

---

Director:	Dr. Roque Penna
Comité Editorial	Dra. Eva Blaho, Dr. Francisco Goldstein Herman, Dra. María Isabel Messia, Dr. Jorge A. Traverso, Dr. Juan Carlos Tsuji.
Comité de Redacción:	Dr. Horacio De Medio, Dr. Angel O. Minotti, Dr. Eduardo A. Yahbes.

---

## Sumario

Editorial .....	79
<b>Abordaje homeopático de las enfermedades agudas</b>	
Dra. Viviana Tachella.....	81
<b>¿Es aceptable la "Biblia" (DSM) de los psiquiatras?</b>	
Dr. Jorge A. Traverso.....	87
<b>Psorinum. Su uso en similitud de síntomas</b>	
Dra. Silvia Liliana Aschkar.....	93
<b>Parálisis facial periférica</b>	
Dr. José De Robertis.....	99
<b>Dime como amas y te diré quien eres</b>	
Dra. María Antonieta Márquez.....	107
<b>Un caso clínico de menometrorragia</b>	
Dra. Norma E. Pereyra .....	113
<b>Aclarando dudas</b>	
Dr. Juan Carlos Pellegrino .....	119
<b>Revisión de la Bibliografía</b>	
Dr. Tomás Pablo Paschero .....	121

## Asociación Médica Homeopática Argentina

Presidente:	Dr. Eduardo A. Yahbes
Vice-Presidente:	Dr. Roque Penna
Secretario:	Dr. Raúl Gustavo Pirra
Tesorero:	Dr. Roberto Díaz Campos
Vocal 1°:	Dr. Gustavo Martello
Vocal 2°:	Dra. Nilda Grzesko
Vocal Suplente:	Dr. Francisco Goldstein Herman
Directora de Consultorios Externos:	Dra. Viviana Tachella
Directora de Biblioteca:	Dra. Patricia Di Matteo
Director Revista Homeopatía:	Dr. Roque Penna
Director Revista "Homeopatía para Todos":	Dr. Andrés Carmody
Area Socios:	Dr. Gustavo Martello
Asesor Honorífico:	Dr. David Milstein
Tribunal de Honor:	Dr. David Milstein
	Dr. Mario Draiman
	Dr. Juan Carlos Pellegrino
	Vet. Dr. Horacio De Medio
	Farm. Dra. Ana María Fernández
	Dr. Gustavo Lederbur
Contador Público:	M. Alejandra Binimelis
Secretaria Administrativa:	Graciela Méndez
Secretaria Socios:	

## Escuela para Graduados de la AMHA

Directora	Dra. Silvia Cristina Mercado
Subdirectora	Dra. Ruth Faingold
Secretaria de Medicina	Dra. Eva Blaho
Prosecretaria de Medicina	Dra. Astrid Motura
Secretaria de Odontología	Dra. Silvia B. Palacios
Secretario de Medicina Veterinaria	Dr. Horacio De Medio
Secretaria de Farmacia	Farm. Dra. Ana María Fernández
Directora de Ateneos	Dra. Mónica Prunell

### Campus Virtual

Coordinación general	Dra. Eva Blaho
Foro 1° año	Dra. Astrid Motura
Foro 2° año	Dra. Elena Figari
Foro 3° año	Dr. Adolfo Campanelli
Foro Odontología	Dra. Silvia Palacios
Foro Farmacia	Farm. Dra. Ana María Fernández
Foro Graduados	Dra. Mónica Prunell

### Departamento de Investigación

Coordinador General	Dr. Roque Penna
Coordinador Patogenias	Dr. Ángel Minotti
Coordinador Investigación Básica	Dr. Roque Penna
Coordinadora Investigación Clínica	Dra. Ruth Faingold
Coordinadora Investigación Histórica	Dra. Silvia Mercado
Patogenias	Dra. Mónica Moreno Galaud
	Dr. Roberto Díaz Campos
Investigación básica	Dra. Astrid Motura
Investigación clínica	Dr. Guillermo Mur
	Dra. Patricia Di Matteo
	Dr. José De Robertis
Investigación histórica	Dr. Adolfo Campanelli

**Profesor Emérito:**  
Dr. Eduardo A. Yahbes

**Profesores Extraordinarios:**  
Farm. Lucía Marchante  
Dr. Carlos Valenzuela

**Profesores Titulares:**  
Dr. David Milstein  
Dr. Mario Draiman  
Dr. Angel O. Minotti  
Dr. Juan C. Pellegrino  
Dr. Roque Penna  
Dr. Gustavo Pirra  
Dra. Eva Blaho  
Dra. Mónica Moreno Galaud  
Dr. Juan C. Tsuji  
Dra. Silvia Mercado

**Profesores Adjuntos:**  
Dra. Ruth Faingold  
Dra. María Isabel Messia  
Dra. Viviana Tachella  
Dr. Jorge A. Traverso  
Dr. Roberto Díaz Campos  
Dra. Mónica Prunell  
Dra. Mónica Müller  
Dra. Silvia Aschkar  
Dra. Elena Figari  
Dr. Francisco Goldstein Herman  
Dr. Guillermo Luis Mur  
Dr. Andrés Carmody  
Dr. Gustavo Martello  
Dra. Laura Svirnovsky

**Docentes Adscriptos**  
Dra. Nilda Grzesko  
Dr. Lucas Yraola  
Dr. Roberto Zaldúa  
Dra. Patricia Di Matteo  
Dra. Astrid Motura  
Dra. Silvia B. Palacios  
Dr. José De Robertis  
Dra. Liliana Szabo

**Profesor Titular de Veterinaria Homeopática:**  
Dr. Horacio De Medio

**Profesora Titular de Farmacia Homeopática:**  
Farm. Ana María Fernández

**Docentes Libres:**  
Dra. Nora Taubin,  
Dr. Adolfo Campanelli

**Profesor Titular de Odontología Homeopática (a cargo):**  
Dra. Silvia Mercado

**Profesor Adjunto de Odontología Homeopática (a cargo):**  
Dr. Guillermo Luis Mur

## Editorial

Desde su descubrimiento hasta hoy. la eficacia de la Ley de los Semejantes para el fin de curar, ha quedado demostrada cada vez que un médico homeópata la ha sabido emplear convenientemente.

Además, la evolución en el conocimiento de su mejor aplicación ha sido constante, tanto por la continuidad de las experimentaciones de las sustancias en el hombre, como por una mayor comprensión del ser humano y de sus estados de enfermedad y salud; enriqueciendo, pero complejizando la práctica del homeópata con mayor cantidad de medicamentos y un conocimiento más profundo de su dinámica mental.

Es notable como la Ley de los Semejantes pudo responder eficazmente a las diferentes técnicas para su aplicación: diferentes dinamizaciones, diferentes dosis, diferentes formas de abordar al paciente o de seleccionar el medicamento, no parecen diferir en la eficacia del medicamento, siempre que exista similitud con el cuadro individual del paciente.

Esta versatilidad de la ley de los Semejantes ha permitido que en la actualidad haya distintas escuelas homeopáticas y diferentes versiones de la Homeopatía, muchas de ellas que se apartan de la manera clásica para realizar patogenesias o para tomar el caso. Seguramente muchas de ellas prosperarán y enriquecerán a la Homeopatía tradicional y otras desaparecerán cuando se demuestre su error.

Todo es impermanente y todo es interdependiente; en este camino inacabado de la Homeopatía (y, todo camino que vale la pena es inacabado) debemos estar atentos e informados para incorporar los avances y rechazar los desvíos.

*Roque Penna*  
*Director*

# Abordaje homeopático de las enfermedades agudas

Dra Viviana Tachella

*Profesora Adjunta (A.M.H.A.)*

## Summary

This work is focused mainly in the approach and treatment of acute diseases. Acute disease is defined as a morbid process that is characterized by a sudden and rapid onset that affects temporarily Vital Force balance, which is thus altered and that tends to be resolved as either cure or exceptionally death.

In the first place, where an acute disease is involved, the data obtained during interrogation and physical examination are valued in a different way to those from chronic diseases.

## Resumen

Este trabajo se centra específicamente en el abordaje de las enfermedades agudas para su diagnóstico y tratamiento.

La enfermedad aguda se define como aquel proceso mórbido que se caracteriza por su aparición rápida, brusca, que al alterar transitoriamente el equilibrio de la fuerza vital lo desarmoniza con tendencia evolutiva hacia la curación final o excepcionalmente la muerte.

En primer lugar cuando se trata una enfermedad aguda se le da valor a los datos obte-

nidos durante el interrogatorio y el examen físico en forma diferente del modo en que se trata una enfermedad crónica.

## ¿Se puede hablar de medicamentos agudos y medicamentos crónicos?

Por su forma de actuar algunos medicamentos pueden ser esencialmente relacionados con fenómenos agudos: Aconitum, Allium Cepa, Apis, Belladonna, Eupatorium, Ferrum Phosphoricum.

Otros como Calcarea Carbonica, Graphites, Sepia, Thuya tienen especial indicación en enfermedades crónicas.

Pero también debemos admitir que todos los policrestos presentan en sus patogenias gran cantidad de síntomas y modos completamente diferentes de actuar por lo que pueden ser usados indistintamente en cuadros agudos o crónicos.

Para comprender un remedio homeopático es necesario conocer **su acción general, su tropismo o sitio de acción** (aparato digestivo, respiratorio, circulatorio) y **sus modalidades**.

Este conocimiento es fundamental cuando determinamos el valor de los síntomas en un cuadro agudo y muy importante para elegir el remedio.

**¿Qué importancia tiene el interrogatorio homeopático en un cuadro agudo?.**

Un razonamiento lógico nos dice que el interrogatorio de una enfermedad aguda es orientado en forma diferente a una enfermedad crónica y el valor que se le da a los síntomas también es diferente.

Cuando estamos en presencia de un cuadro agudo los síntomas más importantes son aquellos que el paciente está sintiendo ahora.

Estos son los que están presentes en el cuadro clínico y son los que dominan por su intensidad.

**¿Cuáles son los signos que tenemos que valorar en el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad aguda?**

**a) Los síntomas se instalan súbita o bruscamente.**

- Apis y Belladonna se caracterizan por la intensidad del cuadro clínico y la velocidad con que se instala.

- Pensemos en Aconitum quien aun en aparente estado de salud puede desarrollar velozmente un cuadro alarmante de ansiedad, temor a la muerte, escalofríos y temperatura de 40° o más después de tomar frío.

- Ferrum Phosphoricum en relación a una otalgia o una gripe que se presenta con pocos síntomas y no tan rápido ni tan intensamente como Aconitum o Belladonna.

**b) La etiología.**

La etiología es relevante tanto en una enfermedad aguda como crónica.

Procesos inflamatorios, infecciosos, psíquicos, traumáticos o mecánicos nos pueden orientar a un determinado grupo de remedios o a uno solo si las circunstancias desencadenantes son suficientemente claras.

Pongamos un ejemplo:

- Una neuralgia facial que aparece como consecuencia de la exposición al frío sería indicación de Aconitum aun en ausencia de sín-

tomas mentales o generales. Solo la etiología sería suficiente para prescribir el remedio.

- Un cólico hepático como consecuencia de un enojo violentísimo posicionaría primero a Colocynthis.

- Una cistitis nos haría pensar en varios medicamentos: Cantharis, Equisetum... pero si esta cistitis aparece luego de una maniobra instrumental inmediatamente pensaríamos en Staphisagria o en Arnica.

Para el paciente es sencillo relacionar su afección a consecuencia de un hecho mecánico o traumático pero es más difícil para él conectarlo con un disgusto, un susto o con cólera reprimida.

Nuestra obligación es llevarlo a pensar sobre ello y por eso es tan importante el interrogatorio homeopático al que lo sometemos.

Siguiendo este razonamiento sacamos dos conclusiones:

1) La información siempre está ahí. Será necesario una simple pregunta para conseguirla. Esto también es cierto en la enfermedad crónica pero en los casos agudos uno tiene menos tiempo.

2) Un mismo remedio puede corresponder a diferente etiologías.

- Staphisagria (cólera reprimida, maniobra instrumental).

- Aconitum puede indicarse después de exposición al frío o después de un susto.

- Gelsemium miedo o anticipación pero también puede ser útil en cuadros gripales.

- Arnica es usado en traumatismos pero puede estar perfectamente indicado en cuadros mentales: trastornos por trauma mental o procesos infecciosos.

Esta diversidad etiológica puede verse también en un gran número de medicamentos: Chamomilla, China, Lachesis, Nux Vomica, Natrum Sulphuricum.

**c) Los síntomas mentales.**

Los síntomas mentales son extremadamente útiles para hallar el remedio en un caso

agudo pero tendrá valor sólo cuando son característicos y sólo cuando existan.

Los síntomas mentales pueden faltar:

- **Porque no tuvieron tiempo de aparecer.**

- **Porque sólo aparecen en cuadros clínicos particularmente intensos:**

El miedo a morir de Aconitum es muy raro que aparezca en un cuadro gripal aun con fiebre alta.

El delirio de Belladonna sólo se ve en cuadros hipertérmicos severos sobre todo en niños.

La ansiedad marcadísima de Arsenicum, que puede hacerse presente en el primer ataque de asma, pero que posteriormente desaparece porque el paciente ya conoce el cuadro y cómo evoluciona.

En relación a este ejemplo es muy importante que quede registrada la ansiedad que apareció durante el primer ataque ya que ayuda a la prescripción del medicamento.

- **Porque están tapados por la enfermedad aguda.**

Tenemos el ejemplo de Aconitum y la neuralgia facial.

**¿Se puede decir que algunos síntomas de un medicamento sólo aparecen en un cuadro agudo y otros en un cuadro crónico?**

Sí y el ejemplo sería el de Arsenicum en donde la ansiedad con miedo a morir y a estar solo es más típica de un cuadro agudo.

Mientras que la meticulosidad y la avaricia pueden aparecer en un cuadro crónico.

#### **d) Modalidades**

Las modalidades de agravación o mejoría tienen tanta importancia como los síntomas mentales en los cuadros agudos o crónicos sólo si son relevantes serán tenidas en cuenta dependiendo también de la patología en cuestión.

#### **e) Síntomas generales**

Entre los síntomas generales el más preocupante para los niños y los adultos es la fiebre.

Si bien la fiebre es un mecanismo de defensa del organismo, sus modalidades y sus síntomas concomitantes son muy interesantes para resolver un cuadro agudo.

Cuando estos han sido obtenidos nos orientarán específicamente hacia un remedio y quizás nos develarán hasta la naturaleza de la enfermedad que no pueda ser objetivada por otros medios.

Ejemplo: Bryonia tiene sed de grandes cantidades de agua fría y transpiración abundante como Belladonna.

Belladonna se caracteriza por congestión de la cara y calor radiante que despiden el paciente.

Aconitum está caliente pero no transpira.

Gelsemium tiene temblor y debilidad con sensación de cansancio y cefalea. Sed ausente.

Estos remedios se individualizan con un pequeño número de preguntas.

No es necesario conocer en detalle la materia médica para reconocer un remedio de la fiebre; distinguir tres o cuatro modalidades es más que suficiente para prescribir correctamente.

#### **f) Síntomas locales**

##### **- Síntomas subjetivos**

Uno de los más importantes es el dolor.

Las características del dolor y su clasificación son muy ricas en información.

#### **¿Que debemos saber del dolor?**

##### **1) Características del dolor espontáneo**

Es muy difícil para el paciente describir su dolor y muchas veces no comprende porque es tan importante para nosotros conocer ese tipo de detalles.

Debemos explicarle y evitar inducir en ellos ciertos adjetivos calificativos del dolor que figuran en el repertorio.

Eso incluye la sutil diferencia entre presivo, tironeante, taladrante, mordiente etc.

Brindan poca información porque son fáciles de confundir y no significan nada para

el paciente y muchas veces tampoco para el médico.

La modalidad del dolor solo nos dará información si:

- Es expresada espontáneamente y sin dudar.
- Si el adjetivo calificativo no se presta a confusión.

Ejemplo: dolor ardiente de Arsenicum, Belladonna, Cantharis o Apis, si este dolor está asociado a picazón.

Dolor punzante de Bryonia, Kali carbonicum, Magnesia Phosphorica.

Dolor pulsante de Belladonna y Glonoinum.

Dolor calambroide de Colocynthis y Cuprum.

## 2) Localización del dolor

Es importante porque es característico de determinados remedios.

Dolor fijo debajo del omóplato derecho, en su ángulo inferior e interno típico de Chelidonium.

Dolores limitados a un punto Kali Bichromicum.

Dolores erráticos más importantes que un dolor fijo: procesos reumáticos.

## 3) Forma de aparición y desaparición del dolor.

### 4) Modalidades del dolor.

Las condiciones de agravación o mejoría nos brindan mucha información.

Modalidades generales que involucren factores climáticos (frío, calor, tormenta, nieve).

Modalidades locales conectadas con frío o calor, con descanso o movimiento (Bryonia o Rhus tox), con posición (ciática de ammonium muriticum que agrava con el paciente sentado y mejora con el paciente inmóvil) (dolores de Colocynthis que mejoran flexionando o doblando o presionando sobre superficie dura) (ataque de asma de Kali carbonicum que mejora con el paciente sentado y doblado con la frente sobre rodillas)

## - Síntomas objetivos.

Estos síntomas son tan importantes que pueden ser usados como key notes:

La lengua engrosada, aumentada de tamaño y que conserva la huella de los dientes de Mercurius.

El color de las amígdalas inflamadas de Apis.

Los círculos bajo los ojos y la palidez alrededor de la boca de Cina.

La coloración roja de una mejilla de Chamomilla.

De hecho estos síntomas objetivos generalmente no son suficientes para mostrarnos el remedio apropiado para cada caso, pero tienen la ventaja de poner al médico en el camino de la curación por el simple gesto de abrir la boca del enfermo o mirar su cara.

El examen clínico ayudará a encontrar un síntoma objetivo.

El análisis de los síntomas locales objetivos y subjetivos nos dará una orientación general para diagnosticar el remedio.

Finalmente es muy importante conocer qué medicamento está tomando el paciente, cuál es la dosis del mismo y su potencia.

Si es posible, debemos verlo ya sea en su domicilio o en nuestra consulta, someterlo a un riguroso examen físico y pedir exámenes complementarios nuevos o revisar los que ya tiene.

Debemos asistirlo durante tanto tiempo como sea necesario hasta que supere esta instancia aguda, acompañándolo con el medicamento correspondiente en la dosis y potencia justa.

Sólo una vez que los síntomas hayan retrocedido tal como se espera en el transcurso de horas o días podemos espaciar las tomas hasta interrumpirlas definitivamente a sabiendas que está curado.

Una vez que esto ocurra se actualizará su medicamento de fondo para modificar la susceptibilidad y evitar las recurrencias.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Tratado de Doctrina Médica Homeopática. Capítulo XVI. Mecanismos de la curación. Dr. David Milstein.

Tratado de Doctrina Médica Homeopática. Capítulo XI. Enfermedad aguda intercurrente Dr. Eduardo Angel Yahbes.

How to Study Hoemopathy Denis Demarque, Pierre Joly. Chapter II The Homeopathic Consultation Dr Pierre Joly.

Materia Médica Homeopática. Dr. Vijnovsky.

Organon de Hahnemann, comentarios del Dr. Vijnovsky.

Enfermedades agudas su causa y tratamiento. Dr. Vijnovsky.

Materia Médica Homeopática. Jacques Jouanny.



# ¿Es aceptable la “Biblia” (DSM) de los psiquiatras?

**Jorge A. Traverso**

*Profesor Adjunto (A.M.H.A.)*

## SUMMARY

Starting with a news article reporting the acceptance by a world-renowned psychiatrist of an invented disease in children, the question arises about the credibility of Manuals that seek to standardize diseases and pharmacological treatments from a point of view that does not take into account the unbiased observation and medical history of the patient.

## RESUMEN

A partir de una noticia que informa la aceptación de un psiquiatra reconocido en el mundo sobre la invención de una enfermedad en los niños, se plantea la credibilidad de Manuales que buscan estandarizar las enfermedades y sus respectivos tratamientos farmacológicos desde una óptica que no toma muy en cuenta la observación desinteresada y la biopatografía del paciente.

## INTRODUCCION

A la psiquiatría convencional, organicista y activamente ignorante de los parámetros psicológicos y psicoanalíticos hace tiempo

que podemos pensarla desde la duda en sus aseveraciones.

Son tantas las enfermedades y trastornos que se describen en sus manuales que hoy en día lo raro es no tener nada. Después de hacer saltar las alarmas al incluir las rabietas en el último Manual de Pediatría DSM y después de ver como el gobierno estadounidense declara en un informe que 1 de cada 5 niños tiene un trastorno de la salud mental, cifras que parecen un insulto al sentido común de la población, porque es imposible que tantos niños estén mentalmente enfermos, aparecen unas declaraciones de **León Eisenberg, el psiquiatra que “descubrió” el TDAH**, que no dejan indiferente a nadie que viva o trabaje con niños.

El semanario alemán, *Der Spiegel*, en un artículo que ponía en relieve el aumento de enfermedades mentales en la población alemana, explicó que Eisenberg dijo siete meses antes de morir, cuando contaba ya con 87 años, que “el TDAH es un ejemplo de enfermedad ficticia”.

## Los inicios del TDAH

Los primeros intentos por tratar de explicar que había niños con TDAH sucedieron en

1935. Por aquellos tiempos, los médicos habían tratado por primera vez a niños de primaria con un carácter inquieto y con dificultad para concentrarse en lo que se les pedía, bajo el diagnóstico de síndrome post-encefálico. Fue un intento que no cuajó porque, claro, la mayoría de esos niños nunca habían tenido encefalitis.

En los años sesenta apareció el protagonista de nuestra historia, León Eisenberg, quien volvió a hablar de dicha enfermedad, pero esta vez con otro nombre, "reacción hipercinética de la infancia". Con este diagnóstico trató a alumnos difíciles, probando diferentes psicofármacos con ellos. Empezó con dextroanfetamina, luego utilizó el metilfenidato, droga con la que consiguió su objetivo y que hoy en día prevalece como tratamiento de elección: los niños enérgicos se transformaban en niños dóciles.

En el año 1968 se incluyó la "reacción hipercinética de la infancia" en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) y desde entonces forma parte de dicho manual, sólo que ahora recibe el conocido nombre de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

El logro de Eisenberg y sus colaboradores fue conseguir que la gente creyera que el TDAH tiene causas genéticas, que es una enfermedad con la que se nace. Él mismo dijo, junto con las palabras en que decía que era una enfermedad inventada, que la idea de que un niño tenga TDAH (la entendemos como la idea de que un niño sea muy movido y sea un alumno problemático) desde el nacimiento estaba sobrevalorada. Consiguiendo que este concepto se insertara en la población en general y en los padres en particular, el sentimiento de culpa desaparece, los padres se sienten aliviados porque el niño ha nacido así y el tratamiento es menos cuestionable. En 1993 se vendieron en las farmacias alemanas 34 kg de metilfenidato. En el año 2011 se vendieron 1.760 kg.

El conocido psiquiatra, que llegó a hacerse cargo de la gestión del servicio de psiquiatría en el prestigioso Hospital General de Massachusetts en Boston, donde fue reconocido como uno de los más famosos profesionales de la neurología y de la psiquiatría del mundo, confesó la verdad meses antes de morir afectado de un cáncer de próstata, añadiendo que lo que debería hacer un psiquiatra infantil es tratar de determinar las razones psicosociales que pueden producir problemas de conducta. Ver si hay problemas con los padres, si hay discusiones en la familia, si los padres están juntos o separados, si hay problemas con la escuela, si al niño le cuesta adaptarse, por qué le cuesta, etc.

Nada de esto último nos sorprende a los homeópatas, que a partir de los Trastornos por... y siguiendo con el adentrarnos en la interacción familiar más los síntomas generales y locales cumplimos con lo que añade a continuación el citado psiquiatra: "lógicamente, esto lleva un tiempo, un trabajo".

Él concluye con la frase: "prescribir una pastilla contra el TDAH es mucho más rápido".

### La intención de la psiquiatría

Parecería que es hacer todo lo posible para tratar de conseguir que toda persona sana acabe tomando una u otra medicación para tratar su (no) enfermedad. Una prueba más de ello es que ya existe la próxima enfermedad que será difundida por toda la infancia: el trastorno bipolar o enfermedad maniaco-depresiva.

Hasta los años noventa era una afección desconocida en los niños. Ahora ya es uno de los diagnósticos más frecuentes en psiquiatría infantil, hasta el punto que las visitas por este trastorno se han multiplicado por 40 en menos de diez años, siendo muchos de los "enfermos" niños de dos y tres años.

Uno de los responsables de la llegada del trastorno bipolar a EE.UU. es el psiquiatra Joseph Biederman, que lleva años haciendo estudios y conferencias sobre el tema y que recibió 1,6 millones de dólares entre el año 2000 y el 2007, procedentes de las farmacéuticas que fabricaron los medicamentos para dicho trastorno, al parecer para dedicarlos a seguir investigando la enfermedad.

Para conocer el alcance real, para ver hasta qué punto se inventan las enfermedades para luego poder dar los fármacos que ya existen, un estudio realizado por la psicóloga estadounidense Lisa Cosgrove reveló que, de los 170 miembros del grupo de trabajo del DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), es decir, los que hacen el manual de psiquiatría de referencia mundial, 95 (el 56%) tenía una o más relaciones financieras con las empresas de la Industria Farmacéutica.

### ¿Existe el TDAH?

El que la inventó dice que no y estoy seguro de que son muchos los niños diagnosticados cuyo único pecado ha sido ser demasiado movidos o ser demasiado insistentes a la hora de demandar a sus padres un poco más de atención.

Todo se hace en base a la observación y en base al cumplimiento o no de unos criterios o parámetros de lo que suponen que los niños normales deben hacer.

Ahora bien, ¿qué es ser normal? Krishna-murti dijo que *"no es signo de buena salud el estar bien adaptado a una sociedad profundamente enferma"* y, desde este concepto, quizás los niños que se rebelan ante el intento de domesticarlos, aquellos que no soportan estar sentados escuchando cosas que no les interesan, aquellos que quieren probarlo todo y no dejarse nada, quizás sean al fin y al cabo los más cuerdos.

Puede ser que necesiten ayuda, porque es muy probable que muchos de ellos tengan muchos problemas, pero no se puede creer en la existencia de un trastorno que afecte al 10% de los niños y mucho menos en la cura milagrosa del metilfenidato, porque si bien los niños cambian su comportamiento, los problemas que hicieron que el niño funcionara de un modo no aceptado, siguen ahí.

En vista de los conceptos expuestos por el creador de la enfermedad y de su inserción posterior en el DSM, podemos pensar en un "marketing" bien planeado que lleva a consumir remedios innecesariamente, que dentro de la alopátia no es privativo de esa especialidad solamente.

Por otra parte, no nos ilusionemos, también en la Homeopatía surgen técnicas "marketine-ras", tal vez sin tanto énfasis en la consecución de un resultado económico comercial, pero sí en el de satisfacer el Ego del productor o difusor de una nueva concepción.

Pensemos en nuevas corrientes que se expanden por el mundo apoyadas en otra filosofía desde donde los gestos del paciente despiertan en el imaginario del homeópata la evocación de remedios obtenidos de factores que producen los mismos movimientos u otras teorías basadas en nuevas sustancias que se incorporan como medicamentos homeopáticos sin pasar por el requisito fundamental de la doctrina de haber efectuado una patogenesia en varios experimentadores o que se basan sólo en un sueño de alguien que se prestó a ingerirla.

Viendo lo que sucede en cualquiera de las dos ramas médicas aquí expuestas, tanto en la alopátia como en la homeopatía, considero que se nos hace más presente aquella expresión hahnemanniana que respondía a una quimera deseable y necesaria pero casi imposible de cumplimentar, de acercarse a la demanda del paciente como "observador libre de prejuicios"

**BIBLIOGRAFÍA:**

1) Recomendable para ampliar el tema:  
El marketing de la locura (video con subtítulos en castellano)

<http://www.youtube.com/watch?v=trakMZpIJGU>

2) La toma del caso y el imaginario del Homeópata. Traverso, Jorge A. Revista Homeopatía. Vol. 60 N° 3, 1995.

3) Editorial. Pellegrino, Juan C. Revista Homeopatía, Vol. 72 N° 4, 2007.

# Psorinum. Su uso en similitud de síntomas.

**Dra. Silvia Liliana Aschkar.**

*Profesora Adjunta (A.M.H.A.)*

## SUMMARY

Two cases of Psorinum are presented to highlight its use under similarity of symptoms.

## RESUMEN

Se presentan dos casos de Psorinum a fin de destacar el uso del mismo en similitud de síntomas.

**Palabras claves;** Psorinum. Nosode. Similitud.

### Caso Uno;

Armando consultó a los sesenta años de edad, era empleado de una imprenta. Presentaba una erupción pruriginosa desde hacía seis años. La misma le cubría el 90% de su cuerpo, observándose engrosamiento de la piel en codos, rodillas, abdomen. El diagnóstico alopático había sido dermatitis alérgica, pero a pesar de los tratamientos no había mejorado. El prurito se presentaba durante todo el día, a veces se le hacía intolerable. Además presentaba acidez de estómago.

Se definió como una persona "común, trabajadora, seria, a quien le molestaban mucho

los chistes, realmente me ofendo si me molestan con eso, me enoja mucho si me cargan. Me impaciento fácilmente, no tolero hacer una cola". Presentaba un sueño recurrente de ser perseguido, que lo perturbaba. Dice su esposa que se enoja, grita y se va ofendido y que no perdona, a lo que él asiente.

Refiere que transpira mucho, sobre todo la cabeza durante el sueño y que no tolera la ropa de lana, que ya de niño le molestaba. No come huevo ni aún en empanadas.

Se repertorió;

1. Sueño de ser perseguido.
2. Malicioso.
3. Impaciente.
4. Chistes, Aversión a.
5. Estómago, Aversión al huevo.
6. Lana, Intolerancia a la ropa de lana.
7. Transpiración de cabeza durante el sueño.

Sulph 7/11	2	1	3	1	1	2	1
Puls 5/6	-	1	2	1	1	1	-
Nux v 4/8	1	3	3	1	-	-	-
Sil 4/8	2	-	3	1	-	-	2
Sep 4/7	1	1	3	-	-	-	2
Bry 4/5	-	1	2	-	1	-	1
Thuj 4/4	-	1	1	1	-	-	1

19-3-2001.

Se prescribió Sulphur 1LM.

20-4 2001. Me siento con más ganas de hacer cosas, con más energía, no tan intolerante, los otros días me reí porque me cargaron y no me enojé. Sulphur 2LM.

21-5-2001. Continúo con ganas de hacer cosas, me desapareció la acidez, continúa la picazón. Sulphur 4 LM.

23- 7-2001. Algo mejor de la picazón, continuó con ganas de hacer cosas. Sulphur 5LM.

24-10-2001 Tuve muchos problemas en el trabajo, y cuando me tranquilizo parece que empeoro del prurito, estoy desesperado desde entonces, todo el día rascándome y rascándome. No confío en mi capacidad, siempre pienso en eso. En que seguramente no lo voy a poder hacer. Me acuerdo de cosas de cuando era niño, cosas lindas que hoy añoro. Algunos días sueño también con eso. Me asaltan pensamientos de muerte, me veo muerto.

Se repertorió;

1. Trastornos por excitación emocional.
- 2- Pensamientos de muerte.
- 3- Desesperación por el prurito.
- 4- Nostalgia.
- 5- Confianza, falta de
- 6- Erupción pruriginosa.

Psor 5/12	2	2	3	-	3	2
Puls 5/10	3	2	-	1	2	2
Caust 5/9	2	1	-	1	2	2
Phos 5/8	2	1	-	2	1	2
Lach 5/7	1	2	-	1	1	2
Verat 5/6	2	1	-	1	1	-
Staph 4/9	3	-	-	2	1	3

Se prescribió Psorinum 200, una dosis.

24-9- 2001. "No tuve más pensamientos de muerte, Muchas ganas de hacer cosas, voy al cine con mi esposa. Estoy planeando ir a visitar a mi hijo que vive en España. Nunca

tuve más problemas para dormirme, descanso bien y además tengo sueños tranquilos". "De la picazón estoy mucho mejor a pesar que la erupción aún continúa".

El paciente ha recibido solo 3 dosis más de Psorinum, cuando ha comenzado con decaimiento o algo de prurito en estos años, y ha mantenido el estado de salud.

Es importante remarcar que en este caso Psorinum en la primera repertoriación estaba en 23º lugar. Ni siquiera estaba entre los primeros medicamentos, como ocurre a veces, que sabemos que tendremos que usar ese remedio, el nosode, en algún momento del tratamiento.

#### Caso 2;

Cuando vino a verme Mariel tenía 28 años y había sido atendida por otros profesionales.

Se refiere como muy exigente consigo misma, nerviosa, con mucha inseguridad e irritabilidad al despertar. De no poder disfrutar el presente pensando en "lo que tengo que hacer". Me angustia mucho tener que tomar decisiones de algo".

"De niña tenía temor de la muerte, por ahí coincidió con la época en que mis padres se separaron. Hoy tengo miedo a morirme sin llegar a hacer lo que quiero".

"Lo peor que me pasó en la vida fue cuando mis padres se separaron, me sentí defraudada, me sentí sola, no tenía nadie que me acompañara".

Se Repertorió;

1. Transtorno por decepción.
2. Abandono
3. Temor de no llegar a destino.
4. Irritable al despertar.
5. Timidez
6. Concienzuda.

Lyc 5/12	3	-	1	3	3	2
Puls 5/12	3	3	-	1	3	2
Kali c 5/8	1	1	-	2	3	1
Lach 5/7	2	2	-	1	1	1
Sep 5/7	1	1	-	1	3	1
Plat 5/6	1	2	-	1	1	1
Verat 5/5	1	1	-	1	1	1

8-7-2007. Se prescribió Lycopodium 10 M.

20-8-2007. "Mejoré, no me levanto con tanta angustia, tengo más ganas de hacer cosas, pero todo lo que hago lo hago tensionada". No se prescribe.

5-4-2008. "Me encontré con un amigo homosexual, me sentí culpable porque fue como si tuviera que confesarle algo... no sé qué. Tímida, tensa, temor de lo nuevo, temor si no tengo todo controlado. Muy autoexigente, pero negativamente, siempre pienso en que no voy a poder. Siento como algo que tengo que confesar, como siempre en falta con algo, con mucha ansiedad. Me levanto muy irritable a la mañana. Y me siento muy sola, no tengo a nadie".

Apareció una erupción que diagnosticaron como una Pitiriasis rosada de Gibert, que le origina mucha picazón, sobre todo de noche, en la cama.

Se repertorió;

1. Abandono
2. Ansiedad de conciencia.
3. Confianza, falta de
4. Irritable al despertar.
5. Piel, erupción pruriginosa.
6. Piel, erupción pruriginosa, calor de la cama Agrava.

Psor 6/16	3	3	3	2	2	3
Puls 6/12	3	2	2	1	2	2
Sulph 6/12	-	3	1	1	3	3
Nat. M 6/10	2	2	1	1	3	-
RhusT 6/10	1	2	1	1	3	2
Anac 6/9	1	1	3	1	2	1
Phos 6/9	2	1	1	1	2	-

Se prescribe: Psorinum 200.

20-5-09. "Mucho mejor, me hizo muy bien para cantar en el coro, más relajada, más tranquila. Mucho mejor de la culpa, sueño con cosas como más literales, que no necesitan interpretación. Soñé con una amiga con la que estaba enojada y le dije todo lo que tenía que decirle y me desperté bárbara, como liberada".

En este caso, Psorinum se encontraba en 18º lugar en la primera repertorización. He repetido en este tiempo algunas dosis de Psorinum 200 y 1M, manteniéndose bien y sin erupción.

Los Nosodes son medicamentos preparados a partir de secreciones o procesos patológicos, observando cuidados biológicos asépticos para su recolección y, para su preparación, los principios hahnemannianos de sucusión y dinamización.

Los mismos pueden ser indicados en diferentes situaciones ya sea, por similitud, es decir tomando la totalidad de los síntomas como cualquier remedio; por identidad, es decir por similitud etiopatogénica tratando de utilizar el agente productor del estado patológico (isopatía) o como desbloqueante miasmático, frente a antecedentes heredo-familiares de psora, psicosis, sífilis, tuberculinismo, cancerinismo, etc.

Psorinum es un medicamento preparado a partir de la vesícula perlada de la sarna (escabiosis), fue el primero de estos materiales de enfermedad empleados medicinalmente. Fue experimentado hasta demostrar la exacta "enfermedad artificial" que era capaz de producir, publicado por Hahnemann en 1833. Es uno de los más importantes antipsóricos.

Está desesperado, por su prurito, por su recuperación, pero uno de sus peores pruritos pasa por el prurito espiritual, por su culpa, por una ansiedad de conciencia implacable. La palabra desesperanza, describe su naturaleza.

Es un pesimista, presenta tristeza con disposición suicida.

Tiene un gran abandono, con importante anticipación y temores, al fracaso y al fracaso en los negocios, a la pobreza, al maleficio, a las tormentas.

En los niños presenta llanto, inquieto, molesto durante la noche.

Es un gran debilitado, autointoxicado, emaciado, con frilosidad y tendencia a tomar frío, sin embargo presenta oleadas de calor, como si agua caliente fuera vertida sobre él.

Falta de reacción vital, no reacciona a ninguna terapéutica, ya sea después de cuadros agudos, después de enfermedades o en cuadros crónicos.

Todas sus secreciones presentan muy mal olor, pútridas, a carroña, además son generalmente desaseados, no quieren bañarse, a pesar de que después mejoran.

Si bien es un medicamento de anginas a repetición, de fiebre de heno. etc, es en la piel, donde se encuentra su mayor tropismo. La piel es sucia, seca, raramente transpira, presenta pápulas, vesículas, costras, pústulas, malsana con gran tendencia a la supuración. Aquí también presenta su olor intolerable, a carroña. Su prurito es desesperante, se rasca hasta sangrar, no mejora por el rascado, y agrava por el calor de la cama. Además es uno de los remedios de los trastornos por supresión de erupciones.

Psorinum es un medicamento que se usa frecuentemente como antipsórico, a fin de modificar la diátesis psórica, pero es muy útil y nos dá la mejores satisfacciones cuando lo damos como cualquier remedio por la totalidad de los síntomas, por una estricta individuación del enfermo.

#### **BIBLIOGRAFÍA;**

1. Bernardo Vijnovsky. Tratado de Materia Médica Homeopática. Tomo III. 1989. Buenos Aires. Argentina. Alan Centro Gráfico.
2. Lathoud. Materia Médica Homeopática. 1994. Buenos Aires Argentina. Editorial Albatros.
3. E.B.Nash. Fundamentos de Terapéutica Homeopática. Tercera Edición. 1989. Buenos Aires. Librería "El Ateneo" Editorial.
4. Farrington. Materia Médica Clínica. Edición Española. 1933. Escuela Tipográfica "Cristobal Colón"
5. RTC. Repertorio Total Computarizado.
6. Dra. M.L.Tyler. Curso de Homeopatía para Graduados. 1994. Buenos Aires. Editorial Albatros.
7. Zalman Bronfman. La Identidad y el Doble. 1995. Buenos Aires. Editorial Club de Estudio.



# PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

**Dr. José De Robertis**

*Docente Adscripto (A.M.H.A.)*

## SUMMARY

Peripheral facial paralysis includes any lesion to the facial nerve that occurs in its original nucleus or anywhere in its pathway towards the subsidiary structures innervated by the same. Its etiology has multiple causes such as strokes, tumors, ALS with bulbo-pontine involvement, syringobulbia, multiple sclerosis, tuberculosis, cholesteatomas, arachnoiditis, dolichomegabascular, trauma, postoperative infections, Guillain-Barre syndrome, sarcoidosis, diabetes, porphyria, collagen diseases, hematological malignancies, leprosy, tetanus, Lyme disease, congenital and idiopathic peripheral facial palsy also called "a frigore" palsy or Bell's palsy.

From the variety of drugs that appear in symptoms repertorization, Casticum is observed at the top of the list.

## RESUMEN

La parálisis facial periférica incluye todas las lesiones del nervio facial que ocurren en su núcleo de origen o en cualquier lugar de su trayecto hasta alcanzar las estructuras subsidiarias de su inervación. Su etiología tiene múltiples causales como: accidentes cerebro-

vasculares, tumores, ELA con afectación bulbo-protuberancial, siringobulbia, esclerosis múltiple, tuberculosis, colesteatomas, arachnoiditis, dolicomegabascular, traumatismos, postoperatorias, infecciosas, síndrome de Guillain-Barré, sarcoidosis, diabetes, porfiria, colagenopatías, hemopatías malignas, lepra, tétanos, enfermedad de Lyme, congénita y la parálisis facial periférica idiopática también denominada "a frigore", reumática o de Bell.

De la gran variedad de medicamentos que surgen en la repertorización de los síntomas, se observa a Casticum encabezando la lista.

**Parálisis facial central.** El sustrato de las lesiones interesa a la *neurona motora central* o a la vía córtico-protuberancial en cualquier lugar del recorrido hasta el núcleo de origen del VII par. Las causas más frecuentes de este tipo de parálisis son los accidentes cerebrovasculares, tumores e infecciones.

Su SEMIOLOGÍA CLÍNICA es la de una parálisis de los músculos de la hemicara inferior contralateral, con muy leve participación parética del músculo frontal y orbicular de los párpados, consecuentemente se observa una desviación de la comisura bucal hacia el lado sano, pudiendo arrugar la frente y cerrar los ojos. Se conserva el trofismo muscular y no

hay denervación, ni trastornos de la latencia de conducción en el EMG.

Es notable asimismo que mientras la *mímica refleja* queda abolida en la parálisis periférica, se halla conservada en la central, especialmente bilateral.

Ello se advierte, por ejemplo, en los enfermos *seudobulbares*, en quienes la amimia parálitica desaparece bruscamente durante las crisis de risa o llanto espasmódicos, expresados por la contracción de casi todos los músculos faciales.

**Formas etiológicas de parálisis facial periférica.** En este concepto incluimos todas las lesiones del nervio facial que ocurren en su núcleo de origen o en cualquier lugar de su trayecto hasta alcanzar las estructuras subsidiarias de su inervación. Causas y lugares más frecuentes de asiento de las lesiones:

A. PROTUBERANCIALES. Accidentes cerebro-vasculares (hemorragias, infartos).

Tumores (gliomas infiltrantes tronco cerebral, metástasis, tuberculosas). ELA con afectación bulbo-protuberancial (afecta especialmente macizo facial inferior).

Siringobulbia (muy rara).

Esclerosis múltiple (rara).

B. DEL ÁNGULO PONTOCEREBELOSO. Tumores (neurinomas del acústico: afectación del VII par, después del VIII y V par), meningiomas, colesteatomas (afectación precoz).

Aracnoiditis (muy rara)

Carcinomatosis meníngea.

Dolicomegabasilar.

C. EN LA BASE DEL CRANEO. Extensión regional: cáncer de cavum y linfomas. Suelen acompañarse de otras parálisis de nervios craneanos.

Tumores de glomus yugular: se acompañan de síndrome otológico y de afectación del agujero rasgado posterior. (IX, X y XI).

D. EN EL TRAYECTO INTRAPETROSO DEL TEMPORAL. 1. *Parálisis del VII par, traumáticas.* Las fracturas del peñasco pueden pro-

vocar parálisis: a) inmediatas; se debe a sección o compresión del nervio por las esquirlas óseas y aconsejan la intervención inmediata. b) Las tardías aparecen tras un intervalo libre y se deben a edema traumático o hemorragias. Suelen tener buena evolución, de ahí que, en principio, no deben intervenir. A partir de la tercer semana, si el EMG y la latencia de conducción no indican recuperación y además existe sordera de transmisión manifiesta y lesiones óseas radiológicas, se planteará la descompresión quirúrgica con microscopio.

2. *Las parálisis postoperatorias* (cirugía del oído) actualmente son raras pero no excepcionales. Cuando son inmediatas requieren la intervención urgente y si son más tardías – por edema de vecindad – y evolucionan bien no está indicada la operación y sí cuando su evolución es desfavorable. 3. *En las otitis agudas.* La parálisis puede ser precoz y desaparece de ordinario, con antibióticos y paracentesis. Si persiste después de tres semanas y según indique el EMG puede requerir intervención y cuando es tardía precisa mastoidectomía. En las *otitis crónicas* el VII par puede afectarse por colesteatoma del oído o por osteítis y la intervención descompresión del nervio es urgente. 4. La parálisis del VII par por *tumores intrapetrosos* es rara. El neurinoma del VII par es muy raro y cursa con parálisis muy lentamente progresiva. El nervio también puede lesionarse por propagación intrapetrosa de un tumor de mieloplaxias o un carcinoma de la caja timpánica.

5. El *zona del ganglio geniculado* es una causa relativamente frecuente de parálisis facial. En toda parálisis facial, sobre todo si persisten los dolores, debe indagarse esta etiología. Suele ser de peor pronóstico que la parálisis facial a *frigore*.

E. DEL FACIAL EXTERNO. En trayecto intraprotóideo: tumores o infecciones. En el contexto de una neuropatía periférica: Síndrome de Guillain-Barré, sarcoidosis, diabetes,

porfiria, colagenosis, hemopatías malignas, lepra, tétanos cefálico de Roses, enfermedad de Lyme.

**F. OTRAS PARÁLISIS. SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL.** Este síndrome consta de parálisis facial periférica, edema facial y lengua escrotal.

Estos tres elementos que constituyen el síndrome completo pueden presentarse en combinaciones diversas. La lengua plicata se observa en un 30-35% de casos. Los episodios de parálisis facial suelen iniciarse antes de los 20 años. Posteriormente aparecerá edema facial, en forma de episodios; se afecta más el labio superior. Al principio el edema revierte en horas o días, pero después queda una hinchazón permanente. Existe una cierta incidencia familiar. El tejido edematoso facial está formado de edema e infiltración linfocitaria, histiocitos y un granuloma de células gigantes y células epiteloideas (quelitis granulomatosa). Se ha observado elevación de los niveles en sangre de la enzima convertidora de angiotensina. Los corticoides parecen ser eficaces en cuanto a la parálisis facial y el edema.

**PARÁLISIS CONGÉNITAS Y DEL RECIÉN NACIDO.** Las parálisis del VII par en el recién nacido no son excepcionales y son de buen pronóstico. La causa más común es la compresión del facial durante el parto. Se trata de partos laboriosos en los que el cráneo y la cara son comprimidos contra la prominencia del sacro o simplemente por el mismo muñón del hombro del niño. El poco desarrollo de las mastoides y la emergencia del nervio que es mucho más superficial en el niño que el adulto, son factores propiciadores. Las formas congénitas constituyen el síndrome de Möbius.

**PARÁLISIS DE BELL.** Como prototipo y la más común de las parálisis faciales periféricas es la forma conocida como *parálisis facial*

*periférica idiopática* también denominada "*a frigore*", *reumática* o *parálisis de Bell*. Es una afección frecuente y benigna.

Su incidencia se estima entre 15 y 25 casos por 100.000 habitantes y años, afectando a cualquier edad. Se ha observado una tendencia a la presentación en brotes sin una clara preferencia estacional y se ha sugerido que el embarazo, el puerperio, la intolerancia a la glucosa y la exposición al frío son factores predisponentes o desencadenantes.

**Etiología.** Es aún mal conocida. Sin embargo se ha encontrado evidencia serológica de infección por agentes bacterianos (*borrelia*) y vírico: *herpes simple*, *influenza B*, *Echovirus* y *virus de Epstein-Barr*. Por otra parte es conocida la asociación de parálisis facial con el *herpes zoster* (síndrome de Ramsay-Hunt) y recientemente se ha observado la aparición ocasional de parálisis de Bell con pleocitosis en el momento de la seroconversión de la infección por VIH. Respecto al mecanismo de la lesión, la hipótesis más plausible, es que la inflamación del nervio, cualquiera que sea su origen, daría lugar a compresión en las paredes del conducto de Falopio produciendo primero desmielinización, y ulteriormente, con grados más severos de compresión, degeneración axonal. La observación de edema del nervio durante la cirugía de la parálisis de Bell y la mayor captación de gadolinio por parte del nervio en el conducto de Falopio, en la RNM, avalan ésta hipótesis.

## EXPLORACIÓN DEL NERVIOS FACIAL

### 1 - Rasgos fisonómicos

- asimetría de la cara.
- desigualdad de las arrugas de la frente.
- desviación de la comisura labial.
- un ojo más abierto que el otro.
- lagrimeo o escurrimiento de saliva.
- surcos nasolabiales desiguales.

**2 - Movimientos**

facial superior

- arrugar la frente.
- mirar hacia arriba y elevando las cejas.
- abrir y cerrar los ojos con energía.

facial inferior

- dilatar las fosas nasales.
- abrir la boca ampliamente, observar simétrica.
- llevar a uno y otro lado la comisura labial.
- mostrar los dientes.
- silbar y soplar.
- oposición a inclinar la cabeza.

**3 - Reflejos**

- córneo y nasopalpebral.

**4 - Sensibilidad**

- 2/3 anteriores de la lengua (gusto).
- pabellón auricular.

**LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES DEL NERVIOS FACIAL****1 - Lesión del facial después de su salida del agujero estilomastoideo:**

- Parálisis completa del lado correspondiente a la cara (parálisis de Bell).
- En el lado paralizado las arrugas de la frente se borran.
- Ojo más ampliamente abierto del lado paralizado (lagofthalmos por predominio del tono del elevador del párpado superior, innervado por el III par sobre el orbicular de los párpados que está paralizado).
- Epifora (las lágrimas se derraman sobre las mejillas, en lugar de ser empujadas al conducto lagrimal).
- Cuando el enfermo se esfuerza por cerrar el ojo, el globo ocular se dirige hacia arriba, quedando la esclerótica del lado comprometido al descubierto (signo de Bell).
- El lóbulo de la nariz está algo desviado hacia el lado sano.
- El surco nasogeniano del lado comprometido está borrado.

- La comisura labial del lado afectado se halla desviada hacia el lado sano y descendida.

- El enfermo no puede silbar.
- Al soplar se abulta más la mejilla del lado enfermo (por la parálisis del buccinador).
- Apertura bucal es asimétrica (más amplia del lado sano).
- Falta de contracción del músculo cutáneo del cuello del lado enfermo.
- Al sacar la lengua se desvía hacia el lado paralizado.
- Hipoestesia en la región que circunda el orificio del conducto auditivo extremo, a veces con edema y cambios vasomotores (menor transpiración).

**2 - Lesión del facial que asienta en el trayecto por el acueducto de Falopio (por debajo del ganglio geniculado)**

- Todos los síntomas anteriores + (por la participación de la cuerda del tímpano).
- Pérdida del gusto en 2/3 anteriores de la lengua del lado afectado.
- Hiperacusia (dolor al oír las notas bajas, por la no atenuación de las oscilaciones de los huesecillos del oído).
- Alteración de la secreción salivar (por interrupción de las fibras parasimpáticas del núcleo salivar superior).

**3 - Lesión del facial en su raíz motriz entre el ganglio geniculado y su emergencia del neuroeje**

- Todos los síntomas de 1 y 2 + trastornos en la lacrimación del lado de la lesión (consecuencia de la destrucción de fibras simpáticas del ganglio pterigopalatino)

**4 - Lesión de la raíz motora del facial que asienta en la protuberancia**

- Todos los síntomas de 1, pero sin trastornos del gusto y con parálisis concomitante del VI par (a raíz de la rodilla que describe la rama motriz del facial alrededor del núcleo del VI par)

**COMPONENTES DEL NERVIOS FACIAL**

COMPONENTE	FUNCIÓN
MOTOR BRANQUIAL (EFERENTE VISCERAL ESPECIAL)	Músculos del estribo, estilohioideo, fascículo posterior del digástrico, Músculos de la expresión facial, incluyendo el buccinador. Músculos cutáneos del cuello y occipital.
MOTOR VISCERAL (EFERENTE VISCERAL GENERAL)	Estimular las glándulas lagrimal, submaxilar y sublingual. También membrana mucosa nasal, paladares duro y blando.
SENSITIVO GENERAL (AFERENTE SOMÁTICO GENERAL)	Inervar la piel del pabellón de la oreja. Un área pequeña de piel detrás de la oreja. Posiblemente, suplementar al V3, que inerva la pared del meato auditivo. Cara externa de la membrana del tímpano.
SENSITIVO ESPECIAL (AFERENTE ESPECIAL)	Gusto de los dos tercios anteriores de la lengua y los paladares duro y blando.

**SÍNTOMAS REPERTORIALES DE LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA**

**CARA – PARALISIS (266-2):**

*Agar, Bar C, Cad, CAUST, Cocc, Cup, Cur, Dulc, Graph, Cali Chl, Nux V*

**CARA – PARALISIS – DERECHA (266-2):**

*Arn, Caust, Phos*

**CARA – PARALISIS – IZQUIERDA (266-2):**

*All C, Cur, Nux V*

**CARA – PARALISIS – FRÍO, POR (266-2):**

*Cad, CAUST, Dulc*

**CARA – PARALISIS – UN LADO (266-2):**

*Bar C, CAUST, Cocc, Graph, Cali Chl*

**CARA – PARALISIS – COMISURAS DE LA BOCA CAEN Y LA SALIVA SALE (266-2):**

*Agar, Op, Zinc*

**OJO – CERAR – DIFÍCIL (177-1):**

*NUX V, PAR, Phosp, Sil*

**OJO – INSENSIBILIDAD (189-3):**

*Stram*

**OJO – LAGRIMEO (190-1):**

*Acon, Agar, Ail, ALL C, Alum, Apis, Arg N, Ars, Asar, Aur, BELL, Brom, CALC, Caps, Carb*

*Ac, Carb S, Carb V, Caust, Cham, Chel, Colch, Com, Con, Croc, Crot C, Crot H, Crot T, Elaps, Eup Per, Euph, EUPHR, Ferr, Ferr I, Ferr P, FL AC, Graph, Ham, Hep, Ign, Iod, Kali Bi, Kali C, Cali I, Lach, Led, LYC, Mag C, MERC, Merl, Mez, Nat C, NAT M, Nat S, NIT AC, Nux V, OP, Par, PHOS, Psor, PULS, Seneg, Sep, Sil, Sol N, Spig, Spong, Stram, Sul Ac, SULPH, Tarax, Thuja, Verat, Zinc*

**OJO – LAGRIMEO – DERECHO (190-1):**

*Hyos*

**OJO – LAGRIMEO – IZQUIERDO (190-1):**

*Ign*

**OJO – PARÁLISIS – PÁRPADOS DE LOS – SUPERIORES (192-1):**

*Alum, Ars, Cadm, CAUST, Cocc, Con, Dulc, GELS, Graph, Led, Mag C, Med, Merl, Morph, NIT AC, Nux V, phos, Plb, RHUS T, Sec, SEP, SPIG, Syph, Verat, Zinc*

**OJO – PARÁLISIS – PÁRPADOS DE LOS – SUPERIORES – DERECHO (192-1):**

*Apis, Cur*

**OJO – PARÁLISIS – PÁRPADOS DE LOS – SUPERIORES – IZQUIERDO (192-1):**

*Nux V, Plb*

**OJO – PARÁLISIS – PÁRPADOS DE LOS – SUPERIORES – POR FRÍO (192-1):***CAUST, Rhus T***OJO – SEQUEDAD (195-1):***ACON, ALUM, Arg N, Arn, ARS, Asaf, Asar, BELL, Caust, Cham, Clem, Croc, Cycl, Elaps, Euphr, Graph, LYC, Mag C, Mang, Med, Merl, Mez, Nat S, NUX M, Nux V, OP, Petr, PULS, Rhod, Rhus T, Sang, Seneg, Sep, Staph, SULPH, VERAT, ZINC***OIDO – HINCHAZON (215-3):***Acon, Apis, Bell, CALC, Carb V, GRAPH, Kali Bi, Kali C, Merc, Nat, M, Petr, PULS, Rhus T, Sep, Sil, Tell***OIDO – HINCHAZON – DERECHO (215-3):***Calc, Croc C, Glon, Jug R, Ptel***OIDO – HINCHAZON – IZQUIERDO (215-3):***Ant, C, Ery A, Graph, Nit Ac, Rhus T, Tell***OIDO – HINCHAZON – ADENTRO (MEATO) (215-3):***CALC, Caust, Cist, Cupr, Nit Ac, Petr, PULS, Sep, Sil, Tell,***OIDO – HINCHAZON – ADENTRO (ANTITRAGO) (215-3):***CALC, Caust, Cist, Cupr, Nit Ac, Petr, PULS, Sep, Sil, Tell***OIDO – SENSIBILIDAD – DISMINUIDA (223-2):***Mur Ac***OIDO – DOLOR – DERECHO (208-1):***Am M, Bar C, Bar M, BELL, Caust, Coloc, Cycl, Elaps, FL AC, Kali C, Kalm, Lac C, Lyc, Merc, Nat S, NIT AC, Nux V, Puls, Tell***OIDO – DOLOR – IZQUIERDO (208-1):***Dulc, Graph, Lac C, Verb***OIDO – DOLOR – RUIDOS, POR (209-1):***Bell, CON, Op, Phos, Sang, Sil, SULPH***BOCA – GUSTO – FALTA DEL, PÉRDIDA DEL GUSTO (278-2):***Anac, Ant C, Ant T, Apis, Aur, BELL, Bor, Bry, Calc, Canth, Croc H, Cycl, Hep, Hyos, Kali Bi, Mag M, Merc, NAT M, Nux M, Nux V, Par, PHOS, Psor, PULS, Sep, SIL, Sul Ac, Sulph, Ther, Verat***BOCA – PARÁLISIS – LENGUA (283-3):***Acon, Apis, Arn, Bar C, Bell, Cadm, CAUST, Cocc, Con, Croc C, Cupr, Dulc, GELS, Hell, Hydr Ac, Hyos, Lach, LYC, Mur Ac, Naja, Nux V, OP, PLB, Rheum, Rhus T, Stram***BOCA – PARÁLISIS – LENGUA – ESTIRADA HACIA DERECHA (284-1):***Cur, Nux V, OP***BOCA – PARÁLISIS – LENGUA – ESTIRADA HACIA IZQUIERDA (284-1):***Bell, Glon, Op, Plb***BOCA – ABIERTA – DIFICULTAD PARA ABRIR (270-1):***Caust, LACH, Merc C, Phos,***BOCA – COMIDA – ESCAPA DE LA BOCA AL MASTICAR (271-3):***Arg N***BOCA – HABLAR – DIFÍCIL (280-1):***Agar, Anac, Bap, BELL, Calc, Camph, Carb S, Carb V, Caust, Cen, Cic, Cocc, Con, CROT C, Croc H, Cupr, Dig, Dulc, Euphr, GELS, Glon, Graph, Hyos, Kali Bc, LACH, Laur, Lyc, Mag P, Merc, Mez, Mur Ac, Nat C, NAT M, Nux V, OP, Phos, Plb, Spong, STANN, STRAM,***BOCA – SALIVACIÓN (SIALORREA) (285-3):***Alum, AM C, Anac, Ars I, ARUM T, Asar, Aur M, BAR C, Bar M, Bell, BOR, Brom, Calc, Calc P, Camph, Canth, Caps, Carb V, Caust, Cham, Chel, Chin, Cic, Cinnb, Clem, Coc C, Colch, Croc C, Cupr, Dros, Dulc, Ferr Ma, Ferr P, FL AC, Gamb, Glon, Gran, Graph, Hell, Hep, Ign, IOD, IP, Iris, KALI C, Kali Chl, Kali I, Kreos, Lac C, Lach, Lact, Lyc, LYSS, Manc, MERC, MERC C, Merc Cy, Merc D, MERC I R, Mur Ac, Naja, Nat C, NAT M, Nat S, NIT AC, Nux M, NUX V, Ol An, Ox Ac, Petr, Phos, Phyt, Plb, Podo, Puls, Seneg, Sep, Sil, Stram, Sul Ac, Sulph, Tab, VERAT, Zinc***GENERALIDADES – ESCARCHADO – HELADO, AIRE (837-2):***Calc, Con, Puls, Sep***GENERALIDADES – FRÍO – ENFRIARSE (838-3):***Agar, Alumn, Am C, Arn, ARS, AUR, Bad, BAR C, Bry, Calc, Calc P, Camph, Caps, Carb A, Carb*

*S, Carb V, Caust, Cham, Cimic, Cocc, Con, Dig, Dulc, Ferr, Graph, HEP, Hyos, Hyper, KALI AR, KALI BI, KALI C, Kreos, LYC, Mag C, Mag P, Med, MOSCH, Nat A, Nat P, NUX V, Petr, PH AC, Phos, Psor, PYROG, RAN B, RHUS T, Rumx, SABAD, SEP, SIL, Stront, SUL AC, Sulph, Sumb, Tarent, Thuj, Verat, Zinc*

**GENERALIDADES – FRÍO – ENFRIARSE – CA-  
BEZA, LA (839-1):**

*BELL, SEP, SIL*

**GENERALIDADES – FRÍO – ENFRIARSE –  
TRASTORNOS POR (Minotti):**

*Kalm, Phyt*

Tomando en cuenta estos síntomas, se puede clasificar una lista de medicamentos para el tratamiento de las parálisis faciales periféricas, siempre respetando los fundamentos de homeopaticidad de los mismos, donde los veinte primeros en puntaje son:

Causticum, Nux vomica, Opium, Phosphorus, Sepia, Graphites, Silicea, Belladonna, Pulsatilla, Rhus tox, Sulphur, Calcarea Carbonica, Lycopodium, Plumbum, Cadmium, Lachesis, Aconitum, Zincum, Arsenicum, Natrum muriaticum, Nitric Acidum, Conium maculatum, Mercurius, Nux Moschata, Baryta carbonica, Alumina, Cocculus, Petroleum, Argentum nitricum y Arnica.

Aunque sin ninguna duda el más frecuente e importante de esta lista es Causticum.

## CAUSTICUM

- 11 - Está peor cuando el tiempo está seco, claro y limpio, o con el frío seco o al aire frío; y está mejor en tiempo húmedo.
- 12 - Es, tal vez, el principal remedio de las parálisis, sobre todo si aparecen gradualmente, y con frío en la parte paralizada. La parálisis, en general, es de un solo lado, especialmente del derecho, o de distintas partes del cuerpo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Tratado de Materia Médica Homeopática / B. Vijnovsky / Bs. As. 1989.
- Moderno Repertorio de Kent / Bs. As. 2001.
- Semiología del Sistema Nervioso / O. Fustinoni / 11° edición Bs. As. 1987.
- Neuroanatomía Clínica / R.S. Snell / 2° edición Bs. As. 1992.
- Técnica del Examen Neurológico / W De Meyer / Bs. As. 1987.
- Nervios Craneanos - Anatomía Clínica / L. Wilson-Pauwels, E.J. Akesson, P.A. Stewart / Bs. As. 1991.
- Tratado de Neurología / A. Codina Puigros / Barcelona 1996.

# DIME COMO AMAS Y TE DIRE QUIEN ERES

**Dra. María Antonieta Márquez**

*Ayudante de Cátedra (A.M.H.A.)*

## SUMMARY

*The aim of this personal research is to verify that a symptom is never isolated but rather part of a pattern that repeats itself along different areas of human behaviour.*

*A personal analysis made on a specific area with patients with complaints related to love issues, helped to find the appropriate remedy, that otherwise wouldn't have been found.*

*Some poetical phrases related to the work are being sprinkled to enhance some definitions.*

## RESUMEN

*El objetivo de este estudio es la comprobación que nunca es aislado un síntoma sino que es un patrón que se repite en distintas áreas del ser humano.*

*Esta investigación realizada en diferentes pacientes analizando su comportamiento y sus experiencias en un área tan cotidiana y básica de su vida que es el amor, nos ayuda también a encontrar el medicamento apropiado.*

*Matizaremos algunos síntomas con frases de algunos poetas, ya que el título de este informe invita también a algunas licencias.*

Cabalgando sobre la frase “dime cómo amas y te diré quién eres” compartiremos algunas observaciones que hemos encontrado en el consultorio en relación a la forma que tienen de amar los diferentes medicamentos. Nos abocaremos en este caso al amor específico de pareja y no a otras formas de vínculos afectivos. Asunto difícil de abordar porque roza la sexualidad, las costumbres, la idiosincrasia personal de la moral y creencias de cada individuo.

Quizás sea ésta una oportunidad de encontrar al fin, el ansiado constitucional. O en su defecto, un oportuno similar que ayude a nuestro paciente a pasar el mal de amores.

Ya sabemos que para tener cualquier síntoma, tanto físico como emocional, hay que tener susceptibilidad previa a padecer este síntoma, así que no cualquiera se mata por amor y no cualquiera tiene un duelo de 20 años.

Muchos pacientes consultan por temas físicos o emocionales relacionados con el amor y la pareja. La lista de los “trastornos por” es amplia y hay para todos los poetas y homeópatas. Es frecuente escuchar pacientes que refieren que su enfermedad comienza a partir del fin de una relación o por el sufrimiento de una mala convivencia e infinitas situaciones relacionadas con temas afectivos que escuchamos a diario en la consulta,



### La Historia clínica

Adentrándonos en el interrogatorio, podemos percibir síntomas que concluimos de la historia de vida: anotamos al costado de la hoja que estamos frente a un enamoradizo, romántico, leal o infiel, seductor, engañoso, etc .etc

Sondear la cantidad de parejas que ha tenido, nos muestra un perfil que merece ser al menos investigado. Es tan elocuente que haya tenido varios amores así también como su ausencia. Están los que superan rápidamente las pérdidas o los que les cuesta olvidar.

El aburrimiento fácil y la necesidad de cambio de los tuberculínicos contrasta con el aguantador y perseverante carbónico o el reticente a los cambios, como el que un paciente *Lycopodium* me refirió: "más vale malo conocido..."

Encontramos el grupo de los crédulos, los idealistas, los celosos, los indiferentes, los hipersexuales, los que se quedan en una mala relación por comodidad o por temor a la soledad y por miedo a la pobreza. Se destacan los obedientes de las normas y la religión, que observamos aplican también en otras áreas de su vida institucional o laboral.

**Repetimos aquí que el objetivo de este estudio es la comprobación que nunca es aislado un síntoma sino que es un patrón que se repite en distintas áreas del ser humano.**

### El amor y el cerebro

Un grupo de neurólogos parece haber hallado la localización cerebral del amor.

Por resonancia magnética reveló que entre 6 y 20 partes diferentes del cerebro se activaban mirando la foto del amor de su vida (esto fue realizado en un grupo de control en que se investigó el tema). El amor obsesivo también se dio en casos de psicosis y fue asociado a bajos niveles de serotonina o sea que la búsqueda del placer o del objeto amoroso está asociado a una química cerebral previa de cada individuo.

Según la antropóloga Helen Fischer, el arrebató del enamoramiento dura entre 18 y 30 meses. Luego tiene fecha de vencimiento. La misma sostiene, como dato interesante, que los hombres se "entusiasman" más rápido que las mujeres, por ser más visuales.

Desde un terreno más relacionado con la conducta humana, se sabe que el principal ingrediente para enamorarse es la **idealización**...es por eso que luego llega su contraparte que es la **decepción**, dos síntomas repertoriales que no pueden faltar en las historias de trastornados por temas amorosos.

### COMENTARIOS SOBRE **ALGUNOS** SINTOMAS DEL REPERTORIO :

#### **Inconsolable**

**No puede elaborar el duelo de una pérdida. No se consuela. El objeto perdido no ha sido amado en un nivel maduro sino como proveedor de necesidades. Terminó una relación hace años y sigue pensando en ella:**

*"Ya no la quiero es cierto, pero tal vez la quiero.. Es tan corto el amor y tan largo el olvido,..." (Veinte poemas de amor y una canción desesperada, Neruda)*

**Debe borrarse del repertorio (ojo que también está en Murphy), a Silicea, ya que fue agregado por error y no figura en Boenighausen.**

**Hay que agregar a Lachesis en la rúbrica ya que se ve frecuentemente en la consulta.**

#### **Decepción de amor, trastorno por.**

**Pena causada por un desengaño amoroso. Es la frustración causada por dejar de recibir el afecto de la persona amada. Es la típica historia biopatográfica de muchos pacientes *Natrum muriaticum* con un gran sufrimiento psíquico y padecimientos de toda índole luego de la privación afectiva de alguien de quien esperaban reciprocidad.**

Los que se decepcionan tienden a idealizar, a tener una idea de lo que quieren, y comprueban que la realidad nunca es tan épica como su fantasía.

**Amoroso...**

**Seduca. De chiquito es el que regala a la maestra la manzana, Amor sensual, Interesante ver que esta Sepia en la rúbrica. Es el enamoradizo. Se enamora fácilmente, personalidad Casanova.**

Seducción: (no está el síntoma) pero hay un pariente de él, que es "FLATTERER--"adulador". En Radar lo cruza con "Amoroso"

Interesante la definición de Seducir del Diccionario de Real Academia:

*"Persuadir a alguien con engaños o promesas, engañar con arte y maña; persuadir suavemente para algo malo.. Atraer físicamente a alguien con el propósito de obtener de él una relación sexual. Embargar o cautivar el ánimo."*

Digo interesante la definición y el síntoma, ya que quien es un seductor/a, en el terreno amoroso, lo es en otras áreas también, lo vemos en los vendedores, los políticos, los actores.

**ADÚLTERO:**

Curioso este síntoma, Vemos como definición:

*"es el que estando comprometido ya con alguien mantiene en paralelo una relación con otra o el que estando sin compromiso mantiene un vínculo con alguien ya comprometido".* (Evitaremos aquí el concepto de "casado" o "matrimonio" ya que hoy en día la validez de la unión también se sostiene en las relaciones de hecho). En ambas situaciones se tomaría el síntoma, por supuesto dependiendo de si esta forma de encarar las relaciones se da también en otras áreas de su vida como veremos a posteriori en algunos medicamentos.

Este síntoma incluye a otros componentes que están relacionados entre sí. Deben in-

cluirse otros síntomas relacionados: MENTIR, OCULTAR, ENGAÑAR, FINGIR,

Hay 14 medicamentos en Radar en el síntoma "adúltero" y es interesante analizar el porqué de la inclusión de cada uno en el síntoma. No lo haremos en este trabajo, pero si mencionaremos la sugestiva ausencia de dos medicamentos que comprobé varias veces en esta rúbrica:

**MENTE – ADÚLTERO**

calc.<sup>gl1.fr,vh</sup> canth.<sup>gl1.fr,vh</sup> caust.<sup>gl1.fr,vh</sup> ign.<sup>oss</sup>  
 lach.<sup>gl1.fr,vh</sup> Lyc.<sup>mrr1</sup> med.<sup>mtf,oss</sup> phos.<sup>gl1.fr,vh</sup> plat.<sup>gl1.</sup>  
 fr,vh puls.<sup>gl1.fr,vh</sup> Sabal<sub>rmk1</sub> staph.<sup>gl1.fr,mtf,vh</sup> verat.<sup>gl1.</sup>  
 fr,vh vip.<sup>bcj</sup>

**Thuja** no figura en Radar pero si en **Murphy**. En lo personal he visto varios pacientes Thuja con actitudes de ocultamiento y conducta envolvente. No sólo en la pareja se ve el engaño, sino que el secretismo que caracteriza a la sycosis, está en alguna otra área de la vida.

Un paciente Thuja (sabiendo que atendía a toda su familia) me trajo a su amante para que la tratara también.

Otro paciente Thuja se hacía tratar por dos homeópatas al mismo tiempo y tomaba los dos remedios. La hija que también venía, me comenta esta situación además de las infidelidades del padre. Lo cual me confirmaba la prescripción (consultaba por hipertrofia prostática).

Decía Kent que hay dos medicamentos difíciles de diagnosticar en la consulta, uno es Kali Carbonicum y el otro es Thuja. Incursionando en esta ríspida temática tendremos la oportunidad, a veces, de desenmascarar este resbaladizo medicamento.

Otro medicamento que no figura entre los infieles y merecería estarlo, es **FLUORIC ACIDUM**. Ni en Radar ni en Murphy, a pesar de contar con la fama de don Juan de la Materia Médica y tener la "ilusión de que debe terminar con su compromiso"

- *"Viejos con deseo sexual incontrolable, aversión a su propia familia. Se para en la*

*calle mirando descaradamente a las mujeres, tan intenso es su impulso sexual” (PHATAK).*

## EL AMOR EN ALGUNOS MEDICAMENTOS

### LYCOPODIUM y SULPHUR

A Lyc. Le cuesta separarse. Es prudente. En caso de hacerlo, enseguida consigue suplente. He visto muchos Lycopodium que dicen necesitar un apoyo y no les gusta estar solos....” Volver a casa y que no haya nadie”. Es un comentario frecuente de escuchar. En cambio Sulphur está bien solo y con la tele. Está cómodo sin volver a hacer pareja y disfruta su soltería.

### STAPHISAGRIA

Si el temperamento de Aurum se parece a Nux vómica, el de Staphisagria se parece a Pulsatilla. Generalmente son personas dulces, suaves, inspiran simpatía por parte de uno. Pueden tolerar una pareja abusiva y reprimir lo que sienten y no decir nada por mucho tiempo, con resentimiento por años. A veces se quedan en este vínculo por razones morales o religiosas. En esto se parecen a Aurum.

### IGNATIA, LITHIUM Y PHOSPHORIC ACIDUM

Ignatia: Clásico remedio de la pena y de la decepción en carne viva. Sufre trastornos por cualquier emoción. De naturaleza romántica e idealista. Tienen relaciones con frecuencia tormentosas porque sus estados anímicos son variables. Se enamoran y desenamoran en forma inmadura y adolescente. En esto se parece a Phosphorus. Ignatia tiene un complementario en la pena y nostalgia que es Phosphoric acidum. Para mí van de la mano. Llanto manifiesto o reprimido, o quiere llorar y no salen las lágrimas.

“Ninguna persona merece tus lágrimas, y quien se las merezca, no te hará llorar” (Gabriel García Márquez)

Estos estados de pena aguda que parecen corresponder a Ignatia también pueden ser Lithium. Sankaran lo mencionó como el más necesitado de ese amor que acaba de terminarse. Cuando el paciente refiere “el no poder seguir viviendo” o “no existo” sin ese amor, nos lleva a relacionar esta sensación con la de un bebé sin recursos para sobrevivir sin su madre. Entonces, pensar en Lithium (Scholten, Tabla Periódica 1er columna, 2º línea). Lo he dado en varias oportunidades en estados mentales agudos e intensos, cuando han fallado otros medicamentos, con excelente respuesta.

### SEPIA

Como tiene miedo a la soledad y temor a la pobreza, puede tolerar un mal matrimonio y no se divorcia. Tiene un rechazo al marido, que comienza en el día y lo confirma en las noches. (Aversion husband: Sep, Nat.m, Nat.c. Thuya, glon, choc). Recuerdo una descripción de Margaret Tyler en su Mat. Med. que hace una reseña de cómo va virando una dulce y cariñosa Pulsatilla desde el día que se casa hasta que se convierte, con el tiempo y luego de varios hijos, en una mujer áspera y fría. Según Catherine Coulter, Sepia puede ser la madame de un burdel o puede tener amantes y ser apasionada, pero no dentro de la rutina del matrimonio.

### PULSATILLA

Busca un padre que la cuide, una pareja mayor. Ante el fracaso de la pareja encuentra sustituto a modo de consuelo, por eso puede ser infiel. No figura en trastornos por decepción amorosa. Es infantil. Perdona la infidelidad, puede ser tan celosa como Lachesis pero su orgullo no es impedimento para la reconciliación.

### NATRUM MURIATICUM

Mi inmerecido displacer.

Sufre por un amor imposible, Gente estoica con fuerte sentido del deber, perfec-

cionista, hablan de "lo injusto". Profesiones de ayuda a otros. No saben decir que no. Callados y serios, son románticos, idealizan y veneran. Se enamoran fácilmente y de personas imposibles, (de alguien con compromiso: el cura, el gurú, la maestra, el amigo del marido, el cuñado, la cuñada etc.), de esa manera se mantienen a salvo porque no concretan la relación y así mantienen la imagen romántica de alguien que nunca terminarán de conocer. Entonces, no consuman el amor.

Cuando se termina la relación los Natrum tardan años en elaborar el duelo, no vuelven a formar pareja fácilmente, temen volver a sufrir, no perdonan una traición, son fieles, no hablan de sus problemas para que no veas la parte débil. He comprobado lo mucho que les importa su apariencia, se sienten poco atractivos.

*"Recordar es fácil para quien tiene memoria, olvidar es difícil para quien tiene corazón"* (Gabriel García Marquez)

#### PHOSPHORUS

**ENAMORADIZO**, entusiasta. Siempre es el gran amor.... de la semana. Como tiene el sello tuberculínico, es romántico inestable, adulator, pero no engañador como Veratrum, Es sincero cuando lo dice, el problema es que lo dice todo el tiempo.

*"Poco a poco fue idealizándola, atribuyéndole virtudes improbables, sentimientos imaginarios y al cabo de dos semanas ya no pensaba más en ella. Así que decidió mandarle una esquila simple escrita por ambos lados con su letra de escribano". (El amor en los tiempos del cólera).*

**Cuando Phos., se deprime se enferma, con dolor en el pecho y se transforma en Ph. Ac. La pena lo enferma:**

**MIND - GRIEF - undermining the constitution** carc. Phos.<sub>mgg</sub><sub>hr1,kr1,mf33</sub>

**Visten bien: colorido y estético- También está entre los infieles. La razón: "porque tengo tanto para dar, y amo a todos y a todas. "Homosexualidad. Mucho fuego y luego se apaga. .**

*"El amor es eterno mientras dura". (Gabriel García Marquez)*

#### Los miasmas y el amor

**Un comentario final en relación al amor, lo refiere Proceso Sanchez Ortega en su libro "Los Miasmas".**

**"Para que exista una buena relación con un socio tanto en la vida como en el amor, es importante que no tengan el mismo miasma activo" (dos sycósicos van a atraerse al principio pero luego se rechazarán), por eso debe haber COMPLEMENTACION MIASMÁTICA".**

Continúa Sanchez Ortega: **"un hombre sycósico y mujer psórica andarán de maravillas. Es conocida la asociación que existe entre un Lycopodium y la mujer Pulsatilla cuya complementariedad les permite subsistir por largo tiempo.**

*Recuerda siempre que lo más importante de un matrimonio no es la felicidad sino la estabilidad. (El amor en los tiempos del cólera).*

#### BIBLIOGRAFÍA

- Helen Fisher "La Química del Amor"
- Sankaran "The spirit of Homeopathy"
- Radar Repertory
- Catherine Coulter, "Homeopathic Portraits "
- Detinis, "Mental Symptoms in Homeopathy "
- Sanchez Ortega Proceso, Los miasmas
- Margaret Tyler, Materia Médica
- Jan Scholten, The Elements

# UN CASO CLÍNICO DE MENOMETRORRAGIA

**Dra. Norma E. Pereyra**

*Ayudante de Cátedra (A.M.H.A.)*

## SUMMARY

The aim of this paper is to present a clinical case of menometrorrhagia which responded very well to homeopathic treatment, achieving the disappearance of the symptomatology and therefore avoiding to submit the patient to invasive and aggressive allopathic methods.

**Metrorrhagia:** blood loss of uterine origin through the genital area out of menstrual periods. It makes no reference to the intensity of the loss and it is not related to the period.

**Oligomenorrhea:** periods with intervals of over 45 days.

**Polimenorrhea:** it is an interval between periods of less than 21 days.

**Menorrhagia:** abundant menstrual bleeding greater than or equal to 150 ml of blood loss in each menstrual period.

**OCH:** Oral Contraceptive Hormones.

This is a case of energetic disorder due to successive suppressions which the patient underwent with the different hormone and physical treatments (IUD – IUS) with no beneficial results.

## RESUMEN

La finalidad de este trabajo es presentar un caso clínico de menometrorragia, el cual respondió perfectamente al tratamiento homeopático, logrando la desaparición de la sintomatología, evitando someter a la paciente a los métodos invasivos y agresivos alopáticos.

**Metrorragia:** pérdida de sangre de origen uterino por genitales, fuera de los períodos menstruales. No hace referencia a la intensidad de la pérdida y no está relacionada con la regla.

**Oligomenorreas:** reglas con intervalos de más de 45 días.

**Polimenorreas:** intervalo entre reglas menor de 21 días.

**Menorragia:** sangrado menstrual abundante mayor o igual a 150 ml de pérdida sanguínea por cada ciclo menstrual.

**ACO:** anticonceptivos hormonales orales.

Éste es un caso de trastorno energético debido a las sucesivas supresiones a que fue sometida con los diferentes tratamientos hormonales y físicos (DIU – SIU), sin ningún resultado beneficioso.

**PACIENTE ANA T. - 11-08-06**

39 años – Casada – Obstétrica - 2 partos eutócicos hace 17 y 14 años – 1 aborto espontáneo 1 año después del último parto.

Consulta el 11-08-06 por metrorragias desde los 32 años (1999). Realizó tratamientos hormonales con diferentes ginecólogos, debido a que además de las menometrorragias presentaba episodios de oligo y polimenorreas.

Desde los 18 años consumió ACO en forma intermitente pero casi permanente hasta 1999 (32 años), rotando diferentes marcas de acuerdo a cantidad de hormonas que contenían. En esta época suspende los ACO por intolerancia digestiva: náuseas, vómitos, cefaleas importantes y es sometida a laparoscopia para extracción de pequeño mioma uterino. Las menometrorragias persisten, y desde 2000 a 2004 le indican ACO nuevamente, los cuales debe suspender por trastornos digestivos severos. Las menometrorragias son cada vez más importantes, con abundantes coágulos. A fines de 2004 es sometida a un raspado uterino con finalidad terapéutica, y para realizar biopsia de endometrio: endometrio proliferativo; mucosa endocervical sin anomalías. Biopsia de exocervix: epitelio cervical anómalo no displásico. Con este procedimiento se obtuvieron muy pocos resultados, ya que la menometrorragia no cedió, es decir que la finalidad terapéutica del raspado no tuvo éxito. El único diagnóstico compatible con la menometrorragia es una ecografía ginecológica que revela un miometrio heterogéneo compatible con una miohiperplasia del mismo, con un útero de tamaño normal: 77 x 46 x 49.

En el año 2005 le colocan un SIU-LNG: Sistema Intra-Uterino liberador de Levonorgestrel. Esta hormona que contiene este endoceptivo actúa inhibiendo la síntesis endometrial de los receptores estrogénicos y progestágenos induciendo un potente efecto antiproliferativo en el endometrio y por con-

siguiente moderando la pérdida sanguínea. En la paciente este método no generó ningún resultado positivo: a los 7 meses de tenerlo colocado, lo expulsó con mucho dolor y abundante metrorragia. Fue medicada nuevamente con hormonas para moderar la metrorragia, pero sin buenos resultados y padeciendo además intensas cefaleas.

Su médico ginecólogo le propone realizar una ablación endometrial, procedimiento que se realizaría por vía trans-vaginal, para extraer el endometrio en su totalidad, realizando la hemostasia uterina con un endocoagulador, el que provocaría la amenorrea.

La paciente se niega a este procedimiento invasivo-agresivo, y es cuando realiza la consulta conmigo.

Antecedentes familiares: abuela paterna diabética. Dos tíos maternos y abuelo materno con cáncer.

Antecedentes personales: enfermedad de Chagas controlada una vez por año (nació en Chaco).

**HISTORIA CLÍNICA HOMEOPÁTICA**

Paciente que refiere mucha tristeza en su vida, desde niña. A los 11 años tuvo que dejar su hogar para ir a trabajar y manejarse solita (vivía en la casa de unos tíos). A pesar de que era necesario que trabajara, sintió mucha decepción con sus padres, y mucha mortificación en la casa de su tía. Ella debía hacer las tareas de la casa, aparte de trabajar afuera, para ganarse la comida, la estadia y pagarse los estudios. A raíz de esto estuvo 8 años sin hablar con sus padres. "Tuve una infancia infeliz", "y ni siquiera yo me permitía llorar". Hubo muchas cosas en su vida que la enojaron mucho, pero lo único que podía hacer era indignarse, nada más. "Nunca permití que se me acercara nadie a ayudarme". En el secundario era muy callada, a pesar de soportar injusticias. Nunca

perdonó a los que le hicieron daño, salvo a sus padres, que trató de entenderlos ya siendo adulta. Refiere que su tristeza se acentuaba mucho antes de menstruar. Trabajó mucho, y con mucho sacrificio pudo estudiar y recibirse. Después se casó, pudo formar bien su hogar y criar a sus hijos sin problemas. Me refiere que esto que me cuenta es la primera vez en su vida que lo revela, nunca habló de su vida con nadie.

CONSUELO:

Agrava\*\*\* 18.2

INJUSTICIAS no tolera\* 53.1

LLANTO:

por bagatelas\* 62.3

fácilmente\*\* 63.2 (llora durante casi toda

la consulta)

Consuelo agrava\*\*\* 63.1

Sola\*\* 64.1

RENCOROSA\*\*\* 64.2

RESERVADA\* 78.1

SENSIBLE:

a groserías\* 80.2

al ruido\*\* 80.2

TRASTORNOS POR:

Cólera con indignación\* 91.1

Decepción\*\*\* 91.2

Mortificación\*\*\* 91.3

TRISTEZA\*\*\* 92.2

antes de menstruar\*\*\* 94.1

DESEOS:

cosas ácidas\*\* 322.1

cosas saladas\*\*\* 323.2

frías bebidas\* 322.3

AVERSIONES: no.

SED:

extrema\*\*\* 343.2

NATRUM MURIATICUM 30, 10 glóbulos 2 veces por día.

**Consultas posteriores - 11-09-06**

Muy bien anímicamente, con más energía para hacer las cosas, aunque por momentos se siente triste. Las menometrorragias cedia-

ron. Menstruó el 01-09-08 con poca dismenorrea, 3 días, con coágulos pequeños. Está muy contenta por la evolución favorable sólo de 1 mes. Piensa todo el tiempo en que iba a ser sometida a una ablación del endometrio con anestesia general, y no lo puede creer. No más cefaleas. TA 130/80.

NATRUM MURIATICUM 120, 10 glóbulos 1 vez por día, 2 meses.

No consultó en varios meses, pero como es Obstétrica del Hospital al que concurro, la veía algunas veces. Muy contenta, no tuvo más menometrorragias, y anda muy bien de carácter. Refiere que cuando necesita toma su remedio NATRUM MURIATICUM 30 durante 1 o 2 días y anda muy bien.

21-02-07

Hace 1 semana que está con síntomas de gastritis. Muy nerviosa porque está arreglando su casa. Menstrúa regularmente todos los meses, no más menometrorragias.

NATRUM MURIATICUM 30, 10 glóbulos diluidos en método plus.

08-08-07

Anduvo muy bien de su gastritis. En el mes de abril se realizó cirugía plástica de mamas (no me avisó porque tenía miedo que le dijera que no lo haga). Estuvo con mucho dolor, no tomó nada, hizo un hematoma en una mama y tampoco tomó nada. Ahora consulta porque hace 1 mes que está con menometrorragia abundante, sin dolor (desde el 28-06-07). Por su cuenta está tomando NATRUM MURIATICUM 30, 2 veces por día. Duerme mucho mejor.

NATRUM MURIATICUM 200, 10 glóbulos 3 veces por semana.

Nuevamente no consultó en varios meses, pero la veía algunas veces en el hospital. Muy contenta, no tuvo más menometrorragias, y anda muy bien de carácter.

11-06-08

Muy bien. Menstrúa regularmente, algunos meses con dismenorrea. Trae una ecografía ginecológica: pequeños miomas intramurales. No tomó ni toma más ningún remedio alopático. Algunas veces algunos episodios de acidez, que lo regula con NATRUM 30. No tuvo más cefaleas. Me dice que necesita "un refuercito de energía", "el remedio mío me hace muy bien".

NATRUM MURIATICUM 500, 3 microdosis.

16-12-08

Anímicamente muy bien, a veces algunos bajones. Menstrúa regularmente. Hace 1 mes aparecieron dolores articulares: rodilla, tobillos, manos. Éstos los había tenido alguna vez en su vida, los que calmaba con antiinflamatorios. Peor por el agua fría.

NATRUM MURIATICUM 1000, 3 microdosis.

RHUS TOX 6<sup>a</sup>, 10 glóbulos 3 veces por día, 10 días y llamar.

### Conclusiones:

Cuando el remedio cubre la totalidad característica del paciente los resultados del tratamiento homeopático son espectaculares. La historia clínica previa al tratamiento homeopático es para que nosotros, profesionales de la salud, tengamos siempre presente la frase: "primum non nocere". Pero la medicina alopática tradicional cada vez se torna más invasiva y más agresiva.

La paciente es profesional compañera mía del hospital. A lo largo de muchos años me oyó muchas veces hablar de los tratamientos homeopáticos, pero realmente la elección que hizo la puso muy contenta; tan es así que en la actualidad no toma ningún remedio alopático más. Importante es aclarar que desde que comenzó el tratamiento conmigo, su método anticonceptivo es de barrera (condón), muy bien aceptado por los dos integrantes de la pareja.



## Aclarando Dudas

Dr. Juan Carlos Pellegrino

**Pregunta: ¿en un paciente con disposición suicida qué dinamización debo usar del medicamento indicado?**

En principio debemos aclarar que la disposición al suicidio tiene múltiples connotaciones además de la predisposición miasmática. Nuestra concepción homeopática considera la disposición miasmática como lo más importante, ya que el acto no lo comete cualquiera sino aquel que está miasmáticamente determinado para hacerlo. Los desencadenantes pueden ser múltiples aún a veces de poca importancia para el observador, pero de gran magnitud para quién lo padece. Es decir en la ley general de concepción homeopática el desencadenante cobra importancia según la reverberación que provoca en la dinámica miasmática del sufriente.

Desencadenante + miasma = efecto. Esta es la ecuación que da lugar al fenómeno sintomático.

Los desencadenantes habitualmente están ligados a la desesperanza, angustia, miedo, tristeza, frustración, dolor, etc.

La disposición al suicidio en nuestra materia médica, generalmente está representada en medicamentos más determinados que otros, como: aurum, natrum sulphuricum, arsenicum, esto no resta importancia a los demás, ya que todos son polimiasmáticos, aunque los primeros tienen mayor tropismo.

Cuando a la disposición se le agrega el pensamiento de suicidio, esto ya cobra mayor importancia, por cuanto al mal pensamiento es probable que lo suceda la mala acción.

El pensamiento generalmente lleva a elucidar la forma de hacerlo, el repertorio contiene

las modalidades según cada medicamento, ya sea ahogándose, por armas de fuego, arrojándose desde las alturas, por ventanas, atropellado, colgándose, con cuchillo, con gas, dejándose morir de hambre, etc.

Igual debe prestarse atención a aquel que habla siempre de suicidio, pero no lo hace porque le falta coraje o por temor a la muerte. En este subrubro muchas veces se ubican los intentos reiterados sin consumación del hecho.

Tener en cuenta que estadísticamente la mayor frecuencia etaria está comprendida en lo que eufemísticamente se llama la tercera edad.

Esta introducción está realizada para precisar la respuesta en relación a la pregunta, es decir, en un paciente en el que se detecta la disposición suicida, no hay pensamiento de llevarlo a cabo, se debe dar el medicamento de fondo a la dinamización más conveniente, aquí puede darse aún una dinamización elevada sin riesgos.

Cuando a la disposición se le suma el desencadenante, que activa el pensamiento y la forma de realizarlo, donde ya la fantasía es reemplazada por la determinación de hacerlo, si se detecta esto y si el medicamento de la aparente totalidad no cubre la determinación, actuar como en la enfermedad aguda tomando como lo más importante el desencadenante y el tropismo del medicamento hacia el hecho probable y actuar con dinamizaciones tipo 30CH en plus, para evitar agravaciones que puedan ser iatrogénicas.

Considerar además que se debe actuar interdisciplinariamente, con todos aquellos que puedan colaborar, para desactivar la gravedad de lo más profundo que lleva a atentar contra la vida.

**Pregunta: ¿Por qué si decimos que cada uno de nosotros es único e irrepetible vemos que en la clínica de las enfermedades crónicas, generalmente los pacientes se tratan con no más de 20 policrestos?**

La pregunta está bien formulada ya que se refiere al tratamiento de las enfermedades crónicas homeopáticas.

Podemos decir que por la gran cantidad de síntomas que estas sustancias han desarrollado en las experimentaciones y reexperimentaciones, además de los síntomas observados en la clínica, fiables y repetidos con la misma validez que los patogenéticos, además de los perfiles caracterológicos de los mismos, han hecho que la sustancia deviniera en medicamento. Si bien hay policrestos que han manifestado más de 3000 síntomas en la conjunción de síntomas, no es necesario que el paciente presente todos ellos para ser prescripto, sino que con no más de 10 o 15 síntomas puede hacerse diagnóstico medicamentoso, si la prescripción es correcta este deviene en remedio, ya que por similitud inicia el proceso terapéutico. Como vemos la combinatoria para prescribir es muy amplia y esto hace que la individualidad esté reflejada no en el nombre del medicamento sino en la multiplicidad de síntomas que lo constituye.

De todas maneras el médico homeópata debe estudiar permanentemente la materia médica a los fines de aumentar el conocimiento de todos los medicamentos conocidos y aún de las nuevas experimentaciones fiables realizadas para lograr la mayor peculiaridad de cada persona y su correspondiente medicamento.

De todas maneras como decía aquel viejo maestro: " Cuando el remedio bien indicado no actúa, debemos dar el simillimum."

**Pregunta: ¿ Que hago cuando por la repertorización tengo dos remedios a la par y dudo cual dar?**

Respuesta: Hace muchos años fui yo quien le formulé esta pregunta al Dr. Vijnovsky, éste con su sabiduría me contestó: " Qué suerte tiene usted que sólo duda entre dos medicamentos".

Con la práctica y los años reparé en la dimensión que esta respuesta tenía.

Muchas veces las diferencias entre los medicamentos y los síntomas guías son de muy tenues matices, aún en oportunidades es difícil cuando no están los síntomas muy perfilados poder diferenciar, pulsatilla de sulphur o lycopodium de silicea o en determinados casos entre 3 ó 4 medicamentos.

A veces esto sucede porque el paciente es defectivo, otras porque ese día el defectivo es el médico homeópata, en ambos casos lo mejor es dejar la toma del caso para otro día y volver a reintentar. También puede darse un nihil medicamento y volver otra vez desde el comienzo.

Siempre deben repertorizarse todas las historias clínicas, si esto se hace, la prescripción tendrá una racionalidad que nos permite explicarnos el porqué prescribimos de determinado modo y además nos da un aval en la trasmisión y en la justificación de cada evolución.

## Para Volver a Leer

### LA LEY DE CURACIÓN FRENTE A LA SUPRESIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Dr. Tomás Pablo PASCHERO

Es absolutamente imprescindible que antes del ejercicio y práctica de la clínica, el homeópata tenga una profunda formación filosófica sobre la convicción y fe de la doctrina médica que sustenta la homeopatía. Muchos médicos y muchas escuelas de Homeopatía han fracasado por anteponer la clínica a la asimilación de los principios fundamentales.

En Norte América, cuna de tantos preclaros maestros de Homeopatía, sobrevino la decadencia de la medicina hahnemanniana, en tanto ellos mismos pusieron el acento de sus clases en mostrar los diversos aspectos de la clínica con el éxito o el fracaso de los casos tratados, pero sin inculcar con la vehemencia que corresponde, el conocimiento profundo y la vigencia en cada enfermo de la ley de curación.

Hering, por ejemplo fue, quizás, el más perfecto prescriptor que hubo en Estados Unidos, pero sucedió que de los centenares de médicos que siguieron sus clases, muy pocos pudieron seguir sus pasos, porque faltó a la mayoría la visión clínica del maestro y fracasaron en la prescripción. Calvin Knerr, que fuera el dilecto discípulo de Hering, más tarde su yerno y finalmente el autor del repertorio de los "Guiding symptoms", la famosa materia médica de Hering, me refirió personalmente que nadie tuvo jamás la maravillosa intuición de su maestro para diagnosticar el medicamento, pero nadie también más parco para fundamentar o explicar porqué había hecho ese diagnóstico. Es que su percepción intuitiva, basada en una profunda compenetración médica de la filosofía homeopática, le hacía comprender rápidamente el cuadro

característico esencial del enfermo, lo que constituye la síntesis del caso personal. Y así sucedió con muchos otros maestros que, imbuídos del pensamiento hahnemanniano, fueron "absorbidos" por el quehacer clínico y el arte del diagnóstico, pero dejaron de lado la adecuada explicación científica.

Es que en el arte clínico como en todo arte aplicado a la ciencia, existe una ecuación psicológica personal intransferible. La ciencia es analítica, discriminativa en cuanto a los hechos de la naturaleza, pero la síntesis que establece el vínculo de esos hechos, depende de la facultad artística del investigador, que le permite percibir la esencia de las cosas y tomar consciencia del sentido de unidad que singulariza a todos los seres organizados.

Este estado de conciencia en el médico para poder captar la unidad o personalidad del enfermo, es el resultado de una elaboración subconsciente en el que se conjuga lo telúrico-emocional con lo racional intelectual, dando lo que se ha dado en llamar el ojo clínico, que todo médico de vocación auténtica puede y debe desarrollar, transitando por el camino de la filosofía perenne. Porque si bien el maestro no puede transferir su propia cosmovisión clínica, que constituye un fenómeno vivencial de la conciencia para *comprender* el proceso mórbido de un individuo, puede sin embargo proporcionar los elementos conceptuales que contribuyeron a su formación interna, cuando ha meditado sobre sí mismo y su posición en el cosmos. Y todos concurren invariablemente y en impresionante tésitura, a basar su posición en la tradicional concepción vitalista hipocrática, de estricta obediencia a la ley que

rige la actividad vital, fecundada por el genio hahnemanniano y filosóficamente desarrollada por la escuela de Montpellier, la que acuñó precisamente el nombre de *fuera vital* a esa inteligencia coordinadora y reparadora de las estructuras que Hipócrates llamó *Enormon* y Bergson *Elan vital*.

La escuela galénica refrendada por el dogma pasteuriano, con el reinado absoluto del germen patógeno como causa esencial de la enfermedad, creó sendas generaciones de médicos materialistas, formadas con la exclusiva preocupación de hallar el germen, el virus o la toxina como la causa visible y específica de la enfermedad a la que hay que eliminar como un cuerpo extraño.

Se obvió por completo o por lo menos se ignoró en su significación decisiva, el *dinamismo* que pone en juego el organismo para solucionar el proceso mórbido y se olvidó lamentablemente, en una franca regresión filosófica respecto de la idea vitalista de la enfermedad, que ésta no es el producto de la acción de un agente o influencia externa, sino la puesta en acción de las mismas funciones fisiológicas normales que el individuo despliega en el constante juego de adaptación a la vida, tanto en el aspecto físico como psíquico.

La vida consiste en una actividad dinámica que no cesa un solo momento, merced a la cual el ser humano mantiene su integridad como organismo y como persona. Frente a elementos disociantes o desintegrantes, de la unidad individual y personal tanto en el aspecto telúrico como el frío, el calor, la humedad, etc., así como también en el aspecto emocional, el organismo se esfuerza por mantener su homeostasis y equilibrio mental, es decir su integración como unidad viva. Este equilibrio psicofísico es inestable y la dinámica que lo mantiene jamás se interrumpe, haciendo que la corriente anabólica y metabólica que condiciona la vida celular regenere y destruya constantemente los tejidos en un movimiento perpetuo nunca detenido o reversible. El cambio que así se opera en todo el organismo

es de tal naturaleza, que se puede decir que un individuo no es el mismo de días antes, ya ha cambiado su composición molecular, de la misma manera como una ola de mar que viene a nosotros desde veinte metros no es la misma que segundos después baña nuestro cuerpo en la playa. Las moléculas de agua se han transmitido sucesivamente un movimiento bajo el signo de una forma que conocemos con el nombre de ola, pero ésta ha cambiado su composición, sus moléculas no son las mismas a cada milímetro, se ha metamorfoseado o transformado, quedando así sólo de la ola una forma que la identifica como tal y que constituye su *individualidad*. Ocurre de la misma manera en el ser humano. Su *individualidad* no consiste en los átomos, moléculas, células, y tejidos de su organismo, sino en la peculiar actividad de una estructura creada con un sentido de vida idéntico a la ley que rige el movimiento del cosmos, como en las olas del mar. La *individualidad* en el ser humano es una idea, una teleología, un sentido vital que conjuga un movimiento *hacia* la unidad metafísica que lo convierte en persona y no una peculiar sinergia de funciones orgánicas que concurren a la formación de una máquina biológica como postula la ingenua concepción mecánica de la vida. La naturaleza no es más que un perpetuo movimiento de transformación estructural con un ritmo cíclico de concentración y dispersión de electrones jamás perdidos —la energía nunca se pierde, sólo se transforma— para formar parte indistinta de un mineral, una planta, un animal o un ser humano en una mutación constante de estructuras. En este sentido puede afirmarse que, paradójicamente, la muerte es lo más positivo que tiene la vida y, metafísicamente necesaria, ya que la dispersión es inexorable para la perpetuidad del movimiento vital. Lo que muere es la falsa autonomía del ser que vive como *individuo*, sin haberse realizado como *persona humana*, vale decir sin haber concientizado su principio y fin en el todo, como la ola en el mar. Seguramente, un átomo

mo que constituye nuestro cuerpo ha vivido en otro ser, animal, planta, mineral o estrella y seguirá viviendo después de la dispersión o muerte de nuestro cuerpo en otro individuo o quizás volverá a una estrella, pero nuestra muerte será ineluctable como individuos, si no cumplimos con los altos fines de la existencia, que es llegar a la realización de la unidad cósmica en Dios, de la que surgirán nuevas síntesis en formas de siempre nuevas estructuras.

De esta suerte resulta que la muerte no es más que la terminación del ciclo vital de una estructura o construcción molecular, cuyos elementos atómicos dejan de integrar una unidad de vida, para construir otro cuerpo, otra síntesis o edificio molecular con otro nombre y otra forma. Porque la organización atómica y no celular como unidad biológica, según quería Virchow, es la que nos constituye, haciendo que la fisiología celular responda a la ley biológica que rige el movimiento de la estructura atómica elemental, de la misma manera como rige la energía cósmica, que determina el movimiento de los astros y estrellas, en una identificación absoluta del microcosmo con el macrocosmo, tal como señalara Paracelso.

Estas consideraciones, aparentemente especulativas, concurren a afirmar que la vida tiene un sentido y que este sentido no es inescrutable para quien realiza en sí mismo la unidad de conciencia necesaria para percibir la ley que rige el movimiento de la energía cósmica. La ley de curación que da sentido a lo biológico no puede ser sino la misma ley de gravitación o síntesis y expansión o dispersión que rige el movimiento de la tierra y los astros confirmando sentido al orden universal. Sin este sentido o ley de absoluta vigencia en todo lo creado, existiría el caos que jamás puede concebirse, tanto en la vida de una flor como en la de una estrella. El ser humano es la síntesis de vida más perfecta de la creación, que a los pocos meses concreta una personalidad emocional en virtud de una disposición dinámica con-

génita, como quiere Hahnemann, de índole miasmática o, para decirlo de otra manera, una tendencia mórbida constitucional, la que lo dispone a un destino patológico particular, inédito en cuanto a la secuencia de las improntas emocionales, pero inexorable en cuanto a la dispersión final en una promoción hacia la muerte, como si viviera muriendo, o cumpliendo la fatal evolución desde el autismo infantil a la maduración psicológica que implica su conexión con el todo y la muerte de su individualidad egoísta.

A este movimiento de progresión concéntrica y excéntrica, del centro a la periferia, de la concreción sintética en una unidad vital a la dispersión y muerte, es a lo que se llama ley de curación. Nacemos para morir y día tras día, hora tras hora vamos agotando el potencial de energía vital que traemos de la cuna, como si se descargara una pila eléctrica, nuestros tejidos se van secando, el catabolismo va primando sobre el anabolismo, la regeneración histológica se va cumpliendo bajo el signo de la esclerosis, el ateroma y el tejido conjuntivo reemplaza a las células nobles, la piel, —riñón extendido en superficie—, va mostrando la usura de la vida, al eliminar los detritus metabólicos y nuestro ciclo vital termina con la dispersión de los elementos que constituyen nuestro cuerpo anatómico. En todo este proceso surge evidente la visión de una corriente de energía que se descarga excéntricamente y que la función defensiva del organismo aunque tiende a contrarrestar este camino fatal hacia la disociación, nunca puede restaurar perfectamente como en el estado anterior el deterioro de los tejidos, jamás existe una restitutio ad integrum, siempre queda una disminución orgánica que implica, como decimos, un descenso hacia senescencia y la letalidad final. La ley de curación no tiene por finalidad evitar la muerte, sino por el contrario, hacer que ésta se produzca suave y normalmente permitiendo que el individuo cumpla con los altos fines de su existencia, vale decir que concientice su relación metafísica

con el todo y determine su propia salvación como persona humana.

Y aquí entramos en un terreno filosófico vedado por y para la ciencia pero que el médico no puede ya dejar de hollar y penetrar con absoluta decisión. ¿Tiene la vida humana un sentido, una finalidad, una teleología, una meta inteligible?

Sí la tiene, y más aún, no puede dejar de tenerla. La implicación moral del problema de la enfermedad crónica no puede ser soslayada por la medicina, obligada ya a volver sobre los pasos de un ingenuo mecanicismo que la condujo al dogma patológico aún prevalente. El ser humano tiene una función que desempeñar en el consorcio del orden universal. No es un ser autónomo sino dependiente de un yo espiritual trascendente. Desarrolla una conciencia moral que lo vincula con el prójimo y con la esencia de todas las cosas. Como ningún otro ser de la creación, es capaz de alcanzar la libertad que consiste en unificar su propia conciencia y realizar en sí mismo la unidad esencial con el todo.

Este proceso de realización o maduración personal lo cumple telúricamente bajo una ley que regula constantemente la adaptación al medio, el equilibrio orgánico, las reacciones inflamatorias y las afecciones patológicas. Todo el ser como unidad vital, el organismo y la mente de consuno, actúan en cualquier emergencia en todos los casos particulares de enfermedad para coordinar los esfuerzos destinados a lograr el fin común de restaurar el libre juego de las defensas para que el individuo cumpla su ciclo de vida. En el caso de una inflamación, por ejemplo, la congestión, la hipertermia local, el dolor inmovilizante, la diapédesis, la fagocitosis, la organización limítrofe de las defensas, la colección purulenta y la apertura final del absceso constituyen, junto a la llamada repercusión general como el desasosiego que implica temor a la destrucción, la fiebre, la taquicardia, la transpiración, las alteraciones digestivas, urinarias, etc., una participación total del organismo bajo

las directivas precisas de la ley de curación espontánea, que conduce a liberar excéntricamente, desde el centro del individuo a la piel, mucosas y emuntorios, la energía mórbida en la forma de metabolitos detriturales. El síntoma hipertemia no es más que la exaltación crítica del mismo proceso de regulación térmica que el organismo pone en juego en circunstancias normales para solventar, con la temperatura adecuada, cualquier contingencia física o psíquica que exija una superactividad ocasional para exaltar las defensas y exonerar los productos metabólicos.

Se infiere por lo tanto que en la vida normal como en la enfermedad, el organismo emplea los mismos recursos para mantener el equilibrio homeostático o determinar la curación, recursos que no difieren sino en la exaltación cuantitativa de su ritmo fisiológico, pero jamás en su naturaleza. Son incuestionablemente un mismo e idéntico proceso vital, la misma e idéntica *vix medicatrix* hipocrática. Todo ocurre como si una inteligencia ordenadora actuara inconscientemente en el organismo, para preservarlo de la prematura disociación que impediría el cumplimiento del ciclo de vida de una unidad biológica que, a su vez, participa en el desarrollo armónico de un plan vital universal, cuyos designios son inescrutables para el hombre.

La medicina debe madurar este concepto profundo de la vida, para encontrar su ley terapéutica, que no puede sino ser la misma ley de curación espontánea que rige el movimiento de la energía vital. Todo lo que pretenda hacer en contrario, siguiendo las ingenuas ideas del mecanismo fisicoquímico o anátomo-patológico, considerado como el *substractum* inalienable de la enfermedad, lo llevará indefectiblemente al desastre y la degeneración del ser humano, por las vías de una indiscriminada y a ratos criminal supresión de las manifestaciones exonerativas de la enfermedad. Lo que la medicina materialista llama enfermedad, no es más que el deshecho patológico de un dinamismo mórbido, cuyas

primeras manifestaciones exonerativas, bajo la ley de curación fueron suprimidas con tratamientos locales, sin haberse comprendido que lo que había que curar era esa disposición dinámica, causa de la patología.

Es allí, en esa disposición dinámica anómala, legado hereditario, diátesis constitucional, donde hay que incidir terapéuticamente, para solventar el problema de una *vis medicatrix* que ha nacido en una estructura estigmatizada por arcaicas transgresiones a la ley, que resulta insuficiente en su dinámica impulsión curativa y a la que Hahnemann llamó *miasma*. Hahnemann decía con razón irrefutable, que las supresiones de la ley de curación en su actividad exonerativa y superficializante, habían detenido y estancado la corriente vital en los órganos internos, determinando una tal disfunción de la economía entera del individuo que lo predisponía a la prematura destrucción patológica. Cuando el organismo expulsa violentamente en forma de erupciones, supuraciones, diarrea o catarros, toxinas metabólicas que el hígado, los riñones y el sistema glandular no han podido metabolizar por *meiopraxia* funcional, deben respetarse dichas exoneraciones que implican una preservación de los órganos vitales, precisamente por oficio espontáneo de una superficialización del proceso mórbido.

El problema magno fundamental de la medicina es el de la supresión, que consiste en detener terapéuticamente el cumplimiento de la ley de curación o *vis medicatrix*. Todo lo que el arte y la ciencia médica puede hacer es rectificar la fuerza vital para que cumpla su propia ley, diciendo con Von Weizsäcker: *sí pero ¡no así!* vale decir curando el proceso mórbido en su origen dinámico. Esto lo puede hacer sólo el medicamento homeopático, diagnosticado precisamente por la similitud que presenta la reacción curativa suscitada experimentalmente en el hombre sano, con la reacción natural que se presenta en un caso de enfermedad, ambos procesos vitales expresiones de la misma ley de curación.

El concepto de que la supresión consiste en una detención o inhibición intempestiva de la actividad o movimiento exutorio de la fuerza vital, se presenta claro en la neurosis, en donde juegan un papel exclusivo los factores emocionales, cada vez más aceptados, aún por los recalcitrantes organicistas, como el origen y causa de un amplio sector de la patología.

La palabra emoción significa movimiento hacia afuera, liberación o exoneración del afecto que, cuando es reprimido o desviado de la elaboración consciente normal, vale decir, de la descarga de su energía psíquica en la acción correspondiente, se transforma en perturbaciones vegetativas somáticas, las que se constituyen así en la conversión patológica de la transgresión represiva a la ley de curación. Freud ha logrado probar, con el psicoanálisis, que los síntomas patológicos son satisfacciones substitutivas de la afectividad reprimida y, por extensión, hemos podido comprobar, junto con cualquier médico que haya meditado sobre el problema de la enfermedad del hombre, que todos los fenómenos patológicos tienen un sentido y que este sentido se refiere, en última instancia a impulsos para la acción, que han sido reprimidos por interdicciones arcaicas o recientes de diverso orden, dictadas por la conciencia moral. A este respecto debemos injertar un pequeño comentario que viene muy bien a lo nuestro como médicos y homeópatas. Se ha dicho que la cultura educativa de nuestra civilización respecto de lo sexual, ha creado una conciencia moral rígida y punitiva, provocadora de represiones exageradas, las que llevaron al ser humano a la neurosis más grave, de la que pretende salir gracias a un movimiento reivindicatorio de la juventud moderna, que, con el nombre de existencialismo, nueva ola, etc. trata de liberar los instintos de la coerción sofocante de la llamada mala conciencia. No creemos que exista tal anomalía de la conciencia moral, que precisamente consideramos como la instancia psíquica más sana que constituye al hombre, ya que es a ella a quien éste le debe su desarrollo

espiritual y su posibilidad de trascenderse, así como el nacimiento y desarrollo de la religión, el arte, la ética, y el Derecho.

Lo que sucede es que los instintos e impulsos afectivos, están viciados en su origen dinámico, como hemos dicho, anteriormente, perturbados por una afección miasmática y por ende vibratoria, que compromete su función de propender a la transformación del individuo en persona. La sífilis con su genio destructivo de la célula y la sicosis con su tendencia a la perversión anárquica de la carioquinesis celular, determinan requerimientos psíquicos que la conciencia moral no puede admitir, haciendo que la represión concientizadora y por lo tanto humanizante de la conciencia fracase como decía Freud, por una disposición individual cuya condicionalidad, probablemente orgánica, nos es desconocida, apelando seguidamente a la palabra de los biólogos. Es evidente que la resistencia insuperable de muchos neuróticos sometidos al tratamiento analítico, así como la prolongación interminable de la mayoría de los casos, se debe a ese factor imponderable que el sabio de Viena llamó disposición individual, cuya corrección previa resulta ineludiblemente necesaria.

El proceso represivo, no supresivo de los instintos sexuales y agresivos produce la sublimación, es decir la transformación de la energía puesta al servicio de los intereses egoístas en impulsos para el conocimiento y la superación personal, en el sentido de la maduración psicológica. En vez la supresión instintiva por la coerción punitiva, sin permitir una metabolización de las frustraciones afec-

tivas, determina la neurosis que Freud calificó precisamente como el resultado del fracaso de la represión.

El Medicamento homeopático —Simillimum— bien indicado y bien esperado en el desenvolvimiento profundo de la reacción curativa que provoca, es capaz de desbloquear los contenidos inconscientes suprimidos y restaurar la ley de curación que permitirá una saludable catexis emocional o la adecuada metabolización, de las experiencias emocionales, siempre por la vía de una exoneración o superficialización del proceso.

El tratamiento de las manifestaciones externas de la enfermedad dinámica, aquellas que determinan los cuadros patológicos y las crisis emunctoriales no conduce a la curación sino a la supresión de los síntomas, que implica una severa transgresión a la ley de curación.

El médico, cualquiera que sea la terapéutica que emplee, debe tomar conciencia de que todos y cada uno de los síntomas debe referirlo al contexto general y biográfico del paciente, considerando que cada síntoma tiene un sentido, desentrañable por la comprensión total del comportamiento, conducta y manifestaciones patológicas de toda una vida particular e inédita, no parangonable con ningún otro caso.

Esta cosmovisión vitalista del problema clínico, es absolutamente necesaria en la formación del médico que aspire a cumplir con su misión de curar.