

# Asma Bronquial: El Abordaje Clínico y su Repertorización

\* M.P.S.S. Isis María Infante Regalado

## Resumen

El tratamiento del asma con Homeopatía exige el conocimiento y la destreza del médico para elegir medicamentos adecuados en dos momentos distintos: durante las crisis, en las que se debe actuar con prontitud para permitir la adecuada respiración del paciente, y para corregir la constitución de fondo del caso, a fin de regular la alteración de la respuesta inmunológica y evitar que las fases agudas vuelvan a presentarse.

En este sentido, no está de más recordar que la elección del medicamento homeopático no sólo debe basarse en la Ley de Semejanza, sino en el criterio del especialista. Por tal motivo, es muy conveniente la repertorización adecuada del enfermo tanto para confirmar un diagnóstico medicamentoso que se encuentre aparentemente definido, cuanto para considerar la pertinencia de utilizar algún medicamento que en primera instancia no fue considerado. Para sustentar estas afirmaciones, se presentan los casos clínicos de tres niños atendidos en la consulta externa de la Escuela Libre de Homeopatía de México, I.A.P., mismos que presentaron signos y síntomas compatibles con el diagnóstico de asma bronquial.

## Abstract

*Asthma management with homeopathy requires the knowledge and skill of the physician to select appropriate drugs at two different moments: during the crisis, in which the physician must act quickly to allow adequate breathing of the patient, and in a second time to correct the constitution of the patient, in order to regulate the alteration of the immune response and prevent that acute phases will appear again.*

*In this way, it is important to remember that the choice of homeopathic medicines should be based on the law of similarity, but also in expert criteria of the homeopath. For this reason it is very convenient to realize always an adequate re-*

### **PALABRAS CLAVE:**

Repertorización, Asma bronquial, Enfermedades respiratorias, Vías aéreas inferiores, Homeopatía.

\*Escuela Libre de Homeopatía de México (Área Clínica).

Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

**KEYWORDS:**

Repertorization, Bronchial asthma, Respiratory diseases, Lower airways, Homeopathy.

*repertorización of the case, either to confirm the already selected drug, or to consider other medicine that in the beginning was not considered. To support these claims, we present the clinical cases of three patients who had signs and symptoms consistent with the diagnosis of bronchial asthma. That were attended at the outpatient clinic at the Escuela Libre de Homeopatía de México, I.A.P.*

El asma bronquial es un proceso inflamatorio de las vías aéreas inferiores que ha incrementado su incidencia en los últimos tiempos<sup>1</sup>. El padecimiento se caracteriza funcionalmente por una obstrucción bronquial reversible, edema e hipersecreción de moco; clínicamente se manifiesta con episodios recurrentes de sibilancias, tos y dificultad respiratoria (fatiga, disnea, sensación de dolor u opresión torácica). La intensidad y frecuencia de los síntomas se determina por el grado de inflamación y obstrucción bronquial existente, pero hay que enfatizar que si la sintomatología es severa, se requerirá atención médica de emergencia. El cuadro puede ser intermitente o perenne. El primero se presenta con períodos activos seguidos de fases de remisión o asintomáticos; en el segundo las etapas de exacerbación y remisión son menos diferenciadas y el paciente no llega a estar del todo bien durante las remisiones. Otra clasificación, además de su forma de presentación, puede ser en términos de leve, moderada o severa.

En la clínica homeopática se hace necesario el tratamiento de la enfermedad crónica considerando los síntomas de la totalidad del enfermo. Se debe buscar el medicamento constitucional o el similar más acorde al cuadro crónico, y tratar las crisis con medicamentos enfocados a los síntomas agudos.

En la literatura homeopática se mencionan varios medicamentos útiles en la exacerbación del cuadro respiratorio. Se mencionan a continuación los que se emplean con mayor frecuencia.

## Antimonium tartaricum

Apropiado cuando el paciente presenta abundantes secreciones bronquiales (producen un sonido característico durante la respiración que incluso puede oírse

a la distancia), las cuales son tan difíciles de expectorar que el esfuerzo por expulsarlas puede provocar el vómito, especialmente si esto sucede después de comer. Hay gran dificultad respiratoria, por lo que el enfermo debe sentarse para tomar aire. Es útil en casos en los que el paciente presenta, además, disfonía que se acompaña de una sensación que se describe como “aterciopelada” en el pecho. Se presenta dolor ardoroso en el pecho y la laringe, que irradia a la garganta. La respiración es difícil rápida y corta, con sensación de ahogo. Paralela o consecutivamente a la sensación de ahogo, el paciente puede presentar tos flemosa que se agrava por comer, y mejora al recostarse sobre el lado derecho. Las secreciones abundantes dificultan los movimientos respiratorios, lo que produce taquicardia que se acompaña de sensación de calor incómodo en el pecho. El pulso se torna rápido y débil, y el paciente se encuentra tembloroso y con sensación de mareo. Un dato muy importante sobre la patogenesia de este medicamento (keynote) es el hecho de que la disnea del paciente se mejora cuando eructa<sup>2,3,4</sup>.

## Arsenicum album

Es otro de los grandes medicamentos en el manejo de las crisis asmáticas, en las que los síntomas obligados son la angustia y el miedo a la muerte. El paciente tiene crisis de disnea agravadas después de medianoche, principalmente entre las dos y las tres de la mañana, con gran sofocación que le obliga a salir de la cama y a abrir la ventana para poder respirar. Cualquier esfuerzo le agrava la disnea y el estar acostado le produce opresión en el pecho, al tiempo que tiene la sensación de que su falta de aire es provocada por polvo o humo, experimentando mejoría al sentarse o inclinarse hacia delante. Todo este episodio se acompaña de expectoración abundante y espumosa. El paciente tiene la sensación

de que le es imposible respirar profundamente. Las vías aéreas presentan constricción, lo que provoca respiración sibilante. En los casos más graves el paciente puede llegar a la hemoptisis con dolor entre los hombros. Durante el cuadro asmático la persona enferma refiere una sensación de ardor en el pecho. En ocasiones la secreción nasal es sofocante y la tos es seca, agravándose después de la medianoche y empeorando si se acuesta sobre la espalda<sup>5, 6, 7</sup>.

## Ipecacuanha cephaelis

Indicado cuando los cuadros se caracterizan por la periodicidad. Aparecen súbitamente, comenzando por la disnea, la cual se instala rápidamente y es definida por el paciente como opresión torácica; en la mayoría de los casos le despierta repentinamente la sensación de estrangulamiento laríngeo junto con la presentación de náuseas intensas y vómitos. Durante la crisis se presenta dificultad respiratoria con estertores “burbujeantes”<sup>8</sup> audibles a la distancia, a tal grado que se produce la sensación de ahogamiento o asfixia. Los estornudos y la coriza son continuos. La tos se presenta a cada espiración de manera incesante, violenta, sofocante y en el peor de los casos aparece epistaxis, que agravará al menor esfuerzo. En estos casos el esfuerzo tusígeno constante genera afonía parcial o total, especialmente al final del cuadro respiratorio<sup>9, 10, 11</sup>.

## Kali carbonicum

Propia en caso de que la crisis asmática se presente en individuos que se encuentran debilitados y totalmente agotados (de la tercera edad). Muchas de estas personas tienen disminución en la olfacción o franca anosmia; los cuadros asmáticos se acompañan de coriza fluyente de moco amarillo verdoso, que en ocasiones se torna purulento e incluso llega a ser sanguinolento. Las narinas se encuentran costrosas y muy lastimadas. Los enfermos pueden alternar sequedad de nariz con obstrucción nasal, provocando sensación de falta de aire que se agrava cuando el paciente se introduce en un cuarto caliente. En la garganta puede haber una sensación de moco abundante que provoca obstrucción y afonía<sup>12, 13</sup>.

Las crisis asmáticas se pueden presentar generalmente entre las dos y las cuatro de la maña-

na, e incluso se agravan durante ese periodo. Existe dificultad para que el paciente expulse sus expectoraciones, las cuales termina tragando debido a su gran debilidad; por ello, el paciente debe sentarse en la cama e inclinarse hacia delante con los codos apoyados en las rodillas. Como síntomas concomitantes puede haber dolor de espalda continuo y cefaleas pulsátiles<sup>14</sup>.

## Sambucus nigra

Los pacientes son en su mayoría niños con temperamento irritable y malhumorados, en ocasiones sensibles, que tienden a asustarse y como consecuencia se manifiestan ansiosos, inquietos, temblorosos y sofocados. Todos sus padecimientos se expresan o agravan a partir de un trastorno emocional de tipo depresivo, ansioso o temeroso<sup>15</sup>.

Los síntomas de la crisis asmática se manifiestan bruscamente hacia la media noche, haciendo que los infantes despierten inquietos entre llantos o gritos; asimismo, experimentan una intensa disnea y espiración silbante o suspirosa, provocando cianosis en la cara y las extremidades. El paciente tiene la manifestación asmática más característica: no puede exhalar el aire. La disnea le impide permanecer acostado con la cabeza baja, por lo cual se sienta en la cama para tener una mejora transitoria. Estos episodios disneicos empeoran frecuentemente entre las tres y las cuatro de la mañana; se acompañan de tos sofocante, profunda, hueca y ronca, y empeoran por el aire frío y seco; cuando hay tos presenta expectoración salada o dulce. Además de este cuadro, el paciente puede presentar dolores agudos debajo del pezón izquierdo, presión en el esternón y sensación repentina de contracción en los costados del tórax<sup>16, 17, 18</sup>.

## Ignatia amara

Es el medicamento para enfermos en los que predomina el componente emocional con gran dificultad respiratoria y aceleración del pulso<sup>19</sup>. El paciente tiene una gran irritación en las vías aéreas inferiores que se manifiesta con datos de dificultad respiratoria, siendo la inspiración más difícil que la espiración, lo que genera opresión torácica (especialmente de noche). El deseo de tomar aire profundamente provoca

una respiración suspirosa y lenta. El paciente describe la sensación de tener algún objeto pesado sobre el pecho, lo que provoca sofocación y constricción espasmódica en el tórax, acentuándose en la fosa supraesternal al caminar o correr<sup>20, 21, 22</sup>.

La tos es provocada por una sensación de polvo en la garganta: se presenta seca y corta, descrita en la Materia Médica como “martilleante” al anochecer y por la mañana. La tos puede ser también hueca (coqueluche), con expectoración difícil y con gusto y olor a “catarro viejo”; se presenta de manera continua tanto de día como de noche. Cuanto más tose el paciente, más provoca irritación, lo que a su vez aumenta la tos<sup>23</sup>.

Natrum sulphuricum, Thuja y Dulcamara están indicados para el asma cuando los pacientes experimentan agravaciones o crisis durante el cambio de clima, o durante los tiempos húmedos y fríos.

Aunque estos medicamentos son los más recurrentes en episodios asmáticos, cabe enfatizar que no solamente estamos obligados a resolver las fases agudas con éxito, sino también a llegar a un diagnóstico completo para que tales complicaciones no se vuelvan a presentar; es decir, tenemos que corregir

de fondo la constitución del paciente para regular la alteración de la respuesta inmune.

Debemos recordar que la elección de un medicamento homeopático se basa en el principio de los semejantes, y aún más importante: dicha elección va ligada al criterio médico homeopático, el cual debe considerar como característica principal la individualidad de cada uno de los pacientes.

Por eso, es necesaria la repertorización adecuada de cada uno de los enfermos (el repertorio homeopático es una herramienta auxiliar dentro de uno de los cinco diagnósticos que el médico homeópata tiene que evaluar en cada paciente) para confirmar un diagnóstico medicamentoso que aparentemente se encuentra definido, así como para traer al caso algún medicamento en el cual no se había pensado antes.

Como un ejemplo de esto, y a propósito de las enfermedades alérgicas, se muestran a continuación tres casos clínicos atendidos en la consulta externa de la Escuela Libre de Homeopatía de México, I.A.P. Dichos pacientes presentaban dentro de su sintomatología general aquellos rasgos que caracterizan al cuadro clínico de asma bronquial, lo que coincide con lo que refieren las estadísticas nacionales.

Asma (n = 710)	Tos diurna: 77.3%
	Tos nocturna: 82.6%
	Sibilancias: 46.9%
	Disnea con ejercicio: 100%
	Disnea en reposo: 40.8%
Rinitis alérgica (n = 933)	Rinorrea hialina: 80.7%
	Prurito nasal: 76.7%
	Obstrucción nasal: 86.8%
	Estornudos: 98.2%
Dermatitis atópica (n = 889)	Prurito cutáneo: 100%
	Resequedad de la piel: 100%
	Manchas hiperocrómicas: 36.2%
	Manchas hipocrómicas: 60.9%
Conjuntivitis alérgica (n = 851)	Irritación ocular: 100%
	Lagaña blanca: 54.7%
	Epífora: 70.8%
	Prurito ocular: 93.6%
	Edema palpebral: 100%
Urticaria (n = 153)	Ronchas con comezón: 100%
	Edema labial o palpebral: 48.3%

**Tabla 1.** Frecuencia de síntomas por enfermedad<sup>24</sup>.

## Caso 1

Paciente masculino, de 9 años de edad con domicilio en Tultitlán, Estado de México; estudiante con antecedentes de: abuela materna de 75 años de edad con artritis reumatoide, tía materna finada por lupus eritematoso sistémico, primo materno de 18 años de edad con urticaria por mariscos. Dos hermanas sanas. Como AP, segundo hijo de madre de 32 años de edad; nacido de parto normal a término, alimentado al seno materno sólo por 3 meses, realizándose la ablactación en ese mismo momento. Esquema de vacunación de acuerdo al esquema oficial. Historia de cuadros recurrentes de vías respiratorias altas, de larga duración desde el año de edad, los cuales son manejados con tratamiento homeopático, retirándose desde los 3 años.

Su padecimiento actual inicia hace 2 meses, posterior a la exposición a un cambio brusco de temperatura de calor a frío. A las 4 horas del evento se instala respiración rápida e intermitente que continúa toda la noche. Al día siguiente la disnea se hace más intensa y se vuelve aún más irregular, por lo que acude con un médico general, el cual prescribe medicación a base de dexametasona intramuscular, salbutamol y ambroxol a

las dosis recomendadas, con lo que el paciente mejora rápidamente, pero recae 2 días después con el mismo cuadro a pesar del tratamiento. Los episodios de disnea se vuelven repetitivos (2 a 3 veces por semana), aumentando en frecuencia e intensidad; la madre refiere la presencia de respiración rápida e irregular, sensación de falta de aire aún en reposo, sibilancias respiratorias audibles a distancia, tiraje intercostal. El paciente presenta desesperación; golpea la cama con ambos brazos, muy irritable y gritándole a su madre, la cual menciona que cuando trata de consolarlo o tranquilizarlo, provoca más enojo. Al finalizar el episodio, el paciente comienza con llanto intenso y desesperado. Cuando se tranquiliza lo primero que solicita a su madre es comer, ya que se siente agotado y hambriento.

A la EF se observa: peso de 30.500 Kg, talla de 132 cm, FC 80x', FR 28x', temperatura de 36.3° C. Facies normal sin datos de cianosis. Conjuntivas pálidas. Narinas permeables en orofaringe; se encuentra hipertrofia amigdalina grado I, sin datos de inflamación. Área cardíaca dentro de los límites normales, con frecuencia aumentada, sin fenómenos agregados en la exploración de tórax; se aprecia tiro supraclavicular, intercostal con disociación toraco-abdominal con disminución en los movimientos de amplexión y amplexación; en campos pulmonares, estertores silbantes espiratorios. Abdomen blando depresible, sin alteraciones aparentes.

Mentales	Generales	Particulares
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desesperación (mente - desesperación).</li> <li>• Irritabilidad (mente - irritabilidad - niños).</li> <li>• Llanto (mente - llanto - después de ansiedad).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agg cambio de temperatura (generales - temperatura - cambio).</li> <li>• Apetito aumentado (estómago - apetito - incrementado).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sibilancias (respiración sibilante).</li> <li>• Disnea en reposo (respiración difícil).</li> <li>• Respiración rápida (respiración acelerada).</li> <li>• Disociación toracoabdominal (respiración irregular).</li> <li>• Tiraje intercostal (pecho - constricción - lados).</li> </ul>

Tabla 2. Caso 1, síntomas repertorizados.

Suma de síntomas (clas/grados)		1	2	3	4	5	6	7
		lyc.	puls.	ars.	carb-v.	phos.	calc.	sep.
		9/18	9/17	8/21	8/16	8/16	8/14	8/13
1. MENTE - DESESPERACIÓN	1	3	2	3	2	1	3	2
2. MENTE - IRRITABILIDAD - niños; en	1	1	1	1	-	-	2	1
3. MENTE - LLANTO - ansiedad; después de	1	1	1	-	1	2	1	-
4. RESPIRACIÓN - SIBILANTE	1	2	-	3	3	1	1	1
5. RESPIRACIÓN - DIFÍCIL	1	3	3	3	3	3	2	2
6. RESPIRACIÓN - ACELERADA	1	3	2	3	3	3	1	3
7. RESPIRACIÓN - IRREGULAR	1	-	2	2	-	1	-	1
8. PECHO - CONSTRICCIÓN	1	-	2	2	-	1	-	1
9. GENERALES - CAMBIO - temperatura; de	1	1	2	3	2	2	1	1
10. ESTÓMAGO - APETITO - incrementado (hambre)	1	3	3	3	1	3	3	2

Tabla 3. Caso 1, repertorización<sup>25</sup>.

## Discusión

Siempre es frecuente que ante un cuadro clínico determinado nos inclinemos a pensar en los medicamentos que más se relacionan con los síntomas físicos del paciente, y es común que nos decidamos a prescribir rápidamente tal o cual medicamento; no obstante, y como señala atinadamente el maestro James Tyler Kent, siempre es necesario llevar a cabo

la repertorización del caso debido a que ésta nos lleva muchas veces a medicamentos que no habían surgido en nuestra memoria y que resultan perfectamente indicados; en otras ocasiones aparecen medicamentos que en apariencia no tienen su principal indicación en el episodio ante el cual estamos, pero que cubren perfectamente la totalidad de los síntomas, o, finalmente, nos confirma la elección inicial.

En este caso el medicamento que predominó en los resultados de nuestra repertorización y

que se consideró el más apropiado para iniciar un tratamiento con base en la Ley de los Semejantes fue *Lycopodium*, basado en el hecho de que el paciente muestra signos de desesperación e irritabilidad muy marcadas durante sus crisis orgánicas, de tal manera que llega a golpear la cama y a brincar con desesperación mientras emite un llanto y un grito exagerado. Esto empeora cuando su madre trata de limitar su reacción anímica a su estado físico. Luego de las crisis el paciente puede mostrarse completamente tranquilo y alegre; además, el desgaste al que se somete produce un aumento de apetito. Por otro lado, se adapta a los síntomas respiratorios de este medicamento, como son la respiración silbante, los estertores ruidosos, la tos seca, irritante, día y noche, o por la mañana o de noche al acostarse.

## Lycopodium clavatum

El paciente que necesita este remedio presenta conductas que le permiten superar su inferioridad, como alternancias de humor, pero lo más frecuente y habitual es una extrema irritabilidad, especialmente cuando lo contradicen. Debe ser obedecido en sus órdenes o aceptado en sus opiniones, ya que de lo contrario se agrava o enferma, pero tiene una gran tendencia a refutar. Cuando está enfermo es especialmente irritable (sobre todo en el caso de los niños) al despertar, al anochecer y durante los escalofríos. Es violento, grosero, gritón, rabioso, terco, reprochador, malhumorado, discutidor, provocador, descortés, impaciente, insolente, criticón y rencoroso, y se ofende fácilmente. A veces agrede golpeando y pateando (aún en niños).

Presenta llanto ruidoso, sollozante, que alterna con risas; éste es fácil por la menor emoción o sin causa aparente, o bien, pensando en hechos pasados o por una alegría; tiene ganas de llorar todo el tiempo; a edades tempranas es característico un niño muy llorón que empeora con el consuelo. Descontento (de mañana), insatisfecho, descorazonado. Inconsolable. Ideas suicidas. En trastornos de origen emocional, por cólera o contrariedades, con tristeza silenciosa; por anticipación, preocupándose de antemano e intensamente por posibles dificultades; por mortificación, por sustos, por excesos sexuales, por ira suprimida.

Manifiesta disfonía, respiración sibilante y ruidosa, con estertores fácilmente perceptibles. El enfermo se queja de dolores lancinantes en el tórax,

especialmente en el área intercostal. La disnea empeora al estar acostado de espaldas, o por el menor esfuerzo, caminando al aire libre o durmiendo; mejora cuando se sienta en la cama.

Esta disnea estertorosa, que según el paciente da la sensación de gran acumulación de moco en el pecho, provoca dolor ardoroso y constricción<sup>26</sup>. Paralelamente manifiesta tos hueca, profunda, con expectoración gris, espesa, sanguinolenta, purulenta y de sabor salado (Ars, Phos, Puls); mayormente se presenta de noche, provocada por una sensación de cosquilleo, según las referencias de los pacientes<sup>27</sup>. Su apetito es insaciable<sup>28</sup>.

## Caso 2

Paciente masculino, de 3 años de edad, con domicilio en Tlalnepantla, Estado de México, sin antecedentes familiares de importancia; producto de segunda gesta de madre de 29 años, nacido por cesárea en virtud de ser producto macrosómico. Seno materno por un año, ablactación a los tres meses y con esquema de vacunación según esquema oficial, sin antecedentes personales patológicos.

El paciente inicia su cuadro clínico hace un año, luego de exposición al frío húmedo por la tarde con la aparición rápida de tos seca, misma que se incrementa paulatinamente hasta que se torna muy intensa por la noche, acompañada de rinorrea hialina leve, pero constante, sin estornudos. Esa misma noche presenta fiebre de aparición lenta, sin sed, que llega a los 38.9° C, por lo que se le administra una sola toma de paracetamol a dosis no especificada, con lo que mejora. Al día siguiente es visto por un médico pediatra que le prescribe tratamiento a base de antibióticos y antihistamínicos por 7 días, lo que produce mejoría parcial que deja únicamente tosidas aisladas y rinorrea hialina intermitente. La madre nota que este cuadro deja en el niño cierta vulnerabilidad al frío, ya que inicia cuadros infecciosos de vías respiratorias altas acompañadas de febrícula no cuantificada cada vez que se expone al aire frío, por lo que se le ha manejado con diversos antibióticos, antihistamínicos y antiinflamatorios no esteroideos con resultados parciales.

Los cuadros aumentan en frecuencia e intensidad hasta hace un mes, en que se manifiesta dificultad respiratoria severa que aumenta poco a poco. Por este motivo el último episodio termina en el hos-

pital con el consecuente uso de corticoides parenterales y nebulización. Su madre afirma que cuando no se encuentra dentro de estos cuadros es un niño muy agradable y sonriente; sin embargo, durante los últimos dos cuadros el paciente cambia su conducta volviéndose angustiado, desesperado, temeroso y muy llorón, con necesidad de afecto y a la misma vez irritable.

Con estos antecedentes el paciente se presenta a consulta, observándosele muy sensible, pero a la vez irritable, inquieto, pálido, con humor lloroso; manifiesta tos seca, constante y solamente de día; voz nasal, ojos llorosos y ojeras.

A la EF se observa: peso de 16.500 Kg, talla de 96 cm, FC 86 x', FR 24x', temperatura de 36.6° C. Facies levemente cianótica, mucosas deshidratadas, conjuntivas pálidas, narinas obstruidas a expensas de crecimientos de cornetes y presencia de rinorrea amarillenta de tipo filante; orofaringe hiperémica. Área cardíaca dentro de límites normales con frecuencia aumentada sin fenómenos agregados. En la exploración torácica se observa retracción xifoidea, tiros supraclaviculares e intercostales con disociación toraco-abdominal en campos pulmonares. CsPs con frecuencia respiratoria aumentada y respiración sibilante en regiones apicales. Abdomen sin alteraciones, observándose cierto grado de cianosis en las extremidades.

Mentales	Generales	Particulares
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desesperación (mente - desesperación).</li> <li>• Irritabilidad (mente - irritabilidad - niños).</li> <li>• Llanto (mente - llanto - niños).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agg Cambio de temperatura (generales - temperatura - cambio).</li> <li>• Cianosis periférica (piel - decoloración - azulada).</li> <li>• Tos seca (tos - seca).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sibilancias (respiración sibilante).</li> <li>• Asfixia (respiración - asfixia).</li> <li>• Respiración rápida (respiración acelerada).</li> <li>• Tiraje intercostal (pecho - constricción - lados).</li> <li>• Retracción xifoidea (pecho - constricción - esternón).</li> <li>• Disociación toracoabdominal (respiración irregular).</li> </ul>

**Tabla 4.** Caso 2, síntomas repertorizados.

Suma de síntomas (clas/grados)		1	2	3	4	5	6	7
		puls.	ars.	carb-v.	ant-t.	lyc.	chin.	phos.
		10/17	9/21	8/17	8/16	8/15	8/15	8/14
1. MENTE - DESESPERACIÓN	1	2	3	2	2	3	2	1
2. MENTE - IRRITABILIDAD - niños; en	1	1	1	-	1	1	2	-
3. MENTE - LLANTO - niños; en	1	2	1	-	-	2	1	-
4. RESPIRACIÓN - SIBILANTE	1	-	3	3	-	2	2	1
5. RESPIRACIÓN - ASFIXIA	1	-	-	1	3	-	1	-
6. RESPIRACIÓN - ACELERADA	1	2	3	3	3	3	2	3
7. RESPIRACIÓN - IRREGULAR	1	2	2	-	2	-	-	1
8. PECHO - CONSTRICCIÓN - Esternón	1	1	-	-	-	-	-	2
9. PECHO - CONSTRICCIÓN - Lados	1	1	-	1	-	1	-	-
10. GENERALES - CAMBIO - temperatura; de	1	2	3	2	2	1	-	2
11. PIEL - DECOLORACIÓN - azulada	1	1	2	3	2	-	1	1
12. TOS - SECA	1	3	3	2	1	2	3	3

Tabla 5. Caso 2, repertorización<sup>29</sup>.

## Discusión

Este paciente es un caso de discusión médica, puesto que todos sus síntomas nos hablan de un cuadro de Pulsatilla; sin embargo, sus crisis se manifiestan con

un alto grado de severidad. Debido a la edad del paciente no es conveniente mantenerlo solamente con su medicamento profundo, sino planificar uno de rescate en caso de expresar síntomas agudos acelerados. Por ello, exponemos dos opciones a escoger: tanto la Pulsatilla nigricans, como el Antimonium tartaricum.

# XXVIII

# ASAMBLEA CONGRESO NACIONAL DE HOMEOPATÍA DE MÉXICO, A.C.

## OAXACA, OAX. AGOSTO 2, 3 y 4 DEL 2012

Estamos trabajando con mucho entusiasmo para realizar una de las mejores Asambleas Congreso de Homeopatía de México A.C. Han confirmado su asistencia médicos de Italia encabezados por el Dr. Renzo Galassi, primer vicepresidente de la Liga Médico Homeopática Internacional (LMHI), quien hará la presentación de un nuevo libro de Homeopatía. De España, Francisco de Asís Moya y Gloria Fresnillo; de Colombia, el Dr. Carlos Riveros Gómez; de Ecuador, el Dr. Edgar Godoy Lombeida, secretario de archivos de la LMHI y coordinador general del próximo congreso organizado por dicho organismo, el cual se efectuará en Quito, Ecuador, en agosto del 2013, un trascendental evento de corte internacional al que todo médico homeópata debería asistir.



**Ven a Oaxaca y pasa unos días inolvidables. Oaxaca es magia, color y folklore.**

Participa con nosotros y comprobarás que el intercambio de experiencias te permitirá ser un médico homeópata más capaz y servir mejor a tus semejantes.

## Homeopatía de México Grupo Oaxaca. CONVOCATORIA

### DERECHOS DEL CONGRESISTA

- Asistir al congreso.
- Coctel de bienvenida.
- Coffee break.
- Comida Oaxaqueña en Restaurant Sta. Martha.
- Calenda y Guelaguetza en el Centro Histórico de Oaxaca.
- Cena baile de Clausura.
- Portafolio y gafete personal.
- Fotografía panorámica digital
- Memorias del congreso.
- Constancia de asistencia al congreso.
- Constancia de ponentes.
- Camiseta y medalla conmemorativa a los médicos que participan en el evento atlético 1.5 Km por Hahnemann del día sábado 4 de Agosto. (trae ropa deportiva)

### TEMAS

Los avances de la Homeopatía ante la ciencia moderna

- En lo filosófico
- En lo científico

Casos clínicos demostrativos del método Homeopático aplicado con rigurosidad.

### MATERIA MÉDICA

- Materia Médica Miasmática
- Medicamentos (kalis)

### EXPERIMENTACIÓN PURA

- Un nuevo paradigma metodológico
- Re-experimentación en concordancia con los medicamentos que experimentó Samuel Hahnemann.

### CURSO PRE-CONGRESO

Martes 31 de julio y miércoles 1 de agosto del 2012. Costo de \$1,500.00  
 Informes en Homeopatía de México, A.C.  
 Tel. 01 55 55 84 25 60 / 55 84 50 22  
 Impartido por Maestros Nacionales e Internacionales.

Para inscribirse favor de depositar en la cuenta No. 608753 de Banamex, sucursal 7003.

CLABE interbancaria 002610700306087538

A nombre de: COLEGIO DE MÉDICOS HOMEÓPATAS DE OAXACA, A.C.

### PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

Normatividad

- La recepción de trabajos será hasta el 31 de junio del 2012.
- Los trabajos deben presentarse en **word letra Arial** a 12 puntos.
- El trabajo debe ser enviado a los correos electrónicos: [comehoax@hotmail.com](mailto:comehoax@hotmail.com) [similiaoax@hotmail.com](mailto:similiaoax@hotmail.com)
- La duración de presentación de los trabajos será de 20 minutos.
- Sugerimos que en los trabajos se demuestre calidad, investigación y experiencia.
- En las mesas redondas las preguntas deberán realizarse por escrito y serán aceptadas a criterio del moderador correspondiente.
- Los trabajos serán sometidos a consideración de la Comisión Científica de Homeopatía de México para su aprobación.

(Gracias anticipadas por enviar a tiempo tus trabajos)

Hotel Misión de los Ángeles  
(Cinco estrellas)

Calzada Porfirio Díaz 102, Oaxaca, Oax.  
 C.P. 68050 Tel. (01) (951) 5020100  
[www.misiondelosangeles.com](http://www.misiondelosangeles.com)

Costo de Habitaciones

Habitación	Tarifa Normal	Tarifa Congresista
ESTÁNDAR: Sencilla o Doble	\$ 1,600.00	\$ 952.75
TRIPLE	\$ 1,800.00	\$ 1,130.00
CUÁDRUPLE	\$ 2,000.00	\$ 1,309.00



### EVENTO ATLÉTICO

Prepárate para trotar o correr 1.5 km por Hahnemann, el día sábado 4 de agosto a las 18:00 hrs. Deberás traer tus zapatos y ropa deportiva para participar en el evento.

### COSTOS

\$ 3,000.00 para congresista  
 \$ 1,500.00 para acompañante.  
 (Incluye coctel de bienvenida, comida oaxaqueña, cena baile y paseos turísticos)



Al inscribirse obtendrá una suscripción anual gratuita a la revista La Homeopatía de México, editada por la División Editorial de Propulsora de Homeopatía S.A de C.V. (SIMILIA)

MAYORES INFORMES EN OAXACA:

TEL. 01 (951) 51 608 11

TEL. 01 (951) 51 326 14

[www.comehoax.com](http://www.comehoax.com)



## Pulsatilla nigricans

Tiene un especialísimo modo de ser, un carácter que lo hace (junto con Phosphorus) el más agradable de los pacientes: es extremadamente suave, dulce, sumiso, dócil, apacible, tímido; “niños que nunca se cansan de las demostraciones de cariño”.

Llanto muy fácil, suave o involuntario, que no puede contener; no es capaz de dar sus síntomas ni de hablar de sus molestias sin llorar; se dice que “llora por todo, sea alegre o triste”, o sin causa aparente. Lo hace con inusitada frecuencia, condoliéndose al ver sufrir a otros, sean seres humanos o animales (aunque sean desconocidos).

Hipersensibilidad en niños: ansiedad al anochececer o antes de medianoche, con malestar e inquietud; debe destaparse durante los escalofríos y la fiebre; manifiesta sensación de miedo por su futuro y por su salud, e incluso por la salvación de su alma, con sentimiento de culpa. Estos pacientes mejoran al aire libre, debido al movimiento.

Son pacientes que presentan estados contradictorios y alternantes, aunque debe mencionarse que es sumamente característica la extrema variabilidad de sus síntomas.

Se presenta una sensación de picazón o cosquilleo en laringe y tráquea. Las crisis asmáticas empeoran al anochececer y de noche; mayormente son presentadas en niños, por erupciones suprimidas. La disnea se manifiesta con una presión en el pecho y el dolor como de úlcera en el centro del pecho, además de una respiración ruidosa o estertorosa, que empeora en el sueño y provoca una sensación de asfixia al acostarse<sup>30</sup>. La tos es seca al anochececer y de noche, con expectoración sólo de mañana; en ocasiones puede ser espasmódica o constante, violenta y sofocante con expectoración blanda, espesa, amarga y verdosa<sup>31</sup>. Aparece o se agrava al tomar aire profundamente, por sequedad o por la sensación de polvo en la laringe, por acalorarse o en una habitación calurosa, al inspirar<sup>32</sup>.

## Antimonium tartaricum

El niño se pega, se adhiere a los que están a su alrededor; quiere que lo alcen y está mejor erguido en

brazos. Es muy característico que “el niño tose cada vez que se irrita” (Clarke), y que se irrita con mucha facilidad; siempre está malhumorado. En relación con la tos, hay otro síntoma mental: llanto lastimero antes y durante la tos. Gran inquietud y desasosiego.

Estados de asfixia, progresiva e inminente por enfermedades respiratorias, con cianosis de labios, postración, transpiración, palidez y pulso filiforme, lo que le obliga a permanecer sentado, pero sostenido con dos almohadas a los costados, porque si no, se cae lateralmente por la gran postración.

Sufre enfermedades originadas por exponerse a la humedad, especialmente en sótanos o habitaciones húmedas, siendo esto aún más notorio en pacientes pediátricos o geriátricos. Su cara se observa pálida, terrosa, hipocrática, cianótica, ansiosa, hundida, fría, cubierta de transpiración fría.

Tiene sacudidas en la cara al toser. Presenta lengua cianótica o blanca. No tiene apetito, pero sí mucha sed que sacia con agua fría. Ruidos estertorosos en el pecho, bronquiales, que se oyen a la distancia, provocados por una gran acumulación de mucosidades en su árbol respiratorio, con incapacidad para expectorarlas (parece que fuera a expectorar mucho, pero no sale nada) debido a una gran disminución de su poder expulsivo.

Esta es la gran característica de Antimonium tartaricum. La respiración es acelerada, abdominal, ruidosa, desigual, intermitente, corta, temblorosa, silibante, disneica, que se detiene al toser; jadeante o a boqueadas, que empeora al toser. Las crisis asmáticas empeoran de noche, a las 3 a.m., con tos por mucosidades en la tráquea, que mejora expectorando y permaneciendo sentado con la cabeza sobre la mesa. Esta tos es espasmódica, sofocante, generalmente de las 3 a.m. hasta las 4 a.m. debido a la menor ingesta de alimentos o por bebidas calientes, obligándolo a sentarse en la cama (Con., Puls., Phos.) sostenido por otra persona en ocasión a su gran debilidad; con náuseas y vómitos; se siente mejor eructando, con muy escasa o ninguna expectoración. Los pacientes neonatales presentan asfixia, lo que provoca palidez (Camph.) y cianosis (Tarent.). Está indicado en casos de bronquitis capilar y bronconeumonías en bebés: el niño no puede mamar y termina cada intento con gritos, fenómeno que sucede en todas las afecciones respiratorias agudas<sup>33</sup>.

Puede haber ronquera acompañada de carraspera con moco, pero muy poco es expectorado. El paciente tiene una sensación aterciopelada en el

pecho que arde e irradia hacia la garganta. La respiración es rápida, corta y difícil; provoca la sensación de asfixia y le obliga a sentarse.

Los bronquios están sobrecargados con moco. La tos es provocada por comer, con dolor en el pecho y la laringe. Pueden presentarse edema y parálisis inminente de los pulmones. El paciente refiere una sensación de palpitations aceleradas con calor incómodo, al revisarlo su pulso es rápido y débil<sup>34</sup>.

### Caso 3

Paciente masculino de 4 años de edad con domicilio en Coacalco, Estado de México. Antecedentes familiares de: padre de 35 años con datos de hiperreactividad bronquial desde los 15 años multitratado con broncodilatadores, antihistamínicos y en ocasiones con corticoides; madre de 32 años aparentemente sana. Producto de primer embarazo nacido por parto normal de madre de 25 años de edad, proveniente alimentado al seno materno por un año, con ablactación a los cuatro meses y esquema de vacunación acorde a lo establecido por la Secretaría de Salud.

Inicia padecimiento actual hace seis meses, posteriores a la exposición al frío seco por más de media hora. Aunque inicialmente no presenta ninguna molestia, una hora después de la exposición aparece súbitamente dificultad respiratoria, la cual se incrementa paulatinamente, generando aumento en su frecuencia. A las tres horas aparecen estertores audibles a distancia; paralelamente surge transpiración en piel cabelluda, la cual aumenta conforme la dificultad respiratoria se incrementa. Los padres refieren que el paciente fue reprendido fuertemente al momento del enfriamiento

Ante la severidad del cuadro es llevado a una institución hospitalaria, donde es manejado por un médico pediatra con amoxicilina y ambroxol con salbutamol orales a las dosis recomendadas; el paciente evoluciona satisfactoriamente con esta prescripción, encontrándose asintomático 10 días después, por lo que suspende la medicación. Cinco días después de la suspensión del tratamiento, una segunda exposición al frío seco le provoca un nuevo cuadro de disnea, sibilancias y estertores audibles a distancia. Es revisado nuevamente por el médico, que después de valorarlo le prescribe penicilina parenteral (tres aplicaciones en tres días) así como salbutamol en aerosol, dos veces al día durante un mes. A pesar del tratamiento el paciente continúa con prurito ocular, obstrucción nasal intermitente (especialmente

de noche), rinorrea hialina constante sin estornudos, y prurito nasal y episodios de disnea que se presentan especialmente a las tres de la mañana (la madre refiere que le tiene miedo a esta hora), momento en que el paciente se despierta por la dificultad respiratoria acompañada de tos seca que lo hace sentarse en la cama. A pesar del cuadro se describe al paciente como “muy tranquilo”, incluso indiferente a su trastorno fisiológico, con exacerbaciones especialmente relacionadas con el frío y remisiones que ocurren sin un patrón característico por 4 meses.

El paciente se presenta por la noche a la consulta externa en la Escuela Libre de Homeopatía de México, I.A.P., habiendo iniciado el último cuadro hace cuatro horas, después de exposición al frío de la tarde. Al llegar a consulta el paciente se muestra tímido, se cubre detrás de su madre y cuando se le busca prefiere cerrar los ojos antes que hacer contacto visual; aunque se le dirige la palabra con insistencia no responde, aún motivado por su madre. A pesar de la intensa disnea que se observa, el niño se mantiene calmado, indiferente, y al ser cuestionado por su madre acerca del grado de malestar que siente, se limita a negar con la cabeza y mantenerse callado.

La madre refiere que ese día ha presentado un cuadro como los que anteriormente se describen, sólo que en esta ocasión ha sido más rápido e intenso que los anteriormente presentados.

EF: peso de 16 Kg, talla de 102 cm, FC 84x', FR 28x', temperatura de 36.5° C. Facies pálida sin signos de cianosis, con ojeras marcadas, transpiración constante en la frente, conjuntivas pálidas, mucosas bien hidratadas, narinas húmedas, obstruidas a expensas de inflamación de cornetes; orofaringe discrepantemente hiperémica con hipertrofia amigdalina grado II. Área cardiaca con aumento de la frecuencia, pero sin fenómenos agregados A la exploración de tórax se encuentra un aumento en la frecuencia de los movimientos respiratorios, sin presencia de tiros intercostales o supra claviculares, y estertores sibilantes de predominio apicales y crepitantes basales. Abdomen sin datos de tiro. Extremidades sin signos de cianosis.

Mentales	Generales	Particulares
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tímido (mente - timidez).</li> <li>• Callado (mente - hablar - aversión de que).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agg Frío.</li> <li>• Sudor de cabeza nocturno (cabeza - transpiración de cuero cabelludo).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sibilancias (respiración sibilante).</li> <li>• Disnea en reposo (respiración difícil).</li> <li>• Estertores bilaterales (respiración estertorosa).</li> </ul>

Tabla 6. Caso 3, síntomas repertorizados.

Suma de síntomas (clas/grados)		1 nit-ac.	2 ars.	3 lyc.	4 chin.	5 nux-v.	6 sep.	7 nat-m.
		7/12	6/15	6/14	6/13	6/11	6/11	6/10
1. MENTE -TIMIDEZ	1	1	2	3	2	2	3	2
2. MENTE - HABLEN; que le - aversión	1	1	2	1	-	1	1	1
3. RESPIRACIÓN SIBILANTE	1	2	3	2	2	1	1	2
4. RESPIRACIÓN - DIFÍCIL	1	2	3	3	3	2	2	2
5. RESPIRACIÓN - ESTERTOROSA	1	2	2	2	2	2	-	-
6. GENERALES - FRÍO - agr.	1	3	3	3	3	3	3	2
7. CABEZA - TRANSPIRACIÓN del cuero cabelludo-	1	1	-	-	1	-	1	1

Tabla 7. Caso 3, repertorización<sup>35</sup>.

## Discusión

Si bien las enfermedades se reconocen por una serie de síntomas llamados patognomónicos, a los en-

fermos se les conoce por sus síntomas característicos, haciéndolos sufrir de una manera particular; es por eso que el médico homeópata, aunque conoce perfectamente los diferentes síndromes, prescribirá con base en el cuadro sintomático mental general y

particular que le muestra el enfermo, y si bien el médico debe realizar la repertorización del caso, esta metodología no siempre arroja el resultado que el paciente necesita. Hay que considerar que si bien la repertorización es un elemento muy importante en la prescripción homeopática, será el criterio del médico basado en el estudio de la Materia Médica lo que determinará la decisión final en el momento de prescribir el medicamento homeopático.

En este caso observamos que aunque la repertorización nos indicaba Nit. ac., Ars. album y Lyc. clav., la periodicidad de los cuadros de este paciente era muy significativa, tanto como el que la transpiración no le produjera alivio. Ambos elementos fisiológicos de notable importancia nos llevaron a la conclusión de que China officinalis era el medicamento más indicado en este caso. Además, debe tomarse en cuenta que ante la presencia de su cuadro asmático no experimentaba ansiedad, sino que se mantenía indiferente.

A continuación enlistamos algunas de las características del medicamento homeopático China officinalis, semejantes a las del paciente estudiado.

## China officinalis

El paciente que necesita este medicamento está apático (peor durante la fiebre), indolente (peor después de comer, con sueño), con tendencia a estar siempre sentado; tranquilo, taciturno, triste alternando con alegría. Tiene aversión a la compañía. Se siente descontento y cobarde. Le falta confianza en sí mismo. Es tímido y se ruboriza. Tiene miedo a los animales, en especial a los perros; también a la gente y a que lo toquen.

Manifiesta sensibilidad al aire frío, sobre todo en la cabeza y a las corrientes de aire. Presenta transpiración abundante en el cuero cabelludo. Dolor en el tórax, peor acostado, con inspiración difícil y rápida, lo que provoca una marcada tendencia a respirar hondo. Esta disnea mejora al permanecer acostado con la cabeza alta<sup>36</sup>.

La debilidad por pequeñas pérdidas de fluidos vitales es característica de este remedio, así como una marcada periodicidad de los síntomas.

Es útil en cuadros de influenza con debilidad, y cuando no puede respirar con la cabeza baja. La respiración es difícil, lenta, lo que provoca una asfixia constante. El flujo nasal es sofocante, acompañado de ruidos en el pecho; tos violenta y seca luego de cada comida. En los casos más graves puede presentarse hemorragia pulmonar o dolor intenso en pulmón izquierdo<sup>37</sup>.

## Conclusión

La enfermedad, así como la salud, es un estado de existencia del individuo que repercute a nivel general, puesto que todo ser humano es una unidad. Los padecimientos que cada persona puede desarrollar están manifestados por el aumento, la disminución o la destrucción de sus funciones comunes.

A pesar de que el nombre de la enfermedad sea el mismo en todos los casos y que la fisiopatología conocida sea común en ellos, cada paciente desarrolla síntomas distintos y propios; esto es precisamente lo que conocemos como individualidad morbosa.

El médico homeópata tiene una manera especial de observar y revisar a los pacientes, pues cada enfermo es único y sus respuestas serán individuales. Es por ello que a pesar de que estos tres pacientes manifestaban síntomas que, dentro de la medicina general, se calificarían como crisis asmáticas o asma bronquial, obtuvieron tratamientos distintos e individuales.

Los primeros dos casos mencionados son ejemplos de una repertorización perfecta, en cuanto a que la elección del medicamento fue la misma que el primer resultado que ésta mostró. Sin embargo, el tercer caso clínico representa un resultado de elección por criterio médico, que también es válido conforme a lo estudiado anteriormente.

Luego de una acentuada mejoría a través del manejo inicial aquí presentado, los pacientes continúan actualmente bajo tratamiento homeopático puesto que, como se mencionó al inicio de este trabajo, tenemos el deber de corregir a fondo la constitución del paciente para regular la alteración de la respuesta inmune y, por consiguiente, su modo de enfermar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- López PG, Morfín MBM, Huerta LJ, Mejía CF y col. Prevalencia de las enfermedades alérgicas en la ciudad de México. *Rev Alerg Mex* 2009; 56(3): 72-79.
- 2.- Vijnovsky B. Tratado de Materia Médica homeopática, tomo I. 2a ed. Argentina: Talleres Gráficos Didot; 1989. p. 107-110.
- 3.- Boericke W. Manual de bolsillo de Materia Médica homeopática. India: B. Jain Publishers; 2005. p. 88-90.
- 4.- Vannier L. Compendio de Materia Médica homeopática. México: Porrúa; 2001. p. 36-37.
- 5.- Vijnovsky B. *Op cit.* p. 154-163.
- 6.- Boericke W. *Op cit.* p. 116-120.
- 7.- Vannier L. *Op cit.* p. 49-53.
- 8.- Vijnovsky B. Tratado de Materia Médica homeopática, tomo II. 2a ed. Argentina: Talleres Gráficos Didot; 1989. p. 107-110.
- 9.- *Íbid.* p. 113-116.
- 10.- Boericke W. *Op cit.* p. 510-512.
- 11.- Vannier L. *Op cit.* p. 247-249.
- 12.- Vijnovsky B. *Op cit.*, tomo II. p. 156-167.
- 13.- Boericke W. *Op cit.* p. 533-537.
- 14.- Vannier L. *Op cit.* p. 257-259.
- 15.- Boericke W. *Op cit.* p. 813-814.
- 16.- *Íbid.* p. 815-816.
- 17.- Vijnovsky B. Tratado de Materia Médica homeopática, tomo III. 2a ed. Argentina: Talleres Gráficos Didot; 1989. p. 260-262.
- 18.- Vannier L. *Op cit.* p. 335-338.
- 19.- Vijnovsky B. *Op cit.*, tomo II. p. 102-103.
- 20.- *Íbid.* p. 104-108.
- 21.- Boericke W. *Op cit.* p. 496-499.
- 22.- Vannier L. *Op cit.* p. 241-243.
- 23.- Vijnovsky B. *Op cit.*, tomo II. p. 86-94.
- 24.- López PG, Morfín MBM, Huerta LJ, Mejía CF y col. *Op cit.*
- 25.- Schroyens F, coordinador. Radar versión 7.3 (edición de aniversario) [CD-ROM]. Bélgica: Archibel, S.A.; 2009.
- 26.- Vijnovsky B. *Op cit.*, tomo I. p. 231-238.
- 27.- Boericke W. *Op cit.* p. 302-306.
- 28.- Schroyens F. *Op cit.*
- 29.- Boericke W. *Op cit.* p. 592-594.
- 30.- *Íbid.* p. 594-596.
- 31.- Vijnovsky B. *Op cit.*, tomo II. p. 142-147.
- 32.- Schroyens F. *Op cit.*
- 33.- Boericke W. *Op cit.* p. 770-772.
- 34.- *Íbid.* p. 773-774.
- 35.- Vijnovsky B. *Op cit.*, tomo III. p. 151-164, 235-238.
- 36.- Vijnovsky B. *Op cit.*, tomo I. p. 107-110.
- 37.- Boericke W. *Op cit.* p. 90-92.