*DR. ARTUR DE ALMEIDA REZENDE FILHO*

Médico homeopata

 REPERTÓRIO

 e

 REPERTORIZAÇÃO

 REPERTORIZAÇÕES

 PRÉ - FABRICADAS

 **Editorial Homeopática Brasileira**

 1972

 A minha esposa **Esmeralda**,

 companheira, inspiradora, incentivadora

 Amor

 Ternura

 Carinho

 Gratidão

 Ao Prof. **David Castro**, batalhador impertérrito,

 que, dentre muitas realizações, idealizou e criou a

  **Editorial Homeopática Brasileira**

 APRESENTAÇÃO

 O presente trabalho representa uma fusão de dois outros, feitos em diferentes épocas: o primeiro, elaborado por ocasião do 3ọ Congresso Brasileiro de Homeopatia, realizado em São Paulo, em 1952; e o segundo, quando fui convidado a discorrer sobre o mesmo assunto, no 1ọ Curso Intensivo de Homeopatia, realizado no Rio de Janeiro, no Instituto Hahnemanniano do Brasil, no ano seguinte. Os dois trabalhos diferem entre si: dei ao primeiro uma feição de **tese** e enfatizei a defesa dos princípios repertoriais, com respostas adequadas às críticas comumente feitas; sendo o segundo uma **aula,** nele procurei principalmente orientar os ouvintes no conhecimento do repertório e na sua utilização. A fusão dos trabalhos foi feita harmoniosamente e o conjunto apresenta-se como um todo ordenado, com boa distribuição de matérias.

 Representa o trabalho o fruto de muitos anos de labor clínico cotidiano.

 Com o primeiro trabalho concorri aos prêmios do 3ọ Congresso Brasileiro de Homeopatia, certame científico em que conquistou medalha de prata. O parecer do relator, que julgou o trabalho sem a menor identificação de autoria, foi o seguinte:

 “Apreciamos imensamente o trabalho pela sua originalidade, raridade em nosso meio, utilidade, clareza de exposição, convicção e experiência do autor.

 O A. foi muito feliz na apresentação do assunto, na sua defesa e nas exemplificações com casos concretos.

 Chamamos a atenção dos colegas para o argumento irrespondível, que o processo mental na repertorização é exatamente o empregado na clínica diária, com a diferença de o Repertório ser um instrumento de precisão, na feliz expressão do autor.

 Fazemos votos para que este Congresso dê a devida atenção a este belo trabalho, levando todos os médicos homeopatas a vencer a barreira que os separa da repertorização – o desconhecimento do Repertório.

 Usando o repertório em nossa clínica há muitos anos e conhecendo toda a literatura relativa, muito aprendemos neste trabalho, que irá aperfeiçoar nossa prática.

 Em resumo, diremos que é um trabalho que por si só justifica um Congresso.”

 O parecer é assinado pelo Prof. KAMIL CURI, então livre-docente e hoje catedrático de Matéria Médica, 1a cadeira, da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

 I – APOLOGÉTICA:

 - Primeira crítica: muito tempo empregado

 - Segunda crítica: Só os policrestos

 - Terceira crítica: os “pontos”

 - Comparação entre uma consulta **com** e **sem** repertório

 II – TEORIA

1. **Repertório**

 - Definição

 - Repertório e Matéria Médica

 - Repertório – instrumento necessário

 - Hahnemann e o repertório

 - O primeiro repertório publicado

 Repertórios até hoje publicados:

 - Rep. gerais e part.

 - Rep. que facilitam

 - Alguns comentários

 Os mais importantes repertórios:

 - Kent

 - Boenninghausen

 - Holcomb-Roberts

 B. **Repertorização**

- Conhecer bem o instrumento

 - Conselhos úteis

 Dificuldades encontradas:

 - Língua do repert.

 - Linguagem do paciente

 - Do próprio repert.

 Métodos de repertorização:

 - Boenninghausen

 - Kent

 - Comp. entre os dois

 Como repertorizar:

 - Processo mecânico

 - Com sintoma diretor

 - Processo de elimin.

 - Disposição material

 - Quadro repertorial

 - Considerações finais

 III – PRÁTICA

1. **Exemplo de repertorização**
2. **Casos de repertorização na clínica cotidiana**

  **I – APOLOGÉTICA**

 Serão, realmente, necessárias algumas palavras *em defesa* do repertório? Pensamos que sim.

 Os homeopatas, em geral, selecionam os medicamentos por meio de uma anamnese bem dirigida. Só com isso curam muitos casos ou, pelo menos, obtêm resultados muito interessantes. Daí o acostumarem-se com essa orientação e o sentirem-se satisfeitos dentro dela. Ora, quem está satisfeito não sente necessidade, nem vontade, de mudar a sua orientação técnica. Assim é que, ao se falar em repertorização, uma boa parte dos colegas homeopatas manifesta resistência, má vontade, desconfiança, ou mesmo decidida aversão.

 Esses sentimentos já foram plenamente compartilhados pelo autor destas linhas. Presentemente, porém, a nossa atitude é bem diversa, constituindo essa mudança o motivo principal que nos levou a escrever este trabalho.

 Mais pela observação do ambiente do que pela leitura, verificamos certos fatos que passamos a enumerar:

 1) Predomina em alguns espíritos uma idéia exagerada a respeito das dificuldades de uma repertorização e do tempo necessário para a sua realização.

 2) Outros, acham que uma pesquisa repertorial só poderá indicar os policrestos, com desprezo dos medicamentos menos conhecidos, apesar de utilíssimos e de serem por eles aplicados de longa data, com proveito.

 3) Outros, ainda, sentem aversão pela escolha de medicamentos *baseada em pontos*, sendo “vencedor” o remédio que conseguir maior contagem. Dá-lhes isso a idéia de que o repertório é algo com pretensões matemáticas; acham um absurdo que se apliquem meios matemáticos à solução de problemas ligados à vida. Pensando nesse grupo, lembro-me sempre do grande homeopata francês *Dr. Fortier-Bernoville*, o qual, em uma das suas habituais crônicas para a revista *A Homeopatia Moderna*, no nọ 9, de 1o de maio de 1934, assim se exprime: “E, sobretudo, livremo-nos desse método (o qual repugna ao espírito latino) que consisti em dar aos medicamentos sob estudo comparativo – um coeficiente em relação com a repetição dos seus nomes em cada rubrica do repertório e em relação com os seus graus tipográficos: Nux vomica = 32, Phosphorus = 26, Lachesis = 23. Logo, Nux vomica é o remédio. Essa maneira de proceder não toma em consideração uma porção de fatores muito importantes, tais como os antecedentes do doente e a experiência clínica do médico. Ela é, para nós franceses, inadaptável à maleabilidade do nosso espírito, às qualidades de clareza e de lógica do raciocínio – as quais são para nós as mais importantes de todas”.

 Também um outro francês, o *Dr. Charles Mondain*, prefaciando o repertório do *Dr Léon Renard*, diz: “Se bem que eu prefira, em vez do uso dos repertórios, um método mais largo, mais clínico, para a escolha dos medicamentos apropriados ao doente em tratamento...”

 Em data bem recente (1972), graças à gentileza do *Dr. Imperatriz*, de Poços de Caldas, pude obter uma carta a ele dirigida, em resposta, por *Léon Vannier*, da qual mandei tirar xerocopia. Traduzo apenas o trecho que mais nos interessa: “Todos os repertórios que conheço – Clarke, Allen, Kent, Shedd, Voisin – não são concordantes e osque parecem mais bem documentados são os menos claros. Na realidade, não se pode determinar um medicamento homeopático com um dicionário. O repertório pode ajudar num lapso de memória e orientar o espírito do médico e nada mais. O remédio deve ser estudado em profundidade e compreendido em sua extensão.”

 Muito de propósito citamos esses três homeopatas franceses, porque nos parece que, em geral, os gauleses não são muito propensos ao uso do repertório, ao passo que ele é muito mais usado pelos ingleses e norte-americanos. No *Congresso Pan-Americano de Homeopatia,* realizado em 1948, perguntei a um dos homeopatas norte-americanos se ele usava o repertório. Respondeu-me ele que usava o repertório do *Kent* e, com tanta freqüência, que já tinha sido obrigado a mandar encaderná-lo seis vezes.

 Agora, breves respostas a essas críticas. Elas estão numeradas e assim vão as respostas.

1. **Primeira crítica: muito tempo empregado**

 Não há dúvida que certas repertorizações são muito trabalhosas. Mas também é certo que muitas outras podem ser feitas em muito pouco tempo. O tempo, maior ou menor, dependerá do número de rubricas empregadas.

 O que alonga muito a repertorização é o médico não conhecer bem o plano do repertório e ser por isso obrigado a esquadrinhá-lo, a procurar rubrica por rubrica, para encontrar o que tem em mente. É necessário conhecer perfeitamente o repertório, estar bem familiarizado com ele e saber, de improviso, onde encontrar uma determinada rubrica. Após os meus primeiros ensaios repertoriais, decidi-me a escrever em um caderno todas as rubricas do repertório de Kent, com as respectivas traduções. Essa longa e penosa tarefa foi-me, entretanto, muito útil. Muita razão assiste ao grande *Kent* quando diz no Prefácio do seu repertório: “Somente por um manuseio constante pode o repertório tornar-se um companheiro e auxiliar.”

 Para me convencer bem do tempo empregado em uma repertorização, resolvi, há alguns anos atrás, fazer 20 repertorizações seguidas, controlando sistematicamente a duração do trabalho propriamente repertorial, isto é, não foram incluídos o tempo da anamnese e o da seleção dos sintomas. Depois, o tempo empregado passou a ser controlado, incluindo o necessário para a anotação dos sintomas utilizados. Para ser mais claro: a colheita dos sintomas e a *meditação* para resolver quais os utilizáveis não tiveram o tempo controlado; mas a pesquisa repertorial completa foi controlada, anotando-se, nas costas do papel, todos os sintomas manejados. Poderá parecer supérfluo o eu dizer que, antes de contar o tempo, assegurava-me se tinha à disposição o modestíssimo material necessário: papel, caneta-tinteiro, régua, lápis e borracha (além, é claro, da ficha do doente e do *Repertório de Kent*). Os doentes foram todos do meu consultório particular, mas só casos que me consultavam pela primeira vez.

 Pois bem, o caso mais trabalhoso levou 48 minutos; a média foi de 15 a 25 minutos; 4 casos foram resolvidos em menos de 15 minutos. É isto muito tempo?

 Finalmente, para encerrar essa parte, citemos um trecho da *Introdução ao Repertório de Boenninghausen*, feita por *H. A. Roberts* e *Annie C. Wilson*:

 “Fez-se ao processo de análise de *Boenninghausen* a objeção de que ele toma muito o tempo de um médico atarefado. Poder-se-á perguntar: Quanto tempo se leva para estudar um caso crônico refratário? Se uma ou duas horas gastas repertorizando um caso trouxerem ao nosso espírito os *similes*, dentre os quais poderemos facilmente selecionar o *simillimum*, é isso um desperdício de tempo?”

 2) **Segunda crítica: só aparecem os policrestos.**

Vamos à “*Iniciação Homeopática”*, do *Prof. Galhardo*, à página 460: “Na Matéria Médica, dado o medicamento, encontraremos os sintomas patogenéticos. No Repertório, o contrário sucede: dado o sintoma patogenético, encontraremos o medicamento ou medicamentos que o possuem. Diz-se, por isso, ser o Repertório a Matéria Médica invertida.”

 Ora, se o Repertório é a matéria Médica invertida, ele será um *reflexo* da Matéria Médica. Quanto maior o número de medicamentos estudados, tanto maior o número de medicamentos citados nas diferentes rubricas do repertório. Imaginemos um repertório organizado no tempo em que só tinham sido experimentados 60 medicamentos. Quantos medicamentos seriam citados nas diferentes rubricas desse repertório? Obviamente, sessenta. Isso, quanto aos medicamentos em geral. Para *cada* medicamento, acontece a mesma coisa. Tal medicamento provocou no homem são inúmeros sintomas – tal outro, pouquíssimos sintomas – um será muito citado no repertório, outro muito pouco citado. Não é isso claro?

 O que foi dito acima refere-se ao que é um repertório *em si*. Agora, se um determinado repertório é bem ou mal construído, isso não corre por conta do processo da edificação *em si*, mas é assunto de responsabilidade pessoal de cada autor de repertório.

 Aparece agora uma crítica cabível, ou melhor, uma interrogação justificável: “Os repertórios de que podemos dispor atualmente, merecem a nossa confiança, em relação ao número de medicamentos estudados?” Penso que posso responder afirmativamente, se restringirmos a questão aos dois repertórios que conheço: o de *Boenninghausen* e principalmente o de *Kent*.

 O repertório de *Boenninghausen* continha 126 medicamentos, na obra original. Na edição de *Allen* do mesmo repertório, aparecem 342 medicamentos – o número foi mais do que dobrado. Entre parênteses, notemos que este fato constitui mais um argumento dentro da mesma ordem de idéias que estamos considerando: novos medicamentos foram estudados, a nova edição do repertório *reflete* esse aumento.

 Quanto ao repertório de *Kent* – contém ele 593 medicamentos. Se considerarmos o quão severo era o grande *Kent* em criticar remédios mal estudados*,* quão frequentemente vemos na sua Matéria Médica a advertência lamentosa de que a experimentação de tal ou qual droga está incompleta (principalmente em relação aos sintomas mentais) – não poderemos deixar de verificar que, na construção do seu repertório, ele não levou em consideração esse seu *sentimento,* ou, se me permitem o trocadilho, *ressentimento*, contra medicamentos só parcialmente provados. Na sua Matéria Médica só figuram 180 patogenesias.

 3) **Terceira crítica: “os pontos”.**

Aqui, trata-se principalmente de u’a má interpretação, fácil de ser esclarecida. Que me conste, nenhuma autoridade em Homeopatia indicou que o repertório devesse ser usado matematicamente, pela maneira criticada pelo *Dr. Bernoville*. Sua crítica exprimiria a verdade se os homeopatas que usam o repertório administrassem cegamente o remédio “vencedor”. Não é isso o que encontramos na literatura homeopática. Vejamos o que diz *Kent*, no “*Lesser Writings*”, sob o sub-título *Uso do Repertório*, à página 257: “ É perfeitamente possível que um remédio *que não tenha a maior contagem* seja o mais semelhante em imagem, como se visto pela Matéria Médica.”

 Em Roberts – Wilson, página 74: “Na análise final, devemos ir à Matéria Médica”. Página 75: “Leve os resultados até a Matéria Médica. O repertório é um meio para um fim, nunca um fim em si mesmo.”

 \* \* \*

 Respondidas essas críticas comumente feitas, desejo, antes de passar a outro assunto, frisar que a pouca apreciação pelo repertório depende principalmente de falta de hábito. Como disse antes, o homeopata, acostumado a prescindir do repertório, tendo sem ele resolvido satisfatoriamente grande quantidade de casos clínicos, estranha outro processo que não aquele ao qual está habituado. E entretanto, se pensarmos bem, veremos que, numa consulta médica, o profissional, em última análise, faz a mesma coisa que numa repertorização. Que é que faz o médico numa consulta? Toma nota de todos os sintomas apresentados pelo doente e pensa em todos os medicamentos que contêm em sua patogenesia esses sintomas. Compara esses medicamentos entre si e escolhe o mais semelhante, isto é, aquele que cobre melhor o caso, o que apresenta mais vezes os sintomas do caso. Que é uma repertorização? A mesma coisa. Os sintomas são anotados num papel e vemos todos os medicamentos que o repertório traz nas diferentes rubricas (ou sintomas). Os remédios apontados serão examinados e escolhe-se o mais semelhante. O processo é *essencialmente* o mesmo.

 A diferença é que o repertório é mais acurado, mais preciso – é no dizer de *Kent*, “o nosso principal instrumento de precisão”. Numa consulta, o médico fia-se na sua memória, que pode ser boa ou não. No repertório, encontraremos todos os medicamentos que têm na sua patogenesia um determinado sintoma. Vejamos um exemplo. Suponhamos que um doente conte que sente muito calor nos pés. O medicamento que vem em primeiro lugar à mente de todos os homeopatas é Sulfur. Outros poderão pensar também em Pulsatilla e Chamomilla. Ora, o repertório nos dá 70 medicamentos! Se desprezarmos aqueles que apresentam um ponto e incluirmos só os com dois e três pontos, teremos 17 remédios, número assim mesmo muito superior ao que um médico, mesmo treinado, possa reter de memória. Suponhamos, para prosseguir, que esse mesmo doente nos conte uma agravação pelo banho. “Aí então”, dirão, “não há dúvida que só pode ser o Sulfur”. Vamos ao repertório. Os medicamentos que apresentam esses dois sintomas combinados são: Causticum, Chamomilla, Lycopodium, Petroleum, Sepia e Sulfur – 6 medicamentos, portanto. E ainda deixamos de computar: Nux vomica, Pulsatilla e Silicea, que aparecem sob a segunda rubrica com um só ponto. Prossigamos: o mesmo doente nos conta que é agravado pela posição de pé, parado. Eis aí outro bom sintoma de Sulfur. Combinando os três sintomas, o repertório nos dá (sempre desprezando os medicamentos que aparecem com um só ponto): Causticum, Sepia e Sulfur. (1)

 Cremos que essas considerações são bastante elucidativas e falam por si mesmas. Mostram claramente o precioso auxílio que o repertório proporciona à memória do homeopata, o que o torna um instrumento necessário, correspondendo a uma necessidade real, imperiosa e natural da nossa inteligência.

 (1) Vinte anos depois: As considerações acima foram interpretadas no sentido de o A. preconizar, nas repertorizações, o desprezo dos medicamentos com um só ponto. Foi o A. mal compreendido. Trata-se de um *caso hipotético*, em que se faz comparação entre a memória do médico e a “memória” do repertório. Os medicamentos com um só ponto são afastados apenas como *reforço de argumentação*: não fossem eles eliminados e a diferença entre as duas memórias seria ainda muito maior.

 **I I – TEORIA**

Dividiremos o assunto em:

1. Repertório
2. Repertorização.

A) REPERTÓRIO

 1. **Definição**. Que é um repertório? Repertório significa lista, índice, catálogo, coleção. Um repertório homeopático é um índice dos sintomas registrados na Matéria Médica homeopática.

 2. **Repertório e Matéria Médica.** Qual a relação entre u’a matéria médica e um repertório? Os dois são precisamente opostos. Diz-nos o *Prof. Galhardo*:“Na Matéria Médica, dado o medicamento, encontraremos os sintomas patogenéticos. No Repertório, o contrário sucede: dado o sintoma patogenético, encontraremos o medicamento ou medicamentos que o possuem. Diz-se, por isso, ser o Repertório a Matéria Médica invertida.”

 3. **Um pouco de história: Hahnemann e o repertório.**

Já aqui, entramos em terreno mais delicado e sujeito a controvérsias. Podemos subdividir o assunto da seguinte maneira:

 a) **Foi Hahnemann autor de repertório?**

Encontramos, traduzindo a introdução de *Roberts e Annie C. Wilson* ao *Repertório de Boenninghausen*, o seguinte trecho: “Uma evidência a mais de que a identificação de sintomas tornara-se uma tarefa penosa, mesmo para *Hahnemann*,é o fato de ter ele próprio compilado um pequeno repertório de alguns dos sintomas diretores. Esse repertório foi impresso em latim. Posteriormente, ele expandiu ainda mais essa idéia, mas esses outros repertórios ainda são manuscritos, nunca tendo sido publicados (o *Dr.* *Ricardo Haehl* fala neles na sua *Vida de Hahnemann*).”

 Por aí parece claro que *Hahnemann* foi autor de um repertório, para seu uso particular. Entretanto, o *Prof. Nogueira da Silva*, grande homeopata do Rio de Janeiro, nega esse fato, afirmando que Hahnemann nunca escreveu qualquer repertório. Com quem está a razão? Limitamo-nos a expor os fatos, os quais, sendo de ordem exclusivamente histórica, serão futuramente focalizados por cuidadosas pesquisas nesse setor.

 b) **Qual a atitude de Hahnemann a respeito do repertório?**

 Sobre esse ponto há dados históricos que indicam uma atitude favorável de *Hahnemann*, assim como um outro que *parece* mostrar opinião diversa.

 Dados favoráveis:

 – Em *iniciação homeopática*, do *Prof. Galhardo*: “*Hahnemann* mantinha, permanentemente, ao alcance de suas mãos, durante suas consultas, o *Repertório de Rueckert*...”

 – Em *Roberts*: “Boenninghausen era amigo íntimo e discípulo de *Hahnemann* e foi com o encorajamento deste que escreveu o seu primeiro repertório”, o qual, “continha um prefácio do próprio *Hahnemann*”.

 – No próprio *Hahnemann*, em um apêndice ao § 153 do *Organon* (apontado pelo *Prof. Nogueira da Silva*) : “ O *Dr.* *Von Boenninghausen*, pela publicação dos sintomas característicos dos medicamentos homeopáticos e do seu Repertório, prestou um grande serviço à Homeopatia...”

 Dado que parece ser adverso:

 Também indicado pelo *Prof. Nogueira da Silva*, nas *Doenças Crônicas de Hahnemann*, à página 170 da edição francesa: “Para cumprir dignamente sua missão, deve o homeopata estar bem convencido de que não há no mundo ato que exija mais consciência do que o tratamento de uma vida humana, posta em perigo pela doença. Seu primeiro cuidado será, pois, estudar o estado do doente, pesquisar os comemorativos, descobrir as causas que entretêm o seu mal, perscrutar seu gênero de vida, estudar seu caráter, espírito e constituição (segundo os preceitos traçados no *Organon*);após o que procurará tanto no próprio *Tratado das doenças crônicas* quanto na *Matéria médica pura* e algures o medicamento cujos efeitos próprios tenham o máximo de semelhança, se não com todas as particularidades do caso presente, pelo menos com as mais salientes. Não se contentará, para isso, em recorrer aos repertórios que são próprios somente para apontar o caminho de tal ou qual substância suscetível de ser recebida, mas que não podem nunca dispensar o recorrer às próprias fontes. Quando não se tem a precaução e a paciência de seguir essa marcha nos casos críticos e complicados, quando se limita às vagas indicações dos repertórios e despacha apressadamente os doentes uns após outros – não se merecer o nome honroso de homeopata: não se é senão um trapalhão, que muda de remédio a cada instante até que o doente, perdendo a paciência, abandona o indigno autor do aumento de seus males, sobre a cabeça do qual deveria recair uma responsabilidade, imputada, entretanto, à própria ciência.”

 Pela leitura dessa longa citação depreende-se que *Hahnemann,* ocupando-se das *faltas* dos homeopatas, profliga os receitadores apressados, os quais fazem um mau uso do repertório, deixando de levar à Matéria Médica os resultados por ele fornecidos. Enviamos o leitor à resposta à terceira crítica, na Apologética.

 4. **O primeiro repertório publicado.** Deixando de lado a questão, ainda controversa, de *Hahnemann* como autor de repertório, o primeiro de fato publicado foi de Rueckert, “publicado pelo próprio autor, sob a denominação de *Repertório de Moléstias Crônicas”.*

 5. **Repertórios até hoje publicados.** Achamos que seria interessante a organização de uma lista completa de repertórios. É, entretanto, esse um trabalho muito difícil, só possível a quem tenha acesso a uma grande biblioteca, não direi uma biblioteca particular, mas uma pertencente a uma agremiação científica homeopática, como por exemplo, a do Hospital Saint-Jacques. Eis porque queremos aqui render homenagem ao esforço bibliográfico do *Prof. Galhardo* que, na sua excelente obra “*Iniciação Homeopática*”, nos fornece uma longa lista de repertórios (mais de oitenta), acrescentando: “Além dos repertórios citados existem, certamente, outros que escaparam à nossa investigação bibliográfica. Estamos certos, entretanto, que poucos terão sido os omitidos”. Não achamos oportuno reproduzir aqui essa lista. Julgamos, entretanto, de bom aviso, expender sobre ela algumas considerações.

 – **Repertórios gerais e particulares.** Percorrendo a lista, vemos logo que há repertórios gerais e especializados. Entre esses últimos temos, por exemplo, os assuntos: leucorréia, febre intermitente, coqueluche, hemorróides, diarréia etc. É evidente que os repertórios de âmbito geral são muito mais importantes, pois uma de suas mais relevantes missões é a solução de casos crônicos, complicados, com sintomas espalhados por todos os setores do organismo. Os exemplos acima são ainda de doenças (febre intermitente, coqueluche) ou síndromes (síndrome diarréica, por exemplo). Mas há, na lista, repertórios de simples sintomas, como por exemplo, suor dos pés, sensação de cama dura...

 – **Repertórios que visam facilitar o médico**. Continuando a observar a lista do *Galhardo,* vemos a citação dosrepertórios de furos e os de chanfraduras. Nunca vimos um repertório de chanfraduras. Já vimos um de furos, de autoria do homeopata mexicano *Marcos Jimenez,* que nos pareceu muito prático. Seria injustiça não lembrar aqui o interessante sistema adotado pelo nosso colega *Dr. Schleder*, que é do conhecimento de todos. Devemos lembrar também o repertório de *Anselmi,* recente, que poderíamos chamar repertório dos quadrinhos.

 Esses repertórios apenas facilitam a parte manual, material, da repertorização. O seu valor intrínseco estará subordinado ao número de rubricas em cada repertório e ao número de medicamentos em cada rubrica. O repertório de *Anselmi,* por exemplo, não tem a rubrica *Asma*...

 – **Outros repertórios.**  Vamos agora, ainda esquadrinhando a enumeração do *Prof. Galhardo,* bordar alguns comentários sobre certos repertórios citados.

 – O primeiro repertório que Boenninghausen escreveu foi traduzido para o inglês por *Boger*. O *Galhardo* dá-lhe como título “*Repertório dos Anti-sifilíticos e Anti-sicóticos*”. Na edição que possuo, creio que a única, o título é “*Um repertório, sistemático e alfabético, dos remédios homeopáticos*”. Mais adiante vem: “*Abrangendo os remédios antipsóricos, anti-sifilíticos e anti-sicóticos.*”

 Acrescenta o *Prof. Galhardo*: “Esta obra não é, propriamente falando, um repertório, como presentemente consideramos. É a representação de algumas características de 50 medicamentos antipsóricos, anti-sifilíticos e anti-sicóticos”. Não concordo. Trata-se de um verdadeiro repertório, aliás bem impresso, com as suas seções bem caracterizadas e rubricas bem distintas.

 – Repertório de leucorréia e sintomas concomitantes, de *Cushing*. Publicado em 1872. Numa segunda edição, dez anos depois, o autor mudou o título para: “Leucorréia: sintomas concomitantes e tratamento homeopático”. Livro de 163 páginas, das quais só 63 dedicadas à parte repertorial propriamente dita. Tivemos a curiosidade de confrontar a riqueza de suas rubricas com as correspondentes do Repertório de *Kent*. Por exemplo:

 Leucorréia leitosa – Cushing: 16 medicamentos; Kent: 31.

 Leucorréia com mau cheiro – Cushing: 14 medicamentos; Kent: 46.

 Leucorréia amarela – Cushing: 32; Kent: 74.

 Vemos por aí, que, apesar de especializado, esse repertório não sobrepuja o de *Kent*, o qual tem a vantagem de ser mais recente e portanto, mais completo.

 – Repertório dos Sintomas-Guias, de *Hering*. Dá o *Prof. Galhardo* como sendo o décimo e último volume da obra de *Hering*. Há aqui um engano. O décimo volume dos Sintomas-Guias é o que contém os medicamentos de Staphisagria a Zizia. Esse repertório deve ser o décimo primeiro.

 – Repertório de Concordâncias, de *Gentry*. “Em seis grandes volumes, com quase 6.000 páginas”! O *Kent* tem 1.423 páginas. Eis um livro que gostaríamos de conhecer!

 – Repertório de diarréia, de *James B. Bell*. A edição que possuímos é a décima terceira. Livro de cerca de 300 páginas, das quais perto de 100, um terço, consagradas à parte repertorial. Novamente, aqui, fizemos uma comparação de rubricas. Por exemplo:

 Diarréia – Bell: 141 medicamentos; Kent: 215.

 Disenteria – Bell: 52 medicamentos; Kent: 88.

 Toxicose alimentar – Bell: 33 medicamentos; Kent: 45.

 Como se vê, ainda aqui o *Kent* mostra-se mais completo. O livro de *Bell* é, entretanto, interessante e muito bem feito.

 – Repertório das sensações como se, de *Holcomb*. Esse repertório tem muito valor, pois foi o ponto de partida para o livro “*Sensações como se*”, escrito pelo homeopata norte-americano *Herbert A. Roberts*. O livro de Roberts é uma ampliação do de *Holcomb*. Tem por sub-título: “Um repertório de sintomas subjetivos”. Sua dedicatória é expressiva: “Esta obra é dedicada à memória de *Samuel Hahnemann*, o primeiro a dar valor aos sintomas subjetivos”. Repertório muito útil.

 – Repertório de febres. *H. C. Allen*. Livro de 568 páginas, das quais cerca de 180 dedicadas à parte de repertório. Nova comparação de rubricas:

 Febre quartã – Allen: 30 medicamentos; Kent: 43.

 Febre quotidiana – Allen: 57 medicamentos; Kent: 82.

 Febre remitente – Allen: 17; Kent 37.

 Febre tifóide – Allen: 36; Kent: 65.

 – Repertório de Patologia e Sugestões Terapêuticas, de *Raue.* Na edição que possuímos, a terceira, o título é: “Patologia e Diagnóstico Especiais, com sugestões terapêuticas”. Não é propriamente um repertório. É mais uma obra de Patologia, com listas de medicamentos indicados para cada assunto, seguidas de algumas páginas ou algumas linhas de repertório sobre o mesmo assunto.

 – Repertório dos remédios dos tecidos, de *Boericke e Dewey*. Esse livro, aliás muito bom, contém uma parte de Matéria Médica e outra de Terapêutica; só a parte final é que é um repertório, limitado, porém, aos doze medicamentos bioquímicos.

 6.  **Os repertórios mais importantes.** Dentre todos os repertórios que nos foi dado a analisar, somente três são indispensáveis. Ei-los na ordem de importância: o de *Kent*; o de *Boenninghausen*; e o de *Holcomb*, ampliado e remodelado por *Roberts*. Com esses três livros, está o homeopata bem armado na sua faina de todos os dias.

 – O **Repertório de Holcomb-Roberts** é só de sensações subjetivas.

 Ficam então, como obras de âmbito geral, só os dois acima citados.

 – **Repertório de Boenninghausen.** O repertório de *Boenninghausen* a que nos referimos não é o que já citamos, publicado em 1833. É obra posterior, de 1845, lançada em três idiomas: o alemão, o inglês e o francês. O próprio Boenninghausen, na revisão das provas, preparou as edições inglesa e francesa, procurando mudar só o título das rubricas e conservando o mesmo texto, cuidadosamente revisto. A tradução para o inglês foi feita por uma homeopata alemão, que não quis dar-se a conhecer. A tradução para o francês foi feita pelo próprio *Boenninghausen.*

 Da mesma forma, apareceram sucessivamente:

 – Uma edição francesa, de *Roth*, em 1846.

 – Uma tradução para o inglês, por *Hempel*, em 1847.

 – Uma outra tradução inglesa, de *T. F. Allen*, que alcançou cinco edições.

– A última edição, em 1935, de *H. A. Roberts* e *Annie C. Wilson*, sob o título: “*Os princípios e praticabilidade da Terapêutica de Bolso de Boenninghausen*”. Os autores dão uma biografia de *Boenninghausen*, com a lista de suas obras. E fazem uma longa introdução, bem concatenada, explicando o plano do repertório. Fazem, além disso, críticas a certas rubricas de *Allen* e propõem correções, com títulos mais adequados.

 – **Repertório de Kent.** É o mais completo, dentre os repertórios que conheço. Podemos dizer também que é o mais recente, pois os que se lhe seguiram são calcados nele e... abreviados.

 É bem impresso, em duas colunas, bem dividido em seções, com as rubricas bem destacadas. É um livro fácil de ser manejado. Compreende 37 seções.

 Demonstrando o Repertório de *Kent*, o *Dr. Alberto Lara de la Rosa* critica a colocação de algumas rubricas. São elas: “Medo ao banho”, colocada em “Generalidades”, quando o devia ser em “Mente”, na rubrica “Medo”; “Aversão” e “Desejo” de certos alimentos, colocada em “Estômago”, devendo sê-lo em “Generalidades”, na rubrica “Alimento”; e “Sonhos”, encontrados em “Sono”, quando seu lugar apropriado seria a seção “Mente”. Estou inteiramente de acordo com o nosso colega mexicano.

 De minha parte, tenho encontrado algumas imperfeições, alguns pontos passíveis de crítica, mas que não tiram de maneira alguma o valor da obra. Por exemplo:

 – Havendo uma seção destinada à respiração, porque não haver outra destinada a circulação?

– Temos as seções separadas “Olhos” e “Visão”, “Ouvido” e “Audição”. Muito bem. Coerentemente, deveríamos ter separadas as seções “Nariz” e “Olfato”. Mas o “Olfato” está na própria seção “Nariz”, como simples rubrica. O mesmo se diga de “Paladar”, encontrado na seção “Boca”.

 – Duplicidade de rubricas. Se quisermos, por exemplo, nos orientar pelo repertório em um caso de “ictus” apoplético, teremos: *Cabeça* – *Hemorragia cerebral* e *Generalidades* – *Apoplexia*. Uma contém 30 e outra 34 medicamentos. *E não há referências cruzadas entre uma e outra.*

 – Até hoje não encontramos no Repertório de *Kent* rubricas referentesàs agravações nas fases da lua. O *Boenninghausen* dá Lua nova, Lua cheia e Quarto minguante. Certa vez, falando com o *Dr. Nilo Cairo Knorr*, de Curitiba, ele nos assegurou já ter visto essas rubricas no *Kent*, mas até hoje nada me comunicou.

 Paremos aqui. Diante de *Kent*, admiremos a sua grande capacidade de trabalho e a obra imperecível que nos legou. E deixemo-nos de critiquices. Aliás, muitos dos pequenos defeitos acima são defensáveis, principalmente pela sujeição ao esquema de Hahnemann, ao qual se julgam obrigados todos os homeopatas.

B) REPERTORIZAÇÃO

 Passemos agora à utilização do instrumento, isto é, à repertorização.

 1. **Conhecer bem o instrumento.** Qual a primeira condição para que possamos nos utilizar de qualquer instrumento? É conhecê-lo bem. O repertório, seja ele qual for, deve ser bem conhecido. No seu plano, na sua ordem, nas seções e nas rubricas. Deve ser lido constantemente. Devemos conhecê-lo como a palma da nossa mão. Todos os autores se referem a essa necessidade imprescindível.

 2. **Conselhos úteis.** Assim como, no preparo profissional dum cirurgião, há as três etapas – assistir às operações, auxiliar operações e depois operar por conta própria, assim também podemos estabelecer degraus no convívio com o repertório. Aconselhamos:

 a) Primeiramente, uma leitura do repertório, cuidadosa, meticulosa, de ponta a ponta, podendo-se mesmo escrever, em um caderno, todas as seções e rubricas.

 b) Depois, procurar encontrar no repertório qualquer sintoma, anotando mentalmente a seriação, a seção e a rubrica. Por exemplo, dor de cabeça: Seção – *Head*. Rubrica – *Pain*. Dor de cabeça quando se expõe ao sol: Seção – *Head*. Rubrica – *Pain.* Sub-rubrica – *Sun, from exposure to.*

 c) Repetir as repertorizações dadas como modelo em livros, tais como: o de *Roberts,* para o *Boenninghausen* e o *Bidwell “Como utilizar o repertório”*, para o *Kent.*

 d) Finalmente, começar a repertorizar por conta própria. Logo se compreende que a ordem é cronológica e em escala de dificuldade crescente.

 3. **Dificuldades encontradas.** Não nos referimos aqui às dificuldades na prática da medicina, que são muitas, mas que não nos interessam no momento. Cingimo-nos às dificuldades propriamente ligadas à repertorização.

 a) **Dificuldades ligadas à língua do repertório.** É preciso conhecer suficientemente o inglês, desde que o repertório de *Kent* é nessa língua escrito e o de *Boenninghausen* foi para ela traduzido. Mas, para o *Boenninghausen* seriamelhor conhecer o alemão.

 A palavra “*Intoxication*” merece registro especial. Significa *embriaguez* e não *intoxicação*. *Vertigo, as if intoxicated* quer dizer – *Tontura, como se estivesse bêbado*. Tenho visto essa rubrica mal traduzida muitas vezes.

 A palavra “*ganglion*” tem dois significados: o de gânglio simpático (mas não linfático) e o de cisto sinovial. Na seção Extremidades, a rubrica *Ganglion, wrist, on* quer dizer cisto sinovial do punho.

 b) **Dificuldades ligadas à interpretação da linguagem do paciente.** O modo de falar dos doentes nem sempre é claro. É preciso tomar cuidado com u’a má interpretação.

 Por exemplo, ”fraqueza no peito” pode ser uma sensação de fraqueza localizada no tórax e então teremos: Seção – *Chest*, Rubrica – *Weakness*; mas pode significar para o subjetivismo do doente – inúmeras coisas, inclusive tuberculose pulmonar. O bom senso do médico, ao fazer a anamnese, é que decidirá.

 Prisão de ventre é encontrada em Seção – *Rectum*, Rubrica – *Constipation*. Mas muitas vezes, fazendo lamentável confusão, o doente quer dizer que os gases intestinais ficam presos, ocasionando desconforto; quando consegue expeli-los tem acentuado alívio. Trata-se de “prisão de vento”, termo popular, que corresponde à Seção – *Abdomen*, Rubrica – *Flatulence,* sub-rubrica – *Obstructed*. Quando há dor abdominal aliviada pela expulsão de gases o melhor é Seção – *Abdomen*, Rubrica– *Pain*, sub-rubrica – *flatus, passing, amelioration*.

 c) **Dificuldades oriundas do próprio repertório.** Tratando-se de um repertório geral, em que deve estar encaixada, às avessas, toda a matéria médica, é facilmente concebível que o número de rubricas e sua colocação seja assunto sujeito a variações de opinião.

 Uma deficiência que notamos no Repertório de *Kent* é a relativa às referências, que são muito escassas. É falha a parte remissiva da obra. O próprio *Kent* reconhece isso, quando diz no Prefácio do seu repertório: “Foram inseridas referências cruzadas sempre que se achou necessário, mas, indubitavelmente, outras mais poderiam adicionar-se, com proveito. Muitos médicos atarefados encontrarão grupos de remédios em rubricas diferentes daquelas em que eles, naturalmente, as procurariam. Se, no momento da consulta, fizerem uma referência, isso auxiliará a encontrar essas rubricas no futuro e se todas essas referências forem enviadas ao autor, com essa assistência, as edições posteriores serão mais completas”.

 Certos sintomas são difíceis de se encontrar por causa do *encadeamento* de seções, rubricas e sub-rubricas, *as quais*, *entretanto*, *estão dentro de lógica perfeita*. Suponhamos que procuremos “Intolerância pela música”. Na seção Mind não encontraremos nem a palavra Intolerância, nem a palavra Música. Vamos encontrar music como uma sub-rubrica de Sensitive. O encadeamento é: *Mind* – *Sensitive* – *music*, *to*. Exatamente o mesmo se diga do sintoma “não suporta ruído”, cuja seriação é: *Mind* – *Sensitive* – *noise*, *to*.

 Não faz muito tempo precisamos do sintoma “Agravação por mudança de tempo” e o procuramos em Generalities – Weather. Pois não estava lá. E sim sobre a rubrica “*Change*”: – *Change of weather*.

 São muito comuns as dúvidas quanto à escolha das rubricas. É esse um ponto importante. Vejamos por exemplo – *blefarite*. Temos:

 1) Seção – *Eye*, Rubrica – *Inflamation*, sub-rubrica – *lids* e ainda uma parte dessa sub-rubrica – *margins*.

 2) *Eye* – *Redness* – *lids* – *edges of*.

 3) *Eye* – *Eruptions* – *scaly herpes* – *margins*.

 Qual dessas rubricas escolher? A blefarite não é uma inflamação? O rebordo palpebral não fica vermelho? E não há uma variedade, comum, chamada blefarite escamosa, que corresponde perfeitamente à terceira rubrica? O que os autores aconselham é dar preferência à rubrica mais rica em medicamentos. Mas (isso vem logo à nossa mente) talvez na outra rubrica, com menos medicamentos, haja um que deixe de figurar na repertorização e seja importante. Diante disso, observamos que os remédios contidos nessas rubricas, como é natural, até certo ponto se correspondem e fizemos uma *fusão* de duas delas, as mais importantes: inflamação e vermelhidão. A outra rubrica, a das caspinhas, ficará reservada para os casos em que esse sintoma se saliente sobremaneira.

 Além desse caso de fusão, fizemos o mesmo para outros em que as rubricas significam bem a mesma coisa ou praticamente o mesmo.

 4**. Devem todos os casos ser repertorizados?** A resposta, logicamente, só pode ser: “não, só repertorizaremos quando tivermos necessidade”. Se o caso é simples, se a indicação é clara, por que repertorizar? Reservaremos a repertorização para os casos difíceis, complicados – aí ela nos apontará os medicamentos semelhantes, dentre os quais elegeremos o *simillimum*.

 5. **Métodos de repertorização.** Muitos homeopatas trouxeram contribuições para a arte de repertorizar. Todo o autor de repertório proporciona conselhos a esse respeito. Entretanto, até hoje, não encontrei, em livro algum, uma *sistematização* do assunto.

 Há dois únicos métodos de repertorização: o de *Boenninghausen* e o de *Kent*.

 – **Método de Boenninghausen**. Esse método vem admiravelmente descrito no livro já citado de *Roberts* e *Annie Wilson*: “Os princípios e praticabilidade da Terapêutica de Bolso de Boenninghausen”. *Roberts* mostra-se um entusiasta do processo e defende calorosamente sua racionalidade.

 Para que um sintoma possa ser considerado completo, “três fatores devem estar presentes: 1. *Localidade* – a parte, órgãos ou tecidos envolvidos no processo mórbido. 2. *Sensações* – a espécie de dor, sensação, alterações funcionais ou orgânicas a caracterizar o processo mórbido. 3. *Condições de agravação ou melhora dos sintomas* – as circunstâncias que causam, excitam, aumentam ou provocam modificações ou alívio no sofrimento”.

 *Boenninghausen,* entretanto, verificou a dificuldade de obter sintomas que preenchessem todos os requisitos acima, ou por falta de observação do doente ou por deficiência da própria matéria médica. Verificou também que, ao questionar um doente sobre as condições de agravação e melhora de uma determinada parte, nada era possível obter, mas o doente podia referir modalidades de uma outra parte. Então, por *analogia*, *Boenninghausen* concluiu que essas modalidades não se confinam a este ou aquele sintoma, mas aplicam-se a todos os sintomas do caso. A agravação em um quarto quente de Pulsatilla, por exemplo, podia ter sido observada primeiramente com referência a uma dor de cabeça. *Boenninghausen* verificou que essa modalidade se aplicava a todos os sintomas, *ao próprio paciente* e poderia, portanto, completar qualquer sintoma particular de Pulsatilla, por exemplo, de membros, abdome etc.

 Além disso, para atingir a totalidade do caso (de acordo com o ensinamento de *Hahnemann*) *Boenninghausen* segue a hipótese de que ela não é somente a soma total dos sintomas, mas é, em si mesma um grande sintoma – o sintoma do doente. Esse grande sintoma necessita, como os outros sintomas componentes, dos mesmos fatores –Localidade, Sensações e Modalidades. Mas *Boenninghausen* adicionou um quarto requisito – o *sintoma concomitante*, o qual representa para a Totalidade o que as condições de agravação e melhora representam para o simples sintoma. Diz-se que o repertório de *Boenninghausen* é baseado na doutrina dos concomitantes.

 Para se repertorizar um caso pelo método de *Boenninghausen* teremos então que preencher os quatro requisitos: Localização, Sensação, Modalidades e Concomitantes. No livro de *Roberts* há seis exemplos de repertorização, muito úteis para a compreensão do processo.

 – **Método de Kent.** Kent insisti em que se faça, após um cuidadoso registro do caso, uma hierarquização dos sintomas, na seguinte ordem:

 1ọ) Sintomas mentais:

 – Referentes aos afetos;

 – Referentes ao intelecto;

 – Referentes à memória.

 2ọ) Sintomas relacionados ao homem como um todo, sangue e fluidos: sensibilidade ao frio, ao calor, a tempestades, repouso, dia, noite.

 3ọ) Regiões do corpo, órgãos, extremidades.

 Dar preferência às secreções de úlceras, purgação de ouvido, menstruação, pois são relacionadas de perto com a operação vital da economia. A seguir vêm as *modalidades* das partes afetadas.

 4ọ) Sintomas estranhos, raros e notas tônicas (*keynotes*). Podem guiar com segurança, contanto que os mentais e físicos gerais não se lhes oponham.

 O processo de *Kent* pode ser resumido dizendo-se que vai do centro à periferia, do homem em si aos seus órgãos.

 – **Comparação entre os dois métodos.** Para isso, vejamos as críticas de *Kent* ao processo de *Boenninghausen*, extraídas do livro “*Lesser Writings*”, que me foi gentilmente emprestado pelo *Dr. Brickmann*.

 “Nossas generalidades foram bem manejadas por *Boenninghausen*, mas ele passou da conta, pois generalizou muitas rubricas que eram puramente particulares – seu uso, como gerais, é desnorteante e acarreta fracasso. O sucesso do Livro de Bolso de *Boenninghausen* é devido ao arranjo pelo qual se pode, rapidamente, fazer uso de generalidades para fornecer modalidades para sintomas individuais, quer gerais, quer particulares. Essa feição está preservada no meu repertório, como sabem todos os que o usam. Mas são os gerais que podem ser usados dessa maneira. Uma vasta rubrica, constituída de particulares promíscuos, nenhum dos quais baseados no paciente é uma questão de “sorte” ou “azar” quando aplicada a generalidades e comumente um azar”. Mais uma citação inteiramente baseada em *Kent*, mas não traduzida ao pé da letra, por economia de tempo e espaço: “Suponhamos um caso de coxalgia. Seguindo o plano de *Boenninghausen*, o médico pensa na coxalgia para encontrar o remédio. Isso não está de acordo com o pensamento de Hahnemann de considerar primeiro o *paciente em si*. Consideremos primeiro o homem em seu *centro*, nas suas funções intelectuais, nas suas afeições, nos sintomas físicos gerais, para só depois atentarmos na *periferia*, nos sintomas particulares, no caso presente a coxalgia. Começando a investigação em relação ao paciente em si, pode ser que os particulares não estejam incluídos no medicamento selecionado, mas o remédio cura o paciente e os particulares desaparecem.”

 É esse, em resumo, o pensamento de *Kent*: é errado tomar como ponto de partida um órgão, uma parte do corpo, uma afecção, desprezando o doente em si, naquilo que ele tem de mais íntimo.

 Terminada essa crítica, façamos um paralelo entre os dois métodos.

 *Boenninghausen* generaliza dados particulares. *Kent* não admite essa generalização. O Repertório de *Kent* mantém-se fiel à Matéria Médica. *Boenninghausen* procede como se a matéria médica fosse mais rica do que realmente é, ele como que completa a matéria médica. *Kent* apega-se à letra da matéria médica e *Boenninghausen* como que ao seu espírito. Para exemplificar, suponhamos que um partidário de *Kent* tenha um doente que se queixe de frio no cotovelo. Vamos ao repertório de *Kent*. Em contraposição a uma rubrica riquíssima de frio nas mãos, com 185 medicamentos, o frio no cotovelo é um verbete pobre, com apenas 5 drogas. Ora, pelo repertório de *Boenninghausen,* graças ao expediente de juntar a localização– cotovelo à sensação – frio, arranjaremos 97 medicamentos! Expressando-me de maneira tomista, direi que esses 97 medicamentos são capazes de produzir o sintoma acima *em potência*, ao passo que os 5 registrados no *Kent* produzem-no, em *ato*.

 *Kent* dá imenso valor aos sintomas mentais. No esquema de *Boenninghausen* onde ficarão eles? Nos concomitantes. Isso para *Kent* corresponde a rebaixar a dignidade dos sintomas mentais, que a seu ver, caracterizam o doente naquilo que ele tem de mais íntimo. Assim o repertório de *Kent* é rico em sintomas mentais, ao passo que os recursos da Terapêutica de Bolso são, nesse particular, limitados.

 O Repertório de *Boenninghausen* presta-se mais quando queremos saber os medicamentos que têm especial afinidade para certos órgãos, independente de sintomas. Por exemplo, remédios que ajam na garganta, nos ovários etc. Encontraremos essas rubricas isoladamente, fazendo parte do primeiro requisito do plano de *Boenninghausen* – *Localização*. No *Kent* encontraremos, por exemplo, inflamação de garganta, dor nos ovários etc., mas não o órgão isolado. Entretanto, já encontramos no Kent três órgãos isoladamente, *à la* *Boenninghausen*: fígado, baço e coração. (1)

 (1) Nesse sentido, fato muito interessante comprovei ao compulsar ao acaso uma das primeiras edições do Repertório de *Kent*: encontrei uma rubrica *à la* *Boenninghausen*, com medicamentos de afinidade para os órgãos genitais femininos, rubrica essa eliminada pelo autor nas edições subseqüentes do seu livro!

 Cabe agora aqui uma observação interessante: ambos os autores, *Boenninghausen* e *Kent,* dizem-se baseados em *Hahnemann*... Vou transcrever, do prefácio original de *Boenninghausen*, os trechos em que ele se refere ao fundador da Homeopatia: “Esse estado, assim incerto e incompleto... levou-me a procurar um arranjo que sanasse os defeitos acima mencionados... e devo aqui relembrar gratamente o meu antigo e honrado mestre e amigo – *Hahnemann,* pelo apoio moral e inestimáveis conselhos recebidos através de ininterrupta correspondência”. Adiante: “... era minha primeira intenção reter a forma e o arranjo do meu repertório original, o qual *Hahnemann* repetidamente me assegurou preferir a todos os outros”. Mais adiante: “... o falecido e honrado fundador da Nova Escola pronunciou-se acerca da minha idéia como “excelente e eminentemente desejável”. E, no entanto, como já vimos, *Kent* acusa o processo de *Boenninghausen* de se afastar do pensamento de *Hahnemann*.

 Quem está com a razão? Ambos têm razão. Tanto *Boenninghausen* como *Kent* respeitam ou procuram respeitar o pensamento de *Hahnemann*. Acho que são pelo menos sinceros na sua reverência a *Hahnemann*.

 6. **Como repertorizar.** Tenho observado ser essa parte muito negligenciada nos diversos autores. Cada um dá o seu processo sem se preocupar com os outros. Não se vê comparação entre eles. Há três modalidades de repertorização: *sem* escolha de sintoma diretor, *com* escolha de sintoma diretor e por *eliminação*.

 – **Repertorização sem escolha de sintoma diretor.** Tomam-se *todos os sintomas* do caso. Anotam-se os medicamentos que aparecem, com as suas graduações. E no fim faz-se um resumo, indicando os medicamentos que apareceram mais vezes, com as respectivas contagens. *Kent* chama esse processo de científico ou mecânico.

 – **Repertorização com escolha de sintoma diretor.** Já aqui aparece a idéia de seleção sintomática. Escolhe-se o sintoma diretor, anotam-se os medicamentos nele contidos e o caso fica limitado a esses medicamentos. Todos os demais sintomas serão condicionados a ele e a repertorização dará tantos medicamentos quantos os contidos no sintoma diretor. Esse método, de acordo com *Kent*, já pode ser chamado – artístico.

 – **Repertorização por eliminação ou por cancelamento.** É propriamente o que *Kent* chama de repertorização artística. A seleção sintomática não se limita aqui à escolha de um sintoma diretor; atinge uma verdadeira hierarquia, rigorosa, em escala descendente. Cada sintoma vai reduzindo o número de medicamentos até que fique um só em campo.

 No método mecânico, a ordem dos sintomas pouco importa – o resultado final será o mesmo. No método com escolha de sintoma diretor, *após anotados os medicamentos nele contidos*, *os outros sintomas podem* vir em qualquer ordem. No método por cancelamento a ordem tem de ser rigorosa, de começo a fim.

 Nos dois primeiros processos há vantagem em se colocar graduações e verificar a contagem de pontos. O último prescinde disso; o que nele mais interessa é o medicamento que “sobrevive”, por assim dizer, aos sucessivos cortes.

 Esses três métodos representam uma escala descendente de dificuldade material e ascendente de dificuldade mental.

 – **Disposição material.** Podemos adotar qualquer maneira de anotar os sintomas e os remédios que lhes correspondem. Por exemplo, poderemos escrever simplesmente os sintomas, por extenso ou com números que os representem, seguidos dos respectivos medicamentos, em linhas horizontais como as de qualquer bloco ou papel almaço. No fim, verificam-se os remédios que mais se repetiram, com as suas contagens.

 Mas, a disposição mais usada é a seguinte: colocam-se os medicamentos em uma primeira coluna vertical; e em colunas paralelas, cada uma das quais representa um sintoma – as graduações dos respectivos medicamentos. Para ver o número de medicamentos de cada sintoma seguiremos as colunas verticais. Para saber se um certo medicamento possui um certo sintoma seguiremos duas linhas, uma vertical e outra horizontal, até se encontrarem. Para verificar o resultado da repertorização cada remédio é acompanhado horizontalmente, marcando-se em uma última coluna o número de pontos e o número de vezes em que figurou.

 Na repertorização sem escolha de sintoma diretor a coluna vertical tende a alongar-se. Naquela com escolha de sintoma diretor, à medida que se vão acrescentado os sintomas, ela vai-se estendendo na horizontal. No processo por eliminação, duas linhas não paralelas vão-se aproximando até se encontrarem num ponto, representado pelo único medicamento que sobrou. O aspecto do quadro repertorial nessas três modalidades pode ser esquemática e respectivamente representado assim:

 **Indicações das três modalidades.** Em cada caso concreto de repertorização, iremos aplicar uma ou outra dessas modalidades. Sempre que pudermos, com segurança, escolher um sintoma diretor, devemos fazê-lo e teremos a repertorização facilitada. Se temos dúvidas quanto à sua escolha, o melhor é repertorizar pelo processo mecânico. A repertorização por eliminação ficará reservada aos casos em que pudermos estabelecer uma escala perfeitamente descendente de todos os sintomas.

 Certos espíritos cautelosos, meticulosos, temem errar na hierarquização e preferem o método científico – sem dúvida mais seguro. Espíritos ousados, arrojados, mais confiantes, inclinam-se logo a tarefas mais curtas e manifestam preferência pelo método artístico. O certo é que, com a prática da repertorização, vamos ganhando confiança e facilitando cada vez mais o nosso trabalho. Vamos aprendendo a selecionar os sintomas, a peneirar mentalmente, agarrando em cada caso o que ele apresenta de realmente característico. Revendo hoje as minhas primeiras repertorizações, chego a ficar espantado diante do número de sintomas – 12, 15, 20. Nesses últimos anos os sintomas quase nunca passam de meia dúzia, mais comumente três ou quatro.

 **Na prática,** não estaremos obrigados a nos ater rigorosamente a cada um dos processos assinalados. Suponhamos que temos um caso com 10 sintomas. Vamos escolher um sintoma diretor e não o conseguimos por nos faltar capacidade para eleger dentre todos eles o mais importante. Mas verificamos que se não pudemos eleger um, não há dúvida que há três sintomas que são positivamente os mais importantes. Faremos então uma repertorização com os medicamentos correspondentes a esses três sintomas na vertical e os outros sete em colunas paralelas. O que disse para três sintomas na vertical diria para dois ou quatro etc. Qual o nome desse processo? Não nos interessa. Ele representa uma combinação, como que um tipo intermediário, entre a verticalidade absoluta de um processo e a horizontalidade perfeita de outro.

 No mesmo modo, no processo de eliminação, não precisaremos chegar a um único medicamento. Vamos fazendo os cortes até um certo ponto, até chegarmos a um número razoavelmente pequeno de medicamentos. Aí pararemos e como em toda e qualquer repertorização – a escolha final dependerá da Matéria Médica.

 **Quadro repertorial.** Um quadro repertorial em mãos é algo precioso para quem dele souber utilizar-se. Serve para a primeira consulta como para todas as outras. Se por exemplo, o remédio escolhido não atuou, podemos recorrer ao quadro repertorial e fazer outra escolha.

 Por vezes, em consultas posteriores, o doente nos relata algum sintoma interessante. Poderemos então relacioná-lo ainda ao quadro repertorial. Sempre é tempo. “*Inventum repertoricum semper perfectibile*”.

 Essas vantagens do quadro repertorial é que nos fazem partidário dos repertórios de livro e não dos sistemas de furos, que facilitam a repertorização, não há dúvida, mas não nos deixam um documento que nos permita voltar ao caso.

 **Considerações finais.** O aprendizado da repertorização é árduo, mas não, de maneira alguma, impossível. As hesitações iniciais, as dúvidas, as vacilações, vão dando lugar à certeza, à segurança e à convicção. A habilidade para selecionar os sintomas verdadeiramente característicos de cada caso vai aumentando e o homeopata vai descobrindo atalhos que o levarão seguramente ao *simillimum*.

 Pela leitura atenta dos casos abaixo e dos comentários, poderão os principiantes ir colhendo sugestões e aprendendo a eliminar uma multidão de sintomas que só serviriam para alongar a repertorização, sem aumentar-lhe a segurança. Na apreciação de todos os sintomas do caso, na escolha dos que são de fato os mais importantes, não há regras absolutas, somente princípios gerais que o homeopata deve manejar com jeito, perspicácia, flexibilidade mental, ou seja, resumindo, com arte.

 Chamo atenção dos leitores para o caso nọ 4 (pág. 55), em que o paciente tinha abundância de sintomas mentais, considerava-se “neurastênico” e dizia ser “tão nervoso que não tolerava a si próprio”. E, no entanto, não incluí nenhum sintoma mental na repertorização. Por quê? Por que o seu “sistema nervoso” era influenciado nitidamente pelo tempo claro, ele piorava de todos os seus sintomas mentais em dias assim e, pelo contrário, em dias nublados, melhorava de tudo, inclusive dos mentais. Logo, os sintomas mentais dependiam do sintoma físico geral, estavam a ele subordinados, eram por ele comandados – e, portanto, aí, nesse caso, cabe-lhe a primazia como sintoma diretor. *A repertorização é uma arte e o homeopata que a pratica com amor torna-se, a pouco e pouco, um verdadeiro artista*.

 **III – PRÁTICA**

A) EXEMPLO DE REPERTORIZAÇÃO

 Vejamos agora um exemplo de repertorização, por essas três modalidades. Muito hesitamos na escolha do caso. Repugnava-nos transcrever um modelo citado em livros. Queríamos um caso pessoal. Vasculhando, por acaso, nos meus bolsos, deparamos com uma folha de papel em que havíamos anotado rapidamente os sintomas de um caso da C.A.P. dos Ferroviários Estaduais de S. Paulo. Tínhamos posto esse papel no bolso para repertorizar depois. Inclinamo-nos em apresentar esse caso, justamente por não ter sido ainda repertorizado. Mas ainda vacilávamos, quando nos recordamos que um colega, muito distinto, ao qual mostráramos o caso, tinha dado a sua opinião sobre ele: “É um caso de Calcárea!” Esse fato fez com que as nossas dúvidas se dissipassem imediatamente: será esse o caso! Pois bem, ele veio mostrar claramente a utilidade do repertório. A Calcarea aparece no quadro repertorial, com 2 sintomas e 4 pontos; O Natrum muriaticum aparece com 3 sintomas e 6 pontos. Pode ser que a Calcarea seja o remédio do caso; mas duvidamos muito. A superioridade do Natrum é flagrante e ele deve ser o mais semelhante. A nossa conduta será a seguinte: na próxima vez em que essa cliente me consultar, já estaremos “armado” com a repertorização e faremos a anamnese incidir não só sobre Calcarea e Natrum, como também sobre todos os outros medicamentos que se salientarem na repertorização.

 Eis o caso:

 Sra. E. A. V., 38 anos, casada, branca, brasileira, prendas domésticas.

 O motivo principal de sua consulta é tenaz prisão de ventre. Sobre esse sintoma focaliza a doente toda a sua atenção e mesmo faz dele derivar todo o seu quadro mórbido. Mostra-se relutante em contar sintomas mentais. Consigo que a paciente se abra mais quando a interrogo sobre a sua meninice, em que aparece nitidamente muito medo quando em multidão – seu pai tinha de carregá-la ao colo. Esse sintoma desapareceu completamente com o correr dos anos. Mais animada e mais compreensiva depois que contou esse sintoma de sua infância, a paciente conta numerosos sintomas mentais. Predomina entre eles o medo (como na infância) e entre os sintomas de medo: o medo de ficar louco. Sintoma menstrual contado com nitidez: durante as regras sente os pés muito frios e, de vez em quando, tem um calafrio que parte justamente dos pés e se estende pelo corpo todo. Seus sintomas intestinais nada revelaram de característico. Dentre os desejos e aversões alimentares sobressai sobremaneira o desejo acentuado de frutas (“se pudesse passaria a vida inteira só com frutas”).

 Eis a disposição repertorial do caso (ver modelo anexo).

 QUADRO REPERTORIAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  **A** |  **B** |  **C** |
| Acon. |  1 |  |  |
| Agar. |  1 |  |  |
| Alum. |  2 |  2 |  |
| Ambr. |  1 |  |  |
| Arg-n. |  1 |  |  |
| Ars. |  1 |  |  |
| Ars.-i. |  1 |  |  |
| Bov. |  1 |  |  |
| Bry. |  1 |  |  |
| Calc. |  3 |  |  1 |
| Calc-s. |  1 |  1 |  1 |
| Cann-i. |  3 |  |  |
| Carb-an. |  1 |  |  |
| Carb-s. |  1 |  |  |
| Chel. |  2 |  |  2 |
| Chlor. |  1 |  |  |
| Cimic. |  2 |  |  |
| Cupr. |  1 |  |  |
| Dig. |  2 |  |  1 |
| Gels. |  1 |  |  3 |
| Graph. |  2 |  |  |
| Ign. |  1 |  2 |  |
| Iod. |  1 |  |  |
| Kali-bi. |  1 |  |  1 |
| Kali-br. |  2 |  |  |
| Lac-c. |  2 |  |  |
| Lach. |  1 |  1 |  |
| Laur. |  1 |  |  |
| Lil-t. |  2 |  |  |
| Mag-c. |  1 |  2 |  1 |
| Manc. |  3 |  |  |
| Merc. |  2 |  |  |
| Merl. |  1 |  |  |
| Mosch. |  1 |  |  |
| Nat-m. |  2 |  1 |  3 |
| Nux-v. |  2 |  |  2 |
| Phosp. |  2 |  |  |
| Phys. |  1 |  |  |
| Plat. |  1 |  |  |
| Puls. |  3 |  1 |  1 |
| Rhod. |  1 |  |  |
| Sep. |  2 |  |  2 |
| Stram. |  2 |  |  |
| Sulph. |  1 |  |  2 |
| Syph. |  1 |  |  |
| Tarent. |  1 |  |  |
| Thuj. |  1 |  |  |
| Aloe. |  1 |  |  |
| Alumn. |  1 |  |  |
| Ant-t. |  2 |  |  |
| Ars. |  1 |  |  |
| Chin. |  1 |  |  |
| Cist. |  1 |  |  |
| Cub. |  1 |  |  |
| Gran. |  1 |  |  |
| Hep. |  1 |  |  |
| Ph-ac. |  3 |  |  |
| Sulf-ac. |  2 |  |  |
| Verat. |  3 |  |  |
| Apis. |  1 |  |  |
| Arn. |  1 |  |  |
| Bar-c. |  1 |  |  |
| Bor. |  1 |  |  |
| Cimx. |  1 |  |  |
| Hyos. |  2 |  |  |
| Lyc. |  1 |  |  |
| Nux-m. |  1 |  |  |
| Rhust-t. |  2 |  |  |
| Sabad. |  1 |  |  |
| Sarr. |  1 |  |  |

A – Mind - Fear - insanity, of (45)

B – Stomach - Desires - fruit (485)

C – Chill - Beginning in and extending from - feet (1263)

 Agora, repertorizando o caso pelo método artístico. Vamos escolher o sintoma diretor e a nossa escolha recai sobre o sintoma – medo de ficar louco. Essa repertorização será exatamente a parte de cima da repertorização anterior, com 47 medicamentos e não com 70 como no caso anterior. Muito de propósito fizemos assim, não só por ser mais prático, como também porque assim se terá u’a melhor compreensão da diferença entre as duas modalidades.

 Esse mesmo quadro também servirá para exemplo do processo de eliminação. Estão aí os sintomas colocados hierarquicamente. Com o sintoma nọ 1 focalizamos 47 medicamentos; o sintoma nọ 2 reduz o seu número para 7; com o sintoma nọ 3 ficam só 4 em campo; Calc. sulf., Magn. carb, Pulsatilla e Natr. mur. Dentre esses quatro, elegeremos o *simillimum*.

 **Comentários sobre o caso.** Esse caso, escolhido há muitos anos atrás (1952) como modelo de repertorização para as três modalidades, não é um caso de cura. A paciente não voltou à consulta. Nem sequer cheguei a receitar-lhe qualquer medicamento, tendo-me limitado a dar-lhe um Placebo, enquanto ia estudar o caso. Foi a opinião taxativa de um colega, não dado a repertorização, que me decidiu a escolhê-lo como modelo, quando já escrevia o presente trabalho. Penso que esse colega, quando olhou para a lista de sintomas, impressionou-se com a sensação de “frio nos pés” e com o “medo de ficar louco”, sintomas muito conhecidos de Calcarea ostrearum. Como é esse justamente um dos pontos em que se pode demonstrar as vantagens da repertorização, conservei o mesmo caso para este trabalho, dado à luz vinte anos depois. Com esse quadro repertorial em mãos, pretendia fazer novas perguntas à paciente e só então receitar o medicamente mais indicado. É fácil perceber, e ocorre a qualquer homeopata, que iria logo perguntar-lhe se agravava ou melhorava pelo consolo, o que faria logo o diagnóstico diferencial entre Pulsatilla e Natrium muriaticum, assim como faria anamnese complementar que incidisse sobre Calcium sulfuricum e Magnesium carbonicum. O sintoma da sua meninice “Medo em meio à multidão” não foi pesquisado por mim na ocasião, por esquecimento ou por não considerá-lo atual ou por ser manifestação que desapareceu espontaneamente. Hoje, vinte anos depois, seria diferente o meu julgamento. Com grande prazer verifiquei que na rubrica “Mind – Fear – Crowd, in a” aparecem Pulsatilla, Natrium muriaticum e Calcarea ostrearum, os medicamentos na dianteira da repertorização. Somente a título especulativo, seria interessante cogitar se retornaria esse sintoma, tivesse havido oportunidade de ser receitado o *simillimum*. Ainda a título especulativo, não posso deixar passar sem mencionar o ternário Pulsatilla – Calcarea ostrearum – Natrium muriaticum, já mencionado por mim na Introdução ao livro sobre “Grupos Boyd”.

B) CASOS DE REPERTORIZAÇÃO NA CLÍNICA COTIDIANA

 Esses casos servirão para mostrar como, na clínica diuturna, pode o homeopata, com o auxílio do repertório, orientar-se bem e rapidamente em casos por vezes complexos.

 Todas as repertorizações são de poucos sintomas: um, dois ou três. O método é o da eliminação, mas não fazendo questão de chegar a um só medicamento. Desde que obtenhamos número mais ou menos limitado de remédios, passamos a revisá-los, considerando-os um por um e indo até à Metéria Médica para decidir a escolha final. Às vezes, como no caso nọ 6, o número de medicamentos é um pouco grande. Mas é preferível assim, do que levar a repertorização até muito poucos medicamentos forçando a hierarquização dos sintomas. O que se quer é segurança. E a repertorização é uma escola maravilhosa de hierarquização. Mesmo não utilizando o repertório, o homeopata acostumado a repertorizar – hierarquiza melhor. E, ora utilizando o repertório, ora prescindindo dele, conforme o caso, o homeopata se convence de que os dois processos são essencialmente a mesma coisa, com as diferenças já apontadas.

 Temos casos em que o número de sintomas é maior do que três, *mas não muito maior*. Poderiam ser citados aqui, mas não o serão. De propósito, quisemos cingir-nos aos mais simples: quisemos mostrar que se pode repertorizar com poucos sintomas, em pouco tempo. Também de propósito citamos casos em que um único sintoma consultado foi o suficiente.

 A escolha dos casos não foi difícil, mas foi longa. Fizemos questão de que figurassem homens, mulheres e crianças. Entre os adultos, dos dois sexos figuram casados e solteiros; as duas crianças citadas são de sexos diferentes. As idades vão de 5 até 68 anos. Os casos apresentam, portanto, uma boa variedade.

 São todos casos de cura, a qual se mantém por tempo suficientemente longo.

 As fichas estão todas resumidas. Dá-las na íntegra seria enfadonho e inútil. Referências à continuação do tratamento após a primeira consulta são citadas somente quando encerram algum pormenor que interesse particularmente.

 Não pedimos autorização aos doentes para publicar os seus casos, coisa que seria muito difícil. Mas, por excesso de precaução, mudamos as iniciais dos seus nomes. Temos uma lista pela qual poderemos identificá-los e encontrar as fichas, caso algum colega deseje qualquer informação mais particularizada.

 A parte de exames objetivos vai muito resumida também. Só são mencionados os dados positivos.

 Eis os casos:

 **Caso n.**ọ **1.** Sr. O. R.,32 anos, solt., br., bras., tipógrafo.

 **Resumo da ficha.** Há mais de 15 anos que os seus intestinos não funcionam bem. Passa 5, 6 dias "e até mais", sem ir à privada e sem sentir o menor desejo de exoneração. Habituado ao uso de laxantes e purgantes. Dorme muito mal. Tem pesadelos. Acha que diversos alimentos fazem muito mal. Muito friorento. Prefere o tempo quente e se sente mal no frio. Sempre que fica com fome sente dor de cabeça. Atrasando, por exemplo, o horário de uma refeição habitual, aparece "dorzinha de cabeça". Olheiras, muito pronunciadas mas de um lado só, o direito (diz o doente que essas olheiras melhoram ou pioram de acordo com os intestinos).

 **Exame objetivo.** Fígado a dois dedos abaixo do rebordo costal; ponto cístico doloroso.

 **Repertorização:**

 1. Face – Discoloration – bluish – eyes, circles around (358)

 2. Generalities – Cold in general agg. (1348)

 3. Head – Pain – fasting, from (140).

 Resultado: Lycop., Nux vom.

 **Comentário.** Com o resultado da repertorização em mãos, completei a anamnese e colhi que o doente tinha flatulência, agravada à tarde. Dei Lycopodium 30a, dose única. O efeito foi muito bom. Esse Sr. que padecia há mais de 15 anos de prisão de ventre, tem hoje os seus intestinos funcionando perfeitamente bem "até duas vezes por dia". Não foi necessário repetir a dose de Lycopodium. Seu estado geral melhorou muito. As olheiras persistem, mas atenuados.

 O que mais me chamou a atenção nesse caso foi o olho direito (e só ele) cercado por u'a mancha azulada, muito nítida. Nunca vira antes uma pessoa, que me consultasse ou não, que apresentasse unilateralidade nas olheiras! Isso, ligado ao fato de o doente afirmar que elas tinham relação com o seu funcionamento intestinal, levou-me a repertorizar dando como sintoma diretor as olheiras. Essa escolha pode causar estranheza a muitos colegas. Mas foi, repito, o sintoma que me pareceu mais característico e penso assim ter obedecido aos cânones hahnemannianos.

 **Caso n.**ọ **2.** Sr. L. L., 48 anos, cas., br., port., comerciante.

 **Resumo da ficha.** Muito nervoso: irritado, apreensivo; pensando sempre nos negócios. Sua bastante. "Brotoeja" nas virilhas. Em 1920 teve caxumba e um dos testículos inflamou; hoje esse é muito menor do que o outro; às vezes, dor nesse testículo, com irradiação para a coxa. Grande diminuição da capacidade sexual. Anda bem no plano, mas em ladeiras – "canseira, o fôlego falta". Precisa sempre estar mudando de posição com os braços e as pernas. Dorme mal. Tonturas. Às vezes, sente a boca seca, sem vontade de beber. Mais bem disposto no inverno. Com as mudanças de tempo, tem dores nas juntas. Prisão de ventre alternando com diarréia. Polaciúria.

 **Exame objetivo.**  Hipertensão arterial (20-12). Coração: sopro sistólico, mais audível na ponta. Fígado a um dedo abaixo do rebordo, não doloroso. Pulmões: nada de anormal. A "brotoeja" é uma ligeira escoriação da pele, comum nos obesos (seu peso é 92 quilos). Atrofia do testículo direito.

**Repertorização:**

1. Face – Inflammation – parotid gland – metastasis to – testes (378): *ars*., *carb*. *v*., jab., nat. m., **Puls.,** rhus t.

 **Comentário.** O caso pareceu-me difícil, complexo. Costumo, em todas as minhas anamneses, reservar uma linha para ir marcando os medicamentos que me vão ocorrendo. Essa linha ficou cheia: Calc. ostr., Graph., Bar. carb, Rhus, Puls., Sulf., Iodium-Spongia-Rhodod... Quando fazia perguntas para auxiliar a determinação, as respostas me faziam pensar em outros medicamentos. E a lista ia aumentando... Resolvi repertorizar. Mas... e o sintoma diretor? Como o doente fazia derivar todo o seu estado da caxumba, interpelei-o novamente sobre esse ponto. A resposta foi taxativa – "Depois dessa caxumba, não me senti o mesmo homem". Foi essa a razão da escolha do único sintoma.

 Tendo em mente os medicamentos contidos nessa rubrica e ao mesmo tempo esquadrinhando a ficha, vejo logo que Pulsatilla e Rhus tox. são os mais interessantes por causa dos sintomas: boca seca, sem sede (Pulsatilla) e agitação dos membros (Rhus). Vou novamente ao repertório e verifico que tanto Pulsatilla quanto Rhus têm "Agitação" na seção "Extremidades", ambos com 3 pontos. A escolha cai portanto em Pulsatilla. O doente confirma que prefere sempre ar livre e janelas abertas.

 A Pulsatilla fez maravilhas nesse caso. Administrei até agora três doses da 30a e duas da 200a. Está anotado na sua ficha, na última vez em que me procurou: "Estado geral – muito melhor. Boa disposição para o trabalho. Dormindo bem. Intestino – perfeitamente regularizado. Grande melhora na sua capacidade sexual. Desaparecimento da polaciúria. Pressão arterial: 15-10"

 **Caso n.**ọ **3.** Sra. I. A. L., 40 anos, cas., br., bras., pr. dom.

 **Resumo da ficha.** Dor de cabeça, frequente, há mais de quinze anos. Sinusite crônica (confirmação pelos raios x). Prisão de ventre (vários dias– não pode precisar quantos, porque "toma logo providências", isto é, usa e abusa de laxantes). Psoríase há 18 anos; coça, não muito. Sujeita a urticária. Certa tendência a resfriados. Medo de ficar em casa sozinha; medo de despachar uma empregada (o marido tem que estar perto); medo de escuro; medo de ladrões; medo de andar de automóvel com o marido "porque ele corre muito" (o marido, presente à consulta, protesta); medo de certas doenças. Irritabilidade. Às vezes, chora. É mais triste do que alegre. Chora quando houve música. O rosto está ficando manchado. Memória má. Tem a impressão de que é mais friorenta do que calorenta. Piora "mais ou menos" na aproximação das regras. Muito sujeita a tonturas: ao levantar-se da cama, quando anda depressa.

 **Exame objetivo.** Peso 54 quilos. Cor.: nada de anormal. Ponto cístico muito doloroso. Pressão arterial: 13-8.

**Repertorização:**

1. Mind – Sensitive – music, to (78)

 2. Fear (42)

 3. Skin – Eruptions – psoriasis (1316).

 Resultado: Lyc., Phosph., Sep.

 **Cementário.** Sendo esse caso muito complexo e com abundância de sintomas, tivemos que meditar muito para escolher os sintomas que iriam constar da repertorização.

 Essa paciente deu-me desde logo a impressão nítida de ser uma psórica. Entre parênteses, o livro "Os princípios e a arte da cura pela Homeopatia" de H. A. Roberts, traz muito bem caracterizados os três fundos crônicos de Hahnemann. Foi depois de lê-lo que, ao ouvir as queixas dessa doente, vi, como que de relance, a imagem da psora. Sendo ela uma psórica e tende há 18 anos uma doença da pele, achei que essa doença devia figurar entre os sintomas da repertorização. Mormente tratando-se de uma psoríase, doença sabidamente difícil de curar, essencialmente crônica, por excelência constitucional. Depois, fui aos sintomas mentais, muito numerosos. Os sintomas de medo eram tão variados que, desistindo de uma análise meticulosa, peguei a rubrica geral "Medo", preferindo assim as generalidades às particularidades, como recomenda Kent. Deixei de lado a irritabilidade, a tristeza e a tendência ao choro por não me parecerem tão característicos do caso. Pelo contrário, o choro ao ouvir música, além de me parecer mais peculiar é um sintoma menos encontradiço nas anamneses em geral; além disso foi contado com a maior nitidez ao passo que os outros sintomas vinham com o acompanhamento de "às vezes", "nem sempre", "é conforme", "depende"... Feita essa seleção ficaram só os três acima.

 Dentre os três remédios apontados, foi muito fácil eleger a Sepia. Como a paciente tinha o rosto manchado, foi pela Sepia que comecei a anamnese e a paciente, jeitosamente interrogada, contou a célebre sensação de peso no baixo-ventre, como se os órgãos estivessem sendo empurrados para baixo, sensação essa melhorada ao cruzar as pernas. Receitei a Sepia da 30a com muita confiança e certeza íntima de que ela era um simillimum. Foi bom que estivesse assim confiante porque 15 dias depois a paciente, ao me procurar novamente, disse que "estava na mesma". Depois de um interrogatório minucioso para bem me dar conta da situação, verifiquei que a paciente julgava-se na mesma porque estava "resfriada e com a dor de cabeça" (talvez surto agudo da sua sinusite crônica), enquanto que se achava mais calma e com os intestinos funcionando diariamente, sem a ajuda de laxantes. "Mas eu vim lhe procurar por causa da dor de cabeça", insistia ela.

 Já acostumado a essas incompreensões, não modifiquei a prescrição. Quinze dias depois "o resfriado passou, a dor de cabeça passou", os intestinos sempre bem, grandes melhoras no estado geral... mas a psoríase coçando muito mais do que antes. Ainda não modifiquei a prescrição e de propósito insisti para que só voltasse dois meses depois. Essa doente acha-se hoje completamente curada de tudo. Até hoje só tomou três doses de Sepia 30a.

 **Caso n.**ọ **4.**  Sr. B. V., 22 anos, solt., br., bras., funcionário público.

 **Resumo da ficha.** Ouve muito mal. Sofre do ouvido há 8 anos. Tem sempre um barulho no ouvido, comparável às vezes a motor de avião, às vezes a grilos, por vezes a apitos de fábrica. Só fala ao telefone com o ouvido esquerdo. Consultou cinco especialistas, os quais, ou deram muito pouca esperança ou desenganaram completamente. Nunca teve purgação nos ouvidos. Teve maleita e tomou quinino. Temperamento artístico. Sente-se melhor em dias escuros. É “excessivamente nervoso”. Implica-se com as menores coisas, “neurastênico”.

 **Exame objetivo.** Coração, pulmões, abdome, pressão arterial: nada de anormal.

**Repertorização:**

1. Generalities – clear weather agg. (1348)

 2. Hearing – Impaired (321)

 3. Ear – Noises in (292).

 Resultado: Bryon., Caust., Nux vom.

 **Comentário.** Nesse caso a escolha do sintoma diretor foi muito fácil. Foi-me contado espontaneamente pelo doente, com muita firmeza e abundância de pormenores – a agravação nos dias que “os outros acham bonitos”. Hesitei se devia ou não incluir algum sintoma mental como o sintoma nọ 2, mas como ele me tivesse informado que também o seu “sistema nervoso” sofria a influência já mencionada do tempo – achei prescindível a sua inclusão e passei logo aos sintomas do ouvido.

 Aliás, quando vi o Causticum entrar no sintoma diretor, logo me palpitou que ele não seria cortado e seria mesmo o remédio do caso. Pela clínica já sabia que o Causticum é comumente empregado nesses casos de ouvido.

 E o papel do quinino? É sabido que o quinino ataca muito os órgãos auditivos, ocasionando desde simples zumbidos até lesões irreparáveis. Mas, pela a anamnese pude facilmente verificar que ele já ouvia mal quando teve maleita e tomou quinino. O quinino talvez agravasse a situação mas não foi o ponto de partida. Se o fosse, teríamos um antídoto no Natrum muriaticum.

 Mais algumas perguntas que tiveram como resultado descartar Bryonia e Nux vomica e foi receitado, há dois anos atrás, o Causticum 30a. Posteriormente, fui correndo a escala ascendente até a 1000a. Os resultados têm sido extraordinários. Logo à segunda consulta, um mês depois, o doente voltou muito satisfeito, contente da vida, pois o seu “sistema nervoso” tinha melhorado muito. E o ouvido? “Na mesma, Dr.; mas quando a gente se sente bem, a gente tem mais paciência para aturar a gente mesmo”! Com a continuação do tratamento também a sua audição melhorou, a ponto de chamar a atenção dos seus parentes e companheiros de trabalho.

 **Caso n.**ọ **5.** Sr. G. F. D., 41 anos, cas., br., bras., comerciário.

 **Resumo da ficha.**  Está com uma sinusite (diagnóstico de um especialista, por trans-iluminação). Resfria-se muito facilmente. Quando se resfria, tapa o nariz e sobrevém tosse. Há pouco foi examinado pelos raios x e o coração e os pulmões foram dados como normais. Com certos alimentos não faz a digestão e acaba vomitando. Foi sujeito a azia, mas já passou. Raios x do estômago e duodeno, mais ou menos recente, nada revelou. Resfria-se por ficar sem chapéu. Sua demais, mais na cabeça. Irrita-se, às vezes, quando há motivo.

 **Exame objetivo.** Clangor aórtico. Pressão arterial: 13-8.

**Repertorização:**

1. Head – Uncovering head agg. (233).

2. Head – Perspiration scalp (221)

Resultado: Bell., Puls., Sep., Sil.

 **Comentário.** Vejamos a crítica do sintoma diretor. Esse caso, de sinusite, apresenta grande predisposição aos resfriados – resfriados esses que vêm quando a cabeça toma frio. Os sintomas mentais são insignificantes. Achei que o *modo porque* se resfria era mais interessante, como sintoma, do que a *freqüência*, embora muito grande, dos resfriados. Esse caso é simples e talvez não necessitasse de repertório. Se recorri a ele é porque, de memória, só me lembrava de Belladona. Foi bom, porque pude individualizar a Silicea, como remédio de fundo, após comparação com os outros medicamentos. Note-se que ela é remédio rotineiro de sinusite.

 E a Belladona? Servirá (e foi prescrito) como remédio agudo, para o tratamento de cada resfriado, enquanto a Silicea foi tirando a predisposição aos mesmos. Se a Belladona falhar, Pulsatilla será o principal sucessor – a relação de crônico para agudo entre Silicea e Pulsatilla é clássica.

 Depois de três consultas e três doses de Silicea 30a, está perfeitamente bem.

 **Caso n.**ọ **6.** Sr. V. B., 68 anos, cas., br., libanês., comerciante.

 **Resumo da ficha.** Sofre de bronquite, desde criança. Falta de ar, à noite. Chiado no peito. Muita canseira. Alfinetadas no peito e nas costas. Parece que tem intolerância ao iodo, porque o contraste para tirar raio x das vias biliares provocou “desmaios” e urticária. Prisão de ventre: 1-2 dias. Fica nervoso, às vezes, por causa de suas responsabilidades na vida. Comumente fica rouco. Sente que é o suor “que prejudica” e aí vem a rouquidão. O suor “prejudica” também a falta de ar.

 **Exame objetivo.** É fácil verificar ao exame objetivo que é um asmático crônico, já com enfisema pulmonar. Seu tórax é nitidamente enfisematoso. Coração: ictus mais nítido no 5ọ espaço intercostal esquerdo, para fora da linha mamilar; no sexto espaço percebe-se o ictus, mas fracamente. Pressão arterial:17-11. Artérias radiais endurecidas e umerais sinuosas.

**Repertorização:**

1. Generalities – Perspiration – after, agg. (1391)
2. Respiration – Asthmatic (763).

 Resultado: Acon., Ars., China., Ferr., Ip., Nux vom., Op., Psorin., Sep., Stram., Sulf.

 **Comentário.** Depois de “armado” com o resultado da repertorização, conversei longamente com o doente e selecionei o Sulfur. Esse doente tomou até hoje 4 doses de Sulfur 30a, 3 doses de Sulfur 200a e uma dose de Sulfur 1000a. Como medicamento de emergência, para usar nos momentos de suas crises paroxísticas respiratórias, escolhi a Ipeca que também figura na repertorização e é além disso do mesmo grupo Boyd que o Sulfur.

 Os resultados têm sido ótimos, tanto com o Sulfur nos intervalos dos acessos, como com a Ipeca, nas crises. Esse Sr. está praticamente curado. Além disso, seus intestinos estão normalizados. Muito melhor disposição para o trabalho. Mais alegria de viver.

 Como se vê, com os dois sintomas selecionados, chegou-se a 11 medicamentos, número relativamente alto. Mas, com paciência, seleciona-se o simillimum. É mais fácil, assim mesmo, selecionar dentre 11, do que dentre todos os medicamentos conhecidos. E esse caso só oferecia esses dois sintomas bons para repertorizar; outros, não achei – esforcei-me para pegar um bom mental mas não apareceu. Sem o repertório, que faria nesse caso? Agravação pelo suor, de memória, só conheço Mercurius.

 **Caso n.**ọ **7.** Menor W. S., sexo feminino, 5 anos.

 **Resumo da ficha.** Há mais de um ano com erupção nas pregas de flexão dos braços e pernas. Intestinos bons. Sono agitado, range os dentes, mastiga. Come muito sal, louca por sal. “Ruim”, nervosa, chora, grita, esperneia. Tem certa facilidade para resfriar-se. Come bem. Urina na cama.

 **Exame objetivo.** Amígdalas hipertrofiadas. Peso: 12 quilos e 400 gramas. Sub-nutrição.

**Repertorização:**

1. Stomach – Desires – salt things (486)
2. Extremities – Eruption – Joints – bends of (987)

 Resultado: Caust., Natr. Mur.

 **Comentário.** O Natr. Mur., que foi o escolhido, principalmente quando consideramos que essa criança comia bem e estava com peso abaixo do normal, deu muito bom resultado. A criança engordou 6 quilos em 8 meses, desapareceu por completo o eczema, deixou de urinar na cama e tornou-se meiga, dócil, fácil de ser educada. Uma única dose de Natr. mur. 200a foi administrada.

 Continua gostando muito de sal, roubando sal do armário da cozinha? – Sim. Como esse desejo exagerado por sal é anormal, estou aguardando a ocasião propícia para administrar-lhe outra dose de Natr. mur.

 **Caso n.**ọ **8.** Menor D. H. C. sexo masculino, 10 anos.

 **Resumo da ficha.** Pai asmático. Irmã asmática. Eczema nas mãos e pés, de vez em quando, vai e volta. Enxaqueca: começou com 5 anos de idade, com vômitos; não suporta claridade; às vezes, começa no olho direito e passa para o esquerdo, às vezes o contrário. Operado das amígdalas. Azia. Sensação no abdome “como se tivesse água fervendo”. “Porque?”, perguntei, “porque esquenta?”. – “Não senhor, porque forma bolhas.” Intestinos bons.

 **Exame objetivo.** Fígado a dois dedos abaixo do rebordo.

**Repertorização:**

1. Skin – Eruptions (1308)
2. Head – Pain – light in general, from (141)
3. Abdomen – Bubbling (541).

Resultado: Lyc., Natr. mur.

 **Comentário.** O mesmo raciocínio que para o caso nọ 3 me serviu aqui. Evidentemente, vemos nessa família a psora de Hahnemann. Pai – asma; irmã – asma também; filho – eczema e enxaqueca. O sintoma diretor foi escolhido pela manifestação psórica na pele, a mais típica da psora.

 O diagnóstico diferencial entre Lycop. e Natr. mur. foi difícil. Como se pode ver no resumo da ficha, a dor de cabeça passa da direita para a esquerda... mas também passa da esquerda para a direita. Como o interrogatório para o Natrum foi negativo, o Lycopodium foi escolhido. E foi uma boa escolha. Resultados muito bons. Cura perfeita.

 **Caso n.**ọ **9.** Srta. M. L. F., 23 anos, solt., br., bras., pr. dom.

 **Resumo da ficha.** Desde a sua menarca apresenta corrimento genital amarelo claro, abundante, visguento, formando fios. A mãe levou-a a uma ginecologista que a aconselhou “tratar da anemia”. Às vezes tem bom apetite “até demais”, mas passa temporadas grandes comendo muito pouco. Dor de cabeça quando toma sol. Não gosta do sol e nem do tempo quente; no verão sente muita fraqueza. Nem triste, nem alegre; a mãe “que é muito animada”, acha-a “retraída, indiferente”. Intestinos: tinha prisão de ventre há alguns anos atrás, mas agora funcionam bem; raramente tem diarréia. Não pode nem ver leite – sente-se mal só em ver uma pessoa tomar leite. Regras normais quanto à duração e intervalos, mas com dores. Sente dores pelo corpo, vagas, ora num lugar, ora noutro.

 **Exame objetivo.** Pressão arterial muito baixa: 8$ ^{1}/\_{2} $-5.

**Repertorização:**

1. Stomach – Aversion – milk (481)
2. Genitalia – Female – Leucorrhoea – ropy, stringy, tenacious (722).

 Resultado: Natr. carb.

 **Comentário.**  Nessa repertorização, apareceu um só medicamento: o Natr. carb., que foi encarado por mim com desconfiança. Revendo a sua patogenesia, encontrei a agravação pelo sol e pelo calor do verão, bem contadas pela doente, o que contribuiu para me animar um pouco. Como a doente tinha, se bem que raramente – diarréia, perguntei se ela era devida ao leite e a resposta foi negativa. Ela tinha aversão ao leite mas não agravação por ele. Vi na Matéria Médica a agravação pelo esforço mental e fiz perguntas nesse sentido – foram também respondidas negativamente.

 Afinal, resolvi receitá-lo. O resultado ultrapassou as minhas expectativas. Essa moça ficou perfeitamente bem, de tudo, durante 4 meses, findos os quais tive de repetir a dose. Está bem até hoje. Dei o Natr. carb. na 30a.

 Repertorizações

 Pré-fabricadas

 APRESENTAÇÃO

 O presente trabalho foi redigido em 1957, por ocasião do 6ọ Congresso Brasileiro de Homeopatia, realizado em Salvador, BA, sob a presidência do Dr. MURYLLO SCARES DA CUNHA.

 Foi ouvido pelo Prof. SYLVIO BRAGA E COSTA, de extraordinária cultura e lúcida inteligência, já falecido (1962), que nos honrou com longo comentário a respeito.

 O relator foi o colega homeopata Dr. JOSÉ CARNEIRO, prematuramente roubado ao nosso convívio (1967). Eis o seu parecer:

 “O autor, partindo do princípio de que, em clínica, os casos até certo ponto se repetem com relativa freqüência e usando da sua grande prática de repertorização, preconiza neste trabalho a organização de fichas padrões, com a finalidade de facilitar a escolha do remédio.

 Essas fichas, que ele denomina de “pré-fabricadas”, serviriam primeiro ao próprio encaminhamento do caso em tela; segundo, poderão servir a sua própria solução, se nelas aparecerem poucos medicamentos; e, finalmente, se nelas aparecer grande número de medicamentos, servirão apenas como ponto de partida para uma nova repertorização.

 Trata-se, como se vê, de um trabalho prático, oportuno, de grande interesse clínico, original e que se acha condensado em poucas palavras.

 Por tudo isso somos de opinião deva ele ser lido pelo autor para conhecimento de todos em plenário, ao mesmo tempo que nos congratulamos com o mesmo e valemo-nos da oportunidade para sugerir a publicação das referidas fichas em três idiomas, para sua maior divulgação.”

PRELIMINARES:

- Origem da idéia

- Em qual das modalidades?

- Quantas são as fichas?

- De quantos sintomas constam as fichas?

- Organização das fichas

ESCOLHA DOS SINTOMAS:

- Psora

- Calorento ou friorento

- Correspondência de órgãos

- Casos de sinergia fisiológica

- Acne e sexualidade

- Enquadrando o caso em síndromes

UTILIZAÇÃO DAS FICHAS – Considerações finais.

 PRELIMINARES

 No exercício cotidiano da clínica homeopática, durante os primeiros anos, selecionávamos os medicamentos por meio de uma anamnese bem dirigida. Posteriormente, começaram as preocupações repertoriais e passamos então a utilizar os dois meios – ora só pela anamnese, ora por repertorizações. Atualmente, além desses meios, uso um terceiro – as repertorizações pré-fabricadas.

 **Origem da idéia.** A idéia de organizar fichas repertorizadas nasceu da própria prática de repertorizações, no exercício diuturno da clínica. É indubitável que não há casos iguais; não há casos que se repitam, integralmente. Observamos, entretanto, que até certo ponto, muitos casos se repetiam. Os dados principais, que ressaltavam da anamnese de um certo caso se sobrepunham exatamente aos que colhíamos em outros casos, embora, no fim, a escolha final recaísse em medicamentos diversos. Ora, pensamos nós, seria sumamente vantajoso ter, durante as consultas, ao alcance da mão, uma lista dos medicamentos contidos em pelo menos dois desses sintomas mais salientes. E começamos então a levar para casa umas notinhas, tiradas de repertorizações feitas no consultório. Aos sábados e domingos, quando havia tempo, essas notas eram transformadas em repertorizações pré-fabricadas, que ficavam à espera de novos pacientes que nelas se enquadrassem. Depois que a idéia amadureceu no nosso espírito, passamos a tomar nota dos sintomas mais salientes de muitas anamneses, sem fazer a repertorização no consultório. As novas fichas serviriam para os próprios clientes que as motivaram somente em consultas subseqüentes.

 **Em qual das modalidades de repertorização se enquadram as nossas fichas?** Em trabalho anterior organizamos um ensaio de sistematização, abrangendo todas as modalidades. São elas em número de três: sem escolha de sintoma diretor, com escolha de sintoma diretor e por eliminação ou cancelamento. As nossas fichas se enquadram no 3ọ grupo, o das repertorizações por eliminação.

  **Quantas são as fichas?** Seu número cresce sempre. Atualmente, conto com 157 fichas.

 **De quantos sintomas constam as fichas?** Na sua maioria, de dois; em bem menor número, de três.

 **Organização das fichas.** Quando as fichas atingiram um certo número, passamos a sentir necessidade de organizá-las. Após certas hesitações, adotamos o expediente, muito prático, de numerá-las de acordo com as seções do repertório de Kent. Isso resolveu perfeitamente o problema.

 ESCOLHA DOS SINTOMAS

 Chegamos aqui ao ponto mais importante e ao mesmo tempo mais delicado do nosso trabalho.

 Em toda e qualquer prescrição, *use-se ou não o repertório*, o mais importante é a avaliação dos sintomas. Feita a colheita de todos os sintomas, vamos ponderar sobre o caso, fazer incidir sobre ele o nosso julgamento e decidir quais os mais importantes, aqueles que o caracterizam verdadeiramente. Para isso não há leis, não há regras fixas. Há apenas a experiência dos homeopatas. Conhecemos todos a esse respeito o excelente conselho de Hahnemann: dar preferência, na seleção, aos “sintomas estranhos, raros e peculiares”.

 Boenninghausen estabelece os quatro quesitos: localização, sensação, modalidades, e concomitantes.

 O pensamento de Kent: em primeiro lugar os sintomas mentais, referentes aos afetos, intelecto e memória; depois os sintomas relacionados ao homem como um todo; em terceiro lugar as regiões do corpo, órgãos, extremidades, com suas modalidades; e em quarto lugar os sintomas estranhos, raros e as notas tônicas.

 Todos esses critérios são excelentes e deles nos servimos para as nossas repertorizações, pré-fabricadas ou não.

 Isso posto, vejamos agora quais os principais critérios que presidiram à organização das fichas repertoriais. Nasceram elas, principalmente, do hábito de refletir sobre esses critérios.

 **Psora.** Todos os homeopatas conhecem a genial observação de Hahnemann: – doenças crônicas seguem-se ao desaparecimento de doenças da pele. A psora progride, assim, de fora para dentro, de órgãos menos importantes para os mais importantes. Nasceu daí a nossa primeira ficha repertorizada – Medicamentos que têm os dois sintomas: eczema e asma.

 Eczema – psora manifesta. Asma – psora num estado mais adiantado, dissimulado. Em vez de eczema poderemos ter outras afecções cutâneas, por exemplo, urticária, psoríase etc. Em vez de asma, quantas outras doenças crônicas, de fígado, coração, rins, estômago etc. Só com essa idéia pode-se facilmente conceber quantas fichas repertorizadas podem ser idealizadas. Nem sempre encontraremos no Repertório de Kent, as rubricas comodamente à nossa disposição. Para fígado e coração, sim.

 Para outros órgãos, teremos de nos valer ou da rubrica “Inflamação” que é muito geral e muito representativa ou de sintomas referentes aos diversos órgãos, escolhendo, naturalmente, o mais saliente, ou mesmo de um sintoma interno, bem pronunciado, embora não consigamos filiá-lo a nenhum órgão.

 Nos casos psóricos, muitas das pré-fabricadas contêm um sintoma mental, o que mais se salienta na anamnese e o setor atingido pela psora: asma, eczema, urticária etc. Por exemplo, um eczematoso com muita pressa, uma asmática agravada pela consolação, uma criança sujeita a urticária e com mau humor ao despertar etc.

 Os sintomas mentais são, na maioria das vezes, muito difíceis de serem colhidos. Muitas vezes, uma apreciação sintética do mental do paciente, feito por outra pessoa, ajuda muito e corresponde à realidade clínica. Na vida de um casal, por exemplo, certos sintomas mentais constituem verdadeiros defeitos, que um e outro têm de suportar. E como os casais sabem se analisar! Há pouco tempo, tive no consultório um casal, harmônico e feliz. No decorrer da anamnese a esposa disse: “Pressa como a do meu marido eu nunca vi”. E o marido, retrucando: “Posso contar ao Dr. o quanto você é medrosa?”. O marido tinha uma úlcera de duodeno, isto é, uma localização psórica a esse nível e a mulher era asmática. O resultado: – mais duas fichas repertorizadas – o ulceroso apressado e a asmática medrosa.

 **Calorento ou friorento.** Esses sintomas, quando nítidos, são de extraordinário valor. Foram mesmo elevados à categoria de “principal sintoma eliminador no uso do repertório” pelos Drs. Tyler e Weil.

 Na revista norte-americana *The Homoeopathic Recorder* quase todos os trabalhos lidos são acompanhados de um resumo das discussões a respeito, pelos homeopatas presentes. O trabalho a que me refiro é o da Dra. *Grace Stevens* sobre *Casos de sinusite*, publicado em outubro de 1944.

 O primeiro a pedir a palavra, após a leitura do trabalho, foi o Dr. *Carr*, que disse o seguinte: “Nesses casos de sinusite, minha maior esperança é estar seguro de um sintoma geral, nítido. Invariavelmente, um caso crônico de sinusite, de qualquer duração, é sensível, ou ao calor e frio ou a alguma condição atmosférica que afeta o paciente em geral; assim, invariavelmente, pergunto: O sr. é calorento ou friorento? Em quase todos os casos a resposta é: “Sou bastante calorento, excessivamente sensível ao calor” ou então “Sou bastante friorento”.

 Começo a eliminação a partir daí e vou logo para os sintomas particulares”. Como vêem os senhores, a concordância é perfeita.

 Esses sintomas podem servir para as fichas com dois sintomas, assim como para as de três.

 **Correspondência de órgãos e direção da cura.** Esse é o título de um belo trabalho de Kent, que traduzimos do “Lesser Writings”. Refere-se principalmente à lei de direção dos sintomas de Hering e às correspondências de órgãos, estabelecida por Kent: as faculdades intelectuais correspondem ao estômago e rins e as faculdades volitivas ao coração e fígado. As idéias de Kent podem ser parcial ou totalmente verdadeiras. Só com tempo, reflexão e observação poderemos chegar a conclusões definitivas. É indubitável, entretanto, que encontramos na prática doentes que sugerem nitidamente essas relações. Quem desconhece, por exemplo, o desgosto pela vida do hepático? Não vemos aí uma correlação de órgãos? O que se passa depois da administração do *simillimum*, isto é, melhorar a parte mental e piorar a orgânica, que corra por conta de Kent. A melhor utilização dessas idéias é, para nós, o enriquecimento das nossas fichas repertorizadas. Em cada caso particular, procuro, desde que verifique um órgão afetado – um sintoma mental que seja o mais saliente. Para o órgão, ou uma rubrica geral ou um sintoma que sobressaia, ultrapassando os outros. E temos aí mais uma ficha repertorizada, com dois sintomas.

 **Casos de sinergia fisiológica.** No seu grande livrinho “Ensaio a respeito da cura”, Allendy nos dá boas sugestões a respeito do assunto que nos interessa. À pág. 48: “...Aliás, numerosos clínicos notaram conexões semelhantes entre a mucosa nasal e os mais diversos órgãos.

 Leprince pretende que uma intervenção nasal pode transformar a prisão de ventre em diarréia e vice-versa. Roget, de Lyon, observou o aparecimento de um corrimento sanguíneo, genital, logo após a destruição de aderências da trompa de Eustáquio.”

 À pág. 67: “... O aparelho gênito-urinário seria o homólogo do aparelho de fonação e respiração; daí as relações da função genital com a voz (puberdade, canto dos pássaros, castração), com a grossura do pescoço (defloração, cerva no cio); daí, as relações tíreo-ovarianas (amenorréia do bócio exoftálmico) ou tíreo-testiculares (síndromes glandulares). A clínica pôde observar a alternância de angina e uretrite, asma e retenção de urina, afonia e prolapso uterino, a tosse uterina.

 Poderíamos aproximar aqui as localizações parotidiana e testicular da infecção urliana.

 As suprarrenais estariam em relação com o timo, o crifício uro-genital com a cavidade bucal (sifílides, placas mucosas bucais e genitais) e o ânus com o nariz (prurido verminótico)...”

 Corroborando essas idéias, encontramos no livro “As bases fisiológicas da prática médica”, de Best e Taylor, mais exemplos demonstrativos do que os autores chamam “A relação naso-genital”. Citaremos aqui alguns trechos: “Um certo número de observações sugerem uma relação fisiológica entre órgãos genitais e nariz. Em primeiro lugar, a mucosa das conchas apresenta estrutura cavernosa que lembra o tecido erétil do pênis e clitóris; e há estreita relação entre estímulos olfativos e aspectos psíquicos do sexo. Em muitas mulheres, no tempo das regras, ocorre regularmente uma congestão nasal, frequentemente acompanhada de epistaxe e, em ambos os sexos, na puberdade, não é fora do comum a ocorrência de hemorragias nasais. Por vezes, a hemorragia nasal, em moças ou senhoras, parece substituir a menstruação, supressa no momento e é essa a razão de ter sido erroneamente chamada – menstruação vicariante.

 É comum encontrar, em mulheres grávidas e macacas no cio – edema e vermelhidão da mucosa nasal. Relata-se que estímulos no interior do nariz alteram a periodicidade dos estros, em ratos; ao passo que a excisão das conchas provoca hipoplasia genital... Mortimer, Wright e Collip passaram a interessar-se pela relação naso-genital ao estudar uma família franco-canadense, na qual todos os membros (pai, mão e nove filhos) sofriam de *rinite atrófica*.

 O craniograma desses indivíduos revelava sinais de anormalidades hipofisárias. A possibilidade de uma relação causal entre a hipófise (por exemplo, deficiência do princípio gonadotrópico) e a doença nasal sugeriu uma tentativa com estrina. A aplicação local do hormônio folicular nas conchas desses pacientes e de um certo número de outros doentes de rinite atrófica produziu nítida melhora.”

 No livro “As síndromes dolorosas da região epigástrica”, de Gutmann, encontramos o seguinte: “... relação entre as regras e as dores vesiculares, relação tão estreita que constitui, para o diagnóstico da origem vesicular de uma doença, uma informação preciosa. Não somente as crises vesiculares sobrevêm, em muitos doentes, exclusivamente no momento das regras, mas, mesmo quando existem formas contínuas, com pericolecistite, o período menstrual ou pré-menstrual se assinala, muitas vezes, por uma recrudescência dos fenômenos dolorosos... Mesmo em mulheres com aparelhos hepático e genital normais, as regras muito comumente provocam aumento do volume do fígado (segundo Chvostek vinte e sete vezes em trinta casos)...

 Quando o fígado está doente os fenômenos podem ser mais nítidos”.

 Qual o benefício que podemos tirar de todos esses fatos? Dois, principalmente: um de ordem clínica, pela melhor compreensão de muitos casos que se nos apresentam e outro que é o enriquecimento das nossas repertorizações pré-fabricadas.

  **Acne e sexualidade.** Do livro Manual de Diagnóstico Etiológico, do grande Maranón:“O acne verdadeiro, como a seborréia, tem para o clínico o interesse de sua relação com a sexualidade. Aparecem de preferência na *puberdade*... É freqüente as mulheres acnêicas apresentarem transtornos menstruais; comprovou-se nelas a diminuição da foliculina.”

 Sempre que me aparecem moças acnêidas, pesquiso logo os sintomas menstruais, que nunca faltam. E quase sempre tenho oportunidade de aplicar uma das pré-fabricadas.

 **Enquadrando o caso em síndromes.** Li, há anos, na revista francesa “A Homeopatia Moderna”, uma concepção de Nebel a respeito do que seja uma patogenesia homeopática. Para Nebel, uma patogenesia pode ser reduzida, condensadamente, a uma síndrome ou várias síndromes. Na Matéria Médica de Duprat encontramos freqüentes referências a síndromes. Há pouco tempo, perguntei a um colega: “Quais os principais setores de Sepia?”. Respondeu-me prontamente, sem hesitar: “O fígado e os órgãos genitais”. Eis aí a patogenesia de Sepia reduzida à “síndrome hepato-genital”.

 Amiudadas vezes, na clínica, conseguimos enquadrar o caso em uma síntese perfeita. Tive no ano passado um caso bem elucidativo de um garoto de 8 anos, no qual fizemos o diagnóstico de síndrome entero-ocular e repertorizamos com os sintomas blefarite e diarréia. Muitas outras síndromes poderiam ser mencionadas aqui. E mesmo vários exemplos já citados de correlações de órgãos e de sinergia fisiológica podem ser sintetizados em síndromes.

 UTILIZAÇÃO DAS FICHAS

 – É preciso ver se os casos realmente se enquadram nas pré-fabricadas. *Não forçar a situação*.

 – As fichas auxiliam *mais* ou *menos* conforme o número de medicamentos contidos. Quando aparecem poucos medicamentos, com uma simples olhadela e com uma anamnese complementar, já agora baseada na própria ficha – elegeremos o remédio. Nos casos em que aparecem muitos medicamentos teremos que colher mais sintomas e continuar o estudo do caso, com o repertório ou não. Nesse caso a ficha servirá apenas como ponto de partida.

 Por vezes as fichas nos auxiliam apenas para confirmação de um medicamento que escolhemos pela anamnese. Nesse caso o auxílio é bem modesto, mas não de todo desprezível.

 – Como o número de fichas que possuo é mais ou menos avultado, às vezes delas me sirvo até para orientação na anamnese.

 Isso demanda um exemplo. Suponhamos que seja procurado por uma mãe levando o filho para um tratamento de amígdalas. O garoto é sujeito a amigdalites. “Que mais?”. “Nada mais”. Insisto ainda: “Não nota mais nada no seu filho?”. “Não, senhor.”

 Embora pensando intimamente que essa mãe não sabe consultar um homeopata, tendo certeza íntima de que o garoto tem mais sintomas, que remédio senão começar desde logo o interrogatório? E quais as perguntas mais importantes a fazer? Evidentemente aquelas que constam das minhas pré-fabricadas, pois que elas nasceram da prática e já permitiram a individualização de muitos casos de amígdalas. Pego então o meu monte de fichas e vejo todas aquelas cuja numeração começa por 12. Temos a 12-14, Garganta + Agravação em veículos; a 12-17, Garganta + Fezes como de cabrito; a 12-22, Garganta + Urina com cheiro forte; a 12-24, Garganta + Regras escassas; a 12-31, Garganta + Suor nos pés com mau cheiro; a 12-35, Garganta + Suor durante o sono; a 12-36, Garganta + Urticária e finalmente outra 12-36, Garganta + Eczema. Compreenderam?

**Considerações finais.**

Apesar da honrosa sugestão do Dr. José Carneiro, não achamos oportuna a publicação das fichas de repertorizações pré-fabricadas. Têm elas algo de subjetivo e a nossa opinião é que cada homeopata deva organizá-las de acordo com sua orientação pessoal. Limitamo-nos a lançar a idéia e a publicar os *critérios* que presidiram à organização das nossas. O que afirmamos é o seguinte: em nossas mãos, sem forçar a situação, elas têm sido de grande valia em certa percentagem de casos.

 ÍNDICE

Dedicatória .......................................................................................... 2

**Repertório e Repertorização**

Apresentação ................................................................................ 3

 Quadro sinóptico ........................................................................... 4

 I – Apologética ......................................................................... 6

 II – Teoria ................................................................................ 11

 III – Prática ............................................................................... 27

 **Repertorizações pré-fabricadas**

Apresentação .............................................................................. 41

 Quadro sinóptico ......................................................................... 42

 Preliminares ................................................................................ 43

 Escolha dos sintomas ................................................................... 44

 Utilização das fichas ................................................................... 48