

Individualisierte homöopathische Therapie bei Adipositas, dysfunktioneller Uterusblutung und autonomer Dystonie

Tamara G. Denisova, Liudmila Ivanovna Gerasimova, Nadezhda L. Pakhmutova, Seema Mahesh und George Vithoukas

Zusammenfassung

Patientin: weiblich, 39

Endgültige Diagnose: Vegetovaskuläre Dystonie • dysfunktionale Uterusblutung

Symptome: Vaginalblutung • Bewusstlosigkeit • Schwäche

Medikament: -

Klinisches Verfahren: Orale Medikation

Fachgebiet: Allgemeine und Innere Medizin

Zielsetzung:

Ungewöhnlicher klinischer Verlauf

Hintergrund:

Adipositas ist weltweit eine der Hauptursachen für Morbidität und Mortalität und aufgrund der multifaktoriellen Ätiologie und Erscheinung schwierig zu behandeln. Die individualisierte Homöopathie berücksichtigt Faktoren, die zum Gesundheitszustand eines Patienten geführt haben, und kann daher eine Rolle bei der Behandlung von Fettleibigkeit und damit verbundenen Begleiterkrankungen spielen; Komorbiditäten, die aus der gleichen Ätiologie entstehen können, können als Ganzes auf eine homöopathische Behandlung ansprechen.

Fallbericht:

Eine 39-jährige russische Frau, die nach schwerem emotionalen Stress multiple Probleme entwickelte, wurde mit einer individualisierten klassischen homöopathischen Therapie behandelt. Adipositas, dysfunktionale Uterusblutungen und Dysautonomie waren Pathologien, die eine Verbesserung zeigten.

Schlussfolgerungen:

Die Reaktion im Fall dieser Patientin unterstützt die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen zur Relevanz der individualisierten Homöopathie bei diesen verwandten Erkrankungen.

MeSH-Schlüsselwörter: Adipositas, primäre Dysautonomien

Hintergrund

Das Management von Adipositas und den damit verbundenen Komplikationen ist in den letzten Jahren weltweit zu einer wachsenden Herausforderung geworden und hat sich zu einer der Hauptursachen für Morbidität und Mortalität entwickelt^[1-4]. Fettleibigkeit wird einer chronischen Entzündung im Körper zugeschrieben, die auch verschiedene andere Entzündungszustände wie metabolisches Syndrom, Depressionen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen usw. auslöst. Die Ursache für Fettleibigkeit ist nicht immer so einfach wie eine Erhöhung der Energieaufnahme. Studien haben gezeigt, dass auch eine Veränderung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse durch emotionalen Stress zu Adipositas führen kann^[5-7]. Während Lebensstil- und Ernährungskorrekturen die Situation in einigen Fällen von Adipositas verbessern, reichen sie in vielen Fällen nicht aus, insbesondere wenn bei einem Patient organische Funktionen gestört sind.

Autonome Dystonie (Dysautonomie, vegeto-vaskuläre und vegeto-vagale Dystonie) wurde in der allgemeinen medizinischen Literatur selten erwähnt, findet aber in der russischen medizinischen Literatur reichlich Präsenz^[8-11]. Der Zustand beinhaltet eine plötzliche Fehlfunktion des autonomen Nervensystems mit Panikattacken-ähnlichen Episoden, die mit Vasodilatation und Bewusstseinsverlust verbunden sind. Therapeutische Ansätze fehlen und beinhalten oft eine allgemeine Verbesserung der Gesundheit^[9,12]. Obwohl unklar, wird seine Ätiologie als hauptsächlich psychogen angesehen, und obwohl es manchmal als vollständig psychologisches Leiden angesehen wird, ist die Auswirkung auf die Lebensqualität enorm und real^[9,12,13]. Interessanterweise besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Funktion des vegetativen Nervensystems und dem Body-Mass-Index^[14,15], wie es in diesem Patientenfallbericht relevant war.

Dieser Fallbericht ist nach unserem besten Wissen der erste seiner Art mit der spezifischen Assoziation von Fettleibigkeit, Bluthochdruck, hormonellen Ungleichgewichten, dysfunktionellen Uterusblutungen und Dysautonomie, die mit Homöopathie behandelt werden. Der Fall hat eine Selektionsbias, da sich die Patientin selbst für die Homöopathie entschieden hat.

Fallbericht

Die Patientin, eine 39-jährige russische Frau, klagte über reichlich blutigen Vaginalausfluss von 10 Tagen Dauer; Nach einer 26-tägigen Verzögerung ihres Menstruationszyklus begannen starke vaginale Blutungen. Im Allgemeinen waren ihre Menstruationszyklen sehr unregelmäßig. Sie litt auch unter allgemeiner Schwäche, wiederkehrenden Schwindelanfällen und Übelkeit mit starkem Schwitzen und einem einjährigen Bewusstlosigkeitsverlust. Bei der Vorstellung wog sie 106 kg, ihr Blutdruck lag bei 215/126 mmHg. Ihre Schleimhäute waren blass und ihre Schilddrüse war leicht vergrößert; Sie wohnte in einem Jodmangelgebiet.

Bei der gynäkologischen Untersuchung erschien der Uteruskörper leicht vergrößert und schmerzte bei der Verschiebung; es gab reichlich blutigen Ausfluss. Ein abdominaler Becken-Ultraschall zeigte mäßige Fettleberinfiltration, mäßige Dilatation des gemeinsamen Gallengangs, mäßige Wandverdickung und Heterogenität der Gallenblase, mäßige Lipomatose der Bauchspeicheldrüse; der Uterus war mäßig vergrößert, die Eierstöcke multifollikulär mit dem rechten Eierstock vergrößert, mit einer 25 × 16 mm großen Zyste; Im Douglas-Beutel war eine kleine Menge Flüssigkeit.

Blutuntersuchungen zeigten einen erhöhten Spiegel von Prolaktin, Schilddrüsen-stimulierendem Hormon, Luteinisierendem Hormon und Follikel-stimulierendem Hormon. Sie hatte eine leichte Dyslipidämie, aber andere biochemische Werte waren normal (Tabelle 1). Die Diagnose der Patientin war eine dysfunktionelle Uterusblutung mit Adipositas, Bluthochdruck und vegetativ-vaskuläre Dystonie (autonome Dystonie) mit sympatho-adrenalen Krisen.

Tabelle 1.

Gesundheitsparameter vor und nach der Behandlung.

Test	Status vor Behandlungsbeginn	Status nach 12,5 Monaten Behandlung
Follikel stimulierendes Hormon	10.6 mU/mL (normal: bis zu 9.9 mU/mL)	7.6 mU/mL
Luteinisierendes Hormon	19.6 mU/mL (normal: bis zu 15 mU/mL)	7.8 mU/mL
T4	75 nmol/L (normal: 55–137 nmol/L)	
Thyroid stimulierendes Hormon	5.6 mIU/L (normal: 0.4–4.2 mIU/L)	3.4 mIU/L
Thyroperoxidase-Antikörper	3.6 U/mL (normal: bis zu 5.6 U/mL)	
Testosteron	2.5 ng/mL (normal: 0.45–3.17 ng/mL)	
Progesteron	3.1 nmol/L (normal: 2.3 nmol/L)	
Estradiol	0.43 nmol/L (normal: 2.3 nmol/L)	
Serum Prolaktin	1167 mIU/L (normal: 450–650 mIU/L)	578 mIU/L

Test	Status vor Behandlungsbeginn	Status nach 12,5 Monaten Behandlung
Blutdruck (24 Stunden Durchschnitt)	215/126 mm Hg	135/93 mm Hg
Serumkreatinin	0.86 mg/dL (N – 0.4–1.1 mg/dL)	
Harnstoff im Blut	4.2 mmol/L (N – 2.5–7.1 mmol/L)	
Urinanalyse	Hellgelbe Farbe; Spezifisches Gewicht– 1,014 g/L, Reaktion (pH) ist sauer; Protein – null; Glukose – null; Gallenpigmente – keine; Ketonkörper – keine; Hämoglobin - null.	
Mikroskopie des Urins	2–4 Leukozyten pro Sichtfeld Erythrozyten – 1–3 in pro Sichtfeld Epithelialzellen – 3–4 pro Sichtfeld Casts – 0 pro Sichtfeld	
Leberfunktion	ALS – 0.43 mmol/L (N – 0.1–0.68 mmol/L); AST – 0.27 mmol/L (N – 0, 1–0.45 mmol/L); SCHF – 2.1 mmol/L (N1–3 mmol/L); GGT – 2.4 mmol/L (N-0.6–3.96 mmol/L); Total bilirubin – 16.3 (N-8.6–20.5 mmol); Total protein – 72.8 hl (N- 65–85 hl); Albumine – 47.2 hl (N-40–50 hl); Globuline – 26.4 hl (N20–30 hl).	
Lipidprofil	Total cholesterol – 6. 81 mmol/L (N – 3.10–5.16 mmol/L) HDL – 1.24 mmol/L (N 1.0–2.07 mmol/L) LDL – 4.28 mmol/L (N 1.71–3.40 mmol/L) VLDL – 1.29 mmol/L (N 0.26–1.04 mmol/L) Triglyzeride – 1.34 mmol/L (N 0.45–1.60 mmol/L) Atherogenic coefficient – 4.5 (N 1.5–3)	Total cholesterol – 4.73 mmol/L HDL – 1.67 mmol/L LDL – 3.18 mmol/L VLDL – 0.56 mmol/L Triglyzeride – 1.13 mmol/L Atherogenic coefficient – 1.8

Test	Status vor Behandlungsbeginn	Status nach 12,5 Monaten Behandlung
Hämoglobin	86.4 g/L (N 120–140 g/L)	126.7 g/L
Becken Ultraschall	Der Uterus war mäßig vergrößert, die Eierstöcke multifollikulär, wobei der rechte Eierstock vergrößert war – mit einer 25 × 16 mm großen Zyste; Es gab eine kleine Menge Flüssigkeit im Douglas-Beutel	Kleines Becken zeigt keine offensichtliche Pathologie; das Endometrium entspricht der Phase des Menstruationszyklus.
Körpergewicht	106 kg	82 kg

Die Vorgeschichte zeigte, dass sie im Jahr 2008 hormonelle Ungleichgewichte entwickelte (erhöhte Östrogen-, follikelstimulierende Hormon- und Prolaktinspiegel); sie unterzog sich auch einer Endometriumpolypenextraktion. 2009 entwickelte sie eine Vergrößerung der Schilddrüse. 2011 hatte sie Cholelithiasis und 2012 Urolithiasis. 2013 brachte sie ihr zweites Kind zur Welt; Sie entwickelte Blutdruckveränderungen, Schmerzen in der Brust, Herzklopfen und Bewusstlosigkeit. Ihre erste Menstruation war im Alter von 11 Jahren, anfänglich ausgiebig mit einer Dauer von 5 bis 6 Tagen. Sie hatte 2 Geburten, keine Abtreibungen. Der Charakter ihrer Menstruation änderte sich nach ihrer ersten Geburt; sie wurde unregelmäßig und reichlich mit einer Dauer von 7 bis 8 Tagen. Ihr Körpergewicht betrug 68 kg, sie nahm während der Schwangerschaften 28 kg zu und wog 106 kg, sie verlor nichts von der Gewichtszunahme. Ihre letzte gynäkologische Untersuchung, die einige Monate vor der jetzigen Untersuchung stattfand, ergab keine Pathologie. Die Ultraschalluntersuchung des Beckens zeigte zu diesem Zeitpunkt keine Pathologie.

Ihre Mutter starb an Magenkrebs; Es gab auch Prostatakrebs und Schilddrüsenerkrankungen in ihrer Familiengeschichte. Die Patientin bezog den Beginn ihrer Krankheit auf die Zeit des Todes ihrer Mutter im Jahr 2007. Sie berichtete, ihre Mutter sehr zu vermissen; sie war sehr anhänglich und träumt von ihrer Mutter. Ihre ersten gemeldeten hormonellen Veränderungen traten 2008 auf und ihr Gesundheitszustand verschlechterte sich von da an. 2013 brachte sie ihr zweites Kind zur Welt und am Ende dieser Stillzeit bekam sie unregelmäßige und starke Menstruation.

Sie konsultierte schließlich einen Endokrinologen und einen Neurologen. Maßnahmen wie Kürettage der Gebärmutterhöhle, Verschreibung von Uterotonika und antibakterielle Therapie waren geplant, um die Blutung zu stoppen. Sie sollte auch ein Gewichtsabnahmeprogramm starten. Der Neurologe bat sie jedoch, einen professionellen Homöopathen aufzusuchen, um zu sehen, ob eine alternative Lösung verfügbar sei.

Die Patientin suchte am 10. Oktober 2016 eine homöopathische Beratung auf. Sie nahm keine anderen Medikamente ein und setzte die gleiche Ernährung und Routine wie bisher

fort. Unter Berücksichtigung ihres gegenwärtigen Zustands und der anhaltenden Trauer, die die Patientin durch den Tod ihrer Mutter empfand, der wahrscheinlich zu ihrer komplizierten gesundheitlichen Situation geführt hatte, wurde das homöopathische Mittel Natrium muriaticum C 15 ausgewählt. Die Nachsorge und Folgeverschreibungen sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2.

Folgeuntersuchung der Patientin.

Datum	Symptome	Verordnung
10/10/2016	Reichliche vaginale Blutungen; unregelmäßige Menstruationszyklen; verlängerte Blutungsgewichtszunahme; Bluthochdruck mit Schwankungen; Episoden von plötzlich einsetzendem starkem Schwitzen und Bewusstlosigkeit; allgemeine Schwäche und Schwindel; Herzklopfen; abgelenkt, unfähig, sich vor der Menstruation zu konzentrieren; Trauer über den Tod ihrer Mutter vor 9 Jahren, noch nicht erholt	Natrium muriaticum C15 eine Dosis jeden 2. Tag Die Potenz wurde später erhöht C21 und C30, wie erforderlich
19/12/2016	Patientin besser gelaunt Symptome des prämenstruellen Syndroms besser; Auftreten eines Furunkels mit Eiterausfluss auf der Stirn und dem rechten Oberschenkel, der von selbst verschwand Schlaf besser	Natrium muriaticum C60
27/03/2017	Gewichtsverlust – 4 kg Hatte Stress am Arbeitsplatz, der zu Blutdruckanstieg und Erschöpfung führte, aber die Patientin kam damit ohne Medikamente zurecht. Es gab eine Änderung in der Symptomindikation für das homöopathische Mittel	Ignatia 200C
30/10/2017	Die Patientin fühlt sich auf allen Ebenen besser, d. h. mental, emotional und körperlich.	Keine Verordnung

Datum	Symptome	Verordnung
	Ihr Blutdruck ist normal, ihre Menstruation regelmäßig und schmerzlos.	
	Kein PMS.	
	Der Schlaf ist erfrischend und gut.	
	Kein Schwindel, Bewusstlosigkeit oder Herzklopfen; kein starkes Schwitzen.	
	Körpergewicht 82 kg	

Die letzte Nachuntersuchung war am 30. Oktober 2017 und 12,5 Monate nach Beginn des homöopathischen Mittels, und die Patientin berichtete, dass sich ihre Lebensqualität stark verbessert hatte und ihre Menstruationszyklen nun regelmäßig waren. Die sympatho-adrenalen Krisen verschwanden innerhalb von 5 Monaten nach Beginn der Behandlung; bei der letzten Nachuntersuchung wog sie 82 kg. Ihr Prolaktinspiegel hatte sich wieder normalisiert und ihre Ultraschalluntersuchung des Beckens war ebenfalls normal (Tabelle 1).

Diskussion

Es wurde vermutet, dass das Immunsystem eines Patienten eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Fettleibigkeit und ihren Komplikationen spielt^[2]. Das heißt, wenn tiefgreifende und nachhaltige Veränderungen zum Besseren eintreten sollen, muss die Therapie nicht nur helfen, das Gewicht zu reduzieren, sondern auch den Immunstatus des Patienten in einen gesünderen zu bringen. Dies kann als Änderung der damit verbundenen Beschwerden angesehen werden.

Die klassische Homöopathie betrachtet den immunologischen Zustand und die Krankengeschichte einer Person zusammen mit familiären Tendenzen, um den Stress zu bestimmen, der den chronischen Entzündungszustand ausgelöst hat. Unter Berücksichtigung dessen wird der therapeutische Ansatz auf diese bestimmte Person zugeschnitten und das Ergebnis ist die Auflösung des Entzündungszustands durch das eigene Immunsystem der Person^[16,17], was als allgemeine Verbesserung des Patienten und nicht nur der pathologischen Zustände angesehen wird. Eine solche allgemeine Verbesserung der Komorbiditäten zusammen mit einer Verbesserung der schwerwiegenden Hauptpathologie durch klassische homöopathische Therapie wurde bereits zuvor aufgezeichnet¹⁸⁻²¹. Dies zeigt sich auch im vorliegenden Fall. Der Wirkungsmechanismus der biologisch aktiven potenzierten Heilmittel ist nicht ganz bekannt. Bisher gibt es einige Hypothesen, wie sie in „Die Wissenschaftliche Homöopathie“^[22] zu sehen sind.

In unserem Patientenfall schien die Dysfunktion des autonomen Nervensystems zentral für das gesamte Leiden des Patienten zu sein. Der schwere Stress, dem die Patientin ausgesetzt war, scheint das sympatho-vagale Gleichgewicht gestört zu haben, was zu Fettleibigkeit, hormonellem Ungleichgewicht, Bluthochdruck und vegetativ-vaskulärer Dystonie führte. Die anfängliche Beeinträchtigung der Gesundheit unserer Patientin wurde durch ihre schwere Trauer verursacht. Die ausgewählten Mittel waren diejenigen, von denen bekannt ist, dass sie helfen, ein Gleichgewicht in Zuständen herzustellen, die aus Trauer und Verlust resultieren^[23]. Die spezifische Art und Weise, wie sich die Pathologie entwickelt und Symptome als Reaktion auf tiefsitzenden Kummer auftreten, wurde für diese speziellen Arzneimittelprüfungen aufgezeichnet und sie haben sich als hilfreich erwiesen, wenn Menschen an einer sehr lang anhaltenden Depression und ihren Komorbiditäten gelitten haben^[24]. Die Wiederholung von Verordnungen mit niedrigen Potenzen wie C15 muss über einen langen Zeitraum erfolgen, um positive Veränderungen zu sehen, wie in diesem Fall, wo die autonome Dysfunktion des Patienten innerhalb von 5 Monaten nach Beginn der Behandlung ansprach, und der der hormonelle Zustand der Patientin verbesserte sich. Ihr Gewicht reduzierte sich von 106 kg auf 82 kg und ihre Lipidspiegel verbesserten sich sogar ohne eine spezielle Diät oder Diät (Tabelle 1) und ihre Menstruation wurde regelmäßiger.

Es bestehen Zweifel hinsichtlich des Wirkungsmechanismus des angewandten Mittels, und die Beweise sind nicht stark genug, um die Ergebnisse für dieses homöopathische Mittel eindeutig zu unterstützen. Allerdings ist eine solche Gesamtverbesserung durch eine Therapie, insbesondere ohne Änderungen in irgendeinem anderen Parameter, der die Verbesserungen verursacht haben könnte, ermutigend und legt die Notwendigkeit nahe, weiter zu untersuchen, ob dieser Fall eine Ausnahme oder eine Regel darstellt. Kontrollierte randomisierte Studien sind erforderlich, um die Relevanz der klassischen Homöopathie bei Adipositas und ihren Begleiterkrankungen sowie bei autonomer Dystonie zu belegen.

Schlussfolgerungen

Dieser Fall einer Frau mit dysfunktionellen Uterusblutungen, Fettleibigkeit und vegetativ-vaskulärer Dystonie zeigte einen Nutzen der klassischen Homöopathie. Es legt die Notwendigkeit nahe, durch größere Studien weiter zu evaluieren, ob eine oder alle dieser Diagnosen einzeln oder gemeinsam für eine klassische homöopathische Therapie geeignet sind.

Fußnoten:

1. O'Neill S, O'Driscoll L. Metabolic syndrome: A closer look at the growing epidemic and its associated pathologies. *Obes Rev.* 2014;16(1):1–12. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Sattler A, Olefsky J. Inflammatory mechanisms linking obesity and metabolic disease. *J Clin Invest.* 2017;127(1):1–4. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Rethorst C, Bernstein I, Trivedi M. Inflammation, obesity, and metabolic syndrome in depression: analysis of the 2009–2010 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *J Clin Psychiatry.* 2014:e1428–32. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

4. Furukawa S, Fujita T, Shimabukuro M, et al. Increased oxidative stress in obesity and its impact on metabolic syndrome. *J Clin Invest*. 2004;114(12):1752–61. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Babic R, Maslov B, Babic D, Vasilij I. The prevalence of metabolic syndrome in patient with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Danub*. 2013;25(Suppl. 1):45–50. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Bjorntorp P. Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obes Rev*. 2001;2(2):73–86. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Vancampfort D, Correll C, Wampers M, et al. Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in patients with major depressive disorder: A meta-analysis of prevalences and moderating variables. *Psychol Med*. 2013;44(10):2017–28. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Bulgakov M, Avtandilov A, Milovanova O. The role of prolonged stress and the functional state of the endothelium in the development of autonomic dystonia syndrome. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2017;47(7):791–94. [[Google Scholar](#)]
9. Lobzin V, Poliakova L, Shiman A, Zavodnik A. [Treatment of autonomic vascular dystonia by combined physiotherapy methods] *Vrach Delo*. 1989;3:2–23. [in Russian] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
10. Vein A, Iakhno N, Kulikovski V, Mazhukin V. [Characterization of the status of nonspecific brain systems in cerebral autonomic-vascular crises and neurogenic syncope] *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 1981;81(7):988–94. [in Russian] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
11. Zotov D, Isakov V. The features of hemodynamic support of exercise stress in patients with neurocirculatory dystonia. *Pediatrician (St Petersburg)* 2018;9(1):49–53. [[Google Scholar](#)]
12. Sympathoadrenal crisis: symptoms, treatment. *Medicine*. 2018 Available from: <http://medicine-en.info/neurology/sympathoadrenal-crisis-symptoms-treatment.html>. [[Google Scholar](#)]
13. Isaev D, Efremov K. [Psychogenic factors involved in the formation of vegetovascular dystonia of a hypertonic type in children] *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 1983;83(10):1548–52. [in Russian] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
14. Peterson H, Rothschild M, Weinberg C, et al. Body fat and the activity of the autonomic nervous system. *N Engl J Med*. 1988;318(17):1077–83. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
15. Molfino A, Fiorentini A, Tubani L, et al. Body mass index is related to autonomic nervous system activity as measured by heart rate variability. *Eur J Clin Nutr*. 2009;63(10):1263–65. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
16. Vithoulkas G, Carlino S. The “continuum” of a unified theory of diseases. *Med Sci Monit*. 2010;16(2):SR7–15. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
17. Vithoulkas G. *Levels of health*. Athens: International Academy of Classical Homeopathy; 2017. [[Google Scholar](#)]
18. Mahesh S, Mallappa M, Vithoulkas G. Embryonal carcinoma with immature teratoma: A homeopathic case report. *Complement Med Res*. 2018;25(2):117–21. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

19. Mahesh S, Mallappa M, Vithoukias G. Gangrene: Five case studies of gangrene, preventing amputation through Homoeopathic therapy. *Indian Journal of Research in Homoeopathy*. 2015;9(2):114. [[Google Scholar](#)]
20. Mahesh S, Mallappa M, Tsintzas D, Vithoukias G. Homeopathic treatment of vitiligo: A report of fourteen cases. *Am J Case Rep*. 2017;18:1276–83. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
21. Tenzera L, Djindjic B, Mihajlovic-Elez O, et al. Improvements in long standing cardiac pathologies by individualized homeopathic remedies: A case series. *SAGE Open Med Case Rep*. 2018;6 2050313X1879281. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
22. Vithoukias G, Tiller W. *The science of homeopathy*. Athens: International Academy of Classical Homeopathy; 2009. [[Google Scholar](#)]
23. Oberai P, Balachandran I, Janardhanan Nair K, et al. Homoeopathic management in depressive episodes: A prospective, unicentric, non-comparative, open-label observational study. *Indian Journal of Research in Homoeopathy*. 2013;7(3):116. [[Google Scholar](#)]
24. Kent J. *Lectures on homœopathic materia medica*. New Delhi: Jain Pub Co; 2012. [[Google Scholar](#)]