

12 LM: una volta alla settimana per tre mesi;

24 LM: ogni venti giorni per sei mesi

30 LM: una volta al mese per sei mesi

Le crisi tonsillite-ipertensione, nel periodo indicato di 22 mesi, si sono progressivamente distanziate nel tempo e, quando insorte, sono state di breve durata (1-2 giorni) e di modesta intensità, controllate dalla ripetizione della potenza LM di Phosphorus utilizzata dal paziente in quella fase ^{Appendice 3}: più volte, è stata sufficiente una sola somministrazione per risolvere la riacutizzazione.

Follow-up Ottobre 2003 – Luglio 2005

Durante questo periodo il paziente non ha avuto crisi e la PA si è normalizzata.

Luglio 2005: da parecchi mesi non prende nulla. Sta bene, sia di umore sia fisicamente. Non ha avuto patologie acute se non banali, stagionali, superate senza alcuna terapia o con trattamento omeopatico. Quadro stabile: non si rilevano sintomi su cui prescrivere. Nessuna prescrizione.

Follow-up Luglio 2005 – Maggio 2012

Maggio 2007 - Dopo quasi 5 anni dall'ultimo episodio, ricomparsa crisi tonsillare, non violenta, con ipertensione: **Phosphorus 4-6LM FG**, una capsula ogni tre giorni.

Novembre 2008: dall'ultimo controllo del maggio 2007 il paziente è stato bene, senza crisi tonsillite-ipertensione, con netto miglioramento psico-fisico, persistente fino all'ultimo controllo ambulatoriale col paziente nella primavera del 2012.

DISCUSSIONE

L'Omeopatia è un **metodo** di pratica medica che mira a **migliorare** il livello di salute di un organismo attraverso la somministrazione di **medicinali sperimentati** ([°]), **potentizzati** ([^]) e **selezionati individualmente** secondo la **Legge di Similitudine** ([#]). L'Omeopatia è un trattamento medico regolatore, individualizza-

to. Poiché l'omeopatia è strettamente individualizzata e tiene in considerazione i fattori fisici, emozionali, mentali, costituzionali, biografici e fattori ambientali, è una medicina della persona nella sua totalità.

([°]) **Sperimentati**: una sostanza "sperimentata" è stata farmacologicamente testata su soggetti umani sani per far emergere sintomi reattivi e reversibili. Tutti i sintomi di un particolare rimedio raccolti tramite **provings** su un gran numero di soggetti umani, costituiscono un **"quadro del rimedio"**.

([^]) **Potentizzati**: prodotti in un modo specifico, cioè con una successione seriale (standardizzata secondo la Farmacopea) di **diluizioni e succussioni**.

([#]) **Legge di Similitudine**: una sostanza capace di provocare sintomi in un organismo sano, funge da agente curativo in un organismo malato in cui siano manifesti gli stessi sintomi: **Similia similibus curentur**. Come scritto nell'**Organon**, per curare in modo **dolce, veloce, sicuro e duraturo**, è necessario scegliere in ogni caso **un** farmaco che provochi un'affezione simile a quella contro la quale viene impiegato.

Questi tre principi omeopatici (**il rimedio sperimentato, potentizzato e scelto secondo la legge di Similitudine**) vanno applicati tutti insieme secondo le istruzioni di Hahnemann, come descritto nell'**Organon** (6^a edizione)".

LMHI – ECH: *Standard formativi omeopatia in Italia*, 2013 - pag. 5-6 (versione italiana di *Homeopathic Education Standard*, 2013) (4) NB – il grassetto è del relatore.

Per il caso di FUO, l'ampia citazione della scheda di dimissione ospedaliera nel capitolo "Materiale e Metodo", permette di rilevare:

- la molteplicità di esami di laboratorio e strumentali, oltre che l'esame medico da parte di specialisti (infettivologi, reumatologi) cui la giovane paziente fu sottoposta;
- l'impossibilità di giungere a una diagnosi nosologica certa e, di conseguenza, la corretta rinuncia a qualsiasi prescrizione di terapia farmacologica ^{Appendice 4};
- la frase finale nella scheda di dimissione: *da anticipare se comparsa di segni/sintomi*, induce a ritenere che, secondo i Collegi, fino a quel momento non si sarebbe manifestato alcun segno e/o sintomo patognomonico di malattia nota.

Affermare che: *non ci sono sintomi* e che si tratta di un caso di *febbre di origine sconosciuta* e che, per tali parametri, è più opportuno astenersi da qualsiasi trattamento in attesa che la condizione si risolva spontaneamente o che com-

paiano sintomi e segni **più patognomonic** di una nosologia nota, può essere formalmente giusto, ma alquanto riduttivo. Se, da una parte, è vero che non si ha un'etichetta diagnostica da apporre in base alle conoscenze fisiopatologiche e classificazioni nosologiche attuali, dall'altra è altrettanto vero che vi è una possibilità pragmatica di azione terapeutica secondo i parametri della metodologia clinica omeopatica [§ 3-4-5 dell'Organon, 6ª edizione (2), che sono una completa sintesi del metodo clinico omeopatico] basata in maniera irrinunciabile sul confronto – enormemente facilitato dall'uso di repertori omeopatici informatizzati - tra la sintomatologia indotta da una sostanza su sperimentatori in buona salute generale (*proving*), e, in aggiunta, riscontrata e risolta da quella stessa sostanza in casi clinici scrupolosamente osservati, e la selezione dei sintomi del paziente secondo il § 153 dell'Organon, (2), rispettando i principi incontrovertibili d'individualità del malato [nota al par. 81, par. 82 e 83 Organon (2)] e del singolo medicamento [§ 3 - 147- 273 Organon (2)].

Nel caso di FUO, peraltro, la frase finale della scheda di dimissione *anticipare* (gli esami prescritti) *se comparsa di segni/sintomi* è in contrasto con quanto scritto in Anamnesi nella stessa scheda: *Dai primi di gennaio febbre persistente, talvolta febbre a risoluzione spontanea, associata a sudorazione profusa, solo diurna mai notturna ed astenia. Non calo ponderale. Riferiti episodi di palpitazione, agitazione, fame d'aria fino a 15 giorni fa.* Si tratta di una ben descritta **sindrome clinica individuale, con modalità individuali** (febbre ... associata a sudorazione profusa, solo diurna mai notturna ed astenia ... episodi di palpitazione, agitazione, fame d'aria) che saranno confermate e precisate dalla paziente nel corso della visita omeopatica. Non aver preso in considerazione tali sintomi da parte dei Colleghi evidenzia una differenza metodologica tra medicina convenzionale e omeopatica: ciò che è individuale e non riconducibile a noti meccanismi fisiopatologici e a quadri clinici conosciuti è scarsamente preso in considerazione secondo il metodo convenzionale perché, probabilmente, non si saprebbe come utilizzare tali informazioni. Tali dati, corrispondenti a fatti reali, non sono tralasciati dal medico omeopata, anzi sono informazioni preziose per la diagnosi del singolo caso esaminato e per la selezione del singolo medicinale omeopatico che potrà essere curativo qualora tali dati trovino una similitudine in quadri noti dalle sperimentazioni omeopatiche di singole sostanze su soggetti sani (*provings*).



Considerazioni analoghe sono da farsi rispetto al secondo caso: associazione di stato febbrile con flogosi tonsillare e crisi ipertensiva, a insorgenza periodica senza nessun apparente fattore esterno e/o interno scatenante (quantomeno senza la possibilità di individuarlo). Anche in questo caso, il paziente, affetto da tre anni dalla descritta associazione patologica, era stato sottoposto a controlli specialistici, ripetuti esami di laboratorio e strumentali, osservazione prolungata (un mese) in DH Cardiologico: nessuna diagnosi era stata formulata, nessuna terapia proposta poiché la situazione cardio-circolatoria sembrava tornare alla norma dopo la crisi, anzi il paziente affermava di sentirsi molto meglio dopo la crisi. In aggiunta, il trattamento antibiotico sembrava non avere alcuna efficacia nel controllare durata, intensità e ritmo di ripetizione della tonsillite acuta. Anche per questo caso, si sarebbe dovuto aspettare la risoluzione spontanea o il manifestarsi di un quadro sintomatico più netto, con una precisa lesione d'organo/i e/o d'apparato/i per poter applicare una terapia razionale in accordo con attuali linee guida. Questa considerazione è priva d'ironia: essa esprime l'imbarazzo che alcuni casi della realtà clinica determinano per ogni medico ed evidenzia come, in casi come quelli descritti, sia complesso non solo prescrivere una terapia efficace ma anche prevenire l'evoluzione peggiorativa del caso. In altre parole, anche in questo secondo caso, in medicina convenzionale non si sono avuti mezzi per riconoscere, e utilizzare a scopo terapeutico, l'espressione dell'individualità del paziente.

Eppure, il concetto d'individualità non è – *non dovrebbe essere* – alieno dalla medicina moderna. Nell'introduzione al *Trattato di Patologia Medica* (5) - opera purtroppo caduta nel dimenticatoio - il prof. Ugo Teodori sostiene: ... *In altre parole la medicina clinica non può considerare il malato come semplice portatore di una lesione più o meno localizzata, ma come una persona umana dotata di caratteristiche del tutto individuali* (in tutta la citazione il grassetto è di chi cita - ndr) *nella quale anche la sofferenza di un solo organo ha più o meno vaste ripercussioni generali sia sul piano delle correlazioni biochimiche e morfologiche, sia anche (e talora preminentemente) sul piano della risonanza psichica, che a sua volta è capace di provocare disturbi funzionali e talora anche organici.* Tutto ciò ribadisce la necessità che l'indirizzo mentale del medico sia volto non soltanto a **"riconoscere"** un determinato quadro morboso, ma anche - e spesso soprattutto - a **"conoscere"** un determinato malato...



Targa su casa di Hahnemann



Parigi, Rue de Saint Peres, 26 - casa di Hahnemann (foto P. Gulia)

*Compito del medico è far raggiungere al malato il miglior equilibrio psico-fisico possibile, tenendo presente tutti i suoi disturbi; e a tale scopo spesso non basta un'etichetta diagnostica che può essere anche **astrattamente** esatta e una condotta terapeutica basata solo su di questa e quindi anch'essa astratta. Se la diagnosi deve essere **"individuale"** la terapia lo deve essere ancor più, perché deve tener conto non solo dell'individualità del quadro clinico, ma anche della variabilità individuale della risposta ai farmaci e delle eventuali intolleranze, locali o generali, anch'esse del tutto individuali. Da tutto ciò si comprende la profonda **differenza** che esiste **fra la conoscenza della patologia medica – che è sempre un indispensabile fondamento – e la conoscenza della realtà clinica** , che richiede al medico capacità di accurata osservazione analitica e insieme capacità di sintesi per penetrare il più possibile in tale realtà che è individuale e unitaria.*

Concetti da sottoscrivere completamente, riecheggianti i § 3 e 5 dell'Organon (2). Come tradurli in atto pratico, cioè clinico-terapeutico e, possibilmente, curativo?

Gli altri due pilastri del metodo omeopatico, il proving e il principio del simile, forniscono la risposta, come, espresso in modo chiaro dal Prof. Paolo Bellavite (6):

*La proposta terapeutica convenzionale è sostanzialmente **meccanicistica** (in tutta la citazione il grassetto è di chi cita – ndr) cioè si ritiene di poter identificare un **"meccanismo"**... e si punta a modificarlo con un farmaco o con un intervento chirurgico o di altro tipo. Alla condizione patologica si attribuisce un nome (**"diagnosi"**) e per quella diagnosi si applica la terapia dimostrata più efficace in una serie di soggetti con la stessa diagnosi ... Spesso il metodo funziona, almeno a breve termine ... **Ma, in molti casi l'approccio meccanicistico non funziona** ... L'approccio meccanicistico non funziona in modo ottimale perché nel fare la **"diagnosi"** esso è **"costretto"** a semplificare la condizione reale del malato, riducendola a una categoria universale, **ma astratta**, (da notare che sia il prof. Teodori sia il prof. Bellavite usano lo stesso aggettivo **"astratta"** – ndr) **la malattia**... Se questo processo di **"riduzione"** e di **"astrazione"** è necessario ed efficace nei casi più semplici ed eclatanti, quando c'è, appunto, un **meccanismo** chiaro e determinante, non è sufficiente ed è persino fuorviante nei casi più complessi, multifattoriali*



Samuel Hahnemann

e sottili, quali sono, si badi bene, **quasi tutti i casi almeno nelle prime fasi dello sviluppo delle malattie umane. Qui la medicina moderna si trova in una difficoltà quasi insormontabile**, dati i presupposti meccanicistici su cui si fonda... **La genialità della proposta di Hahnemann** sta nel fatto che egli prese coscienza della complessità inestricabile dei meccanismi della forza vitale (od omeodinamica in termini scientifici) e scoprì il modo di valorizzare, sul piano operativo, un **principio** universale, sperimentalmente dimostrato, quello della **similitudine**. La similitudine, basata sulla dettagliata osservazione dei sintomi espressi dal malato, consente in qualche modo di superare l'ignoranza dei meccanismi cellulari e molecolari, andando a trovare un rimedio (il medicinale omeopatico) capace di **indirizzare** i processi omeodinamici verso la loro meta più naturale, la guarigione appunto.

Le ampie citazioni dal prof. Teodori e dal prof. Bellavite bene si adattano ai due casi presentati che per la prescrizione omeopatica non sono complicati grazie alla chiarezza dei sintomi dei singoli pazienti (non modificati e resi confusi da somministrazione di farmaci convenzionali, come

spesso accade), confrontabili con i quadri sperimentali e clinici dei medicinali omeopatici risolutori: China e Phosphorus, entrambi sperimentati da Hahnemann e collaboratori per primi e sperimentati più volte da altri [vedere in: Allen, Encyclopedia (7)]. Opportuno non dimenticare che la Materia Medica di ogni singolo rimedio è costituita dai sintomi dei provings e dai sintomi derivati dall'osservazione clinica, cioè quei sintomi non comparsi nei provings ma più volte osservati attentamente e comprovati in modo scrupoloso e, che, in tal maniera, completano ciò che non è emerso durante i provings.

CHINA e il caso di FUO

Hahnemann (8) – Symptom 599 – *In the evening a feeling of oppression and uneasiness in the chest; he feels compelled to breathe deeply and then must expire in a sighing manner, whereby the oppression is diminished for the moment, with weak, scarcely perceptible pulse and anxious impatient humour.*

Symp. 989 *Palpitation of the hearth, followed immediately by chilliness (after 20 m.)*

Symp. 991 *Shuddering and rigor all over the body, with goose-skin (after 1 h.)*

Symp. 995 *Internal coldness, periodically with shuddering and rigor all over the body (immediately).*

Symp. 1065 – *Profuse sweat (Morton)*

Sympt 1066 – *Debilitating sweat at the end of the febrile heat. (Schlegel)*

Symp. 1067 – *General profuse sweat. (Alpini)*

Jahr (9) – °Febbri quotidiane, doppie quotidiane, ovvero terzane, che comincino specialmente la sera, o dopo mezzodi, o la mattina con brividi, con tremori, *seguiti da calore e sudore notturno.*

*Gli accessi febbrili sono spesso preceduti da incomodi, come



China Succirubra

battiti di cuore, starnuto, smanie, nausea, sete eccessiva, bulimia, mal di capo, coliche prementi, ecc.

NB - Secondo la peculiare simbologia usata da Jahr per indicare le diverse specie di sintomi: i sintomi senza alcun segno sono sintomi puramente patogenetici (= dai provings); l'asterisco (*) indica i sintomi patogenetici confermati da guarigioni; lo zero (°), i sintomi, o le circostanze, durante i quali il medicamento ha agito favorevolmente, ma che – fino alla stampa del trattato – non erano ancora stati osservati come sintomi patogenetici.

Lippe (10) – *The three stages are sharply-marked: chill, fever and perspiration.*

The sweat is generally profuse and exhaustive. (in grassetto da Lippe)

Vithoulkas (11) - *China è un rimedio rinomato per la febbre intermittente con periodicità dell'inizio della crisi febbrile e successione regolare di fasi di freddo, caldo, sudore, di solito con intervalli di apiressia ... Hahnemann ha elencato, nelle note ai suoi provings alcune caratteristiche degli stati febbrili di China: prodromo marcato con la febbre che inizia con un concomitante che può essere palpitazione, starnuti, grande ansia, nausea, grande sete, fame vorace ecc ... La traspirazione è molto profusa e indebolisce ... H.C. Allen aggiunge che le crisi parossistiche di solito non si verificano di notte.* (grassetto da Vithoulkas).

Allen (12), infatti, evidenzia: **Time** – Not characteristic; may begin at any hour of day; generally toward midday; never at night (corsivo da Allen).

Allen, quindi, evidenzia **due caratteristiche** presenti nella paziente: crisi febbrili improvvise, a qualsiasi ora, ma mai di notte, che costituiscono modalità cronologiche, citate anche da Vithoulkas e Hering, **notate in casi clinici curati** con il rimedio.

Hering, nei *Guiding Symptoms* (13), dove utilizza quattro simboli tra cui: | *symptoms verified by cures* e || *symptoms repeatedly verified*, segnala:

|| Chill preceded by palpitation, anxiety. | Chill most afternoon or evening; less forenoon; never at night... | She is bathed in profuse, hot perspiration.

La similitudine con il quadro della giovane paziente è evidente.

PHOSPHORUS dal proving di Hahnemann e coll. (15) e **il caso di crisi ipertensione-tonsillite**

Sympt 1615 – *The open air relieves him, and he seems to feel better in it (aft 1, 2 hr – Ng).*...

Simpt 1619 - *She feels impelled to walk way off into the open air.*



Phosphorus

Sympt 1856 – *Frequent increased warmth all over the body, occasionally going off when sitting in the open air, or after dinner; at times also with anxiety, as if perspiration would break out.* (Ng)

Sympt 1862 – *Heat all over the body, especially in the head and hands, with bitterness of the mouth and nausea in the stomach (aft. 2½ hr) (Ng).* Symp 1863 - *Febrile heat and perspiration, at night, with a voracious hunger that cannot be satisfied.*

La descrizione che il paziente fa dei suoi attacchi febbrili corrisponde ai sintomi sopra riportati, tutti indotti nella sperimentazione del fosforo. Il quadro emozionale del paziente, con le sue ansie e paure, l'ipocondria, corrisponde a un noto quadro di Phosphorus. Nel caso di questo paziente non è stato possibile utilizzare un'etichetta diagnostica nosologica coerente con il quadro clinico, ma, come la persistente guarigione ha comprovato, la sua malattia mostrava netta similitudine con la patogenesi di Phosphorus: si potrebbe affermare che *Phosphorus* era la sua malattia.

La tecnica prescrittivi nei due casi. Nel caso di FUO, considerati: a) la nettezza dei sintomi presenti da cinque mesi, non modificati da farmaci convenzionali; b) lo stato generale discreto della giovane paziente; si scelse la tecnica prescrittiva di una sola dose, potenza di grado medio (200K), attendendo un tempo considerato sufficiente per valutare le modificazioni eventualmente indotte da China prima di procedere a ripetizione del rimedio a potenza più alta. In altri termini, si è applicata la tecnica del “*wait and watch*”, aforisma reso famoso da J. T. Kent (16), sintesi di quanto indicato da Hahnemann nella quarta edizione dell'*Organon* [vedere: De Schepper (17)]. La dose di China 200K indusse un miglioramento già nelle successive 24 ore – riduzione di frequenza e intensità delle crisi febbrili – ma non la loro scomparsa: indizio di medicinale selezionato correttamente e della necessità di ricorrere a una potenza più alta della prima somministrata. La guarigione completa

dalla FUO conseguente alla seconda dose di China conferma l'esattezza della valutazione clinica e della prescrizione. Nel secondo caso si preferì la tecnica prescrittiva indicata da Hahnemann nella sesta edizione dell'*Organon* (2) nei paragrafi 246-247-248: somministrazione prolungata, fino a guarigione, di potenze LM (o Q). La scelta di questa scala di potenza si basò sulla constatazione di una sindrome perdurante da anni, a manifestazione periodica, non rispondente a terapia convenzionale sintomatica: se ne dedusse la necessità di una somministrazione più frequente del medicinale considerato omeopatico al caso allo scopo sia di ridurre la possibilità di eventuali aggravamenti iniziali sia, soprattutto, per accelerare i tempi di guarigione secondo quanto indicato da Hahnemann (2) nel paragrafo 246; il medicinale, inoltre, avrebbe dovuto essere ripetibile anche in fase acuta della sindrome, espressione di riattivazione dello stato cronico miasmatico e non di vera malattia acuta [(vedere par. 73 *Organon* (2) e par. 164 edizione italiana delle *Malattie Croniche* (18) e Appendice 3 in questa relazione].

CONCLUSIONI

Nella pratica quotidiana l'eventualità di imbattersi in un caso clinico per il quale non sia possibile giungere a una precisa diagnosi nosologica non è rara. In tale situazione è difficile applicare schemi terapeutici convalidati e si deve ricorrere a terapie sintomatiche oppure rinunciare al trattamento, attendendo l'eventuale risoluzione spontanea o il verificarsi di eventi (progressione della patologia) che permettano finalmente di classificare con precisione il caso secondo la nosografia nota.

La metodologia clinica omeopatica rileva anche quanto di più peculiare, caratteristico, insolito sia presente nel caso e valorizza proprio ciò che rende il caso unico, individuale, talora *non classificabile* secondo consueti schemi nosologici. Se quanto di più individuale rilevato corrisponde ai sintomi noti indotti dalla sperimentazione su soggetti sani di una determinata sostanza, è consentito prescrivere proprio quella sostanza applicando il principio del simile *similia similibus curentur* e conseguire guarigione o miglioramento del paziente, talora in modo sufficientemente rapido, con alta probabilità senza effetti collaterali e, soprattutto, in modo duraturo. Ciò può impedire o rallentare un'evoluzione negativa del quadro clinico, probabilmente realizzando una terapia preventiva, almeno fino a quando il paziente si mantiene sotto valido trattamento omeopatico e segue un sano stile di vita.

I casi esposti, risolti dai medicinali omeopatici *China succirubra* e *Phosphorus flavus*, con il conseguimento di guarigione in modo rapido, sicuro e permanente, e "per ragioni evidenti" cioè sulla base di una valida metodologia, secondo quanto indicato da Hahnemann come ideale terapeutico nel par. 2 della sesta edizione dell'*Organon* (2), sono un esempio di quanto poco sopra affermato.

Inoltre, possono essere considerati un esempio d'integrazione tra la metodologia clinica convenzionale e la metodologia clinica omeopatica, quando quest'ultima può proporre un intervento pragmatico efficiente in casi di difficile valutazione diagnostica: integrazione intesa non come ruolo puramente ancillare e secondario della medicina omeopatica, ma come possibilità di efficiente intervento teso a favorire il recupero, per quanto possibile, dello stato di salute psicofisica del paziente.

In sintesi: individualità; sperimentazione di singole sostanze su soggetti sani; applicazione del principio del simile; medicinale unico; che sono i pilastri della metodologia clinica omeopatica, diventano per il medico che il metodo conosca e sappia applicare un'efficace arma in più, se ben usata, curativa e, forse, preventiva.

Appendice 1

Febbre di origine sconosciuta (Fever of Unknown Origin FUO) o criptogenetica –

La FUO è definita come una febbre continua della **durata di almeno tre settimane**, con aumento della T quotidiana sopra i 38°C e **rimasta indagnosticata dopo una settimana di studio in ospedale** o come una T più alta di 38°C persistente per almeno tre settimane in pazienti in cui né la storia, né l'esame obiettivo, l'emogramma, l'analisi delle urine e le Rx torace sono riusciti a indicare la diagnosi. Indipendentemente da quali di questi criteri sia stato usato, **l'orientamento diagnostico deve essere individualizzato**; non si possono dare regole rigide, perché ogni paziente con FUO rappresenta un problema diagnostico particolare. Il requisito che la febbre duri da più di tre settimane è il più importante perché elimina dal campo la maggior parte delle infezioni virali e batteriche, come pure altre malattie febbrili che si limitano da sé.

ETIOLOGIA – La maggior parte dei pazienti non ha una malattia rara, ma soffre di affezioni comuni, difficili però da diagnosticare perché **si presentano in modo atipico**. La maggior parte dei casi pubblicati indica che le infezioni ne costituiscono il 40%; i tumori primitivi o metastatici il 20%; le malattie del connettivo il 20% e diverse altre affezioni il 10%. In circa il 10% dei casi la causa è sconosciuta, però l'osservazione protratta in questo gruppo ha dimostrato che al momento dell'indagine iniziale erano semplicemente indagnosticabili.

Harold Friedman. H. - *Diagnostica medica orientata per problemi* – Il Pensiero Scientifico Ed, Roma 1980

*Per febbre di origine sconosciuta, si intende una temperatura corporea $\geq 38,0$ °C (misurata per via rettale) la cui causa non sia rappresentata da malattie transitorie e autolimitanti, patologie rapidamente fatali, patologie che non presentano chiari sintomi locali o al riscontro di anomalie ai comuni esami diagnostici quali RX torace, analisi delle urine o emocoltura ... La **FUO classica** perdura per > 3 settimane senza che sia stata riconosciuta una causa eziologica dopo 3 giorni di valutazione ospedaliera o ≥ 3 visite ambulatoriali.*

Le febbri di origine sconosciuta sono generalmente classificate in 4 categorie: Infezioni (dal 25 al 50%); Collagenopatie (10 al 20%); Neoplasie (dal 5 al 35%); Varie (dal 15 al 25%) ... In circa il 10% degli adulti non viene identificata alcuna causa di febbre di origine sconosciuta. Tunkel A. R., MD, PhD, Professor of Medicine – www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-infettive/biologia-delle-malattie-infettive/febbre-di-origine-sconosciuta. 2017.

Queste definizioni, distanti quasi 40 anni l'una dall'altra, sono sovrapponibili: in altre parole, pur migliorate le possibilità diagnostiche grazie ad esami ematici e strumentali, una percentuale non irrilevante dei casi resta senza diagnosi. Infine, il *Current Medical Diagnosis & Treatment*, 48th edition, Mc Graw Hill 2009, Cap.30 *FUO*, pag.1126-1127, sostiene che circa il 50% dei casi rimane senza diagnosi, pur potendo avere un decorso favorevole con possibile risoluzione dei sintomi. Conclusioni analoghe si trovano a pag. 808 di *AAV - Harrison's Principles of Internal Medicine*, 15th ed. McGraw Hill 2001: *When no underlying source of FUO is identified after prolonged observation (> 6 months), the prognosis is generally good, however vexing the fever may be to the patient.* Come spesso accade anche in situazioni cliniche di altro tenore, colpisce la rapidità di positiva risoluzione del caso in seguito alla somministrazione del corretto medicinale omeopatico. Considerare ciò, come taluno è propenso a fare, espressione di caso fortuito, mera coincidenza o di effetto placebo, è riduttivo o frutto di antiscientifico pregiudizio.

Appendice 2

Gli ANCA sono degli autoanticorpi (IgG anti-PR3, anti-MPO, anti-BPI, anti-elastasi, anti-catepsina, anti-lisozima, anti-lattoferrina – ndR) diretti verso costituenti citoplasmatici dei granulociti neutrofili (e monociti); sono considerati un utile marker sierologico per la diagnostica delle vasculiti primarie sistemiche, quali in particolare la granulomatosi di Wegener (GW) e la poliangioite microscopica (PAM) ... e, in misura minore, la

sindrome di Churg-Strauss (SCS). Le ragioni più frequenti per la richiesta di una determinazione degli ANCA sono appunto la diagnosi e/o il monitoraggio delle vasculiti sistemiche primitive ... In altre situazioni cliniche ANCA-associate (es. malattie infiammatorie intestinali croniche, epatiti e colangiti autoimmuni, connettiviti), l'utilità diagnostica è inferiore ...
<http://www.gruppofirma.com/ita/linee-guida/autoanticorpi-anti-citoplasma-dei-neutrofili-anca>.

Appendice 3

La prescrizione di Sulphur non fu precisa: essa si basò sul grado di conoscenza di Materia Medica dell'autore (vedere § 257 e 258 Organon) a quei tempi (2000) e sull'uso, limitato ad alcuni sintomi selezionati, del repertorio cartaceo di Kent. L'utilizzo del programma informatizzato e la conseguente consultazione della Materia Medica (come fatto dopo un anno di trattamento e i cui risultati sono riportati nella relazione) sarebbero stati, verosimilmente, di aiuto per arrivare alla prescrizione del corretto rimedio fin dalla prima visita (§ 209 - Organon). Sulphur, rimedio antipso-rico come Phosphorus, fu un buon *similare* del paziente, non il *simillimum*.

Inoltre, i medicinali Phytolacca e Apis, di cui è nota un'efficace azione in caso di tonsillite acuta, furono dei palliativi. Come Hahnemann sostiene nel par. 73, le periodiche crisi acute presentate dal paziente non sono vere malattie acute ma: *aggravamenti passeggeri di psora latente* ... che richiedono un trattamento antimiasmatico con il medicinale che corrisponda alla *totalità* dei sintomi (§ 7). L'efficacia di Phosphorus nel risolvere prontamente le sempre più rare recidive della crisi ipertensione-tonsillite e nel guarire del tutto il paziente sembra confermare le affermazioni di Hahnemann.

Appendice 4

FUO – Prove terapeutiche. Vanno impiegate solo come ultimo appiglio e solo se sono ragionevolmente specifiche. Va condannato l'uso di mescolare antibiotici, steroidi e altri farmaci, perché di solito non si risolve nulla, si confonde il quadro clinico e ciò comporta anche un rischio.

H. Harold Friedman- *Diagnostica medica orientata per problemi* – Il Pensiero Scientifico Ed, Roma 1980

Empiric administration of corticosteroids should be discouraged; they can suppress fever if given in high enough doses, but they can also exacerbate many infections, and infection remains a leading cause of FUO.

Current Medical Diagnosis & Treatment, 48th edition, McGraw Hill 2009, Cap.30 *FUO*, pag.1128

BIBLIOGRAFIA

- 1) Lauricella E. – Dizionario Medico – USES, Firenze 1976, vol. II.
- 2) Hahnemann S. – *Organon dell'Arte del Guarire* - 6ª ed, CEMON ed, Napoli 1987
- 3) Schrojens F. – Radar Synthesis, versione 9.0 – ARCHIBEL, Assesse (Belgium) 2008
- 4) LMHI – ECH: *Standard formativi omeopatia in Italia*, 2013 - (versione italiana di *Homeopathic Education Standard*, 2013)
- 5) Teodori U. - *Trattato di Patologia Medica* – SEU Ed, Roma 1980, vol. I, Introduzione, pagg. XV-XX.
- 6) Bellavite P. – *La similitudine omeopatica*. Parte prima – *il granulo*, Anno I, Autunno 2006, n. 2, pagg. 9-10
- 7) Allen T. F. – *The Encyclopedia of Pure Materia Medica* - B. Jain Publishers, New Delhi, 2000.
- 8) Hahnemann S. – *Materia Medica Pura, II ed.* – Indian Book and Periodical Syndicate, New Delhi 1985, vol. I, China.
- 9) Jahr G. H. G. – *Manuale della Materia Medica Omeopatica*, vol. I – a cura della L.U.I.M.O, Napoli 1988, China, pag. 203.
- 10) Lippe A. – *Keynotes and Red Line Symptoms of Materia Medica* – B. Jain Publishers, New Delhi, 2002 – China, pag. 264.
- 11) Vithoulkas G. – *Materia Medica Viva*, vol. 8 – ed. Ass. Beladonna, Milano 2002, China, pag. 1774
- 12) Allen H.C. – *The Therapeutics of Fevers* – B. Jain Publishers, New Delhi 1990, Cinchona, pag. 154
- 13) Hering C. – *The Guiding Symptoms of Our Materia Medica* – B. Jain Publishers, New Delhi 1974, Vol. IV, Cinchona officinalis, pag. 192-193.
- 14) Hahnemann S. – *Materia Medica Pura* – Indian Books and Periodicals Syndicate I.B.P.S., New Delhi, vol. I, China, pag. 410.
- 15) Hahnemann S. – *The Chronic Diseases* – B. Jain Publishers, New Delhi 1985, vol. II, Phosphorus, pag. 1263 e 1270.
- 16) Kent, J.T. – *Lesser writings* - B. Jain Publishers, New Delhi 1984 – Use of potencies. Application of remedies to sickness, pag. 207-208; Observations regarding the selection of the potency, pag. 346-352; Series in degrees, pag. 356-360; The administration of the remedy, pag. 388-392; The second prescription, pag. 415-426
- 17) De Schepper, L. – *Gestione del simillimum omeopatico* – Salus Infirmorum, Padova 2009 – cap. 3, pag. 36-37.
- 18) Hahnemann, S. – *Le malattie croniche* – EDIUM ed, Milano 1980.

Curare con Dolcezza

Dal 1957 prepariamo le potenze LM esclusivamente tramite succussione manuale e triturazione manuale.

Il nostro laboratorio a conduzione familiare opera nel solco della tradizione omeopatica. ARCANA si impegna per continuare a mettere a disposizione dell'omeopatia un ampio ventaglio di rimedi.



ARCANA®
www.arcana.de

Distribuito in Italia da:

SIMILIA

Similia S.r.l. Via Toscana 28 – 20020 – Lainate (MI)
T 0293790010 / 63 · F 0293571375 · info@similia.eu www.similia.eu