MEDIOLANEN.

BEATIFICATIONIS ET CANONIZATIONIS

SERVI DEI

ALOISII BIRAGHI

SACERDOTIS DIOECESANI

FUNDATORIS INSTITUTI SORORUM A SANCTA MARCELLINA

(1801-1879)

Richieste avanzate dai componenti della Consulta Medica tenutasi l'8 ottobre 2003, al fine di chiarire le perplessità circa la presunta guarigione miracolosa di Sr. Pasqualina Calvi

1.- *Relazioni del Prof. L. Bonomo, Presidente della Consulta Medica, sullo stato attuale di salute di Sr. Pasqualina Calvi;* 1.X.2003 *e* 17.XI.2003.

I RELAZIONE

La Suora soffrì di una patologia dolorosa e di limitazione funzionale agli arti inferiori che si aggravò progressivamente fino a rendere difficile la deambulazione.

Dopo una diagnosi di artrosi e di inefficacia della relativa terapia nel Settembre '93 venne sospettato un tumore midollare forse maligno. Il successivo intervento del 17 XI escluse la malignità perché l'es. istologico dimostrò una forma tumorale benigna di osteoblastoma.

L'intervento fu ampio e asportò la massa fino all'aorta ma una successiva TAC mostrava che il tumore non era stato asportato completamente.

Però sopravvennero complicazioni gravi nel post-operatorio con versamento pleurico, paraplegia, blocco degli sfinteri.

Non vi furono miglioramenti con la terapia riabilitativa e perciò la Suora viene trasferita in Casa di riposo però l'8.1.'94 si ha un'improvvisa ripresa funzionale degli sfinteri che si normalizzano il 10.1. Più lenta è la ripresa sia sensitiva che motoria agli arti inferiori. Viene continuata la terapia con progressivo miglioramento fino a Maggio '94.

Nel '97 la Suora subì un intervento di isterectomia per fibromatosi, ma già dal Settembre '95 aveva ripreso la sua attività normale.

L'eccezionalità del caso è data dalla rapida ripresa funzionale degli sfinteri, quando la situazione a giudizio degli esperti che la curavano era ormai considerata irreversibile.

Si tratta quindi di una paraparesi con paralisi degli sfinteri successiva a intervento di osteoblastoma midollare.

Il 30.X.'97 la Suora fu controllata all'Osped. G. Pini di Milano e furono riscontrati esiti di mielopatia dorsale per intervento di asportazione di neoplasia midollare;vi era sofferenza neurogena aspecifica specie a sin.

Il 2.9.'98 il Dr. Spinelli dichiara che la ripresa della minzione è avvenuta improvvisamente.

La Prognosi era molto severa quoad vitam et valetudinem.

La terapia chirurgica e medica è da considerare in parte adeguata ma sostanzialmente inefficace.

La guarigione per quanto riguarda la ripresa funzionale degli sfinteri è stata rapida completa e duratura

Essa risulta eccezionale, ma una verifica delle attuali condizioni neurologiche ed urologiche di Sr. Pasqualina sembra opportuna.

1.X.2003 Prof. LORENZO BONOMO

II RELAZIONE

Causa per il S D Luigi Biraghi per la guarigione di Sr. Pasqualina Conte.

Questa parte fa seguito alla prima valutazione in cui si concludeva che era opportuno verificare le condizioni attuali di Sr. Pasqualina, onde poter escludere riprese o persistenza della patologia neurologica sofferta.

La Suora è venuta a Roma ed è stata controllata in ottobre 2003 in un consulto tra i Proff. Morocutti, Casciani e Bonomo.

La Suora è evidentemente obesa e cospicuamente artrosica, tuttavia deambula soddisfacentemente. L'esame clinico generale non mostra alterazioni particolari che possano essere messe in rapporto con l'osteoblastoma operato nel '93.

Per quanto riguarda gli aspetti neurologici essi saranno descritti nella specifica relazione del Prof. Morocutti, tuttavia mi sembra che vi siano soltanto lievi esiti della patologia neurologica sofferta anni prima e che essi vadano interpretati come semplici esiti cicatriziali di quelle lesioni.

In conclusione le attuali condizioni neurologiche e generali di Sr Pasqualina Conte sembrano soddisfacenti, nonostante la sua condizione di obesa e artrosica di notevole entità.

Mi pare quindi che non sia residuato alcun danno sostanziale della sindrome neurologica sofferta anni prima e che quindi la ripresa funzionale molto rapida degli sfinteri e di tutto il quadro di paraparesi sia stata completa e duratura e non spiegabile per la sua modalità.

17.XI.2003

Prof. LORENZO BONOMO

2.- *Relazione del Prof. Cristoforo Morocutti del* 24.XI.2003.

Queste brevi note fanno seguito alle richieste avanzate dai Componenti della C.M. nel corso della seduta del ottobre 2003, al fine di chiarire le perplessità circa la presunta guarigione miracolosa di Suor Pasqualina Calvi, nata a Lodi Vecchio (Lodi), il 3 gennaio 1937.

Innanzitutto ritengo opportuno riassumere, seppure brevemente, il caso in questione.

L'esordio della malattia del caso in questione viene fatto risalire alla primavera del 1991, quando è insorta una sintomatologia dolorosa, di tipo gravativo, alla gamba destra, con limitazione della motilità. In seguito a controlli clinici ortopedici, le veniva posta diagnosi di sindrome artrosica alle anche con gonartrosi, aggravata dall'obesità. Per tale motivo fu sottoposta ad un protocollo terapeutico complesso, comprese le infiltrazioni al ginocchio. Nell'ottobre del 1993, l'ingravescenza della sintomatologia ed il ricorso all'uso del bastone per la deambulazione, impose un'ulteriore visita specialistica, effettuata, questa, volta, da un neurologo, il quale rilevò una paraparesi spastica ipereflessica con limite sensitivo. Per tale motivo fu ricoverata presso l'Istituto Neurologico Besta di Milano, dove fu sottoposta ad esame TAC che ipotizzò l'esistenza di un tumore primitivo vertebrale, confermato successivamente dalla RMN. Si tratta di una lesione espansiva, localizzata nei segmenti D3-D4, che invade la sede paravertebrale sinistra con infiltrazione della pleura omolaterale. Si rileva, altresì, un'invasione del canale rachideo con compressione midollare, sempre a livello D4. Viene posta diagnosi ipotetica di osteocondrosarcoma, un tumore primitivo dell'osso di natura maligna. L'esame RMN conferma la presenza di note spondiloartrosiche C5-C6 e C6-C7. Le viene, inoltre, riscontrata una forma di ipertensione arteriosa sistemica a cui si associa la presenza di varici agli arti inferiori.

Il 17 novembre dello stesso anno fu sottoposta ad intervento chirurgico di laminectomia D3-D5 con asportazione della massa fino all'aorta; con la pleura e tre costole. L'esame istologico deponeva per una forma tumorale benigna di osteoblastoma.

Il decorso post-operatorio si è rivelato subito sfavorevole per un accentuarsi della sintomatologia neurologica; inoltre, veniva rivelata una lussazione della scapola sin.

Tra il 4 e il 5 dicembre il quadro si complicava per una crisi ipertensiva con dispnea e tachicardia. Il 5 dicembre si verificò un improvviso e ulteriore peggioramento clinico caratterizzato da versamento pleurico, paraplegia agli arti inferiori, e paralisi degli sfinteri. Una RMN, eseguita d'urgenza, deponeva per un lesione ischemica midollare a livello toracico (D2). Venne, pertanto, approntato un programma terapeutico specifico che si basava sull'impiego di farmaci (steroidi, anticoagulanti, antipertensivi) e sull'applicazione di un catetere Fooley a permanenza; inoltre veniva sottoposta a terapia riabilitativa.

Il 16 dicembre è stata dimessa dall'Istituto Besta con prognosi infausta quoad valitudinem, circa il recupero della funzionalità sfinterica e motoria, e trasferita alla Casa di riposo di Cernusco, dove il medico responsabile, decise di togliere il catetere fisso e di applicarne uno ad intermittenza. La situazione si mantenne stabile sino all'8 gennaio, quando, concomitante ad un'invocazione a mons. Biraghi, la suora ha ripreso improvvisamente, spontaneamente e normalmente la funzione urinaria. In contemporanea notava una ripresa progressiva della sensibilità agli arti inferiori. Il 10 gennaio gli sfinteri (anale e vescicale) funzionavano normalmente e stabilmente. Venne intensificato, pertanto, il programma riabilitativo motorio e nel maggio dello stesso la suora deambulava con l'ausilio del bastone.

Nel luglio '94, in seguito a metrorragia, le fu posta diagnosi di fibromatosi uterina e nel gennaio del '97 fu sottoposta a isterectomia con successiva plastica, su un laparocele.

Ha eseguito controlli strumentali seriati nel tempo, che hanno sempre confermato l'assenza di eventuali recidive tumorali. Un videat neurologico dell'ottobre 1997 ha dimostrato all'esame obiettivo "una paparaparesi che condiziona un cammino falciante a sin. Alle prove globali si evidenzia ipostenia prossimale degli arti inferiori ... Dal punto di vista sensitivo si evidenzia ipoestesia a banda bimammillare per quanto riguarda la sensibilità tattile, ipoestesia termica e dolorifica dalla regione sottomammillare destra sino al III medio della gamba omolaterale ... modesta iperreflessia rotulea sinistra ed una lieve ipostatokinestesia dell'alluce omolaterale. La paziente presenta quindi un esito neurologico costituito da una parziale sindrome di Brown-Séquard".

Un esame EMG, eseguito nello stesso periodo, rilevava la presenza di segni di sofferenza neurogena aspecifica prevalente a sinistra.

Una visita medica, eseguita nel giugno del '98 dal Dr. Barbi, non ha evidenziato alcun elemento degno di nota; in particolare l'esame obiet-

tivo del sistema nervoso risultava perfettamente normale e "le poche, lievi limitazioni sono imputabili allo stato di obesità".

Un videat urologico del settembre '98, supportato da una uroflussometria, ha concluso per una situazione di assoluta normalità.

Dal settembre 1995, la suora vive a Milano dove ha ripreso la sua attività lavorativa e da allora conduce una vita perfettamente normale.

Le discordanze sullo stato clinico-obiettivo della suora, emerse dai due videat clinici eseguiti nell'ottobre '97 e giugno '98, hanno indotto la C.M. ad avanzare la richiesta di sottoporre la paziente ad un nuovo controllo specialistico, che è stato da me effettuato, unitamente al presidente dalla C. M., prof. Bonomo, e al prof. Casciani, presso la Casa di Cura "Sanatrix" a Roma.

La suora accede volentieri all'esame, mostrando disponibilità e collaborazione. L'anamnesi attuale conferma lo stato di benessere psicofisico: lamenta solo lo stato di obesità che, comunque, non le impedisce di svolgere la sua attività lavorativa.

Appare serena e gioiosa; presenta un eloquio fluido, fluente e prosodico. Non disturbi formali del pensiero, mimica facciale conservata.

L'esame obiettivo clinico non rileva elementi degni di nota a carico degli apparati sistemici, se non un notevole sviluppo della massa adiposa, particolarmente concentrata all'addome e alle cosce.

PA: 150/90 e FC: 92/ritmica.

All'esame neurologico si rileva quanto segue:

Tono e trofismo, diffusamente, conservati.

L'andatura, modestamente falciante a sinistra, è possibile senza appoggio ad OO aperti e chiusi.

Arti superiori: Nulla a carico dei sistemi piramidale ed extrapiramidale. Sensibilità superficiali e profonde indenni. Riflessi osteotendinei normo-elicitabili bilateralmente.

Arti inferiori: modesta ipostenia bilaterale alla prova di Mingazzini. Riflessi osteotendinei elicitabili con una modesta prevalenza del riflesso rotuleo a sinistra. Presente riflesso di Babinski e Chaddock a sinistra. Sensibilità profonde: indenni. Ipo-estesia termica, per il caldo, e dolorifica a dx.

Nulla carico del sistema cerebellare. Nervi cranici indenni.

Discussione

Come già sostenuto nella relazione precedente, si tratta di caso degno di particolare attenzione per la rarità della patologia (osteoblastoma

vertebrale con vasculopatia midollare, insorta acutamente durante il decorso post-operatorio) e per la gravità del quadro clinico, non perché potesse mettere in pericolo la vita della suora, ma soprattutto per i gravi e invalidanti esiti neurologici possibili, e molto frequenti, a distanza, come si può rilevare dai dati della letteratura corrente.

Nel caso in questione si è assistito all'evoluzione benigna con completa e rapida restitutio ad integrum per quanto riguarda la funzionalità sfinterica (anale e vescicale) che ribadisco non trova facile spiegazione scientifica sulla base della mia esperienza in materia e alla luce di quanto descritto dalla letteratura scientifica internazionale.

Circa le discordanze sul recupero motorio-sensitivo, l'attuale controllo clinico, da me effettuato, conferma la persistenza di modesti esiti subclinici di natura piramidale (andatura modestamente falciante, riflesso di Babinski e Chaddock a sin) e sensitivi a carico dell'emi-midollo a sinistra (ipoestesia termodolorifica dx). Tali dati fanno supporre che il danno abbia coinvolto il cordone laterale con le vie piramidali e spino-talamiche di sin., da cui è residuata l'obiettività neurologica da me riscontrata e correlabile agli esiti subclinici di una pregressa s. di Brown Sequard incompleta. Tale esiti, comunque, non sono rilevanti poiché hanno un carattere sub-clinico e non limitano la vita della suora.

In conclusione ritengo che la completa restitutio ad integrum della funzionalità sfinterica non sia scientificamente spiegabile. La presenza di esiti subclinici tipo Brown-Sequard, rilevabili solo da un esame neurologico accurato, esclude un completo recupero sensitivo-motorio, ma non è da considerarsi invalidante. La risoluzione del quadro, pertanto, non trova spiegazione scientifica sulla base della mia esperienza in materia e alla luce di quanto descritto dalla letteratura corrente.

Roma. 24 novembre 2003

Prof. CRISTOFORO MOROCUTTI

REVISA N. 995/1212
Roma, 21 gennaio 2004

Mons. MICHELE DI RUBERTO
Sottosegretario