

*Repertorización. Algunas Causas de Fracaso

** Dr. Armando J. Grosso

Resumen

Durante su práctica, todo médico homeópata puede enfrentar casos en los que el medicamento prescrito genera una respuesta débil, parcial o nula, de modo que el enfermo no evoluciona como se hubiera esperado. En estas circunstancias es común pensar que hubo algún error durante la repertorización, y aunque en algunos casos es verdad, también debe contemplarse la posibilidad de que algún factor externo haya interferido en la acción de un remedio que se eligió correctamente.

En el presente texto, firmado por el autor del libro Páginas de medicina homeopática, se estudian tres grupos de errores que pueden presentarse durante el ejercicio médico: fallas derivadas del interrogatorio, ya sea imputables al enfermo o al médico, así como reacciones irregulares del remedio de fondo por causas extrínsecas. Mediante el conocimiento de estas categorías se pretende sensibilizar al médico para que investigue adecuadamente las razones por las que no llegara a observar un éxito en el tratamiento, y a partir de esto emprenda los ajustes adecuados para mejorar los resultados y alcanzar el ideal hahnemanniano plasmado en el Organon: “restablecer la salud de manera rápida, suave y permanente, o quitar y destruir toda la enfermedad por el camino más corto, más seguro y menos perjudicial, basándose en principios de fácil comprensión”.

Abstract

During his practice, every homeopathic doctor may face cases where the prescribed medication produces a weak response, a partial one, or no response at all, in a manner that the patient would not evolve as expected. In these circumstances it is commonly thought that there has been an error during repertorization, and although in some cases it is true, you must also include the possibility that some external factor may have been interfered with the action of a correctly chosen remedy.

PALABRAS CLAVE:
Repertorización, Interrogatorio, Errores en la repertorización, Acción del medicamento homeopático.

*Artículo publicado originalmente en el #10 de **La Homeopatía de México** (octubre de 1947).

**Fundador y vicepresidente de la Asociación Médica Homeopática Argentina (A.M.H.A), creada en 1932.

KEYWORDS:

Repertorization, Interrogation, Errors in repertorization, Action of homeopathic medicines.

In this text, signed by the author of the book Pages of Homeopathic Medicine, three groups of errors that can occur during medical practice are analyzed: failures derived from the interrogation, whether attributable to the patient or to the doctor, intrinsic remedies irregular reactions, or failures by extrinsic causes. By understanding these causes the author tries to sensitize the physician to investigate adequately the reasons for his failure to accomplish a successful treatment, and from this, undertake appropriate adjustments to improve performance and achieve the ideal embodied in Hahnemannian Organon: "to restore health rapidly, gently and permanently, or remove and destroy the whole disease in the shortest, safest and least harmful way, based on easily comprehensible principles".

Aunque por lo general el resultado de la repertorización nos conduce al remedio conveniente para el enfermo investigado, no es demasiado raro que el resultado falle, es decir, que no obtengamos todo lo que esperábamos de ninguno de los remedios "más indicados" en ella. Alguna vez el remedio no sirve absolutamente y otras veces el caso no evoluciona como debiera; unos síntomas mejoran y otros no. Entonces sacamos en conclusión que la repertorización del caso falló.

Indudablemente, muchos son los factores que pueden intervenir en esta falta de éxito. Su investigación puede llegar a ser compleja. Pero pronto se echará de ver que hay fracasos de la repertorización por determinadas causas —que analizaremos— y fracasos de evolución de enfermos que atribuimos a la repertorización pero que nada tienen que ver con ella. Entre las primeras están las fallas de interrogatorio; entre las segundas, la injerencia de causas extrínsecas al síndrome que fue llevado a la repertorización.

Podemos, por lo tanto, considerar:

1. Fallas derivadas del interrogatorio, imputables al enfermo.
2. Fallas derivadas del interrogatorio, imputables al médico.
3. Fallas aparentes de la repertorización: Reacción irregular del remedio de fondo por causas extrínsecas.

Vamos a desarrollar cada uno de estos puntos.

Fallas imputables al enfermo

La causa más corriente del fracaso de un medicamento que ha sido correctamente investigado reside en la deformación adquirida por el cuadro de síntomas del enfermo. La sintomatología original de sus males ha sido borrada por los sucesivos tratamientos a los que el paciente fue sometido. Ya no le quedan más que los síntomas locales: una mezcla descolorida y vaga de su sufrimiento, sin relieves de ninguna especie. El enfermo, pongamos por caso, nos dice que le duele el estómago, y su atención se ha polarizado exclusivamente en este sentido.

—¿Le duele más con el calor?, ¿con el frío?, ¿comiendo?, ¿en ayunas?, ¿acostado?

Todo es lo mismo, refiere. Le duele el estómago y no sabe decir más que eso.

—¿Y aparte del estómago, tiene alguna otra molestia?

—Nada más que el estómago.

Y cuando el médico insiste en investigar otras cosas, una sorda y a veces no disimulada irritación lo va invadiendo y comienza a hacer lo posible para mostrar con su expresión el aburrimiento que lo domina. "Tantos le han preguntado lo mismo y, en suma, ¿para qué? ¿Qué resultado obtuvieron?". Si es un asmático, no hablemos. Porque para él ya no hay horario ni influencia climatérica ni nada que valga. Él tiene asma, siempre asma y nada más que

asma. Y lo peor de todo es que esa es la verdad. Y así pueden multiplicarse los ejemplos.

Bien. Estos casos son difíciles desde el primer momento. El homeópata algo experimentado advierte en seguida que allí hay pobreza y confusión de síntomas. Ninguno de ellos es limpio ni preciso, y probablemente tampoco hallaremos alguno que sea tan firme y cierto como para apoyarse en él en busca del hilo de Ariadna.

Cierto es también que hay que disculparlos porque estos enfermos están desesperados y desalentados; pero el hecho resultante es que, desgraciadamente para ellos, estos pacientes tienen poca solución. Solamente una bien entendida colaboración entre el médico y el enfermo puede producir algún fruto. La historia de uno de estos pacientes es una masa de síntomas y no “un caso”, como dice Kent.

Aquí no nos queda más recurso que la repertorización de todos los síntomas del enfermo, locales y generales, para tratar de extraer por razón de mayor peso —si se nos permite la expresión—, el remedio posible.

No obstante, y a pesar de lo desalentadora que es la tarea, no debe darse a priori todo por perdido. Además de la solución anunciada pueden encontrarse otros caminos. A nuestro juicio, tiene importancia establecer una correcta y detallada crónica de la evolución del pasado mórbido del sujeto para poder saber qué ha pasado allí hasta llegar a determinar la situación presente; qué “supresiones” hubo y cómo se han sucedido las distintas localizaciones de su morbilidad. Establecer si estamos ya ante un terciarismo miasmático irreductible o no.

Veremos, por ejemplo, que el enfermo tuvo un reumatismo cuya supresión fue seguida por una pleuritis. Más tarde hubo una hemorragia larga, que costó mucho curar. Nueva supresión seguida un tiempo después por asma. La cronología de su pasado mórbido o sea la comprensión del origen de su estado actual, puede sugerirnos alguna orientación en la selección de los síntomas a repertorizar. Las modalidades comunes a las distintas etapas, es decir, que se repiten, pueden llegar a adquirir solidez. Si los síntomas actuales son muy confusos trátase de establecer los comienzos de su síndrome actual —asma, en este caso— y si esto no fuera posible, remóntese a cada etapa anterior. Reuniendo los síntomas de cada una, viendo las modalidades que se han reiterado en el curso de las distintas enfermedades tal vez pueda vislumbrarse el remedio de fondo.

Recordamos un resultado brillante de Phosphorus en un caso de asma, en que los síntomas confusos del estado actual condujeron a la investigación del cuadro inicial de su padecimiento. Los síntomas subjetivos de esa época sugerían marcadamente Phosphorus y el resultado confirmó la elección.

Otra enferma, una joven con dolores en sus miembros inferiores discretamente varicosos, sólo nos hablaba de sus dolores con modalidades de agravación y mejoría de lo más contradictorias. No consigue alivio de su padecimiento desde hace cinco años. Como no se viera solución en los síntomas de su estado actual llevamos la atención al origen de su enfermedad. La anamnesis prolija de su comienzo sugiere la idea de una polineuritis gripal y después vinieron las várices. Las modalidades del comienzo y la localización neurítica condujeron a Argentum y el resultado fue muy bueno. Ella, la pobre muchacha, decía lo que sentía: dolores y más dolores de pie y en la cama, con el frío y el calor. Se sumaban las algias neuríticas a los dolores varicosos. Y estaba tan aburrida de ellos y de los médicos que hubo que interesarla seriamente para tener respuestas exactas de su malestar original.

Sucede a veces en estos casos confusos por larga evolución y la alteración de síntomas sufrida, que no se puede construir el menor esbozo de síndrome evocador de un remedio. Entonces podemos apelar a alguno de los medicamentos “aclaradores”, es decir, remedios que tienen la virtud de ordenar en cierta medida la economía del enfermo y hacen desaparecer una cantidad de síntomas secundarios, parasitarios, que no dependen de la enfermedad sino de medicaciones o de otras causas accesorias. QUITAN la hojarasca del caso y quedan más acentuados y definidos los síntomas reales del enfermo. Tales serían Nux vomica, Carbo veg., Psorinum, Sulphur, Pulsatilla, Kali jodatum y Thuja. Después de un medicamento de esta clase, reactivos, deberemos tomar nuevamente el caso poniendo especial atención en los síntomas y modalidades actuales y con ellos buscar el remedio.

Hemos visto el tipo de enfermo que nos da pocos síntomas, confusos y sin relieve. Pero el interrogatorio depara a veces sorpresas distintas. Aparece el enfermo que nos da demasiados síntomas. Aquí hay que desconfiar. Un exceso de síntomas es casi tan malo como una falta de ellos. Se trata, por lo general, de pacientes neuróticos donde los datos varían constantemente. Estos también son de solución difícil. En este enfermo todo síntoma que no sea confirmado por una repregunta, o por la concordancia de sus modalidades con las de los demás, es sospecho-

so de ser incierto y hay que ponerlo en cuarentena o eliminarlo desde ya. Aunque parezca paradójico, es difícil que sea buen indicador de un remedio, un síntoma sobre el que un enfermo de esta clase cargue el acento. El enfermo cree obrar sinceramente, pero su estado neurótico lo conduce a darnos síndromes superficiales, sin arraigo ni hondura, y muy a menudo engañosos.

Cuando se pretende hacer la jerarquización de los síntomas de estos enfermos hay que decidirse a eliminar todo lo dudoso, haciéndolo sin reparo, aunque se trate de un signo llamativo y raro, y aunque sólo nos queden cuatro o cinco síntomas fundamentales sobre los cuales apoyar la prescripción. Como línea general de conducta en los enfermos demasiado ricos en síntomas, toda la sintomatología local debe desecharse. Y debemos recordar que estos pacientes necesitan Tuberculinum más que otro nosode.

Recapitulando, es necesario tener presente que una repertorización ordinaria no nos dará un buen resultado en los enfermos carentes de síntomas ni en los enfermos que los tienen en exceso. Por razones distintas según vimos, el camino común nos puede llevar al error y es necesario entonces apelar a alguna de las soluciones sugeridas más arriba para encontrar el remedio para ellos.

Fallas imputables al médico

Al momento que el médico toma el caso debe estar siempre en guardia contra las respuestas dadas sin firmeza y sin seguridad. Es una cuestión de matices, pero que se aprende pronto a distinguir. Síntomas inseguros equivalen a prescripción insegura. Hay que prestar atención a la manera en que el enfermo contesta al interrogatorio. Preguntas mal formuladas llevan implícitas malas contestaciones y, por lo tanto, ofrecen malos resultados.

Pero además de esto el médico debe fijarse en el grado de inteligencia del enfermo y su expresión. Ésta denota siempre algo: indiferencia, aparente o real, inquietud, aprensión, desaliento, etcétera. Hay que valorar estos estados de ánimo y tomarlos en consideración como síntomas, porque algunas veces el paciente no quiere y otras veces no puede expresarlos en palabras.

La inobservancia de estas reglas suele llevar a perder síntomas que han estado siempre presentes, desde la primera consulta. El “¿me curaré?” dicho con timidez al final de la consulta revela un estado de aprensión a menudo completamente disimulado hasta ese momento. La inquietud del enfermo, que a cada rato cambia de posición en su asiento sin motivo, revela un temperamento distinto de otro que parece que se estuviera cayendo a pedazos y que sólo busca donde apoyarse mejor. La locuacidad de uno en contraste con el mutismo de “empacado” de otro, etcétera, son también síntomas y lo mejor es que son absolutamente reales, positivos y, por lo tanto, mal hace el médico si no los anota en su historia porque la repertorización adolecerá de fallas.

Otra causa importante de errores cometidos por el médico radica en la inadecuada valoración de los síntomas del momento actual en lo que respecta a su jerarquización. Ghatak, en su obra, insiste en que debe dejarse de lado sin contemplación a todo síntoma, de cualquier jerarquía que sea, si es que él no ha evolucionado con la enfermedad, y a concederle importancia en el caso inverso.

Si un paciente que tiene una enfermedad cualquiera en evolución nos da entre sus síntomas mentales, por ejemplo, temor a las tormentas, y ese síntoma no se ha ido agravando a medida que la enfermedad evolucionaba; si este síntoma ha sido una especie de espectador del resto del síndrome, entonces carece de importancia para integrar el cuadro del remedio actual, y a lo más servirá para la elección de algún remedio ulterior. Si un niño es habitualmente caprichoso, este síntoma no puede tomarse en cuenta para elegir un remedio para una angina sobreviniente, pero si el niño se torna caprichoso cuando tiene una angina, entonces sí tiene alto valor. Si un sujeto es friolento durante un proceso agudo cualquiera que lo afecte, el síntoma debe desecharse, pero, si siendo friolento se torna caluroso durante él, entonces la calurosidad tiene valor.

Muchas veces los médicos no discriminamos bien entre los síntomas constitucionales, del substractum mórbido de un paciente —que son más o menos fijos—, y las variaciones que aparecen cuando este substractum realiza un esfuerzo depurador, o sea, una enfermedad. Un enfermo hepático, friolento, tiene una poussée de colecistitis, y durante ella se torna caluroso. Esto no significa que el enfermo sea sensible al frío y al calor. Si estamos investigando el remedio de su crisis actual debemos tomar como índice la agravación por el calor y para la búsqueda del remedio de fondo el síntoma propio de su esta-

do mórbido básico, que es la agravación por el frío. No discriminar sobre estas variaciones puede conducirnos a querer dar el remedio de fondo durante la *poussée*, o viceversa. Por supuesto, la repertorización acusará un fracaso.

Fallas mal imputadas a la repertorización. Conducta irregular del remedio por causas extrínsecas.

Algunas veces la evolución de un enfermo sometido a un remedio de fondo es irregular. Presenta altibajos inmotivados, persistencia de síntomas que deberían desaparecer y otras anomalías de evolución. El médico se siente impulsado a cambiar el remedio y se pregunta si será exacto el resultado de la repertorización del caso.

Supongamos algo frecuente. Un enfermo bien estudiado no reacciona como es debido a su remedio de fondo. El paciente mejora su estado general, su parte mental y en todos sus síntomas importantes, pero hay un grupo de ellos que no mejora y este grupo impide que el enfermo tenga la sensación plena de bienestar. Como una ironía veremos alguna vez que el enfermo mejora de todo, menos de la molestia local por la cual nos vino a consultar. Pongamos por caso que se trate de un enfermo crónico hepático que nos consulta por una cistitis. Con el remedio de fondo aumenta notablemente su apetito, mejora su carácter, su estado general, etcétera, pero sus trastornos vesicales se mantienen en el mismo estado. ¿Qué es lo que sucede aquí y cómo se explica la situación? En principio debe esperarse un tiempo razonable y proceder al cambio de dilución. Si esto no bastara para resolver el caso debemos concluir en que el remedio de fondo no cura esta lesión. Sucede probablemente que ese remedio no tiene marcada acción sobre el miasma causante de los síntomas rebeldes.

Pero existe también otra posibilidad. Estos síntomas son locales; puede haber, por lo tanto, un factor local que impide el progreso de la curación. No habiendo violación de reglas higiénicas fundamentales debe procederse a una anamnesis prolija del comienzo de la molestia. Por ahí saldrá a luz que, hace años, una blenorragia causante de las molestias vesicales fue “suprimida” con instilaciones de nitrato de

plata. En este caso no hay más solución que dar un remedio intercurrente de menor radio de acción, un remedio que nosotros llamaríamos más “localizado”. En nuestro caso será, por supuesto, un antídoto del nitrato de plata. Con él mejorará su vejiga y después el enfermo volverá a ser accesible a su remedio de fondo. El medicamento intercurrente quitó un escollo. Debemos interpretar esta situación así: el remedio básico es correcto, pero no tiene acción sobre un determinado elemento de distinto origen miasmático.

La anamnesis revelará con frecuencia casos como éste, donde una intervención terapéutica demasiado activa hecha en una oportunidad anterior deja tras de sí una secuela persistente, pero otras veces el síntoma inmodificado no puede atribuirse a esta causa.

Un niño de temperamento linfático con anginas y adenopatías a repetición nos conduce a prescribirle Calcareo carbonica con buen resultado en términos generales. Pero este enfermo tiene una tos espasmódica cuyo retorno constante tiene inquietos a los padres. Con el remedio de fondo el niño ha mejorado su estado general y en todos sus aspectos fundamentales, pero la tos no se ha modificado. La exploración radiológica no muestra nada particularmente orientador. Se trata entonces de aclarar si el medicamento básico es correcto o no. Hacemos una investigación prolija sobre el comienzo de la tos y sabemos así que ella quedó como secuela de un sarampión. La intervención del remedio adecuado a los comienzos de la tos, Drosera, resuelve la situación.

Casos como estos son frecuentes en los niños, en los que, por no haber transcurrido demasiado tiempo desde el comienzo de su afección hasta el momento en que el médico lo ve pueden recordarse bastantes síntomas con relativa facilidad. Un caso muy semejante al anterior es el siguiente:

Nos traen una niña de 5 años por su carácter “imposible” (y así lo era, en efecto), que mejora con Nux vomica. Pero además tiene una tos espasmódica que no sólo no mejora sino que va en aumento. También aquí pensamos que si ese remedio mejora en forma acentuada su carácter, estado general y apetito, y no cubre este aspecto del caso es porque debe haber un factor local o un estado miasmático ajeno al fondo miasmático propio de la niña; es decir, existe un factor agregado.

En la historia tenemos anotado: coqueluche [nota del editor: tos ferina] hace 3 años. Tratando de am-

pliar esta referencia nos enteramos de que en esa época tuvo una tos coqueluchoidea muy larga y de diagnóstico dudoso. Pero al mismo tiempo sabemos que la niña estuvo hace unos 20 días en contacto con un niño coqueluchoso. Suponemos entonces que ésta sea la verdadera tos convulsa. Se impone entonces un cambio de orientación terapéutica. El remedio de fondo propio de la niña no despierta en ella elementos de inmunidad para este factor etiológico. Esto debemos lograrlo con otro remedio. En este caso Coccus cacti dio cuenta rápidamente de la tos. Después de este episodio la niña siguió reaccionando bien a Nux vomica durante dos años, mejorando increíblemente su estado general.

Veamos otro caso en que una intervención medicamentosa antigua altera y detiene el curso de una mejoría.

Se trata de una diabética benigna que mejora bien y mucho con Lycopodium. No obstante sigue presentando ligeros cuadros febriles o enfriamientos y sudores que son reactivaciones ligeras de un antiguo paludismo que el remedio de fondo no ha logrado vencer. La causa primera a investigar en los casos de paludismo es si ha habido exceso de quinina en aquella época. Se antidota la quinina con Natrum muriaticum y aunque no se eliminan totalmente sus malestares, ellos se atenúan francamente y el remedio de fondo continúa su acción en mejor forma que antes.

En todos estos casos el remedio intercurrente “más localizado” no tiene más objeto que desalojar un escollo dejado por un agente externo, germen, toxina o medicamento que impide la recuperación del organismo ante la sollicitación del buen remedio.

Llegamos ahora a considerar una situación no frecuente pero tampoco excesivamente rara. Un enfermo viene mejorando bien con su remedio de fondo y de repente, y sin causa aparente, su buena marcha se detiene y el enfermo entra en un período de inmovilidad. No empeora, pero tampoco mejora. Sus malestares persisten y no puede encontrarse la razón. No solucionándose el caso con el cambio de dinamización se debe comenzar a buscar si hubiera cuestiones de orden psíquico o moral de por medio, y neutralizar sus efectos en tal caso. Otro camino a investigar es el de tratar de hallar un remedio similar y de preferencia del mismo grupo (Grupos de Boyd),

elegido de acuerdo a los síntomas precedentes. Pero si tampoco se lograra solución por este medio, lo mejor será no hacer nada y esperar durante un tiempo a que aparezcan nuevos síntomas o nuevas molestias que nos orienten hacia un nuevo remedio o nos ligen a retornar al mismo. Esta situación es conveniente comunicarla francamente al enfermo. Así se logrará su cooperación y la paciencia necesaria para esperar algo que no está en nuestras manos producir: la aparición de síntomas guíadores. Son períodos de latencia que los norteamericanos llaman períodos do nothing, de no hacer nada. Felizmente estos casos no son frecuentes. Pero bueno es que el médico conozca su existencia porque son situaciones desconcertantes.

Por último, hay también algo que contribuye a resolver algunos casos y que no debe olvidarse nunca. Es un poco de buen sentido.

Recordamos el caso de una chica reumática y psoriásica que mejoraba bien con Lycopodium. No obstante, su peso seguía un lento pero continuo descenso que se había iniciado un año antes de ponerse en tratamiento. El caso nos inspiraba bastante preocupación porque existían antecedentes familiares de bacilosis. Y durante un tiempo, a pesar de que la mejoría se producía siguiendo la ley de curación, pensamos si con el tratamiento no estaríamos produciendo una supresión que hubiera sido de consecuencias muy serias para ella. En este punto resolvimos aclarar bien las cosas y felizmente comenzamos por el principio: averiguar cómo comía la chica. Resultó que si bien ella tenía buen apetito, comía muy poco a la hora del almuerzo porque la dominaba el temor de llegar tarde al empleo, asunto que le preocupaba seriamente. Bien, comiendo con tranquilidad, en el centro, la chica mejoró rápidamente su peso. Se trataba de un aparente fracaso del remedio de fondo allanado con una solución de orden higiénico.

Como vemos, en todos estos casos el remedio de fondo hallado no cumplía totalmente la misión que se esperaba de él y podría hablarse de fracasos de la repertorización. Sin duda alguna existe también esta circunstancia, pero bien mirado el asunto creemos que extremando el cuidado en el interrogatorio y eliminando las causas exteriores podemos hallar en la repertorización lo que tenemos derecho a exigir: la indicación de uno o varios remedios que puedan ser la clave del caso en investigación.