



## FUNDAMENTOS

# Supresión y tratamiento miasmático. Comentarios a un caso clínico del Dr. Tomas P. Paschero

Ernesto Giampietro

Médico homeópata, profesor titular de homeopatía, Escuela Tomas P. Paschero, Buenos Aires, Argentina

Recibido el 2 de febrero de 2010; aceptado el 1 de marzo de 2010

### PALABRAS CLAVE

Supresión;  
Teoría miasmática;  
Miasma en actividad;  
Dinámica miasmática;  
Ley de curación

### KEYWORDS

Suppression;  
Miasmatic theory;  
Miasma in activity;  
Miasmatic dynamics;  
Healing law

### Resumen

Se considera el tema de la supresión homeopática, interpretado a la luz de la teoría miasmática y de la homeopatía hahnemanniana y kentiana, e ilustrado con la presentación y comentarios de un caso clínico inédito del Dr. Tomas Paschero.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Miasmatic suppression and treatment. Comments on a clinical case of Dr. Tomas P. Paschero

### Abstract

The subject of homeopathic suppression is considered. This is interpreted in the light of the miasmatic theory and Hahnemannian and Kentian homeopathy and is illustrated with the presentation and comments of an unpublished case by Thomas Paschero.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## El concepto de supresión

En este importante tema, para clarificar la situación, tenemos que dar respuesta a las preguntas siguientes:

1. ¿Qué debe entenderse por enfermedad crónica?
2. ¿Qué es una supresión?

3. ¿Cómo actúa la supresión en la evolución de la enfermedad crónica?

Nada mejor entonces que citar una premisa que dejó sentada entre nosotros el Dr. Tomas Pablo Paschero al desarrollar el capítulo “La búsqueda del Similimum”, que dice:

*“Toda vez que el enfermo no modifique su condición o síndrome mental, no está siguiendo una trayectoria positiva de curación, sino de supresión de las manifestaciones orgánicas o patológicas que pueden conducirlo a metástasis irreversibles o a la fijación definitiva de su neurosis”.*

Siguiendo al Dr. Horacio Roux, diremos que, imitando a Gutman, supresión es el hecho de curar síntomas locales, descuidando la totalidad.

Sabemos que todo proceso normal de curación debe seguir los pasos enunciados por Hering en sus conocidas leyes. Toda mejoría que no se ajuste a ellas es engañosa y significa supresión, y toda terapéutica instituida con el objeto de suprimir un síntoma en sentido inverso al establecido por esas leyes es errónea.

Hipócrates intuyó primero y luego observó un ritmo en la enfermedad que dividió en 3 tiempos: comienzo-maduración-eliminación. Pues bien, al hacerse una supresión, se perturban los 2 últimos términos de ese proceso, que al no resolverse constituyen un nuevo aporte al miasma correspondiente. Del mismo modo que en la enfermedad hay un orden y un ritmo cuya alteración sabemos que significa supresión, hay un ritmo vital en estado de salud cuya alteración también puede significar supresión. Por ejemplo, un shock emocional en la esfera psíquica, efectos físicos actuando brusca e inopinadamente, más aún si actúan sobre un organismo en vías de eliminación fisiológica o patológica, como pueden ser la menstruación, la sudoración, y en los casos de la acción de la medicación alopática sobre eliminaciones patológicas, como diarreas, leucorreas, secreciones y excreciones de las distintas patologías conocidas por todos los médicos.

Lo que se pregunta con frecuencia es si un medicamento homeopático puede también hacer una supresión. Responderíamos que sí, y que muchas veces ésta es más difícilmente reparable que la producida con la alopatía. Éste es también el criterio expuesto por Whitmont: “La supresión homeopática a veces puede ser mucho más nociva que la alopática”. Es más difícil el retorno del síntoma; esto se explica que el efecto de un remedio homeopático, aun prescrito basándose en síntomas locales, siempre es más general que la del alopático.

Dice Kent que los efectos de los medicamentos crudos se desvanecen pronto, pero el medicamento dinamizado suministrado sin fundamento puede imprimir una nueva modalidad morbosa en la economía y complicar o confundir las anteriores. Y habla de usar medicamentos para síntomas locales para paliar agravaciones, o darlos por rutina contra algunas afecciones o en las automedicaciones, que frecuentemente echan a perder los casos y retardan la curación.

En las afecciones de la piel se ven a menudo las supresiones, pues aunque los dermatólogos saben que las afecciones cutáneas no parasitarias son, en su mayoría, reflejos de un trastorno general, insisten en la terapia local sin advertir la derivación morbosa que este hecho acarrea. Introyecciones de los síntomas, que bien sabemos que contrarían la ley de Hering. El defecto aquí estriba en no tratar “al enfermo”.

Señalar las diferencias entre algunas curas rápidas, aun con acaricidas, y otras difíciles, incluso con el medicamento homeopático, en procesos escabíoticos, que en general se

deben a que los pacientes están con la Psora en reacción curativa; en estos casos, con más razón, se debe evitar el uso tópico del azufre, necesario y útil en algunos casos, al principio o al final, sobre todo en pacientes tratados con Sulphur dinamizado, como recomienda, por ejemplo, el mismo Hahnemann. Procediendo con este conocimiento, llegaremos a resolver correctamente estos casos.

En otras dermatosis, como en las epidermofitosis, como es el “pie de atleta”, podemos ver claramente esta impregnación psórica, cura al curar este *miasma en actividad*, así como sus concomitantes, que los alópatas llaman paraalérgicos, al desconocer este dinamismo morboso.

Algo más al respecto se puede decir acerca de la eliminación de úlceras, pólipos y verrugas, que según Roux, no se suprimirían, siempre que nos ocupemos de eliminar el o los miasmas, correspondientes a cada una de esas lesiones. Lo fundamental es no olvidar que las verrugas y los pólipos representan un terciarismo psórico o sicótico y que la úlcera rebelde representa un fondo psórico o, peor aún, luético o pseudosórico, y que ese defecto constitucional y diatético, miasmático, debe ser tratado pues allí se encuentra la verdadera etiología de todas estas afecciones.

Siguiendo con las aportes del Dr. Roux, éste menciona que al medicar los síntomas locales, sin ocuparnos de la totalidad, provocaremos una supresión, y agrega: “En esta totalidad no se han de incluir, para evitar supresiones, los síntomas defensivos o eliminatorios de la enfermedad, pues entonces corremos el riesgo de hacer una supresión aun con medicamentos de fondo o generales, pero prescritos según la totalidad equivocada o mal tomada”.

“Una supresión así lograda significará alterar esas funciones readaptadas que mencionamos antes, creando un nuevo desequilibrio del organismo.”

Luego cita observaciones de algunos médicos sagaces de la escuela alopática, de quienes dice que también han visto lo que es tan fácil de ver cuando se quiere.

Entonces cita a un famoso Pediatra, el Dr. Garrahan, cuando dice en su tratado de puericultura y pediatría: “No es raro observar que el niño eccematoso, al mejorar, se haga un asmático”. O en la obra *El niño asmático*, dirigida por el Dr. Escardó, encontramos varios ejemplos de epilepsia en niños que han “curado” un asma o un eccema. El Dr. Dugour presentó 32 enfermos del Sanatorio Santa María con fistulas anales, de los cuales 9 padecieron su fistula como primera manifestación de tuberculosis; además, reconoce la etiología tuberculosa de la fistula anal en la mayoría de los casos, habiendo observado serias agravaciones de tuberculosis pulmonares o su eclosión, luego de operada y, contrariamente, la mejoría pulmonar cuando la fistula drenaba bien.

De acuerdo con estas observaciones, uno de los maestros de cirugía más importantes de Argentina, el Dr. Chutro, dijo una vez en la Sociedad Argentina de Bs, As: “Todas las fistulas esenciales del año son de naturaleza tuberculosa”; relata casos de tuberculosis y, algunos de ellos, con muerte incluida, y al final de su exposición, manifiesta: “De acuerdo con estas ideas nosotros no hemos operado ningún fistuloso en estos últimos 3 años”.

Continúa Roux reflexionando acerca de la no publicación de los casos de supresión por las curas alopáticas de la gonorrea, por la lentitud en aparecer los síntomas a consecuencia de éstas y por el desconocimiento de la enfermedad

sycosis y las supresiones por su desconocimiento por parte de la alopatía.

Continúa explicando que un síntoma local puede ser eliminativo y no debe ser tratado, pero si trae sufrimiento y desarrolla síntomas compatibles con los estados miasmáticos, se debe medicar según arte, y yo recuerdo el aforismo "lomoseco", postulado para no suprimir en caso de prescribir por los locales, en ausencia de síntomas generales en actividad, sean físicos o mentales. En caso contrario, debemos, como siempre, ocuparnos de la totalidad, sino el paciente quedará desequilibrado, agravando en su miasma y buscará otra vía de eliminación o afectará un órgano noble complicando aún más las cosas. En estos casos, donde los síntomas locales coexisten con generales, se debe dar una potencia más alta del medicamento con el que estamos tratando al paciente, si no da resultado y no vemos otro símil, podemos usar el Nosode y, en última instancia, el medicamento local, que bien indicado no debería suprimir, pero debemos esmerarnos en vigilar el curso del caso, por si presenta modificaciones indeseables, que nos podrían obligar a antidotar o reconsiderar el caso y los síntomas para reencausar la curación.

En general, recomienda en las afecciones eccematosas y otras dermatósicas o alérgicas, así como en las parasitarias, sean por ácaros, hongos, etc., que no sean tratadas con aplicaciones locales bajo ningún concepto, pues nos servirán de "barómetro" para indicarnos la efectividad del remedio de fondo, aunque si fuera necesario, ante un importante sufrimiento o para terminar una curación difícil, siempre debe seguirse con el medicamento antimiasmático de fondo correspondiente, que actuará sobre la totalidad, que es lo que nos interesa.

La evolución de cualquiera de estas afecciones de la piel así como los síntomas locales en la enfermedad crónica bajo la acción de un medicamento general, pueden sufrir variantes cuya interpretación resumimos:

- Agravación del síntoma local con mejoría del estado general: indica buena evolución en un enfermo.
- Agravación del síntoma local con empeoramiento del estado general: indica buena evolución sino se prolonga, en un enfermo intoxicado, con emuntorios deficientes. Si dura mucho, indica que se han suministrado dosis excesivas o potencias demasiado altas. Entonces se hará tratamiento expectante con placebos mientras el enfermo lo tolere, siempre que no se afecten órganos nobles ni aparezcan síntomas patogenéticos. En caso contrario se deberá antidotar.
- Mejoría del síntoma local con agravación del estado general: indica mala evolución. Se deberá antidotar pues se ha hecho supresión.
- Mejoría del síntoma local con mejoría del estado general: indica buena evolución en un enfermo muy poco intoxicado y con emuntorios eficientes.

Para finalizar estas consideraciones, expondremos algunas conclusiones sobre las cuales podemos considerar los distintos puntos de vista que ustedes puedan tener:

- En la evolución de una enfermedad crónica puede hacerse supresión al prescribir basándose en síntomas locales en los siguientes casos: a) cuando hay síntomas genera-

les, y b) cuando el síntoma local significa evolución favorable de la enfermedad crónica, con o sin síntomas generales.

- En la evolución de una enfermedad crónica se pueden producir supresiones aun prescribiendo por síntomas generales. Esto indicará que el medicamento ha sido errado, que ha sido mal tomada la totalidad por incluir síntomas defensivos propios de la enfermedad. Se observará entonces que el síntoma local mejora con agravación del estado general o con la aparición, mediata o inmediata, de una metástasis que contraría las leyes de curación de Hering.

### Un caso de supresión del Dr. Tomas Paschero presentado en al año 1956

Se trata de un paciente de 65 años, estanciero, que consulta por un importante sufrimiento por síntomas urinarios, como una molesta nicturia, con dolores al final de la micción con sensación de ardor y emisión de orina gota a gota. Los dolores empeoran estando acostado.

Hacía 5 meses que había sido operado por un eminente cirujano, pero sus trastornos y molestias continuaron siendo las mismas. Consulta alarmado por creer tener cáncer y no se convence de la aseveración de los médicos en el sentido contrario, a pesar de opinar que la operación había sido innecesaria.

Además, presenta dolores reumáticos en articulaciones que empeoran considerablemente con el tiempo húmedo, el reposo y el ejercicio prolongado, aunque mejora con el movimiento.

La humedad le afecta su estado general con abatimiento mental y dolores.

Sus digestiones son laboriosas, con muchos síntomas por trastornos gastrointestinales, como gastritis, cólicos, constipación, interrumpida a veces por violentos despeños diafíreicos.

Suele tener transpiración durmiendo con sensación de calor.

Pero por encima de sus molestias urinarias y gastrointestinales, junto a su temor a tener cáncer, lo que más le aflige es la profunda alteración de sus nervios que lo mantienen en constante zozobra, con gran agitación, insomnio, preocupación obsesiva por su salud y por su porvenir económico, a la vez que intenso abatimiento físico y moral con incapacidad para la labor cerebral y alarmante disminución de su memoria.

Mientras relata este estado nervioso *rompe a llorar* y dice que llora de rabia, porque toda su situación actual arranca de un *quebranto moral* producido hace un par de años en que se vio despojado de casi todos sus bienes por una maniobra financiera que engaño su buena fe.

La crisis económica que entonces sufrió, tuvo el tono afectivo de *una profunda indignación*, que *no pudo solventar*, porque la persona implicada como causa del desastre, que le había llevado la fortuna ahorrada con el trabajo de toda su vida, era un personaje inalcanzable y tuvo que reprimir toda protesta.

Desde entonces no tiene paz ni sosiego. El insomnio se ha hecho desesperante, pensando en la tremenda injusticia de su destino y el precario porvenir que pueden tener su esposa, 25 años más joven que él y su hija de 3 años de edad.

Es un hombre de complexión robusta, pesa 88 kg. Con 1,77 m de altura, piel blanca, facies algo abotagada, nariz abultada, con muchas telangiectasias, verrugas, nevus rubíes en profusión y gruesa.

El examen físico arroja una presión arterial de 180 mmHg de máxima y 120 de mínima, taquicardia con 90 pulsaciones, hígado aumentado de tamaño de bordes blandos, vientre timpánico, dolores en flanco izquierdo, hemorroides procidentes.

Nació y vivió siempre en el campo, dedicado a las tareas rurales. Hasta los 20 años fue completamente sano, habiendo tenido solo sarampión en su primera infancia.

A los 20 años contraíó blenorragia, que se prolongó por espacio de 1 mes y medio, pero volvió a contraerla a los 23 años y de nuevo repitió a los 28 años. En cada una de estas enfermedades hizo intenso tratamiento, a pesar de lo cual duraron bastante tiempo.

A los 40 años tuvo eccema en forma de intertrigo, con grandes placas que le ocupaban los pliegues inguinales, el bajo vientre y la cara interna de ambos muslos, con gran prurito y abundante secreción melosa-pegajosa.

Le dieron una tinta azul que aplicó localmente, logrando a los pocos días la desaparición del eccema, que reapareció posteriormente en forma episódica en ocasión de transgresiones alimenticias, consiguiendo siempre hacerlo desaparecer con tratamiento local.

En la actualidad persisten eccema en ambos conductos auditivos y periorbitario de 3 dedos de la mano izquierda. Cuando come alguna comida condimentada, guisos, crema o manteca suele aparecer un *rash* eccematiforme en los pliegues inguinales y muslos.

El padre falleció a los 55 años cuando él tenía 17. La madre murió de un ictus apoplético cuando él tenía 40 años.

Tiene 10 hermanos: 6 varones, 4 mujeres. Fallecieron 2 mujeres. Una alienada, la otra por nefritis y un varón por síncope cardíaco. Su hermano mayor tiene 78 años (hipertenso).

#### ¿Cuáles son los síntomas actuales de este enfermo?

- Indignación contenida.
- Agitación.
- Insomnio.
- Ansiedad hipochondriaca. Idea fija del cáncer.
- Ansiedad por su porvenir económico.
- Disminución de la memoria
- Dolores reumáticos articulares que empeoran considerablemente con el tiempo húmedo, el reposo y el ejercicio prolongado, aunque mejora con el movimiento.
- Agravación con la humedad en general.
- Transpiración durante el sueño.
- Polaquiuria con dolor ardiente y miccióngota a gota.
- Verrugas y nevus en profusión cubriendo toda la piel.
- Facies voluptuosa con marcadas telangiectasias.

Frente a este cuadro estábamos ante una verdadera disyuntiva. En el aspecto mental primaba la indignación reprimida, la cólera *rentrée*, con los caracteres que traían incuestionablemente a la mente la idea de Staphisagria.

En el aspecto físico general el síndrome pertenecía netamente a Thuja.

#### ¿Cuál de los 2 correspondía prescribir?

En primer lugar, debemos considerar que todo diagnóstico medicamentoso debe hacerse teniendo en cuenta invariablemente la ley de curación. Es necesario saber perfectamente por qué y para qué damos un remedio, qué es lo que debe esperarse como reacción de todo el enfermo en el cumplimiento de la ley de curación.

Sabemos que en toda la historia biográfica del enfermo crónico ha habido manifestaciones exonerativas de la piel y mucosas en forma de episodios agudos o esporádicos, que nos dan la pauta de las necesidades que el organismo pugna por satisfacer para superficializar su proceso mórbido interno. Y, asimismo, la historia nos relata las medicaciones supresivas que se han administrado y la relación clínica evidente entre estas supresiones y múltiples trastornos internos.

En este enfermo debemos curar la sycosis que fue suprimida en 3 ocasiones: a los 20, 23 y 28 años. Consecutivamente, debemos curar la psora reprimida que intentó defender a este enfermo con frecuentes brotes de eccema, intertrigo, primero y después extendiéndose a cabeza y miembros.

Hasta los 20 años no había tenido más manifestación psórica que el sarampión (como transcriptor de este elocuente trabajo del Dr. Paschero, debo aclarar que no concuerdo con su consideración acerca de la psora y el sarampión, por considerarlas entidades independientes, de acuerdo a la doctrina hahnemanniana).

La sycosis no se cura si no se establece una descarga mucosa.

La psora no satisface su hipersensibilidad si no establece una erupción pruriginosa de la piel.

En este paciente debíamos esperar el retorno de sus manifestaciones exonerativas de la piel y mucosas.

En segundo lugar, debemos considerar que todo cuadro mental debe ser comprendido. Los síntomas mentales expresan un estado psíquico y lo psíquico es la fiel expresión de lo orgánico. Pero para que podamos captar la fiel expresión de lo orgánico en lo psíquico, tenemos que interpretar lo mental a través de las variadas formas personales de elaborar lo psíquico.

#### ¿El cuadro mental de este enfermo era realmente Staphisagria?

El síndrome característico de Staphisagria es:

Efectos de indignación cuando ésta no ha podido tener su natural expresión.

“El hombre ha sido insultado. Siendo demasiado digno para responder al insulto, traga su rabia y se va a su casa temblando y exhausto.” Queda con un estado mental de gran sensibilidad a la menor impresión. La menor palabra que le parece mal o el incidente más trivial le ocasiona una violenta reacción llegando a tirarle las cosas a la persona que imagina haberle ofendido. Estalla entonces con bruscos impulsos y falto de todo control.

Es decir, Staphisagria tiene un estado de susceptibilidad, de ofensibilidad reactiva condicionada por una disposición constitucional. Responde al alérgeno insulto sin poder responder adecuadamente, sin poder tener la natural expresión de su ofensa. Quiere decir, entonces, que le impide reaccionar como debiera, algo que condiciona asimismo la

Tabla 1 Repertorización de los síntomas sycósicos

Síntomas sycosis												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2	3	2	3	1	3	1	1	—	—	1	1	2
3	2	3	1	2	2	1	2	3	3	2	1	2
4	3	3	2	2	1	3	2	1	3	2	3	2
5	2	3	2	1	1	2	1	1	3	2	2	—
6	3	1	2	2	3	2	2	1	2	2	1	—
7	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1

Marcación miasmática

P: psora; L: psora latente; D: psora desarrollada; 1: psora primaria; 3: psora terciaria; S: syphilis; V: Sycosis; X: pseusopsora.

elaboración patógena de esa rabia introyectada engendrando el cuadro característico mental de Staphisagria.

Ese algo es el terreno diatésico, la capacidad reactiva mórbida para asimilar las influencias exteriores, tanto cósmicas como emocionales.

El síndrome psíquico-mental de Staphisagria se produce en un terreno psoro syphilitico y sycósico con particular exaltación de la agresividad destructiva del genio sifilítico. El individuo no puede liberar la agresividad y responder a la ofensa porque se tiene prohibida toda hostilidad, ya que ésta es eminentemente destructiva; la reprime, la introyecta y provoca el estado de indignación contenida que se somatiza en la contractura de los músculos lisos de las vías urinarias e intestinos con la estranguria y los cólicos.

En un individuo sycósico como en nuestro caso, sin trazas ostensibles de syphilis en su constitución, el alérgeno emocional *indignación*, no provocó un cuadro reactivo de Staphisagria sino los trastornos de su primitiva blenorragia junto a la depresión anímica propia de una constitución sycósica (tabla 1):

- Agitación.
- Preocupación hipocondríaca de su salud.
- Idea fija del cáncer.
- Alarmante disminución de la memoria.

En la actualidad, si realizamos la repertorización de acuerdo a la jerarquización del *miasma en actividad*, según lo que nos explica Paschero, o sea el miasma sycósico, comprobamos que efectivamente el medicamento que el maestro había elegido correspondía a las modalidades de la enfermedad crónica citada en mayor medida que los otros medicamentos que vemos en la repertorización y que en su naturaleza miasmática difieren sustancialmente de Thuja.

Continuando con la descripción que nos hace Paschero del caso, dice:

Por consiguiente:

- Primero. Porque el cuadro psíquico no correspondía a la naturaleza del enfermo.
- Segundo. Porque no podía esperarse se correlacionara con la ley de curación de este enfermo que exigía una exoneración de su *sycosis reprimida*.

El 19 de noviembre de 1954 se prescribe THUJA 200. Se resfría a los 8 días y aparece abundante catarro nasal amarillo-verdoso filante que dura 4-5 días. Mejora el cuadro digestivo; desaparecen los ardores de estómago sin medicación.

El 16 de diciembre se prescribe THUJA 10 Mil. A los 11 días aparece abundante catarro nasal otra vez con traqueítis; dura unos 15 días y se va sin medicación. Mientras tanto, mejoría de su estado general, los síntomas urinarios persisten aunque con menos dolores y ardores uretrales.

Mentalmente está mejor pero su situación financiera parece mejorar.

El 14 de febrero:

- El cuadro es estacionario. Más apagado pero con los mismos síntomas. Ardores al orinar, al terminar la micción.
- Polaquiuria nocturna.
- Constipación.
- Dolores reumáticos.
- Dificultad para la labor cerebral.
- Agitación e inquietud.
- Disminución de la memoria.

No tenía la idea fija del cáncer, ni los temores respecto a su salud, ni su preocupación económica. Prescripción: SULPHUR 10 Mil (tabla 2)

Tabla 2 Repertorización de síntomas psóricos

Síntomas psóricos											
1	Vejiga-micción, frecuente por la noche [D]	166	2	Mente-mental, esfuerzo-agr. [P]	221	3	Mente-inquietud, ansiosa [PD]	145	4	Mente-memoria, debilidad de memoria [P*SV*]	398
5	Piel-erupciones, suprimidas [P]	90	6	Extremidades-dolor, reumático [3]	299	7	Extremidades-dolor, articulaciones-reumático [DV]	166			
lyc. 7/20	caust. 7/17	sulph. 7/17	bell. 7/15	calc. 7/15	nux-v. 7/15	puls. 7/15	rhus-t. 7/15	sep. 7/15	ars. 7/14		
1	3	2	3	3	2	2	2	3	1		
2	3	2	2	1	3	3	1	3	1		
3	3	2	2	2	1	2	2	1	3		
4	3	3	2	3	2	2	2	3	3		
5	2	2	3	2	1	3	2	2	2		
6	3	3	3	2	2	2	3	2	3		
7	3	3	2	2	2	2	3	1	1		

Marcación miasmática

P: psora; L: psora latente; D: psora desarrollada; 1: psora primaria; 3: psora terciaria; S: syphilis; V: sycosis; X: pseusopsora.

Procediendo de la misma manera que en la repertorización anterior, reafirmamos la conclusión a la que arriba llegaba Paschero ante la modificación del *miasma en actividad*, al repertorizar los síntomas cuya modalidad corresponden a la enfermedad crónica psora desarrollada, comprobando que Sulphur se corresponde con la modalización de los síntomas correspondientes a este miasma, a pesar de los otros medicamentos, incluso Thuja, que salen en la repertorización, pero que resultan ajenos a la naturaleza de la enfermedad miasmática actual.

Continuando con la descripción que nos hace Paschero del caso, dice: "Aparece entonces a los 20 días una erupción eccematiforme en ambos dorsos de manos y parte de antebrazos, pliegues inguinales, cara interna de muslos y ambas pantorrillas, sobre todo el lado izquierdo".

Día 8 de marzo. "Lo vi con esta intensa erupción que implicó una enorme mejoría de su cuadro general y urinario habiendo casi desaparecido los síntomas diuréticos."

Visto de nuevo el 15 de abril, el 19 de mayo, junio y julio, y el 14 de agosto. Conserva aún restos de eccema en dorso de mano izquierda. El resto normal.

## Conclusiones

Terminamos la exposición de este caso descrito por el maestro Paschero, señalando de las fuentes hahnemanianas y kentianas que sólo los síntomas no nos dan la imagen del si-millimun, sino la naturaleza miasmática de la enfermedad y del medicamento que más se adapta a ésta por sus modalidades, por eso refiere Kent que hay que anteponer a la naturaleza de las enfermedades miasmáticas el medicamento que más se adapta a ella por sus modalidades.

Esta dinámica miasmática está lejos de crear supresiones en los pacientes como ocurriría con la mera prescripción por síntomas, sin considerar la naturaleza de la enfermedad miasmática en actividad.