
**Imunomodulação,
Ultradiluições Hahnemannianas
e Isoterapia.**



ANNA KOSSAK-ROMANACH

IMUNOMODULAÇÃO, ULTRADILUIÇÕES HAHNEMANNIANAS E ISOTERAPIA

ANNA KOSSAK-ROMANACH

*Livre-docente e Professora Titular de Clínica Homeopática
pela Universidade do Rio de Janeiro*

Dermatologista pela Sociedade Brasileira de Dermatologia

Membro da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia

2003

ELCID

Trabalho dedicado
aos Médicos
de todas as
Especialidades

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Kossak-Romanach, Anna

Imunomodulação, ultradiluições hahnemannianas e
isoterapia / Anna Kossak-Romanach. -- São Paulo :
ELCID, 2003
330 p. il. 18x25

1. Hahnemann, Samuel, 1755-1843
 2. Homeopatia
 3. Homeopatia - Atenuações, diluições e potências
 4. Homeopatia - Matéria médica e terapêutica
 5. Imunoterapia
 6. Resposta imune - Regulação
- I. Título.

02-6647

CDD-615.532
NLM-WB 930

Índice para catálogo sistemático:

1. Imunomodulação : Homeopatia 615.532
2. Ultradiluições : Homeopatia 615.532
3. Isoterapia : Homeopatia 615.532

P R E F Á C I O

O texto presente tem como objetivo a resposta orgânica em portadores de injúrias imunitárias, suscitada pela administração oral do alérgeno ou do tóxico responsável, em doses imponderáveis, isto é, não detectadas através dos recursos técnicos correntes.

Durante 25 anos exercemos a clínica dermatológica na periferia da capital de São Paulo. Desde 1956 cumpríamos funções de pediatra em Posto de Puericultura do Departamento Estadual da Criança e, neste serviço, após tentativa bem sucedida do recurso homeopático em otites agudas e crônicas, fomos induzidos ao emprego da então, para nós, desconhecida terapêutica pelas doses ínfimas, em outras situações problemáticas sob o ponto de vista do tratamento e da cura. Dispúnhamos de escritos elementares sobre o assunto e de uma botica contendo os principais medicamentos de uso homeopático - doação de um laboratório. Dispensamos especial atenção aos portadores de dermatite seborréica e de eczemas, cujos sucessos foram retumbantes. Não dispúnhamos de retaguarda especializada, nem de recursos acessórios e somente muitos anos depois surgiu a Clínica Especializada dos Campos Elíseos, ligada ao citado Departamento, ainda sem dermatologista nem alergologista.

Fomos surpreendidos, em breve tempo, pela redução sensível de portadores dos diagnósticos referidos, que deixaram de constituir problema, terapêutico e social. Em 1964, com o pensamento voltado à especialização, passamos a freqüentar o Departamento de Dermatologia do Hospital das Clínicas, sob a chefia do Prof. Sebastião de A. Prado Sampaio e, em 1970 obtivemos certificado de habilitação nessa especialidade, mediante concurso. Nesta época, a máquina fotográfica era acessório inseparável e a imagem impressa, fator documentativo máximo de qualquer eventualidade, era de uso livre, sem as exigências posteriores que os médicos impuseram a si próprios através do Código de Ética. Não havia coerções para fotografar, embora a disposição do paciente fosse sempre considerada. A maioria absoluta dos doentes entendia a finalidade documentária e facilitava a intenção. Nem todas as dermatoses justificavam fotografia. Ao médico interessava sobretudo a possibilidade de registro seriado. Ao melhorarmos os conhecimentos sobre o método terapêutico segundo a lei da semelhança, não poupávamos esforços no sentido de documentar os pacientes tratados com doses imponderáveis. O estudo seqüencial das imagens revelou fatos despercebidos aos exames de rotina, em especial as agravações dermatológicas seqüentes à administração do medicamento homeopático adequado. O seguimento evolutivo evidenciou quadros de eritema, exacerbações supurativas, deslocamento de lesões e discrepâncias regionais de resposta impossíveis de serem detectadas no atendimento individual, porém assombrosamente evidentes na visão panorâmica do acervo, no conjunto e no decurso do tempo. Tal acervo acarreta dificuldades e, além do alto custo dos aparelhos, das lentes de aproximação, dos filmes, do processo cauteloso na montagem ordenada dos diapositivos, acresce o fator desperdício causado pela ausência do paciente na data programada ou pelo retorno tardio na dependência de nova crise da doença, inutilizando o material anterior. Os complicados testes epidérmicos não constituíam recursos acessíveis habituais e padronizados, como hoje o são. Aliás, a sua execução sistemática, no intuito de pesquisa, continua questionável em consultório privado devido a variados motivos, sendo os mesmos evitados durante e imediatamente após a fase de agudização, pela persistência da positividade. Outrossim, existe o risco de resultados adulterados decorrentes da influência de drogas imunossupressoras.

Com o tempo, descobrimos que no reduto da Homeopatia prática ocultam-se possibilidades não cogitadas pelo médico alopata e, lamentavelmente, pelo alergologista. Pior do que isto: o próprio médico homeopata ainda não se conscientizou da importância na classe médica e na comunidade, da abrangência das doses mínimas, passíveis de utilização independente da complicada semiotécnica original e da dupla totalidade dos sintomas que caracteriza a cura ideal dentro da lei da semelhança.

Em recente Congresso de Imunologia, na qualidade de colega e amigo, um ilustre Professor, ciente da intenção do presente texto, cobrou a feitura obrigatória dos testes de contato, numa ponderação de que somente eles tornariam os casos clínicos válidos para publicação. Foi o mesmo que pedir que tudo fosse feito de novo. Conselho acertado, porém inexecutável, dadas as circunstâncias. Se possível fosse retroceder ao passado, nada poderia ser acrescentado ao presente acervo elaborado em consultório de classe média e baixa. A feitura de alguns testes epicutâneos a mais seria descompensada pelo cerceamento de um número maior de fotos, em nome da ética. A socialização da Medicina, ao permitir acesso fácil a múltiplos serviços gratuitos, dispersa os pacientes, inutiliza dispendiosos documentos e traz interferências farmacológicas que adulteram as conclusões terapêuticas. Entre o abandono e esquecimento do fichário duramente elaborado no decurso de três décadas e a crítica baseada em ditames, hoje modernos, mas que daqui a 20 anos poderão tornar-se igualmente ultrapassados, mostrou-se sensata a primeira opção. De um lado, a realidade mostra que os testes de contato são dispendiosos, demorados, trabalhosos e questionáveis. De outro lado, a documentação fotográfica continua soberana, apesar dos anos, conservando o seu valor documentativo incontestável.

Os médicos homeopatas têm sido os conhecedores exclusivos da oportunidade de tratamento de intoxicações, reações de hipersensibilidade e doenças epidêmicas específicas, através dos respectivos agentes causais diluídos e dinamizados. Muitos profissionais empregam este recurso excepcional em circunstâncias bem definidas; outros, empolgados pelos sucessos imediatos e tentados pelo comodismo da prescrição etiológica, generalizam de forma indiscriminada o emprego de produtos da doença; nesta conduta o doente, supondo estar curado, afasta-se da possibilidade de se beneficiar da lei da semelhança, para a qual precisaria ser individualizado dentro do seu diagnóstico nosológico segundo a totalidade de sinais e sintomas pertencentes a diferentes níveis orgânicos. A conduta em base exclusiva do fator etiológico isolado proporciona resultado específico ao respectivo fator, nem sempre definitivo, sem abranger o organismo como unidade reacional em desequilíbrio.

Qualquer alérgeno será capaz de promover estado de hipossensibilização específica quando reduzido a quantidades imponderáveis através do recurso da farmacotécnica hahnemanniana, desde que for condicionado ao princípio da identidade, constituindo a Isoterapia.

Por outro lado, a hipossensibilização inespecífica, válida para diferentes antígenos, independente da sua natureza, poderá ser conseguida através de qualquer substância medicamentosa, também independente de sua natureza, desde que estiver condicionada à correlação de semelhança de duas totalidades sintomáticas – aquela representativa das manifestações de determinado portador da reação de hipersensibilidade e a totalidade representativa do conjunto farmacodinâmico de determinada droga, ou patogênese, revelada nas experimentações em indivíduos sadios. Esta conduta constitui a Homeopatia.

Na prática despontam oportunidades de emprego de determinados medicamentos que atendem a diferentes graus e tipos de similitude, na dependência de fenômenos locais, aspectos fisiopatológicos e momentos evolutivos, gerando situações de prescrição não subordinada ao fundamento essencial que caracteriza a Homeopatia como metodologia sistêmica e sintética – a totalidade sintomática do doente - muitas vezes impossível de ser obtida por razões da doença do doente ou do médico. A prescrição nessas eventualidades de semelhança parcializada é da competência exclusiva do médico homeopata especializado e representa conduta comum em veterinária, em pediatria e em odontologia; não constitui Homeopatia no conceito hahnemanniano porém a ela pode ser naturalmente integrada após superada a fase de exceção. A esta prescrição, baseada no princípio da similitude, não total, foi proposta a designação de Similterapia.

A correlação sintomática – totalidade do doente e farmacodinâmia, e não a exigüidade da dose – constitui o requisito determinante da cura. A particulação ou a diluição, dinamizada pelas succussões, transforma determinadas substâncias em medicamentos potencialmente homeopáticos, acontecendo a Homeopatia quando o organismo doente, condicionado pela afinidade ou sintonia

sintomática doente/farmacodinamia, aciona o estado de defesa inerente a cada indivíduo, em cuja base encontra-se o efeito secundário reacional. O fenômeno de cura, decorrente da lei da semelhança de sintomas, ou Homeopatia, é irreproduzível em proveta. A similitude parcial, que caracteriza a Similterapia, vem sendo pesquisada em animais de laboratório, enquanto o princípio da identidade, próprio da Isoterapia, é passível de experiência em tubos de ensaio.

Coube a Johann Joseph Wilhelm Lux (1776- 849) o pioneirismo do tratamento das doenças atribuídas à intoxicação medicamentosa ou iatrogenismo, fugindo, a sua prática, da definição original da então chamada Isopatia, restrita a produtos biopatológicos. Johann Ernst Stapf (1865-1909), por sua vez, deu ênfase aos produtos patológicos da doença, preparados para o próprio doente, em procedimento caracterizado como auto-isopatia, ou autonosódioterapia lembrando as vacinas de Pasteur.

Em pleno ano 2000 a Organização Mundial da Saúde, ao tentar unificar os conceitos da Imunologia, aproxima a Imunoterapia da Isoterapia, abre caminho à dessensibilização via oral e formaliza a adoção de quantidades crescentes do alérgeno responsável, quer dizer, indica o sentido contrário àquele que deveria ser tomado. Em conseqüência, a legião dos alérgicos continuará a aguardar, por tempo que se fizer necessário, até que o equívoco seja esclarecido. Na verdade, a solução do problema dependerá do aprofundamento dos conhecimentos farmacodinâmicos e, em especial, do efeito secundário reacional dos fármacos, responsável pelo acionamento do fenômeno de cura.

Aumentam os grandes problemas sociais e industriais gerados pelas doenças atribuídas a fármacos e produtos químicos, para a maioria dos quais a terapêutica vigente encontra-se desarmada.

O atendimento habitual das farmacodermias e de outras situações de clínica geral devidas a drogas, continua sendo limitado ao afastamento do fator etiológico e ao uso de antiinflamatórios, sem nenhum recurso voltado às predisposições mórbidas do terreno.

A imponderabilidade de doses terapêuticas gera cepticismo e o aproveitamento do potencial das doses ínfimas do alérgeno ou do tóxico, continua a esbarrar com o preconceito da imaterialidade aparente, desde há muito tempo rompido pela Física.

Ao reler o presente texto a autora imaginou de que maneira ela própria o teria compreendido através dos conhecimentos médicos vigentes há 50 anos. Algo importante estava faltando. Aos poucos foi se delineando a necessidade de uma sistematização capaz de ser ao mesmo tempo completa e simples, acerca dos procedimentos implicados no assunto. Até agora, nenhum adepto da lei da semelhança ousou abordar o problema das meias-verdades, talvez ignorando por onde começar e pelo risco de ferir preceitos hahnemannianos. A simples referência ao expurgo de práticas aderentes, usuárias da farmacotécnica hahnemanniana, tem despertado a hostilidade dos profissionais que as praticam. Quem assiste aos eventos nacionais de Homeopatia, ou se confunde, ou se escandaliza, frente à ousadia dos propagadores de conceitos nunca vistos, destituídos da mínima cautela quanto à possibilidade de estarem lesando a integridade de uma metodologia duramente conquistada e consolidada. Na retaguarda destes oradores existem interesses outros, não científicos, nem humanitários.

A crítica apresenta-se problemática devido ao fato da própria autora haver publicado alguns trabalhos como sendo homeopáticos, sem realmente o serem. Os limites da Homeopatia por vezes parecem nebulosos, não se justificando o ressentimento entre colegas de classe pelo fato de não aceitarem a metodologia, quando seus próprios praticantes vivenciam certos momentos de confusão sem conseguirem resolvê-los. Sem personalismos, estes problemas assumem caráter de uma causa de interesse coletivo.

O professor mexicano Tarsicio Escalante (1974), preocupado com a complexidade dos requisitos decorrentes da lei da semelhança e inconformado com a intromissão de práticas estranhas, delineou na área terapêutica dois grandes domínios básicos: 1) o domínio da terapêutica segundo o princípio da similitude; 2) o domínio dos demais procedimentos terapêuticos destituídos do princípio da similitude, sem considerar os critérios particulares de cada um deles.

Ateve-se o professor mexicano aos aspectos da doença vinculados ao princípio da similitude, em qualquer uma de suas modalidades e graus, adequando-lhes a designação genérica de Similiterapia, em cujo âmago destacou e diferenciou a Homeopatia, baseada na lei da semelhança, obrigatoriamente subordinada à totalidade dos sintomas do doente, dotada de regulamento e consolidada como um método original de utilizar e trabalhar com o princípio da semelhança junto ao doente, constituindo um sistema terapêutico único e inamovível, criado por Samuel Hahnemann.

Por alguma razão, ou interferência, Escalante não escreveu tudo o que precisaria ser escrito. Coube-nos a tarefa - não cogitada ao encetarmos esta publicação - de completar as intenções que ressumam das entrelinhas deste renomado professor. Através de gráficos, posicionamos os procedimentos alheios à lei da semelhança da totalidade doente/farmacodinamia. Precauções especiais foram desnecessárias, pois Tarsicio Escalante, sem o saber e num só golpe, por força de definições e da lógica baniu, ele mesmo, para longe da Homeopatia, e também da Similiterapia, qualquer procedimento terapêutico pretensamente homeopático, inclusive a drenagem vannleriana que, na opinião de alguns autores, estaria retardando a evolução da Homeopatia. No domínio do princípio da similitude, gravitando em torno da Homeopatia subordinada rigorosamente à totalidade sintomática, foram posicionadas as situações de semelhança baseadas em critérios parciais, ou reduzidos. Prevalece na Similiterapia a subordinação a diferentes tipos isolados porém bem caracterizados de semelhança, ao modo de uma Homeopatia reducionista. O enfoque centrado pelo sistema terapêutico homeopático, em meio de outras situações não globais de semelhança, em uma alegoria do astro sol e seus planetas - permite distinguir e situar qualquer procedimento intruso, já existente ou que venha a surgir, capaz de desarmonizar o sistema hahnemanniano.

Uma apresentação didática do tema tornou-se imperativa, a bem da verdade. Os diagramas seriados ampliaram o significado e facilitaram a compreensão racionalizada das terapêuticas hoje praticadas, nos seus devidos lugares, forçadas pelo próprio autigenismo, quer dizer, sendo cada qual aquilo que realmente se tornou, sem detratarem nenhuma delas. Aquelas situações de alguma forma dependentes da similitude não global, praticadas por médicos homeopatas (tal como pelo próprio Hahnemann), foram legitimadas como Similiterapia, enquanto outras, destituídas de qualquer semelhança sintomática, foram trasladadas, automaticamente, para a categoria geral das microterapias. Forçadas pela estratégia da lógica, as terapias pelas microdoses valorizar-se-ão por si mesmas, livres dos adereços tomados por empréstimo. A Fitoterapia verdadeira, sempre baseada na química dos seus valiosos princípios ativos, quando livre das microdoses que lhe impuseram, será restaurada.

Os casos clínicos exemplificam diferentes atitudes no manuseio das doses imponderáveis, exemplificando situações de Homeopatia, Isoterapia e Similiterapia. O capítulo sobre Hemoterapia, tal como ela existe, quase na clandestinidade, presta-se para demonstrar o que ela não é, deixando em aberto a sua realidade taxionômica. O recurso fotográfico consegue objetivar o potencial farmacodinâmico oculto em substâncias inesperadas e seus resultados imprevisíveis.

O processo de cura, de duração variável segundo o doente, pode acontecer após o estímulo único de dose isolada de determinado medicamento, específico ao doente e não à doença, de modo a validar os resultados clínicos registrados em períodos breves, de semanas ou dias - considerados inaceitáveis e duvidosos nos procedimentos alopáticos e enantiopáticos. A resposta de cura, sempre acionada pelo efeito secundário reacional de determinado medicamento, nunca é supressora, nem efêmera, cumprindo o seu ciclo, ou destino, independente da repetição da dose.

Apesar da clínica privada não possibilitar tabelas estatísticas dignas da era dos computadores, a autora não poderia deixar de legar o fruto da sua vivência de algumas décadas - um amálgama de dúvidas, anseios, frustrações e sucessos.

Ibirá, janeiro de 2003

ÍNDICE GERAL

	Pág.
Prefácio	5 - 8
P A R T E I - Teórico expositiva.	
I - A Arte dos paradoxos	13-17
II - Drogas e respostas orgânicas. Conceitos farmacológicos básicos	18-28
III - Doses mínimas. Ultradiluições hahnemannianas	29-45
IV - Ações primárias simples, bifásicas e trifásicas. Ações alternantes e sinusoidais	46-53
V - Efeito secundário reacional às drogas	54-67
VI - Sistemas complexos. Lei da equivalência	68-78
VII - Nervismo pavloviano ou Medicina córtico-visceral	79-82
VIII - O legado literário de Samuel Hahnemann	83-86
IX - O Organon da Arte de Curar	87-89
X - Imunologia, Imunoterapia e Imunomodulação	90-103
Pesquisas com ultradiluições hahnemannianas	104-111
XI - Isoterapia	112-121
XII - Conceito de nosódio e sua diferenciação	122-131
XIII - Via oral de dessensibilização	132-136
Adendo: Via oral e procedimentos de dessensibilização na literatura médica	137-145
XIV - Hemoterapia e suas variantes	146-152
XV - Ultradiluições entre os aversivos alcoólicos	153-163

XVI - O contexto do Princípio da Similitude. Similterapia. Homeopatia sintética e Homeopatia reducionista	164-180
XVII - Contribuição da Dermatologia às demais especialidades. Abrangência das ultradiluições	181-190
P A R T E II - Sinopses clínicas 01 a 75. Tabelas gerais indicativas. OBS. Resumos clínicos e figuras conservam igual numeração	191-243
P A R T E III - Documentação fotográfica, referente aos casos clínicos. Figuras 01 a 75. OBS. As figuras são apresentadas na mesma seqüência numérica das sinopses clínicas	245-299
Referências Bibliográficas	301-305
Glossário	307-316
Índice remissivo	317-324
Índice geral de Diagramas, Quadros e Tabelas, os quais obedecem a uma única ordem numérica, conforme a seqüência de apresentação	325

PARTE I

Teórico-expositiva

I

A ARTE DOS PARADOXOS

No exercício profissional tantos são os fatos paradoxais detectados pelo médico, que este olha sem vê-los e registra sem interpretá-los. A aparente incoerência que envolve as propriedades de certos fármacos, muitas vezes impressa nos bulários comerciais, não chega a espantar o médico e não o impede de prescrever drogas carreadoras de propriedades inconvenientes, desde que obedeça a determinados critérios ditados pela literatura e se julgue conforme a conduta dos colegas próximos.

O termo "paradoxo" significa fato inesperado, em desacordo ao esperado ou fato inexplicável. A Dermatologia, especialidade objetiva, é pródiga em situações desta natureza. No texto de Fitzpatrick, no capítulo dedicado ao líquen plano, o co-autor Kenneth A. Arndt¹ enumera entre os possíveis recursos de tratamento desta dermatose, o arsênico, o mercúrio, o bismuto, os antibióticos, as vacinas, os antimaláricos e os antituberculosos. Em página anterior do mesmo livro consta uma tabela demonstrativa das drogas capazes de induzir quadros cutâneos que simulam o líquen plano típico onde figuram, por coincidência, os arsenicais, o mercúrio, os antimaláricos e os antituberculosos.

Até há poucas décadas, entre as opções importantes a serem tentadas no tratamento do psoríase, constava o licor de Fowler, à base de arsênico, obviamente em frações subtóxicas e, em diversos países, alguns portadores desta doença, não a maioria, foram curados pela poção. Hoje a fórmula arsenical encontra-se no esquecimento. Atrás destas discrepâncias encontra-se, ainda oculta, a imprevisível presença da totalidade sintomática do paciente psoriático e a sempre previsível e fixa totalidade potencial farmacodinâmica do produto, à mercê do acaso no encontro da sintonia capaz de curar, que nem sempre acontece em tempo hábil para que seja testemunhada pelo profissional responsável pela prescrição inicial que, sem saber como, acionou o processo de reequilíbrio orgânico.

Exemplos semelhantes encontram-se no lupus eritematoso fixo, vitiligo e no tão comum eczema agudo, onde os próprios derivados cortisônicos figuram na lista dos possíveis fatores desencadeantes.

Estes fenômenos contraditórios não têm recebido a atenção científica, sendo atribuídos a circunstâncias não definidas. A sua pesquisa atenta proporcionaria conclusões capazes de revolucionar a Medicina em favor das situações difíceis. O médico tem subestimado o fato e ainda não aprendeu a lidar com as situações paradoxais, contornando-as, dentro da lógica, pela adoção de outros recursos rotineiros considerados seguros.

Em 1779 entra em cena, na Medicina, a figura de Samuel Hahnemann, doutorado na cidade de Erlangen, Alemanha. Desde os primeiros anos de sua carreira, o comportamento deste jovem médico foi marcado pela vocação à química e à mineralogia, cujos importantes estudos o tornaram conhecido na Europa existindo, inclusive, uma biografia sua no enfoque de químico eminente e autor de contribuições de grande valor científico. Na condição de mineralogista, Hahnemann manteve correspondência com José Bonifácio de Andrada e Silva, o patriarca da independência do Brasil, também mineralogista. De outro lado, a curiosidade e preocupação pelo

¹ KENNETH A. ARNDT - Líquen planus. In: *Dermatology in General Medicine*, de Fitzpatrick e cols., New York, Mc Graw-Hill Book Company, 1971, p.733 e 734

modo do organismo adoecer, levaram-no a idealizar um procedimento semiológico minucioso e original em seu tempo, visando perscrutar e registrar nos menores detalhes, as manifestações do doente - as atuais, as recentes e aquelas passadas remotas - no objetivo de detectar fatos novos e progressos capazes de revelar sinais precursores de distúrbios orgânicos e vislumbrar indícios de desequilíbrios incipientes. Este procedimento anamnético especial, metódico, tornou Hahnemann um observador aguçado das menores modificações do complexo sistema orgânico, decisivas na identificação de comportamentos reacionais básicos, mais ou menos estereotipados, que caracterizam os estados reacionais crônicos.

Hahnemann considerava imperfeita e agressiva a Medicina de sua época que abusava dos purgativos, dos eméticos, das substâncias cáusticas de uso local e das sangrias, cuja prática era ensinada em todas as escolas médicas dos Estados Unidos e algumas da Europa. Em determinada etapa de sua vida dedicou-se às doenças venéreas, em especial à sífilis, cujo tratamento consistia na administração de mercúrio; intrigava-o a toxicidade deste metal, de controle problemático. Questionava coincidências estranhas que, no seu entender, preconfiguravam o fenômeno da semelhança, a exemplo das ulcerações devidas à toxicidade mercurial e aquelas da sífilis natural, paradoxalmente semelhantes. Indagava sobre a razão do exagero do mercúrio determinar, em certos pacientes, a exacerbação das lesões existentes e o fato de muitos doentes, após superada a piora inicial e suspenso o medicamento, entrarem em fase de melhora duradoura. Nestas considerações, e sem o saber, perfilava situação de correlação de semelhança aliada à instalação de reação secundária de defesa do organismo, no decurso da eliminação do mercúrio.

Na sua clínica, Hahnemann tornara-se famoso e próspero. Conceituado na comunidade médica, escrevia e proferia conferências científicas. Todavia, a consciência o perturbava. As práticas agressivas em voga, as teriagas, enfim, os recursos heróicos da época, causavam-lhe apreensão e inconformidade. Não aprovava a terapêutica do seu tempo. Em 1789 abandona a Medicina e, valendo-se do conhecimento profundo de várias línguas, para as quais era dotado de especial aptidão, decide dedicar-se, como meio de vida, à tradução de livros científicos. Um fato importante sucedeu enquanto traduzia a importante Matéria Médica de autoria do médico escocês William Cullen, da Universidade de Edimburgo, o qual afirmava no capítulo dedicado à *China officinalis*, usada no tratamento da malária, que o sucesso terapêutico desta substância devia-se às propriedades amargas dos princípios ativos desta árvore. O tradutor, que tinha o hábito de ler, rabiscar e avaliar os textos, além de rejeitar esta interpretação, decidiu ingerir duas doses diárias de quatro dracmas de pó da córtex da *China*, ou quinquina, no propósito de constatar o que aconteceria. Nesta atitude auto-experimental, consumava-se a recomendação de Albrecht Von Haller, célebre fisiologista suíço (1708-1777), responsável pelo grande progresso da Fisiologia mundial no século XVIII, o qual insistia sobre a necessidade de pesquisar a influência das drogas sobre o homem sadio, advogando constituir tal atitude o único caminho para a descoberta de novos medicamentos capazes de ampliar os recursos da Terapêutica e que, em 1771, assim se expressou: *“Um remédio deve ser primeiramente provado no homem sadio, introduzindo em seu organismo uma pequena dose do mesmo, sem nenhuma mistura estranha; toma-se nota de todos os efeitos por ele produzidos sobre o pulso, o calor do corpo, a respiração, as excreções, etc e depois, tomando como guia os fenômenos observados em um homem são, o remédio será provado em um homem doente”*. Haller demonstrou que determinadas partes do corpo são irritáveis ou contráteis, enquanto outras são sensíveis ou sensitivas, proporcionando conceitos que se tornaram fundamentais na patologia neural inglesa defendida por William Cullen e da teoria da irritabilidade de John Brown. Em época posterior, na escola de Montpellier, irritabilidade e sensibilidade constituíram argumentos válidos para o

vitalismo.² Curiosamente, o próprio Cullen professou que as causas das doenças consistem na perturbação de movimentos atômicos, estando estes na dependência do sistema nervoso.

Hahnemann jamais deixou de pesquisar. Experimentou muitas substâncias, umas após outras, em si, em familiares, amigos e voluntários. Dentre os indivíduos sadios em que determinadas drogas foram experimentadas, destaca o fato de numerosos deles passarem a apresentar manifestações cujo conjunto lembrava quadros sintomáticos parecidos àquelas manifestações presentes em portadores de doenças nas quais estas drogas, por coincidência, vinham sendo usadas, sob critério empírico, proporcionando eficácia reconhecida. Em 1796 publica o primeiro artigo sobre um novo princípio de cura.³ Delineia o tratamento através da correlação de semelhança entre determinada droga e a doença a curar. Desde logo constata o fato de que nem sempre o mesmo diagnóstico nosológico justifica a mesma droga. Verifica não existir correlação obrigatória entre a patogenesia de uma droga e o diagnóstico nosológico. Registra a prevalência dos sintomas inerentes a cada doente, dentro do critério comparativo entre farmacodinamia e o conjunto sintomático do doente.

Ainda que os textos históricos centralizem na *China officinalis* a origem da descoberta do princípio de cura segundo a lei de semelhança de sintomas, é óbvio que a centelha inicial proveio da experiência profissional proporcionada pelo mercúrio em doenças venéreas, na sífilis em particular, haja vista a patogenesia de mercúrio guardar incrível semelhança com as lesões e transtornos provocados pelo *Treponema pallidum* em diferentes níveis - o local, o fisiológico, o anatomopatológico, o celular, o tecidual e o de sistemas. Posteriormente, situações de intoxicação crônica pelo metal permitiram delinear transtornos nervosos e psíquicos e a poluição de rios e lagos, junto à mineração do ouro, tornaram o assunto atual. Fato semelhante aconteceu em relação ao chumbo, cuja patogenesia foi baseada em lesões tóxicas caracterizadas como doença profissional, crônica e aguda, permitindo registro da conjunção de manifestações em diferentes níveis, desde o lesional ao psíquico.

Hahnemann perseverou em observar e pesquisar, tendo redigido os resultados em importantes textos avulsos conhecidos hoje como "*Escritos Menores*"⁴. Em 1810 trouxe a público a obra fundamental da metodologia terapêutica hahnemanniana sob o título de "*Organon da Medicina Racional*", em duas partes: a primeira contendo análise crítica da Medicina da época; a segunda representativa do *Organon* propriamente dito, que se tornaria o texto médico mais lido na época. A primeira parte desta edição inicial constou de relatório de casos clínicos curados e registrados na literatura médica, junto à identidade dos respectivos autores, todos eles médicos ilustres. A citação das drogas responsabilizadas pela cura foram comparadas às referências paralelas de situações patológicas semelhantes *paradoxalmente* induzidas ou provocadas pelas mesmas drogas, sempre abalizadas pelos médicos responsáveis que registraram e estudaram o fenômeno⁵. Esta proeza comparativa entre quadros clínicos curados e outros provocados pelas mesmas substâncias, despertou a ira dos autores referenciados no confronto. Na realidade, o relatório limitava-se a casos clínicos de conhecimento da classe médica, sem nada acrescentar, dispondo-os de modo a permitirem, um a um, o confronto comparativo que surpreendeu pelo fato das drogas curativas constarem simultaneamente na lista de causas provocadoras. Em outros termos, a intenção do

² ENTRALGO Lain - História Universal de la Medicina Barcelona, Salvat Ed., 1981

³ Ensaio sobre um novo princípio para descobrir as virtudes curativas das substâncias medicinais, seguido de alguns comentários sobre os princípios admitidos até nossos dias". Trabalho original publicado na Revista Médica de Hufeland", em 1796.

⁴ HAHNEMANN S. - Lesser Writings, trad. R.E. Dudgeon, New Delhi, Jain Publ., 1984

⁵ HAHNEMANN S. - Organon de l' Art de guérir, trad. do original alemão publicado em 1918, por Erneste G. Brunnov, Dresde, 1924

autor consistia em demonstrar que as drogas que provocam determinadas situações mórbidas são igualmente capazes de curá-las.

A exemplo, seguem as sínteses, lacônicas, de algumas citações da polêmica primeira edição do *Organon*:

1. Enquanto *Thumbberg, Wilson e Luzuriaga* atribuem ao chumbo a propriedade nefasta de obstruir o ventre, outros autores - *Sala e J. Agricola* - curam, através do chumbo, portadores de obstrução intestinal.
2. *G.E. Stahl* observa que o estanho provoca aparências de tísica. Entretanto, um grupo de médicos representado por *Poterius, Wepper, Wedel, Fr. Hoffmann, R.A. Vogel, Thiery e Albrecht*, curam pelo estanho portadores de uma espécie de tísica, febre, catarro crônico e dispnéia úmida.
3. *Geischlager* cura males do estômago empregando o estanho. *Stahl* observa que o estanho provoca males de estômago.
4. *Lobelius* atribui à *Euphrasia* processos inflamatórios oculares. Para *Murray* a *Euphrasia* cura conjuntivites.
5. *Murray* atribui ao tabaco manifestações de vertigens, náuseas e estados de angústia. *Diemierbrock* cura vertigens, náuseas e angústias, prescrevendo e fazendo fumar tabaco.
6. *Chomel, Grant e Marrigues* descrevem convulsões sob efeito do tabaco. *Zacutus* refere efeito curativo do xarope de tabaco em portadores de epilepsia.
7. *Georgi e J.C. Bernhardt* atribuem ao *Agaricus*, quadros de tremores, convulsões e epilepsia. *S. Whistling* cura com o *Agaricus*, estados de convulsões acompanhadas de tremores.
8. *Hipócrates* fala da cura pelo heléboro branco de um portador de cólera morbus que resistiu a todos os remédios; outros autores, *Forestus, Ledelius, Reimann*, registram quadros de cólera morbus provocados pelo mesmo heléboro.
9. *Boerhave, Sydenham e Radoliff* curam quadros de hidropisia empregando o sabugueiro, enquanto *Haller* provoca edemas pela aplicação externa do sabugueiro.
10. Para *Millar*, o almíscar representa remédio quase específico contra alguns tipos de dispnéia espasmódica. Para *Frédéric Hoffmann* o almíscar provoca constrição do peito sem tosse, de forma espasmódica e sufocante.

Referências semelhantes ocupam 40 páginas da citada edição e custaram ao autor uma penca de inimigos. Conforme se constata, a correlação de semelhança está explícita no relatório, ao modo das referências colhidas de obras médicas importantes da época, numa demonstração de que o fenômeno da cura tem muito a ver com as manifestações do doente e as propriedades farmacodinâmicas de determinada droga, indiferente à vontade do médico. A simultaneidade de *provocar e curar, potencialmente presente em todos os fármacos*, não foi percebida nos enfoques isolados, e sim na visão panorâmica, em meio do contexto geral da Medicina.

Na avaliação dos exemplos, importante é ressaltar que alguns diagnósticos não são verdadeiros no aspecto etiológico, prestando-se nestas eventualidades a expressão “*como se fosse*”. Esta advertência cabe ao caso da cólera morbus.

Referências semelhantes continuam comuns em tratados recentes de terapêutica, nos quais está explícita a mesma correlação paradoxal de ações, ou seja, o emprego terapêutico de drogas em situações em que estas mesmas drogas figuram entre as causas desencadeantes, sendo exemplos: o quinino na vertigem de Menière, o salicilato nos zumbidos de ouvido, o enxofre em eczemas, a ergotina no tabes, a colchicina nas afecções articulares, a cantárida e a terebentina nas nefrites, o cianureto de mercúrio na difteria, a pilocarpina na sialorréia, o calomelano na disenteria. Entre situações paradoxais modernas constam as erupções acneiformes atribuídas aos corticosteróides e as discromias causadas pela cloroquina.

Estes fenômenos reforçam as afirmações de Hipócrates:

- a) *uma mesma substância nem sempre provoca a mesma coisa, neste instante e no instante seguinte, podendo ser responsável por situações orgânicas completamente opostas;*
- b) *a substância responsável pelo que ainda não existe, pode fazer desaparecer a mesma condição quando esta existe.*

Nas afirmações hipocráticas está clara a correlação de semelhança como fator responsável da cura e também o fenômeno da inversão de ação de mesma droga. O Pai da Medicina não se aprofunda no assunto, não detecta os fatores de interligação entre os fenômenos e não suspeita que as curas por ele detectadas, de modo ocasional, estariam na dependência de uma totalidade sintomática muito detalhada e especial, então oculta, porém determinável, somente descoberta e definida por Hahnemann, ao modo de uma metodologia de cura.

Paracelso (1493-1541), ao romper o aforismo galênico da cura pelos contrários, passa a defender a medicina popular germânica e insiste que o semelhante cura o semelhante, recomendando ao médico investigar a interferência dos venenos nas enfermidades, visto que o próprio veneno causal tem capacidade para se constituir no recurso de cura, cabendo ao médico remover as qualidades tóxicas dos venenos para que estes possam ser administrados internamente, sem perigo ao doente. Não propõe e não sugere o modo de subtrair esta toxicidade. Dose mínima e efeito reacional secundário, fatores básicos do método de cura dentro da semelhança, tiveram de aguardar mais trezentos anos para serem reconhecidos.

De fundamental importância é compreender que as semelhanças semiológicas que caracterizam o método hahnemanniano *não são semelhanças patológicas!* A similitude homeopática entre *duas doenças* – uma *natural* do doente e outra *experimental* da substância medicamentosa – significa, *não* a comparação de duas doenças, e *sim* de duas síndromes sintomáticas, devidas a duas etiologias fundamentais distintas e independentes:

- uma, *natural, morbífica*, proporcionada pelo doente através de manifestações em todos os níveis do sistema orgânico.
- a outra, *artificial, experimental* ou *medicamentosa*, conhecida através da experimentação de drogas em indivíduos sadios;

Nestas interpretações mostra-se útil o conceito geral de Similterapia, que explora amplamente as semelhanças patológicas isoladas e os diagnósticos nosológicos restritos, dispensando aquela totalidade sintomática individualizada de cada paciente que caracteriza a Homeopatia como sistema terapêutico original hahnemanniano.

II

DROGAS E RESPOSTAS ORGÂNICAS. CONCEITOS FARMACOLÓGICOS BÁSICOS.

Conceitos de droga e fármaco. Tipos de ação. Veneno, uma questão quantitativa. Farmacodinâmica e Farmacocinética. Estudos de Huchard. Responsividade orgânica. Inversão simples de ação. Fase inversa pré-efetora. Contribuição de Collet. Fenômeno de repercussão de Heckel. Hormoligose ou hormese. O obstáculo da imponderabilidade nas pesquisas. Receptores farmacológicos.

O Pai da Medicina

Quando Hipócrates afirmou que “aquilo que provoca, também é capaz de curar”, cita alguns exemplos práticos; dentre eles, o mais interessante diz respeito às propriedades do sulfato de sódio. O Pai da Medicina não suspeitava que os efeitos inversos fossem decorrência de níveis humorais diferentes dos princípios ativos, nem detectou o fato de que, entre um e outro efeito, teria que transcorrer um certo intervalo de tempo. Também não suspeitou que as curas assinaladas coincidiam com outros fatores, somente evidenciáveis após o advento da semiologia avançada sistematizada, vinte séculos depois. O valor dos aforismos hipocráticos não tem sido contestado pela classe médica e nada justifica a sua marginalização em época ávida por pesquisas. A sua revisão atenta, surpreenderá sempre.

Conceitos essenciais de ação primária

A droga, ou fármaco, atua primariamente através de uma interação com componentes macromoleculares, na qual estão implicadas a configuração química e a capacidade de ligação, havendo várias excessões a este mecanismo.

Sob influência da ação primária ocorrem modificações de funções no sentido de aumento ou de diminuição das mesmas. As respostas ou resultados possuem caráter fisiológico e impositivo, podem ser avaliados pelo observador, pelo paciente e através de aparelhos sensíveis, havendo tantos tipos de resposta quantas forem as possibilidades das estruturas - funcionais e preexistentes - do organismo.

A ação primária das drogas atende ao princípio dos contrários da Enantiopatia, ou ao princípio dos diferentes, da Alopatia. Adota doses ponderáveis e se extingue após eliminada a droga. É específica em relação aos receptores, aos órgãos-alvo e a determinadas doenças; não é específica ao indivíduo doente.

Ações terapêuticas, tóxicas e farmacodinâmica

A ação de uma droga qualquer sobre o organismo vivo acarreta efeitos benéficos ou maléficos; no primeiro caso, representa *ação terapêutica*, enquanto no segundo, caracteriza *ação tóxica* ou *venenosa*. Nos ensaios experimentais a droga provoca modificações sem ameaçar a integridade fisiológica dos sistemas afetados, caracterizando a *ação farmacodinâmica*, responsável por modificações somáticas e funcionais.

As substâncias tóxicas não possuem aspectos intrínsecos que denunciem suas propriedades físico-químicas, sendo estas reveladas através do comportamento do organismo. Qualquer droga pode ser um tóxico, qualquer tóxico pode ser uma droga, na dependência da dose empregada, do modo de aplicação e das condições fisiológicas do indivíduo.

Para Claude Bernard, a substância introduzida no organismo e estranha à composição química do sangue constitui, ou um medicamento ou um veneno. Para Tardieu, todo medicamento está sempre contido no veneno, não possuindo este nem existência, nem caracteres próprios. Lewin pondera que as substâncias em geral, em certas condições de dose e ação, podem mostrar-se venenosas para um número mais ou menos considerável de indivíduos. Em suma, inexistem características peculiares físico-químicas diferenciais entre veneno e droga, tendo a distinção caráter *quantitativo* e não *qualitativo*. O quadro II, sobre as zonas de influência farmacológica enfoca o assunto de forma detalhada.

Farmacodinâmica e Farmacocinética. Estudos de Huchard

A correlação entre a dose de fármaco administrado a um paciente e a utilidade deste fármaco no tratamento da sua doença, encontra-se descrita em duas áreas básicas da Farmacologia: a Farmacocinética e a Farmacodinâmica. Do ponto de vista operacional, a Farmacocinética estuda aquilo que o organismo faz com o fármaco, enquanto a Farmacodinâmica ocupa-se daquilo que o fármaco desperta no organismo. Pertence à Farmacocinética o estudo da absorção, distribuição, biotransformação e excreção, juntamente aos fatores associados à dose que determinam a concentração da droga nos respectivos locais de ação.

A Farmacodinâmica estuda os efeitos bioquímicos e fisiológicos dos fármacos e seus respectivos mecanismos de ação, obedecendo a dois corolários (*de Ross*) ainda válidos: a) *uma droga é, potencialmente, capaz de alterar a velocidade na qual qualquer função corporal se processa*; b) *as drogas não criam efeitos, mas apenas modulam uma função já existente*.

Na ação farmacodinâmica das drogas tem grande importância o estado físico em que elas se apresentam no momento de serem utilizadas, devido ao fato de depender deste estado físico, em grande parte, a sua captação ou absorção pelo organismo. Existem drogas que exercem ações específicas ainda não explicadas, de ordem química, física ou, de certa forma, mecânica.

Segundo estudos de Henri Huchard, cardiologista, membro da Academia Francesa de Medicina (1844-1910), todos os medicamentos produzem, em alta dose, o efeito inverso daquele que provocam em dose fraca, deparando-se duas eventualidades: 1) drogas existem que provocam efeitos contrários quando administradas em doses fracas e doses mais fortes, atuando sobre mesmas estruturas celulares; 2) outras vezes, os efeitos opostos observados após a administração de doses fracas e fortes de mesma droga têm causa na variação do sítio de ação desta droga. Estes enunciados, atinentes à ação primária das drogas, permitem nítida diferenciação da inversão de ação simples, também referida por Claude Bernard (1813-1876), Brown-Séguard (1817-1894, T.J.M. Collet (1814-1909) Arndt e Schultz (1920) e pelo próprio Huchard, daquela inversão devida às drogas difásicas e trifásicas, dependentes de concentração humoral determinada da droga e da ligação a receptores diferentes, cujos mecanismos eram desconhecidos na época desses autores. Em ambas as eventualidades a inversão está vinculada a doses ponderáveis e a receptores, diferente do efeito reacional secundário, também inverso, mas próprio das doses imponderáveis e não dependente de receptores, pelo menos daqueles atualmente reconhecidos.

Muitas drogas atuam de modo restrito no ponto de aplicação exercendo *ação local*. Outras, do ponto de aplicação ou de contato junto às superfícies absorventes do corpo, alcançam a circulação sanguínea, via direta ou via linfática, passando a atuar em estruturas distantes e a exercer *ação geral*, não significando isto a influência sobre o organismo inteiro, pois nem todos órgãos se deixam afetar pela substância absorvida circulante. Isto se deve ao histo e ao organotropismo.

A condição essencial para que uma droga exerça uma ação geral seria a sua passagem ao meio interno – o sangue.

Para Barend Joseph Stokvis (1834-1902) fisiologista holandês, as ações locais e gerais representam ação *primária* e exigem a presença da droga no ponto afetado. As drogas exercem ainda outra ação, que este autor chama de “secundária”, resultante da interdependência funcional das diversas partes do organismo, tendo este adjetivo “secundário”, neste caso, o mesmo significado restrito aos efeitos consecutivos, em cascata ou dominó, funcionalmente dependentes, *sempre em nível primário de ação*, muito diferente dos *efeitos secundários reacionais, de defesa*, sem dependência química, suscitados pelas doses sem ponderabilidade atual da droga inicialmente administrada.

J. R. Pereira apresenta exemplos da ação *consecutiva*, inadequadamente denominada de “secundária”: o ácido sulfúrico que provoca efeitos locais sobre a mucosa do estômago induz, via reflexa, modificações fisiológicas do aparelho circulatório e respiratório, em decorrência de excitações reflexas que partem das terminações pneumogástricas situadas na parede do estômago e que se transmitem aos centros bulbares – respiratório, cardíaco e vasomotor; chama atenção o fato de não haver presença do ácido sulfúrico nos centros bulbares, e sim influência direta e limitada deste ácido junto às terminações dos nervos pneumogástricos. A digitalis, que também exemplifica fenômenos consecutivos, quando administrada a indivíduos sadios mostra-se destituída de influência importante sobre o aparelho circulatório, enquanto que em portadores de estase venosa renal, provoca melhora direta das funções cardíacas e favorece, por mecanismo indireto ou conseqüente, a secreção renal.

Nestas referências, os efeitos consecutivos “pseudo-secundários” estão subordinados à presença da droga no local *eletivo inicial* da ação primária.

O estado de responsividade como premissa maior

Segundo Lapicque (1866-1952), um tecido responde à aplicação de estímulo somente quando as características deste estímulo atendem às condições de excitabilidade próprias deste tecido-alvo.

Os resultados da ação das drogas se traduzem mediante desvio quantitativo dos processos fisiológicos em atividade no momento da presença dessas drogas, razão porque Stokvis chama de *ação fisiológica* aquela direta sobre o organismo. Existem drogas primariamente depressoras ou paralisantes e outras primariamente excitantes ou estimuladoras.

A. M. Giesbrecht e S. Oga (In: Corbett), reportando-se a trabalhos franceses, opinam sobre os fatores que dependem da droga e das condições de administração. Para eles, quanto maior a dose, maior seria a intensidade do efeito, na dependência da relação quantitativa. Neste caso, o sistema biológico que responde deveria, de forma gradual, proporcionar respostas maiores, à medida que a concentração da droga aumenta. Todavia, a vivência mostra que os fatos biológicos, inimigos da matemática, não acontecem desta maneira. *A elevação da dose nem sempre produz a intensificação daqueles efeitos observados com doses fracas*, ou a produz dentro de determinados limites.

Segundo Corbett, sendo as moléculas as unidades funcionantes fundamentais, o efeito da droga dentro de um sistema biológico resulta de interações entre moléculas da droga e moléculas do organismo vivo. Muitas drogas atuam mediante interações físico-químicas. Nestas interações moleculares em organismo vivo existem diferentes graus de especificidade em relação a pequenas moléculas ou íons. Outra vez, as drogas atuam graças às suas propriedades físicas exclusivas, a exemplo da lipossolubilidade, da tensioatividade, do grau de ionização e da pressão osmótica. Estas substâncias, para produzirem seus efeitos, precisam agir em doses relativamente grandes. As concentrações molares eficazes são determinadas pela distribuição de equilíbrio entre as fases externas (líquido extracelular) e a fase interna (sítio onde ocorre a ação farmacológica).

As drogas atuantes em concentração diminuta, na maioria das vezes, possuem propriedade seletiva e específica, relacionando a estrutura química à atividade biológica.

Drogas dotadas de mesma ação costumam possuir estrutura similar e pequenas variações nas suas moléculas acarretam grandes alterações na forma e na intensidade dos efeitos. Além disso, permitem ser antagonizadas frente a outras substâncias de estrutura química semelhante. A ação destas drogas encontra explicação nos sítios de ligação de componentes macromoleculares dos tecidos, sendo elas diferenciadas em 3 grupos:

1. Drogas que inibem sistemas enzimáticos (anticolesterinásicos e inibidores da monoamina-oxidase).
2. Drogas que interagem com os ácidos nucléicos (cloroquina, actinomicina D).
3. Drogas cuja ação depende de receptores farmacológicos.

A natureza quantitativa da resposta de determinado órgão a determinada droga

J. R. Pereira baseia a questão de dose nos conceitos de Huchard e admite que existem drogas dotadas de propriedades físicas e outras que entram em combinação química com elementos orgânicos ou inorgânicos presentes nos tecidos. *Os medicamentos não agem somente mediante influência química mas também, e sobretudo, produzem efeitos físicos pela simples ação de presença* (Huchard, 1908). Em todos os casos os efeitos observados traduzem *excitação, depressão, irritação, inibição, desintegração* e estes efeitos são de ordem quantitativa. Uma célula deprimida ou paralisada reassume os sinais normais de função logo que o agente depressor é eliminado ou destruído, havendo, nesta eventualidade, uma *ação reversível*; quando a função não consegue ser readquirida, estabelecer-se-á estado de *ação irreversível*.

Stokvis reafirma que os efeitos das drogas são sempre de ordem quantitativa e *a forma de atividade do organismo não é jamais modificada*. Assim, as drogas são capazes de produzir a depressão ou inibição, ou a paralisia de determinada função; outras vezes, aumentam as funções normais pela excitação ou estímulo. Uma célula *secretora* nunca deixará de *secretar*, tão somente aumentando ou diminuindo a sua secreção, enquanto músculos e nervos apresentarão sempre aumento ou diminuição da atividade que lhes é própria, em seus movimentos de contração ou na produção de influxos nervosos, respectivamente, sem desviarem, na qualidade ou na forma, a sua atividade.

Goodman-Gilman e cols., repetem o fato da resposta típica de uma célula a determinada droga limitar-se à função da dita célula. Deve ser estabelecido, claramente, que as drogas não podem conferir novas funções às células ou tecidos, e sim, apenas estimular ou deprimir a atividade celular. Potencialmente, uma droga limita-se a alterar a velocidade na qual qualquer função corporal se processa, sem criar efeitos novos.

Esta verdade, repetida de modo tão sistemático, ainda não foi assimilada no exercício diário da Terapêutica dominante. Se o fosse, teriam ocorrido mudanças radicais nos procedimentos dependentes de fármacos.

Inversão simples de ação

A *inversão de ação simples* caracteriza-se pela presença da droga em processo de aumento (administração em curso) ou redução (cessação de administração e conseqüente eliminação) e se exterioriza sempre de mesma maneira, isto é, através de sinais ou sintomas constantes, dependentes de mesmas doses e de receptores definidos. Desaparece quando a droga é eliminada.

As inversões simples, que ocorrem pela adição sucessiva e imediata de quantidades da droga, dentro de limites subtóxicos, dependem de mesmos receptores durante o processo e tudo indica que esta inversão decorre de fadiga, saturação (consumo) ou paralisia dos elementos capta-

dores da mensagem farmacológica. Desenvolvem-se sobre as mesmas estruturas orgânicas. O conhecimento destes fenômenos abriu caminho a vasta série de experimentos que proporcionaram sólidos argumentos a respeito da atuação de doses mínimas, em quantidades inaceitáveis pela terapêutica convencional.

Claude Bernard afirma que “Toda substância que em pequena dose excita as propriedades ou as funções de um elemento anatômico, as anula em dose mais elevada”.

Brown-Séguard declara que “A excitação moderada de um elemento nervoso provoca exaltação (dinamogenia) das funções que dele dependem diretamente ou por intermédio dele, enquanto uma excitação forte tende a abolir as mesmas funções”.

Hoje considerado arcaico, o texto “Pharmacologia” de Jayme R. Pereira, publicado em 1929, destaca-se pelo estilo didático genuíno, sem omitir a ação primária e a secundária, nem a inversão de ação simples das drogas e, inclusive, chama atenção àquela fase momentânea inversa, inicial e fugaz, que precede a administração venosa maciça de certos fármacos e, a qual, na falta de qualificação adequada, é referida no presente texto na condição de fenômeno inverso *pré-efetor*, *prenuncial*, *precoce* ou *antecipado*.

J. Pereira abre espaço às conclusões de Huchard acerca da lei de inversão das ações das drogas, hoje mal interpretada e atribuída a outros autores. Pertence este tipo de inversão, sem dúvida, à fase primária das doses ponderáveis e muito tem contribuído para confundir os médicos, tanto homeopatas quanto alopatas. Uma consequência importante do corolário de Ross merece atenção: consiste ela no fato da droga, tal como ela é interpretada nas reiteradas afirmações sobre a inversão de resposta, encontrar-se no organismo em doses ponderáveis caracterizando etapas diferentes representativas do limiar humoral químico - decorrente ou da administração ou da sua subtração - sempre subordinada a receptores. Este detalhe é fundamental para a interpretação diferencial da cinética das eliminações dentro do fenômeno de inversão de ação das drogas segundo a dose.

Lei das doses, de HUCHARD, formulada em 1906:

**as doses fracas exaltam a atividade vital,
as doses médias reforçam a atividade vital,
as doses fortes muitas vezes a deprimem,
as doses excessivas suprimem-na sempre.**

Em 1920 Hugo Schultz, fisiologista, publica uma série de artigos sobre a toxicidade do iodo, bromo, cloreto de mercúrio, ácido arsenioso, etc. demonstrando que, em culturas de levedo, ocorrem, ora inibição, ora estimulação do crescimento, conforme a influência de doses altas ou baixas dos mesmos elementos, concluindo que “*Toda excitação provoca numa célula um aumento ou uma diminuição de sua função fisiológica, na dependência da intensidade fraca ou forte da excitação*”. Mais tarde, este pesquisador passa a colaborar com Rudolf Arndt, da mesma Universidade de Greifswald, cujas observações pessoais haviam levado a conclusões semelhantes: “*As pequenas excitações despertam a atividade vital, as excitações médias a aumentam, as excitações fortes a deprimem, as excitações exageradas a abolem*”. A fusão destes enunciados, ambos dizendo respeito à zona ponderável das drogas, isto é, ao domínio de atuação primária, foi mais tarde consagrada pelo uso como “lei” e encobriu o pioneirismo de Huchard, sendo apresentada nos seguintes termos:

- **os estímulos débeis aceleram a atividade vital;**
- **os estímulos de intensidade média a aumentam;**
- **as doses fortes a deprimem;**
- **as doses muito fortes a detêm.**

Constata-se que a afirmação dos farmacologistas Arndt e Schultz, enunciada em 1920 e coincidente com as idéias originais de Huchard de 1906, constitui paráfrase do enunciado original sobre a *lei das doses* de autoria deste célebre cardiologista.

Importa esclarecer que as “leis” enunciadas estimularam e muito contribuíram para as numerosas pesquisas laboratoriais com fungos, protozoários e animais, servindo de argumento para explicar a atividade das doses mínimas situadas na zona primária sub-efetora. Note-se que as experiências empregaram, em geral, diluições muito baixas, ainda ponderáveis. Do mesmo modo aconteceu nos experimentos sobre a cinética das eliminações de Wurmser e Lapp, onde dominou o emprego das diluições dinamizadas em escala decimal.

A lei das doses de Huchard, injustamente chamada “lei de Arndt-Schultz”, também não se presta para objetivar o efeito secundário reacional, de defesa, acionado pelas doses situadas em nível imponderável, aquelas responsáveis reais pelo acionamento da cura quando é estabelecido o *condicionamento à lei da semelhança - entre as manifestações farmacodinâmicas potenciais de determinada droga e as manifestações de determinado doente na totalidade.*

As restrições da “lei” de Arndt-Schultz

Alguns aspectos caracterizam a inadequadamente chamada “lei” de Arndt-Schultz:

1. *Posicionamento próprio em nível ponderável, primário, isto é, dentro dos limites de presença molecular do fármaco.*
2. *Registro em experimentos feitos até a diluição máxima 10^9 .*
3. *Comprovação in vitro (leveduras, bactérias) e em modelos animais.*
4. *Aplicabilidade a drogas de ação simples, que induzem duas manifestações opostas, ao nível de mesma célula, mesmo tecido ou mesmo órgão.*
5. *Não comprovação no sistema complexo humano.*

Interpretação da cinética das eliminações baseada em evidências

No entender da autora, a inversão de ações registrada por Huchard, Arndt, Schultz, e inclusive Claude Bernard e Brown-Séguard, precisa ser reconsiderada, devido à grande repercussão dos enunciados no raciocínio dos principiantes na terapêutica segundo o princípio da semelhança, porque todos eles se enquadram no nível de ponderabilidade das drogas e porque consideram o sentido ascendente dos valores, nunca o descendente.

O fenômeno de detoxicação induzido por doses reduzidas constitui assunto à parte. Os malentendidos começaram nas experiências realizadas sobre a cinética das eliminações induzida por diluições abaixo do número de Avogadro, quer dizer, em nível ainda ponderável, conduta esta motivada pelas imposições protocolares de pesquisa, visando a aceitação dos ensaios nos meios acadêmicos.

Constitui fato indiscutível que o organismo, ao ser invadido por um agente estranho, inútil ou nocivo, reage imediatamente mediante mecanismos inespecíficos e, após tentativa de metabolismo, neutralização e imunodesaparecimento, passa a eliminá-lo através de vias ou emunctorios, no ritmo que lhe for possível. No processo do descenso gradual do limiar humoral, no sentido de desaparecimento do antígeno da circulação, ocorre a passagem obrigatória através de valores de desconcentração compatíveis com a suscetibilidade de estruturas de defesa responsáveis pelo equilíbrio de homeostase – *ao modo do efeito secundário reacional.*

O processo se repete sempre que o organismo é invadido por um agente estranho - em doses tóxicas ou em ultradiluições - diferindo as consequências sistêmicas conforme a capacidade, o tipo e o grau de suscetibilidade do organismo atingido.

O fenômeno eliminatório faz parte habitual do comportamento orgânico estimulado dentro dos princípios de similitude, e também o da identidade. A busca de um novo modelo interpretativo para a cinética eliminatória está sendo direcionado para os conceitos de biofase e parabiose.

Fenômeno inverso antecipado ou pré-efetor

Muitos autores vêm relatando que, ao ser injetada determinada droga via venosa, principalmente quando depressora, ocorre uma fase inicial muito breve de excitação. Na verdade, este fenômeno ainda não recebeu especial atenção da Farmacologia sendo, ou omitido, ou citado de forma tímida. Tudo indica que este episódio efêmero traduz um lampejo *antecipado* do efeito secundário reacional, sempre dependente de dose imponderável em nível humoral - *própria da fase final de desaparecimento de determinada droga da corrente circulatória*. Sua ocorrência acidental, seria atribuída ao escape de partículas imponderáveis capazes de carrear mensagens farmacodinâmicas; é observada no período de iniciação no vício pelos opiáceos.

Para o terapeuta habituado ao uso de doses imponderáveis, o lampejo antecipado pré-efetor, prenunciativo do efeito secundário reacional correspondente - mais tardio - encontra interpretação ainda hipotética:

- 1) representaria fenômeno fugaz e raro de determinadas drogas, restrito à zona pré-efetora;
- 2) seria conseqüente ao desprendimento ocasional, isolado, de sub-partículas da droga em processo de injeção venosa ou de administração continuada por outra via, que alcançariam estruturas específicas captadoras da mensagem farmacodinâmica e aptas para acionar cadeia expressiva de manifestações, as quais seriam imediatamente silenciadas e silenciadas pelo aporte ininterrupto de quantidades maciças da mesma droga.

Antigas farmacologias referem o fato da administração rápida de substâncias responsáveis por fenômenos de depressão, inibição ou paralisia, ser precedido de momentos de excitação. Para alguns autores, o fenômeno chegaria a ser constante. A informação acerca desta eventualidade assume importância na avaliação diferencial das ações primárias trifásicas. Textos atuais omitem o assunto.

O detalhe assume excepcional importância na experimentação patogenética. Segundo relatório de diretores de pesquisas, estas manifestações precoces pré-efetoras, de significado enigmático, têm se evidenciado no início de alguns experimentos, confundindo a interpretação dos relatórios. Se tal fato pudesse ser melhor documentado, estaríamos frente a um fenômeno de interesse comum, considerando que estas manifestações, de sinal oposto, quando ocorrem, *precedem imediatamente* a fase primária das doses ponderáveis, mas se parecem aos efeitos secundários reacionais, de defesa, inerentes ao limiar imponderável. A neuropatologia pavloviana parece representar a única escola capaz de prometer subsídios para explicar o fenômeno.

Henri Bernard aborda o assunto com simplicidade e interpreta a intromissão acidental de efeitos inversos no decurso da administração de doses maciças, ao desprendimento acidental, ocasional, de partículas imponderáveis do fármaco, capazes de impressionar precocemente estruturas responsáveis pela resposta secundária de defesa, diferente da inversão funcional simples descrita pertencente ao domínio de atuação farmacológica primária de doses ainda ponderáveis.

Contribuição de Collet

Pelo interesse histórico, é oportuna a menção do trabalho de T. J. M. Collet (1824-1909), autor contemporâneo de Huchard que, em 1898, escreveu no célebre texto "*Isopathie, Méthode Pasteur par voie interne*":

Entre os inimigos do nosso organismo existem aqueles que:

- a) **pela sua força excessiva nos oprimem;**
- b) **pela sua força não excessiva, porém momentaneamente maior que a do nosso organismo, nos dominam;**
- c) **pela sua força discreta, excitam o organismo ... donde a necessidade de empregar os elementos semelhantes em doses fracas capazes de estimular, sem oprimir.**

Collet, um religioso, zeloso e ético, passou a maior parte de sua vida em reclusão monástica, inclusive no deserto da Ásia Menor. Não cita Huchard, sendo impossível avaliar o grau de originalidade dos seus enunciados.

Fenômeno de repercussão de Heckel

W.E. Maffei em seu tratado "*Fundamentos da Medicina*" (1978) faz referência ao uso da testosterona, comprovadamente capaz de influenciar o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e cuja administração em grandes doses retarda e bloqueia a atividade espermatogênica, pela inibição da produção das gonadotrofinas da adeno-hipófise. Ao ser suspensa a testosterona, sobreveem resposta orgânica contrária, isto é, aumenta a espermatogênese, com grande quantidade de espermatozóides, em decorrência da superprodução de gonadotrofinas. O fato, chamado de fenômeno de repercussão de Heckel, tornou-se relativamente comum após o uso generalizado dos anovulatórios, estando na origem das gestações multigemelares ocorridas após prolongado uso de hormônios de contraposição à atividade ovariana.

Hormoligose ou hormese

Em modelos experimentais recentes, as manifestações de efeitos opostos – o estimulador e o inibitório - vêm recebendo atenção no domínio de um novo capítulo da Biologia – a *hormoligose* ou *hormese*. O fenômeno estaria subordinado a doses diferentes da droga ou a períodos diversos de administração.

Townsend e Luckey, ao buscarem evidências do efeito hormético na literatura clássica anterior a 1960, registram cerca de cem substâncias capazes de provocar inibição em alta concentração e estímulo ou excitação em concentrações baixas; constataam ainda o importante fato dos efeitos recaírem em fenômenos biológicos simples relacionados à vitalidade, crescimento celular, resposta muscular, atividade respiratória e transmissão de impulso nervoso.

Para explicar os efeitos das baixas doses (ainda ponderáveis) de substâncias potencialmente venenosas, o conhecimento da inversão de ação é importante. O assunto foi motivo de estudo da parte de Linde (1991), Bellavite (1998), Oberbaum e Cambar (1994). Esses autores interpretam a hormese com base nos processos de informação dos sistemas biológicos e assim esquematizam o assunto:

- todo composto tóxico induz modificações bioquímicas no tecido alvo;
- esta modificação pode ser letal quando as doses são elevadas;
- sendo as doses reduzidas, as modificações assumem caráter informativo que habilita o sistema biológico a se adaptar à agressão, acionando o sistema defensivo;
- o sistema adaptativo do organismo vivo indica ser ele apto a cadastrar a natureza da agressão, distinguir as propriedades do tóxico e conservar estas informações para finalidade de defesa.

Outros autores consideram que o efeito hormese depende da produção de proteínas de choque ou estresse-proteínas que são coordenadamente sintetizadas após fatores agressivos gerados pelo calor, pelas radiações, matérias pesadas oxidantes, etc. O fenômeno hormético integra o estado de estresse que caracteriza a adaptação às agressões.

Imponderabilidade - um obstáculo às pesquisas

Algumas pesquisas na área dos receptores, francesas em especial, permitem deduções interessantes. A maioria dos trabalhos emprega diluições concentradas, relevando-se que as instituições oficiais de pesquisa exigem que as doses adotadas sejam "medidas" ou "pesadas" e isto implica, devido aos recursos técnicos limitados, a adoção de diluições muito abaixo do número de Avogadro.

O conceito de dose mínima é movediço. Em alopatia, a magnitude da quantidade está na dependência da droga considerada. Nos primeiros tempos da prática da Homeopatia, dose mínima era aquela subtóxica, simplesmente. Mais tarde, após adoção das diluições centesimais elevadas, veio a denominação de infinitesimal e imponderável. Existem recursos físicos que constataam a presença de droga em concentrações além dos recursos clássicos de reação química, sem quantificá-la. Com certeza, as doses imponderáveis hoje, não o serão no futuro. O mesmo quanto ao termo infinitesimal. A expressão “*ultradiluições hahnemannianas*” é oportuna, pelo fato de subentender o fracionamento seqüencial, através de diluições na escala centesimal, sucussionadas 100 vezes em cada operação, conforme obriga a Farmacopéia hahnemanniana. A força do hábito prioriza a expressão “doses mínimas”. O termo “diluição” e aquele “ultradiluição” subentendem soluções hahnemannianas preparadas segundo Farmacotécnica original.

As conclusões das pesquisas são unânimes em afirmar que *os receptores são aptos a reagir frente às diluições “homeopáticas”*. Alguns exemplos estão referidos no adendo sobre pesquisas, no capítulo de Imunologia.

Receptores farmacológicos

A referência a receptores farmacológicos justifica-se em razão da busca de uma teoria explicativa das ultradiluições hahnemannianas. As pesquisas, na maioria laboratoriais, induzem a prováveis mecanismos que envolvem elementos do *sistema imunitário* e do sistema nervoso sensorial, este constituído pelas fibras aferentes e eferentes conectadas ao córtex cerebral. Outras estruturas, intracelulares ou dispersas na corrente sangüínea, participam na captação das mensagens, direcionando a tendência interpretativa ao sistema regulador ou de homeostase. Persiste a pergunta: de que maneira os receptores funcionam e são regulados?

A idéia de que a droga deve se combinar a um receptor para exercer uma ação foi apresentada pelo bacteriologista e fisiologista alemão Paul Ehrlich (1854-1915), o qual chegou a esta conclusão no estudo das interações entre quimioterápicos e protozoários, admitindo que as células apresentam em sua superfície elementos especiais para a fixação das substâncias, depois chamados de *receptores*.

A diversidade dos receptores permite várias definições. No sentido operacional, receptor é representado por qualquer macromolécula a que uma droga se liga a fim de iniciar os seus efeitos. Subentende-se *macromoléculas* aquelas de tamanho coloidal, isto é, medindo entre *um até alguns microns* e que compreendem *proteínas, ácidos nucléicos e polissacarídeos*.

Em outra definição, *receptor* consiste em pequeno local de reconhecimento ou de ligação frente a determinada configuração molecular na superfície de uma célula ou dentro da estrutura celular, capaz de acionar uma resposta fisiológica com a estimulação, um neurotransmissor ou outra substância química (medicamento ou toxina), existindo receptores que decidem a resposta inibitória, enquanto outros são responsáveis pela resposta de excitação.

Na aceção médica comum *receptor* representa uma molécula protéica estrutural na superfície celular ou no citoplasma que se liga a um fator específico: hormônio, antígeno ou neurotransmissor. Para Sherrington o termo designa qualquer uma das várias terminações nervosas sensoriais na pele, em tecidos profundos, nas vísceras e nos órgãos especiais dos sentidos. Embora qualquer componente macromolecular funcional se preste ao papel de receptor, existem no organismo os receptores “profissionais” representados pelas proteínas que normalmente servem de receptores para ligantes reguladores fisiológicos endógenos, a exemplo de hormônios, neurotransmissores e autacóides. Muitos desses receptores fisiológicos, componentes normais de membrana, acoplam-se ao ligante e propagam o sinal regulador a células-alvo, em mecanismo direto ou mediante outra molécula reguladora intracelular – o segundo mensageiro. O grupo das proteínas constitui a classe principal de receptores celulares, compreendendo os receptores fisiológicos naturais, as enzimas de vias metabólicas, as proteínas de processos de transporte e as proteínas que desempenham funções estruturais.

Portanto, a maioria dos efeitos dos medicamentos resulta da interação com componentes macromoleculares que dão início a mudanças bioquímicas e fisiológicas caracterizadoras da resposta à droga indutora, continuando válidos os corolários: a) uma droga não pode criar uma nova função na célula; 2) a droga é potencialmente capaz de alterar a velocidade em qualquer função corporal que se processa.

Na área dos receptores muitos aspectos devem ser considerados: os receptores fisiológicos naturais, as propriedades de ligação a outros constituintes celulares, os diferentes modos de ligação da droga ao receptor (iodínica, hidrogênica, hidrofóbica, covalente, de van der Waals), as afinidades droga-receptor, os sítios celulares de ligação e concentração da droga, os segundos mensageiros citoplasmáticos, a detecção e caracterização dos receptores, as características dos ligantes, as classificações dos subtipos e a quantificação.

Os receptores dão início a funções fisiológicas e bioquímicas e estão sujeitos a vários controles reguladores e homeostáticos. Admite-se que os mesmos são modificados pelo *feed-back* (auto-aferentização de retorno) e que sofrem interferência ao longo da via efetora, distante do próprio receptor.

Existem drogas não mediadas por receptores. Os agentes quelantes, por exemplo, interagem de forma direta com pequenas moléculas ou íons presentes no organismo. Algumas delas, quando análogas estruturais de substâncias químicas, biológicas, são incorporadas a componentes celulares e alteram a sua função. Alguns receptores não exigem estrutura química de alta especificidade, ligando-se a drogas estereoisômeras ou congêneres próximas.

Os anestésicos gerais voláteis interagem coligativamente ao nível de membranas celulares, na qualidade de solutos no seio da camada lipídica dupla, deprimindo a excitabilidade. Atuam sobre constituintes orgânicos, sem especificidade física, química ou físico-química, sendo empregados em grandes doses.

Certas drogas *antagonistas* interagem com receptores ou outros componentes do mecanismo efetor para inibir um *agonista*, enquanto eles próprios não iniciam nenhum efeito; este fenômeno é denominado de cooperação negativa entre duas drogas.

Em 1878 Langley admite que as combinações entre ações da droga e o efeito sobre células têm probabilidade de serem governados pela lei da ação das massas.

Os sítios celulares em que a droga atua e a amplitude da ação, dependem da localização e da capacidade funcional dos receptores específicos com as quais a droga interage e da concentração à qual o receptor é exposto. Quando os receptores servem a funções comuns para a maioria das células, a droga ligada despertará ações dispersas. Ao contrário, sendo as funções restritas, resultarão comportamentos específicos e passíveis de toxicidade. Todavia, mesmo quando a ação primitiva da droga for localizada, acontece estarem os seus efeitos fisiológicos, em cadeia, esparsos de forma ampla.

Nem todos os medicamentos atuam através de receptores. Alguns devem a atuação a processos mecânicos, físicos ou físico-químicos, interação e influência sobre constituintes orgânicos. Nesta última categoria, situam-se os anticoagulantes, os adstringentes e produtos de reação química propriamente dita, a exemplo do monóxido de carbono.

Receptores, biofase e parabiose

O termo **biofase**, recente em Imunopatologia, designa estado de reatividade alterada das imediações do complexo droga-receptor, coincidente com a queda do limiar humoral do fator nocivo (tóxico, alérgico) e, possivelmente, devido a uma informação configuradora físico-química desse fator que facilitaria a reversão dos ligantes.

Na terapêutica das doses mínimas surge a hipótese da informação farmacodinâmica semelhante veiculada pelo solvente, capaz de instabilizar a ligação indesejável do receptor, acionar o desbloqueio, mobilização e eliminação, instaurando estado de tolerância ou hipossensibilização. Esta reatividade alterada pode ser induzida mediante administração prévia da informação específica e se adaptar à mitridização, aos efeitos opostos e os efeitos rebote.

A **parabiose**, estudada por Wdensky, da escola pavloviana, designa estado de reatividade alterada ao nível das estruturas comprometidas pelo fator mórbido. Clinicamente, apresenta analogia com as *fases igualitária, paradoxal e ultraparadoxal*. Explica os efeitos opostos das drogas e as grandes respostas orgânicas aos estímulos débeis. Comprovada em experimentações animais.

III

DOSES MÍNIMAS. ULTRADILUIÇÕES HAHNEMANNIANAS.

Conceito qualitativo de dose. Dose imponderável. Agravação medicamentosa. Homeopatia e dose mínima. Normas de prescrição. Princípio de Avogadro. Condicionamento da cura à correlação de semelhança global. Pesquisas das doses mínimas. Recursos químicos e físicos. Propriedades das soluções. Pesquisas biológicas. Cinética das eliminações. Ultradiluições e zonas farmacológicas de atividade.

A dose. Conceito qualitativo.

Os conceitos farmacológicos alopáticos dificultam sobremaneira a compreensão dos projetos de pesquisa universitários, onde os responsáveis pela orientação de teses representam autoridades alopáticas. Recentes textos de Epistemologia propõem esquemas exclusivos atinentes ao manuseio das doses mínimas.

Em Farmacologia, *dose* é a quantidade, em geral expressa em peso, do medicamento administrado ao doente de cada vez, conforme as condições particulares de peso, superfície corpórea, idade, sexo, metabolismo, suficiência funcional de órgãos, estado patológico, etc. Administrada a *dose* mediante via adequada, sobrevem uma ou várias ações, avaliadas através dos sentidos do observador. Os conceitos de *dose*, *ação* e *efeito* são anteriores ao conhecimento dos mecanismos dos fármacos, da interação droga-receptor, das formas de absorção e da distribuição do medicamento na economia. Durante muitos séculos sabia-se apenas que a *dose* produz efeitos, mostrando-se estes vantajosos ou indesejáveis (colaterais ou tóxicos). A ação era atribuída aos princípios contidos nas formas farmacêuticas elementares: extratos, pós, infusões, etc.

O modo de influência dos medicamentos homeopáticos, administrados segundo o critério da semelhança, é diferente daquele dos fármacos alopáticos. A hipótese mais aceita admite interferência de natureza física, conforme deduções através de métodos indiretos.

A Homeopatia e a Isoterapia, embora sejam procedimentos terapêuticos subordinados a critérios distintos, ambas atuam ao nível do efeito secundário reacional inverso e requerem doses medicamentosas preparadas segundo farmacotécnica hahnemanniana. Nestes procedimentos a administração da droga restringe-se ao fato em si, cujo resultado não depende da massa, nem do peso. Em outras palavras, equivale ao ato exclusivo da administração da diluição dinamizada. Admite-se que o medicamento atua ao modo de informação, em base qualitativa e não quantitativa. *Em Isoterapia e em Homeopatia, 1 gota ou 20 gotas, acionarão o mesmo mecanismo de defesa, sem decidir o grau de intensidade da resposta, sendo esta sempre um atributo do organismo doente ou sensibilizado.*

O caminho: da dose subtóxica à dose reduzida e imponderável.

Lei da semelhança e dose mínima não nasceram juntas. Durante muitos anos a Homeopatia foi praticada mediante o emprego de doses habituais da posologia alopática, inclusive em tintura mater.

A pretensão inicial de reduzir as doses visava contornar a toxicidade, muito comum nos tratamentos correntes. A vivência clínica mostrou que a redução das quantidades medicamentosas a níveis considerados subtóxicos continuava a suscitar intensificações clínicas imediatas, embora menos frequentes. A princípio, Hahnemann atribuiu a agravação imediata à doença medicamentosa, resultante da soma da doença prévia, natural e a doença induzida pelo medicamento administrado; prosseguiu na redução das doses utilizadas e, sempre metódico no intuito de possibilitar a repetição do procedimento em iguais condições, adotou a escala centesimal (1 parte do medicamento para 99 partes do solvente) no propósito de desconcentrar a droga, diluindo e homogeneizando a solução através de número determinado de agitações vigorosas ou sucussões.

Longe de perderem a propriedade curativa, os medicamentos assim atenuados, continuavam curando, melhor e mais depressa, como se houvessem adquirido virtudes novas. Deste fenômeno advieram as denominações *potência*, *potencialização* e *dinamização*. Em virtude desta descoberta surpreendente, passaram a ser testadas substâncias até então consideradas inertes e que, após diluição e sucussões, revelaram serem dotadas de importante potencial medicamentoso, antes oculto, a exemplo do sal marinho, da sílica e dos esporos do licopódio. Obviamente, tais substâncias passaram a ser experimentadas no homem são, também em altas desconcentrações. De procedimento em procedimento, foram alcançadas quantidades impossíveis de serem detectadas através dos sentidos e dos recursos técnicos disponíveis. Uma primeira diluição centesimal ou C 1, matematicamente equiparada a 10^{-10} , passou a representar a primeira dinamização centesimal. As diluições seriadas, sempre submetidas a cem sucussões intercalares, deram origem às dinamizações seguintes: C 2 (100^{-2}), C 3 (100^{-3}) e assim por diante. Na desconcentração da substância-base, quando adotadas unidades-gotas, 1 gota do medicamento era diluída em 99 gotas de álcool; a mesma proporção era obedecida quando baseada em centímetros cúbicos, hoje padronizados em mililitros ou ml, ou em grãos – unidade de peso corrente no século XVIII. Até os dias atuais, os recursos acessíveis para detecção da substância diluída ainda se situam em torno de C 7.

No contexto homeopático *não se admite diluição sem sucussões*, estando estes dois procedimentos, obrigatoriamente vinculados e subentendidos em qualquer referência de *diluição*, *ultradiluição*, *dinamização*, *potência*, *potencialização*, *atenuação* e *desconcentração*.

Para as substâncias insolúveis a subdivisão é realizada através do recurso de trituração em lactose, na proporção centesimal de 1 parte da substância-base para 99 partes de lactose, triturando-se durante 1 hora, subdividindo a operação completa em 3 etapas ou terços do volume da lactose. Após a 3ª trituração centesimal a substância é considerada desagregada ou particulada o suficiente para a continuidade em diluição aquosa, ao modo das substâncias solúveis. Avanços científicos posteriores, especialmente no setor químico-industrial evidenciaram que substâncias insolúveis submetidas à trituração, ao adquirirem a forma coloidal ampliam de forma extraordinária a superfície disponível nas inter-reações seguintes.

A evidência das curas transformou a dose mínima em um dos corolários da lei dos semelhantes. Com o advento de diluições dinamizadas ou potências homeopáticas, a interpretação do mecanismo de atuação das drogas modificou-se. De um lado, foi contornada a toxicidade; de outro, a carência de princípios ativos nas preparações curativas tornara-se motivo de rejeição da parte dos médicos incrédulos, que passaram a atribuir os sucessos clínicos ao efeito placebo ou sugestão. Devido ao frequente fracasso dos tratamentos convencionais, o argumento de recusa não recaiu na falta de eficácia, e sim na inexistência de substância medicamentosa nas diluições empregadas.

Agravações medicamentosas e agravações homeopáticas

A prática da lei da semelhança revelou um fato novo, exclusivo de um método de estímulo das defesas orgânicas, criando situações imprevisíveis, onde a resposta, correta quanto à qualidade,

revela-se excessiva na amplitude e na duração. Hahnemann as desconhecia e, ao registrar as primeiras intensificações dos sintomas iniciais do doente, após quantidades reduzidas do remédio, atribuiu o fato a vestígios de toxidez e as chamou de *agravações medicamentosas*. Somente o decorso dos anos evidenciou que tais agravações representam exaltação da resposta de defesa em sintonia ao medicamento correto, significando prognóstico favorável. O aumento dos graus de dinamização evidenciou concomitante aumento do potencial de estímulo; as exacerbações imediatas, mais tarde denominadas de *agravações homeopáticas*, acabaram revelando maior incidência em doentes influenciados pelas diluições mais elevadas, distantes da zona tóxica, sendo sempre indicadoras de medicamento correto. Prescrição incorreta não provoca a agravação, devido à ausência da sintonia indispensável para suscitar o fenômeno. Convém frisar que o organismo é o responsável exclusivo pela resposta, embora dependa da informação farmacodinâmica inicial adequada para desencadeamento da reação. Grandes agravações homeopáticas resultam de qualquer grau de dinamização, desde a C 3 até a C 200, ou acima desta.

Doses mínimas entre os fundamentos da Homeopatia

Hahnemann insiste no emprego das doses reduzidas desde o primeiro escrito em 1796 e depois no *Organon* publicado em 1810, sem dar ênfase ao grau de potencialização ou dinamização. Recomenda, simplesmente, que sejam usadas as *doses menores possíveis*, desde que capazes de produzir o efeito terapêutico desejado. A sua preocupação principal – quase idéia fixa que durou muitos anos – consistiu em distanciar-se da considerada perigosa e incerta zona de toxicidade das drogas atribuída à superdosagem.

A ocorrência das agravações homeopáticas, sem interpretação fisiopatológica satisfatória, foi considerada medicamentosa, ainda que em nível sub-tóxico, durante demasiado tempo. De forma velada, pairava a possibilidade iatrogenizante, a confundir o raciocínio e retardando decisões formais dentro da metodologia.

Acima de tudo, o mestre era cauteloso, inimigo de conclusões precipitadas. Somente em 1812 recomenda claramente *Arnica montana C 6* e *Nux vomica C 9* para a febre intermitente epidêmica. Em 1814, isto é, quatro anos após publicar o *Organon*, proclama abertamente a conveniência das doses exíguas ou imponderáveis, no tratamento da febre tifóide e publica importantes declarações:

- *os efeitos terapêuticos dos medicamentos não estão diretamente relacionados ao aumento da dose e sim, ao contrário, os melhores benefícios podem ser obtidos quando os medicamentos se encontram em estado diluído ou estado particulado no processo da trituração;*
- *baixas doses do medicamento são não apenas menos tóxicas que as mais altas doses, mas elas são também, terapeuticamente, mais eficazes.*

A partir desta época as doses diluídas passam a ser chamadas de *potências*. Em 1816 vem a público a *Matéria Médica Pura*, onde é recomendado o emprego de *Arsenicum album* na trigésima diluição centesimal, e não mais na quantidade de $\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{2}$ grão conforme mandava o hábito corrente anterior. Entre os anos 1822 e 1827 aumentam, de forma paulatina, os graus de diluição prescritos.

Em 1828 ao publicar o tratado sobre *Doenças Crônicas*, Hahnemann declara que os melhores resultados clínicos são proporcionados pelas diluições elevadas. Todavia, não deixa de empregar potências baixas. Após formulada a teoria da psora, base da concepção das doenças crônicas, fixa a dinamização dos remédios, estabelecendo o padrão C 30. Nos últimos anos de sua vida estende a escala até C 60, C 150 e C 300 mas, em determinados casos, adota diluições baixas. Em

carta ao discípulo Gueyrard afirma: “o importante em homeopatia é a escolha do medicamento, sendo feita elevada e ótima homeopatia quando se sabe bem determinar esta escolha. A dose do medicamento possui importância secundária.” Na botica particular de medicamentos de uso diário constavam, conforme foi verificado após a sua morte, potências variáveis entre C 3 e C 30.

Jan Baptist Van Helmont (1577-1644)

Médico e químico belga, foi o descobridor do gás. Teve idéias curiosas e místicas. Estudou a fumaça, os vapores, os odores, enfim, os impalpáveis e os invisíveis. Chamou de *espírito* a todos os fatores impalpáveis, específicos do objeto, essência do objeto, sem serem o objeto. Deteve-se na referência ao “espírito do vinho”, depois extrapolada para o “espírito do álcool”. Segundo a sua teoria dos *arques*, forças diretrizes comandariam “nas” partes do organismo, sem serem matéria... ao modo de espíritos.

Van Helmont foi responsável pelas ocasionais alusões às doses medicamentosas “tão ínfimas, como se espirituais fossem”... e os tradutores jamais pararam de exagerar, traduzindo para “espiritual” outras situações de imaterial, imponderável, transcendental e, inclusive, encontraram aplicação do termo na área da força vital, contrariando a concepção hahnemanniana ternária do ser humano nos moldes do Barthez, da escola vitalista de Montpellier, segundo a qual o ser humano compõe-se de três fatores *distintos e independentes*: corpo, força vital e alma. De erro a trocadilho, a expressão “força vital”, transformou-se, para alguns, na corruptela “força espiritual”.

Homeopatia sem dose mínima

A atenuação da dose não é obrigatória para que a Homeopatia aconteça. Provam este fato os efeitos paradoxais sucedidos ao longo da história da Medicina, cujas referências ocuparam 40 páginas da 1ª edição do *Organon*. Bons resultados obtidos após emprego de doses subtóxicas, simplesmente pequenas, caracterizaram os primórdios da clínica homeopática.

Entre os fundamentos da regra terapêutica *Similia similibus curentur*, a dose mínima figura, historicamente, em terceiro lugar, após a experimentação no homem sã e depois do remédio único. Representa um corolário e nunca a própria lei.

Antes de estabelecer a lei da semelhança na base de um método terapêutico, Hahnemann dedicara-se a portadores de doenças venéreas, tendo tratado da sífilis com o mercúrio, nos moldes convencionais da época. Instintivamente, decidiu usar doses inferiores às habitualmente empregadas e, conhecedor da química, elaborou um preparado original de mercúrio dotado de toxicidade menos marcante. Nesta iniciativa, procedia segundo a semelhança fisio-anatomopatológica. O uso prolongado de doses maciças do metal mercúrio provoca no organismo humano alterações sistêmicas que se equiparam àquelas provocadas pelo *Treponema pallidum*.

Galhardo estiliza o procedimento: um alopata aplicando uma injeção, poderá estar fazendo homeopatia, enquanto que um homeopata, aplicando um preparado segundo os preceitos de sua farmacopéia, poderá estar fazendo alopatia. Desde que o alopata aplique um medicamento que seja semelhante às manifestações do doente, estará exercendo a homeopatia, ao passo que um homeopata administrando um medicamento não subordinado à lei dos semelhantes estará fazendo alopatia. A dose infinitesimal não diferencia um do outro. A distinção é conferida pela lei da semelhança, isto é, pela *individualização do doente com o seu remédio*.

Haveria vantagem no uso de doses ponderáveis ?

Havendo similitude, nem sempre é imprescindível a administração da dose infinitesimal, sendo admissível o *simillimum* em dose ponderável. Entretanto, a conduta do emprego de doses maciças não traz nenhuma vantagem ao tratamento dentro da correlação de semelhança. Pelo contrário, tal procedimento provoca delonga inútil, considerando que o organismo precisará, para

despertar os mecanismos de cura, promover ele próprio a eliminação dessas quantidades ponderáveis inúteis, baixando o limiar humoral a valores que permitam o estabelecimento da sintonia entre a *informação farmacológica e o sistema de defesa*.

A prática revela que, dentro da correlação de semelhança e da correlação de identidade, uma substância age pela informação da qualidade e não pela quantidade. Quando for *ponderável* a dose administrada ao doente, a doença natural preexistente será acrescida pela doença medicinal, induzida, gerando a possibilidade de agravar o sofrimento do doente. A situação dependerá da capacidade de eliminação da droga terapêutica até a queda do limiar humoral atingir a faixa reativa secundária, de afinidade aos elementos de defesa, acionando a sintonia que preside os mecanismos da cura. Este fato esclarece porque muitas substâncias fizeram sucesso na terapêutica clássica, em razão da *similitude ocasional* e porque, pela inconstância do bom resultado – devido à ausência de correlação de sintomas - foram abandonadas pela Alopátia; muitos destes produtos continuam a figurar na Farmacopéia Homeopática sem haverem perdido a sua bisseccular eficácia, a exemplo da bryonia, do hyosciamus, da ipecacuanha, do ouro, do lítio, do bismuto, do mercúrio... e prosseguem curando através de prescrições baseadas na similitude sintomática global.

Quando Paracelso prescreveu o mercúrio na sífilis, acertou ao acaso, através da similitude lesional ou parcial, capaz de abranger e arrastar consigo certa percentagem de coincidências sintomáticas gerais, ocasionais, do soma e do psiquismo, capazes de acionar circuito de reação e de adaptação próprio dos sistemas. O mercúrio aliviou muitos sífilíticos e chegou a curar alguns poucos, não todos.

Na terapêutica segundo a lei da semelhança urge um novo estilo de abordagem do doente, a exigir anamnese original detalhista, nova interpretação dos sintomas e avaliação dos dados evolutivos, em outra dimensão. Pelo fato das doenças lesionais serem precedidas de disritmia geral que o organismo manifesta através de linguagem bizarra ou indefinida de sintomas, somente detectáveis pela anamnese individualizante hahnemanniana, tornam-se imensas as possibilidades do médico antecipar recursos terapêuticos a quadros mórbidos de potencial grave.

Normas de prescrição

Na prática, devido a questões psicológicas do doente ou porque o trabalho assistencial desenvolve-se em hospital-escola, necessária se torna a normatização da conduta posológica. Convencionou-se a prescrição de 6 gotas para os adultos e 2 gotas ou 1 gota para crianças, sempre diluídas em água. Torna-se psicologicamente incoerente ministrar a mesma quantidade do remédio para a mãe e para o bebê. Somente devido a este motivo. De outro lado, a prescrição de diferente número de gotas, 5, 8 ou 10, em um mesmo serviço, desorientaria o doente acostumado aos esquemas padronizados alopáticos.

Certos ambulatórios assistenciais preferem medicamentos dispensados na forma de X gotas em 100 ml de água destilada, a serem tomados em 1 colher das de sopa (15ml) uma vez ao dia, prestando-se o medicamento para 1 semana. Nesta fórmula, a quantidade do remédio corresponde a menos de 2 gotas ao dia; comprovou-se, na prática, resultado clínico é igual àquele verificado em pacientes que recebem 6 gotas, 3 vezes ao dia.

A categorização das diluições em baixas, médias e altas é arbitrária, varia entre autores e países, sem comprometer o método. Aquelas situadas entre D 3 até C 5 seriam as baixas, as médias entre C 6 e C 12 e as altas aquelas acima de C 12, inclusive a C 30 e a C 200 .

A denominação ultradiluições é adequada às diluições a partir de C 12, teoricamente destituídas de moléculas do fármaco, sendo inoportuna para diluições abaixo do número de Avogadro. Incorreto é o uso do termo “ultradiluições” nas Microterapias, onde prevalecem diluições ainda moleculares do produto medicamentoso.

O número de Avogadro

Amadeo Di Quaregna e Ceretti, conde de Avogadro, químico italiano de Turim (1776-1856), foi um dos fundadores do atomismo, marcando a química moderna. Interpretou as leis das combinações gasosas através da teoria molecular. Em 1811 enunciou a hipótese que diz existir o mesmo número de moléculas em volumes iguais de gases diferentes. Em outros termos: “*Diferentes gases, nas mesmas condições de temperatura e de pressão, contêm o mesmo número de moléculas, em iguais volumes.*” Estabelece relação entre M (massa molecular) e sua densidade em relação ao ar. Apresenta uma constante N – o número de Avogadro, equivalente a $6,023 \cdot 10^{23}$ - que representa as moléculas contidas em uma molécula-grama da substância pesquisada. Neste princípio passou a ser baseada a determinação do peso molecular.

O número de Avogadro é de grande importância na conceituação das diluições homeopáticas e tem servido de argumento “contra” a atividade das altas dinamizações visto que as diluições de medicamentos situadas entre C 12 e C 13, ou seja, acima de 10^{-24} são, teoricamente, desprovidas de moléculas da droga ativa inicial.

Ao princípio de Avogadro adapta-se um raciocínio inverso: sabendo-se o peso molecular de determinada substância, a exemplo de um solvente, e conhecendo-se também o peso molecular de um soluto nele contido, é possível deduzir as proporções entre ambos, um dentro do outro, o soluto no solvente, estudando-os no estado gasoso e avaliando o seu volume e peso nas mesmas condições de temperatura e pressão. Foi este raciocínio que forneceu o resultado indicador de que, na diluição superior a 10^{-24} , moléculas do soluto deixam de estar presentes no solvente.

Admitindo a proporção soluto/solvente 1:1 e representando N o número de Avogadro, indicativo do número de átomos elementares que compõem um átomo-grama de matéria, a massa molecular será a soma das massas atômicas que a constituem. Conhecendo-se a massa molecular de um corpo – representado por M, é possível determinar a quantidade de moléculas presentes nas diferentes diluições homeopáticas. Se na proporção 1:1 a fórmula é N/M, na primeira diluição decimal a fórmula será N/10M, na segunda decimal passará a N/100M; ao ser aumentado o denominador, chegará um momento em que este valor terá de ser igual ao numerador, dando como resultado a unidade, não havendo mais do que 1 molécula no solvente.

Em resumo, na *Equação de Avogadro, sendo inicial a relação N/M* procedendo-se as diluições sucessivas, obteremos N/10M, N/100M, N/1000M ... até o momento em que a resultante será N/M=1. Se considerarmos M correspondendo ao hidrogênio, cuja massa molecular é 2, a menor conhecida, o limite desta equação será atingida na diluição 10^{-24} ou 100^{-12} .

Desde Avogadro muitos conceitos foram modificados. Os componentes do átomo ampliaram-se, obrigando à modificação dos estudos em direção ao infinitamente menor. O mecanismo físico de atuação do medicamento homeopático requer argumentos atualizados. Daí a grande importância do complexismo dos sistemas biológicos, em cujas concepções a filosofia, a matemática e a biologia se entrosam.

A dose mínima cura somente quando estiver condicionada à semelhança

No intuito de cura do doente na totalidade, as doses devem ser administradas segundo a lei do semelhante, considerando que o indivíduo doente está sensibilizado pela doença e apresenta suscetibilidade exaltada ao medicamento *simillimum*, estabelecendo estado de sintonia e aumento de resposta de defesa em função da soma de duas agressões simultâneas semelhantes. Se a lei da semelhança dos sintomas na totalidade não for obedecida, a resposta de cura não acontecerá.

Em Homeopatia, o processo de cura é acionado no âmbito do efeito secundário do medicamento e mostrar-se-á curativo somente naqueles indivíduos cujo quadro mórbido, como contexto sintomático global, coincidir com a farmacodinamia da droga empregada.

As *ultradiluições* propriamente ditas possibilitam a resposta orgânica em nível de efeito secundário, independente da presença de moléculas do fármaco e de receptores.

As diluições baixas, simplesmente, estudadas em modelos de laboratório, caracterizam procedimentos microterápicos e ensaios não homeopáticos, que empregam doses ainda ponderáveis das drogas, cujos efeitos constatados, inversos simples, pertencem ainda à faixa primária de atuação subordinada aos receptores e se restringem a benefícios parciais, temporários e específicos. Não estando condicionadas à semelhança das totalidades sintomáticas doente/farmacodinamia, não acionam os mecanismos globais integrados de cura próprios do domínio secundário das drogas inerente às doses infinitesimais. Constituem procedimentos válidos, porém o seu atrelamento às atividades homeopáticas não se justifica. Confundem os profissionais interessados no método.

Aplicações clínicas das ultradiluições hahnemannianas.

As doses imponderáveis de drogas submetidas a diluições e succussões seriadas aplicam-se em situações determinadas, segundo tipo e grau de semelhança:

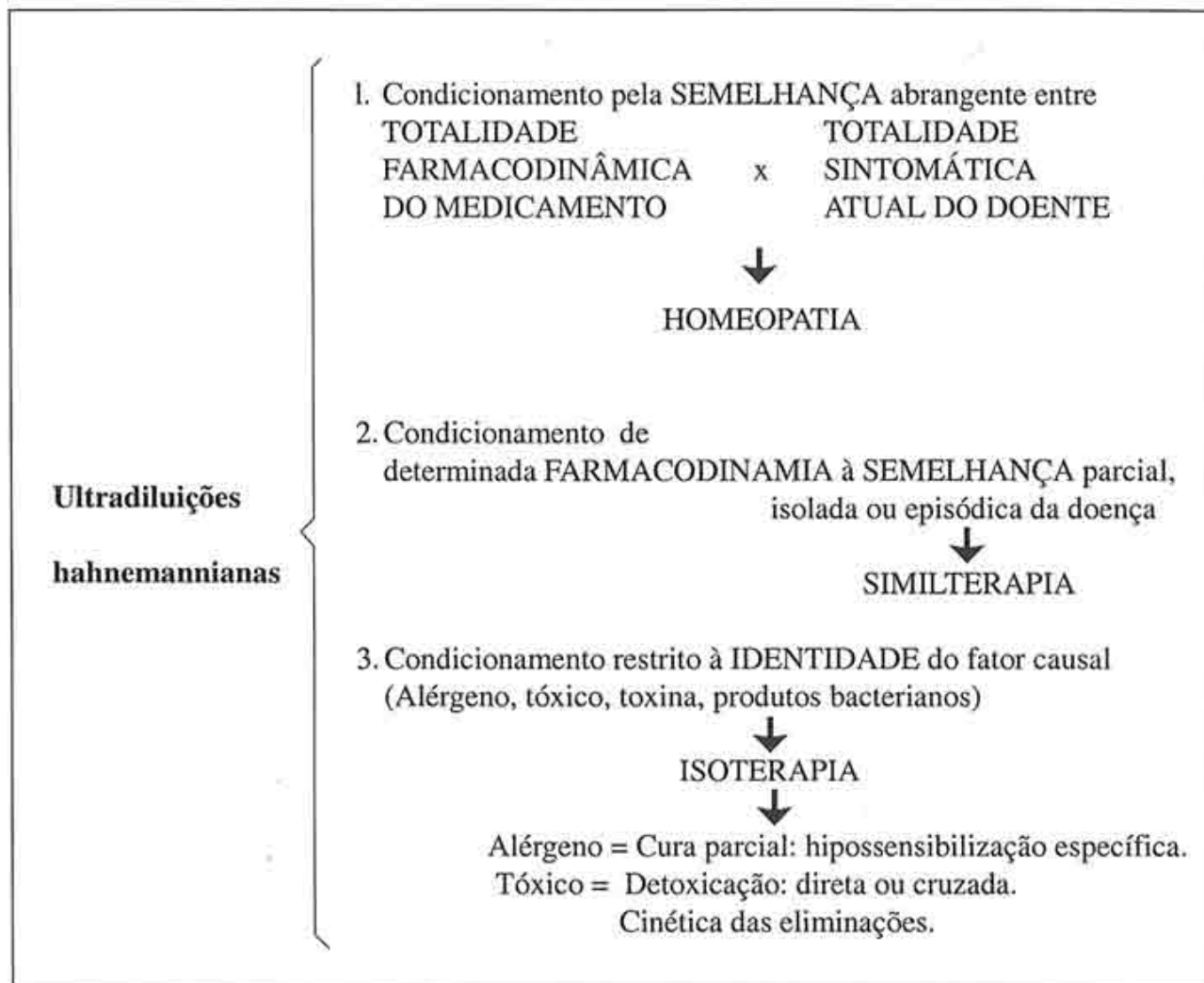
1. *Semelhança homeopática na totalidade, promovendo a cura do doente na totalidade (Homeopatia). Traduz conduta de síntese sintomática.*
2. *Identidade da causa desencadeante, geralmente um alérgeno ou determinado tóxico, onde a cura é parcial ou local, sem a cura global do doente (Isoterapia).*
3. *Situações de semelhança parcial - isolada, trópica, anatomopatológica, evolutiva, etc., sem homeopaticidade global, proporcionando alívio de sintomas ou alívio da doença (Similiterapia). Pelo fato de ser exercida exclusiva e automaticamente pelo médico homeopata, é estudada junto à Homeopatia. Traduz conduta da semelhança sintomática parcializada.*
4. *Efeitos biológicos específicos ou extraordinários, em estudo, beneficiam a doença. Procedimentos incorporados ao exercício profissional do médico homeopata.*

Oportunidades e restrições das doses mínimas do alérgeno ou do fator tóxico

As doses mínimas, preparadas dentro das normas farmacotécnicas de Hahnemann, quando baseadas no fator causal – de natureza sintética, biológica, vegetal e mineral - acionam mecanismo de defesa específica em relação ao fator desencadeante identificado, sem influenciar as predisposições mórbidas do terreno. Quer dizer, que tal procedimento, chamado Isoterapia, mostra-se capaz de corrigir uma reação orgânica aparentemente local ou regional atribuída a determinado fator, estando destituído do alcance global do doente que constitui apanágio do *simillimum* homeopático - resultado da totalidade de sintomas - independente do fator causal e do diagnóstico nosológico. Em razão da abrangência dinâmica global que lhe é própria, o medicamento homeopático correto dispensa e torna desnecessária a Isoterapia. Limitações inerentes ao médico, à doença e ao paciente, propiciam ocasiões oportunas a cada uma das condutas.

A finalidade curativa da Isoterapia restringe-se ao domínio de determinado tóxico ou determinado antígeno, mediante uso da própria causa como medicamento.

O exercício da Homeopatia costuma ser complexo, enquanto a preocupação maior da Isoterapia se restringe ao alérgeno identificado; entretanto, a opção isoterápica, nem sempre tão simples e cômoda quanto aparenta, assume, não raro, complexidade extrema e torna inviável ou enganosa a identificação do fator causal, fazendo o doente arrastar seus males durante anos; a “complexa e demorada” Homeopatia talvez conseguisse curá-lo em fração deste período.



QUADRO I. Condicionamentos terapêuticos fundamentais das ultradiluições hahnemannianas. A intersemelhança da totalidade sintomática doente/farmacodinamia caracteriza a Homeopatia. A intersemelhança parcial, isolada, episódica ou excepcional específica, caracteriza a Similterapia. A semelhança exclusiva ao fator etiológico caracteriza a Isoterapia. Estes procedimentos são exercidos pelo médico homeopata e são estudados junto à Homeopatia.

Dificuldades de pesquisa

Na área de pesquisas, mostra-se difícil, senão impossível, a elaboração de protocolos clínicos em Homeopatia. Considerando que a terapêutica segundo a lei da semelhança depende de individualização, a dificuldade começa na tentativa remota de adaptar cada paciente da pesquisa a um reduzido grupo pré-estabelecido de patogenesias. Se o *simillimum* de determinado doente não figurar na lista do projeto, o paciente teria de ser excluído da pesquisa.

Aspectos peculiares envolvem os atuais protocolos universitários dentro da lei da semelhança:

1. A pesquisa exige diagnóstico nosológico de referência, ao modo das demais especialidades. Contudo este diagnóstico não possui a mesma força de referência da escola tradicional. Durante a pesquisa o doente pode reagir de modo favorável em outros setores orgânicos, mais importantes que o diagnóstico referência e permanecer estacionário ou agravar quanto à queixa-central da pesquisa.
2. A semelhança sintomática da totalidade de cada doente é imprevisível e pode exigir qualquer um dos medicamentos contidos na Matéria Médica, não permitindo preestabelecer opções.

Em uma pesquisa, a prescrição não é livre e sim confinada a uma lista elaborada em função do projeto inicial, sob critério das probabilidades vinculadas à entidade nosológica em questão e o doente nem sempre se enquadra nesta lista. Ao médico homeopata, que tenha sido permitida a opção de três ou dez medicamentos, o acréscimo de cada medicamento torna-se um fator complicador a mais dentro da pesquisa, em dimensão quase logarítmica.

3. Cada projeto exige grupo testemunha. Em pesquisa, na qual o médico não sabe quem está tomando o que, será difícil ao diretor responsável coordenar o raciocínio das modificações observadas. Estando a medicação correta, depara-se a possibilidade de instalação da agravação homeopática ou intensificação dos sintomas da consulta inicial; este fenômeno, de excelente prognóstico, indica tratamento correto e suficiente; exige interrupção do estímulo medicamentoso e conduta expectante até a dissipação espontânea das manifestações. A conduta correta seria a exclusão do paciente do grupo, sob observação. Ao homeopata experiente competirá diferenciar desta eventualidade: 1) a situação de placebo, 2) o silêncio terapêutico devido a erro de prescrição, 3) a instalação de sintomas patogénicos precoces pertencentes a um dos fármacos da lista-padrão em uso e 4) o reaparecimento de sintomas e doenças antigas, vivenciadas pelo doente há anos, desde a infância, que indica igualmente bom prognóstico, caracterizando o fenômeno de cura de Hering e que requer reavaliação do caso e conduta expectante. Na exacerbação dos sintomas iniciais a experiência recomenda, após a conduta expectante e o intervalo variável de acalmia, a retomada do medicamento em diluição mais baixa (mais concentrada, menos energizada). Difícil é conciliar os impasses e exigir que este emaranhado de eventualidades imprevisíveis seja compreendido da parte dos diretores de pesquisa e comissões científicas não habituadas aos caprichos individualizantes da lei da semelhança. Obviamente, em se tratando de terapêutica de estímulo individualizado, modelos próprios terão de ser elaborados.
4. A mordomia diferenciada a participantes do grupo de pesquisa, acrescida pelo maior tempo que o médico lhes dedica, devido à pormenorizada anamnese, tende a favorecer o índice de resultados favoráveis pós *simillimum*, distorcendo as conclusões finais.
5. Será justo deixar o paciente testemunha (placebo) que está agravando devido à falta de tratamento, à mercê de sua própria sorte ?

As diluições baixas

Os solutos em dinamizações baixas, situadas entre D 3 a C 5, são detectáveis através dos recursos habituais de laboratório. As moléculas destas concentrações subentendem participação de receptores. A união das moléculas do medicamento a receptores de membrana aciona série de fenômenos celulares, constituindo a ação propriamente dita. Se a união acontecer em enzima intracelular, a ação será caracterizada por alterações quantitativas em sua atividade, a exemplo da catalização química.

O fenômeno homeopático independe do grau de desconcentração (baixa, média ou alta), admitindo-se um único mecanismo para o medicamento dentro da lei da semelhança: estímulo da força vital, pela mensagem carregada pelo *simillimum*, cuja afinidade por semelhança transforma o esforço de defesa até então insuficiente, numa atitude reativa eficaz suficiente.

Portanto, as eventuais ligações a receptores celulares são próprias da zona primária e, em caso de real correlação de semelhança, representam elas problemas do caminho que, solvidos um após outro, em etapas, mais cedo ou mais tarde permitirão à droga baixar ao limiar das ultradiluições humorais; quando dotadas de especificidades peculiares ao portador onde se encontram, despertam a capacidade de reverberar, de forma instantânea e efêmera, pelo tempo que permitir o limiar do infinitamente exíguo. O organismo doente entenderá a mensagem de afinidade, mesmo quando acidental e veiculada mediante via extraordinária. Em ambas as eventualidades, transmitida a in-

formação do estímulo, a missão-*simillimum* estará cumprida. A persistência de um *estado de informação*, mediante bombardeio de sucessivos estímulos dinâmicos será desnecessária e inoportuna. Ao organismo basta descodificar “uma única” mensagem para então “responder” da forma que lhe for possível; a duração da resposta dependerá do organismo em desequilíbrio, não havendo possibilidade de previsão do tempo de reação com base na natureza do *simillimum* ou do seu grau de diluição.

As diluições baixas da Fitoterapia

As plantas atuam em base química, no nível primário de seus princípios ativos, ao modo de outros produtos farmacológicos. Possuem ação específica direta, estimuladora, dotada de tropismo cito, histo e organotrópico, dispensando totalidade sintomática. Não existem argumentos científicos para uma “*Microfitoterapia*” sistemática.

A presença de produtos vegetais, em diluições próprias da Farmacotécnica homeopática, ainda que baixas, questiona o procedimento fitoterápico que requer, como regra, quantidade ponderável do produto ativo. O mesmo vale para a Gemoterapia. Aos poucos, foram desenvolvidas condutas de microterapia que, por definição, representam a Microfitoterapia, a Microgemoterapia, a Microorganoterapia, as variadas Microtoxoterapias, etc. Seus praticantes não apreciam estas denominações isoladas, provavelmente pelo fato da sua integração na medicina exigir tempo e experiência. E porque permitem outros atalhos para a oficialidade.

Importantes tratados clássicos de Farmacodinâmica, ao analisarem os mecanismos de atuação dos fármacos, assinalam um interessante fato: quanto maior for a especificidade de determinada substância em relação a determinado órgão, tanto menor será a quantidade necessária desta substância para obtenção do resultado. A exemplo, citam a ação da ergotina sobre o útero e aquela da digitalis sobre o coração. Analisando melhor, fácil é constatar o quão próximas do domínio secundário as doses “alopáticas” destas drogas se encontram.

Nos textos comuns de farmacologia existe indicação de *Aesculus hippocastanum* a ser administrado em tintura-mãe, para jugular crise hemorroidária. Alguns livros de Botânica exaltam a capacidade vaso constritora deste vegetal, atribuindo o seu efeito de alívio dentro do princípio dos contrários (contra a pletora das veias hemorroidárias). Entretanto, as descrições patogenéticas cuidadosas são unânimes em descrever a ação primária vasodilatadora venosa desta planta, semelhando estado de pletora hemorroidária e outras manifestações gerais devidas ao estado sistêmico do ingurgitamento venoso. Hodiamond, autor da melhor Matéria Médica Homeopática, exposta sob enfoque fisiopatológico, descreve a ação de *Aesculus hippocastanum*, cuja pletora, muito característica, abrange o fígado, a veia porta e as veias hemorroidárias, dos membros inferiores, do nasofaringe, cérebro e olhos.

A Homeopatia comprova que o medicamento produz, nos experimentadores, sintomas que ele é capaz de curar no doente e a redução da dose não significa simples fuga do limiar tóxico. É certo que qualquer que seja a dose ponderável de *Aesculus hippocastanum* ingerida ou a dinamização homeopática baixa administrada, a cura será promovida pelo organismo, a quem cabe eliminar, desconcentrar e criar condições para que a resposta salutar aconteça – sempre no domínio do efeito secundário reacional, de sentido inverso à atuação morbífica.

Ao organismo compete ajustar a concentração circulante que melhor convém ao seu equilíbrio. O resultado favorável desenvolver-se-á através do efeito secundário de defesa, condicionado por limiar imponderável dos princípios ativos. A administração de doses exíguas encurta o caminho no sentido do efeito inverso desejado. Em suma: o resultado favorável de *Aesculus hippocastanum* deve-se ao efeito constritor, próprio do efeito secundário, que se desenvolve ao nível da desconcentração humoral máxima, facilitada pela dose mínima; este efeito é contrário ao

efeito primário das doses maciças caracterizado pela vasodilatação. A planta em questão constitui exemplo da inutilidade e inconveniência das doses maciças, exemplificando também a semelhança parcial fisiopatológica.

Explicação igual cabe à *Arnica montana*, reconhecidamente tóxica e dotada de semelhança histopatológica que lembra alterações traumáticas por contusão. O povo insiste em usar tintura-mãe de *Arnica* nos traumatizados, em uso local e gotas orais. O caminho da cura seria abreviado pela administração de diluições médias desta planta, facilitando a tarefa dos mecanismos homeostáticos que condicionam a ressonância ao nível do efeito secundário inverso curativo, somente possível em nível humoral ínfimo do fármaco.

A pesquisa das doses mínimas

Para a classe médica em geral, as doses imponderáveis constituem motivo de rejeição do método homeopático. Os principais argumentos que comprovam a persistência de estigmas do medicamento inicial nas altas diluições vêm surgindo através da Física. A Matemática traz a sua contribuição, em meio do espanto geral e tenta adaptar ao binômio *semelhança x cura*, algumas teorias do complexismo dos sistemas, do caos e dos fractais.

Impossível é descrever tudo que se relaciona à comprovação da atividade biológica das ultradiluições ou das altas desconcentrações. As principais categorias de pesquisas serão apenas citadas. A experimentação patogenética constitui a pesquisa no ser humano. As ilustrações clínicas constituem o objetivo central do presente texto. Ainda que atinentes à Dermatologia e Alergologia, que possibilitaram a objetivação, os resultados clínicos e as conclusões adaptam-se a qualquer setor clínico.

Procedimentos químicos de investigação

Na área das diluições, os procedimentos químicos habituais para detecção da substância ativa são poucos e se restringem a grandezas abaixo do número de Avogadro. Na prática, detém-se na oitava diluição decimal ou D 8 e, em laboratórios mais sofisticados na C 7, donde a necessidade do médico saber avaliar as dificuldades e problemas farmacotécnicos que interessam às altas potências. O medicamento homeopático presta-se a fraudes, exigindo a presença e a colaboração do médico junto àqueles laboratórios acessíveis aos pacientes. De controle impraticável nos grandes centros urbanos, pela multiplicidade de farmácias à disposição do público, nas cidades menores a ineficácia decorrente de defeito técnico se denuncia em curto prazo, diante dos resultados clínicos nulos.

Mais importante que os métodos químicos de controle é a conduta do profissional farmacêutico. Não obstante a grande variedade de aparelhos sofisticados oferecidos pela indústria, que diluem e dinamizam o medicamento, o método artesanal ou manual persiste confiável.

A Física de solutos e solventes

O estudo da relação *soluto-solvente* tornou-se imprescindível, pelo fato de propiciar interpretação a importantes aspectos:

- *fenômeno da dissociação das substâncias pela trituração;*
- *contra-indicação da mistura de medicamentos;*
- *fenômeno da liberação de energia.*

Entre os aspectos inerentes aos solutos e solventes, interessam em especial: a) Teoria osmótica de Vant' Hoff; b) Lei da repartição; c) Estado coloidal; d) Cristalização do gelo e pressão barométrica; e) Lei de Raoult.

Métodos físicos de investigação

Os recursos físicos representam aspecto importante na pesquisa, prestando-se para todos os graus de diluição, inclusive acima do número de Avogadro. Alguns métodos detectam desconcentrações C 30 e mesmo C 200.

Contrastando com a relativa estagnação dos ensaios químicos, as pesquisas da Física avançam em ritmo acelerado, ampliando o alcance de detecção da matéria. Os trabalhos existentes incluem:

- análise do *espectro capilar*, cujo alcance chega à D 8;
- análise *microiométrica* que alcança a diluição D 14, através do uso de radiobrometo de potássio e a D 18, através do emprego do radiofósforo;
- efeito *Raman*, para diluições até C 30;
- análise *espectral infravermelha*, útil até D 30;
- substâncias *radioativas*, limitadas até D 15;
- *cristalizadores de Pfeiffer e cloreto de cobre*, com alcance até D 30;
- *cristalização do ácido esteárico*, útil até D 9;
- *detector Gay*, atingindo C 200;
- *ressonância magnética nuclear*, atingindo C 200;
- *leitura de condutância*, válida até C 30;
- *interfase de Taubin*, limitada à D 30.

Uma vez admitida a ausência de moléculas da substância medicamentosa no solvente a partir de C 12, as atenções voltam-se para a possibilidade da mensagem farmacodinâmica ser veiculada pelo solvente-água. A água representa um dos mais complexos e enigmáticos capítulos da Física, dos melhor estudados, embora não concluído. O comportamento da água é complexo ao se considerar que a mesma deveria ser um gás quando comparada a outros compostos de fórmula aproximada.

As pesquisas sobre as múltiplas propriedades da água não autorizam a afirmar sobre a sua capacidade de captação, transmissão e memória farmacodinâmica, mas não afastam esta possibilidade. A participação na memorização e informação biológica aconteceria devido à constante dielétrica muito elevada e a versatilidade em assumir diferentes configurações frente aos variados fatores físicos e moleculares que cercam os átomos elementares da água, o oxigênio e o hidrogênio. O assunto, abordado em teses, está de volta em trabalhos modernos, destacando-se os seguintes aspectos importantes sobre as moléculas da água:

- a constante dielétrica muito elevada;
- as ligações de hidrogênio e a força de van der Wals que conectam as moléculas de água ao modo de rede;
- a característica elétrica das ligações hidrogênio entre as moléculas de existência de água de hidratação, em forma molecular;
- a não linearidade da molécula de água;
- bipolaridade elétrica das moléculas de água, sendo os átomos de hidrogênio eletropositivos e o átomo de oxigênio negativo;
- a bipolaridade como fator das fases de atração sobre os compostos minerais iônicos;
- a bipolaridade como fator condicionante da aproximação das moléculas pela atração eletrostática que, ao estabelecer ligações intermoleculares de hidrogênio, facilita e conserva a rede;
- a configuração tetraédrica, irregular, dos elétrons de átomos da água, que propicia a ligação a outras 4 moléculas de água, levando a uma disposição hexagonal e formação de rede cristalina em estado sólido, que se desestrutura sob aquecimento.

Os estados colóides, representativos de fase especial da matéria, dotados de propriedades exclusivas, constituem tema em renovação científica, de interesse às doses mínimas, em especial no enfoque de captação e transmissão de informação. Também estão na mira de pesquisa dentro da corrente dos sistemas complexos, dos fractais e do caos.

Pesquisas experimentais biológicas da atuação das doses mínimas

Nesta área avoluma-se importante acervo de trabalhos de diversas partes do mundo, a maioria tendo empregado doses reduzidas dentro do domínio primário da ponderabilidade. Estas pesquisas possuem interesse histórico:

1. *Influência sobre o crescimento das plantas*, pesquisada durante 27 anos pela Mme. Kolisko, demonstrando a inversão de ação das substâncias segundo a dose.

2. *Influência sobre a respiração do coleóptilo do trigo*, nos ensaios de Netien (de Lyon), Boiron e Zervudacki, mediante experiências complexas e meticulosas. Netien e cols. estudam igualmente a *ação do cloreto de cobalto sobre o crescimento dos coleóptilos de trigo*, segundo uma série de desconcentrações entre 2 D e 18 D, constatando que as diluições mais baixas inibem a respiração celular e desfavorecem o crescimento, enquanto as mais elevadas, em especial 12 D e 15 D aumentam de modo nítido o metabolismo do crescimento.

3. *Influência sobre reações biológicas*, visando registrar a ação das diluições sobre a velocidade das reações diastásicas. Persson, de Leningrado, estudou em 1929 as ações diastásicas de alguns fermentos: amilase, tripsina, erepsina, pepsina e urease; semelhantes ensaios foram reencetados em 1949 pelo inglês W.E. Boyd e depois, em Lyon, por Lacharme, J. Boiron e cols.

Lacharme verificou que a *reação acetilcolinesterásica se acelera sob efeito de diluição centesimal de Physostigma venenosum*.

Boiron e Marin estudam diluições de *fluoreto de sódio influenciando a velocidade de reação da invertase*.

P. Jousset iniciou em 1902 os estudos sobre o efeito do *nitrato de prata, na diluição C 30, sobre o crescimento do Aspergillus*.

Junker H. evidencia em cultura de paramécios a *ação inibidora e estimulante da atropina e da cafeína*, variável segundo o grau de diluição.

Ensaio biológico. Cinética das eliminações.

Nos experimentos animais constatou-se a atividade biológica de diluições de foliculina, concluindo que este hormônio, em dose imponderável apresenta no plano farmacodinâmico uma ação antagônica àquelas que apresenta em dose ponderável. Entre 1952 e 1954, as pesquisas de Devraigne, Bagros e Boiron empregaram em ratas, diluições estrogênicas até C 30, registrando nestes animais grandes modificações dos estros em comparação aos lotes testemunhas.

No laboratório do prof. Lapp, em Strasburgo, Mlle. Wurmse e Ney, estudaram a *mobilização de tóxico prefixado* em organismo animal, sob influência de doses mínimas (C 7 e C 9) do mesmo tóxico, dando início a uma série de experiências sobre a *cinética das eliminações* que se tornaram clássicas. Os ensaios empregaram injeções em cobaias, de doses de arsênico ou de bismuto. Foi demonstrado que concentrações D 14 mobilizam os metais e provocam, na urina, nova descarga do metal armazenado em órgãos de cobaia, depois da eliminação haver cessado há muitas semanas.

Netien, Boiron e Marin empregaram diluições C 12 e C 15 para eliminação do sulfato de cobre de plantas previamente intoxicadas.

Na mesma linha de raciocínio, em 1960 se destacaram os trabalhos de Mouriquand em pombos intoxicados pelo arsênico, cuja elevação da cronaxia vestibular, precoce e pronunciada, respondeu à influência de altas diluições injetáveis do mesmo arsênico; as diluições de arseniato de sódio que se mostraram mais ativas foram a C 7 e a C 15. Os experimentos deste autor, pelo rigor dos detalhes, são referência obrigatória.

M. Tetau estuda distúrbios de comportamento de ratos condicionados à influência de doses maciças de *Thuya occidentalis*, cujo constituinte *tuiona* exerce marcada ação estupefaciente; foi analisada a influência da mesma *Thuya* administrada em C 9 sobre a prevenção, a intensidade e o tempo necessário para retorno à normalidade dos animais pré-intoxicados.

Numerosos trabalhos de Cier e de Boiron ocupam-se das eliminações provocadas e a especificidade das diluições infinitesimais dos elementos tóxicos correspondentes. Uma diluição C 7 de antimônio mobiliza o arsênico prefixado nos tecidos, evidenciando que o arsênico e antimônio, dois elementos que se aproximam quimicamente, possuem semelhanças no campo biológico. Os mesmos autores estudam o diabete aloxânico provocado em animais e testam a influência da aloxana C 7 sobre a glicemia e sua regularização no coelho. Em camundongos descrevem o efeito diabetógeno da aloxana e a influência de um tratamento oral com aloxana C 9; empregam o mesmo medicamento na tentativa de prevenção dos efeitos diabetógenos, induzidos por intoxicação prévia homóloga.

A dessensibilização de animais previamente sensibilizados, a exemplo do fenômeno de Arthus e o fenômeno de Schwartzman, devido à sua importância específica, será detalhada no capítulo da Imunologia.

Essas experiências não puderam ser extrapoladas ao homem, ora devido a questões éticas, ora porque a maioria delas foi baseada na inversão simples da ação das drogas, no domínio de ação primária ou de ações bifásicas, na dependência de receptores, estando longe de argumentarem o fenômeno de cura através das altas potências *condicionadas pela semelhança farmacodinâmica frente a uma totalidade sintomática* apresentada pelo indivíduo doente, *subordinada ao efeito secundário reativo*.

As mesmas pesquisas serviram de inspiração à teoria de drenagem, proporcionaram subsídios à Isoterapia e influenciaram o surgimento de práticas alternativas que se valem destes variados aspectos biológicos como pretexto às condutas terapêuticas que adotam, defendendo o uso de doses reduzidas de substâncias, de preferência produtos vegetais e extratos de órgãos, cujos componentes passaram a ser representados em siglas inerentes aos preparados destinados ao uso homeopático e não em valores do sistema métrico, como deveriam. Não é valorizada nestas práticas, nem a semelhança de sintomas gerais, nem a causa desencadeante.

O vasto acervo experimental no campo das doses exíguas encontra-se reunido em textos de Poitevin, Plazy e na *Encyclopédie Médico-Chirurgical*.

Aproveitamento do efeito secundário reacional induzido pelas ultradiluições

Sempre será oportuno revisar a sistematização das zonas de atividade farmacológica, que situa as variadas possibilidades de influência dos fármacos sobre o organismo humano, em função da quantidade.

Em 1984 foi apresentado um primeiro esquema a respeito, inspirado em preleções avulsas de Helena Minin, por sua vez instruída em fontes germânicas. O esquema, de grande utilidade didática, dispõe de lugar certo para cada procedimento terapêutico, inclusive as ultradiluições hahnemannianas. A revisão dos fenômenos de inversão de ação segundo a dose, obrigou ao remanejamento do esquema citado.

O mecanismo de cura acionado em Homeopatia está fundamentado no efeito secundário reacional suscitado no domínio imponderável, estando, além deste fato, condicionado à lei da semelhança entre as duas totalidades sintomáticas – o doente e a *farmacodinamia* de determinado medicamento.

A Isoterapia também está vinculada ao efeito secundário reacional, estando condicionada à igualdade ou afinidade do fator causal.

As chamadas Microterapias, em expansão na última década, não estão vinculadas ao efeito secundário reacional, senão ao acaso, conforme acontece incidentalmente no emprego de outras práticas, inclusive a Alopatria; não normatizam a prescrição de remédio único e, pelo contrário, tendem às associações medicamentosas; dominam em suas prescrições as doses reduzidas ponderáveis, regidas pelos tropismos orgânicos e especificidades dos componentes ativos, sendo alheias ao princípio da semelhança de sinais e sintomas.

A Fitoterapia tradicional ou propriamente dita, baseada na bioquímica, está posicionada no âmbito da Alopatria e sua aplicação em microdoses requer investigações. A Imunoterapia e a Endocrinologia, embora utilizem doses exíguas, constituem apanágio dos alopatas, que as praticam sem cogitar sobre a existência do efeito secundário reativo. Convém à Ciência que estas áreas continuem sob o protetorado da Alopatria.

Um importante aspecto precisa ser esclarecido. Embora seja aceito que a cura através das doses mínimas do *simillimum* acontece dentro da reação de defesa orgânica que caracteriza o efeito secundário, cujas manifestações são inversas àquelas do período primário próprias das grandes doses, as inversões que ocorrem neste nível são basicamente diferentes daquela inversão decorrente da presença de moléculas, abaixo do número de Avogadro e que são responsabilizadas por outros fenômenos biológicos também importantes, inclusive a cinética das eliminações, explorada em experimentos animais.

A presença ou não de moléculas numa solução tem tamanha importância para as autoridades científicas que, sem ela, os projetos de pesquisa costumam ser rejeitados. Prova disto encontra-se no mais moderno compêndio que se ocupa da Homeopatia e do complexismo de sistemas, exposto por P. Bellavite, quando o autor enfatiza com cautela que as conclusões relatadas referem-se a diluições abaixo do número de Avogadro. *A nosso ver este requisito molecular tem pouca importância, considerando que o próprio organismo, em seu natural processo metabólico, dinâmico, não perpetua a estabilidade da concentração própria de determinado momento, ocupado como sempre está, nas atividades do metabolismo, neutralização e imunodesaparecimento de qualquer droga estranha que nele se intromete.*

Estes fatos são importantes devido à intrusão de procedimentos não homeopáticos que adotam siglas hahnemannianas e que usufruem do prestígio dos homeopatas, indiferentes à transparência científica da lei da semelhança – uma metodologia terapêutica consolidada.

R. Ancarola refere outros aspectos desta promiscuidade atinentes, inclusive, à legislação, lembrando que para “algumas regulamentações”, *medicamento homeopático* é aquele elaborado segundo normas da Farmacopéia homeopática. Neste critério, já na primeira diluição decimal ou D 1, qualquer vegetal, ou outra coisa, tornar-se-ia homeopatia, legalmente. Acrescente-se a designação latina. Sendo os trâmites de registro dos medicamentos homeopáticos mais simplificados que dos fitoterápicos, interessa à indústria registrar os produtos fitoterápicos como sendo homeopáticos. Em alguns países, a exemplo da Espanha, o produto homeopático é considerado, por lei, um medicamento, enquanto o fitoterápico seria um alimento. As conseqüências destas arbitrariedades são óbvias.

Zonas de atividade farmacológica e grandezas medicamentosas

Incorporados novos fatos, a sistematização dos níveis de atividade farmacológica inspirada em informações de H. Minin teve de ser remanejada, com desmembramento de uma das zonas. A classificação original, que incluía Homeopatia e as Microterapias em mesma zona de atividade farmacológica, revelou-se incoerente. São mantidas inalteradas as zonas 1 a 5, com desdobramento da zona 6, na qual permanecem as Microterapias em geral. Na zona 7 se enquadram as Terapêuticas por informação Farmacodinâmica, obrigatoriamente subordinadas ao efeito secundário reacional, incluindo a similitude parcializada, ou Similterapia, a similitude totalizada, sintética, ou Homeopatia, e a Isoterapia baseada na identidade ao fator causal. Segue a zona 8, inativa.

São 8 as zonas de atividade farmacológica, assim caracterizadas:

1. *Zona letal*, dependente da natureza da droga, com prevalência exclusiva da ação primária, irreversível, das grandes doses.
2. *Zona tóxica* ou de *veneno*, onde lesões graves podem persistir e onde predomina a ação primária das grandes doses; freqüente instalação do efeito rebote no decurso final de eliminação do tóxico.
3. *Zona farmacodinâmica* ou *experimental*, na qual importa tanto a ação primária, quanto o efeito secundário reacional. Serve de base para a experimentação no homem sadio. Importante nos experimentos de laboratório, quando interessam as perturbações transitórias, as afinidades eletivas e a inversão simples das ações, ainda em nível ponderável.
4. *Zona alopática e enantiopática*. Utiliza a fase primária das grandes doses. Obedece ao critério dos *diferentes*, ou Alopacia, e ao critério dos *contrários*, opostos ou antagonicos, ou Enantiopatia.
5. *Zona neutra*. Sem ação primária, sem efeito secundário. Abrange alimentos, agentes plásticos e energéticos.
6. *Zona microterápica, microdinâmica e oligodinâmica*. De preferência, emprega doses reduzidas, ainda ponderáveis, de substâncias oriundas dos diferentes reinos da natureza. Utiliza a ação primária, sendo guiada pelos tropismos de células, tecidos, órgãos e sistemas. Ocupa-se da presença e eliminação de toxinas.
7. *Zona de informação farmacodinâmica*. Prevalece o emprego de doses imponderáveis. Dependência obrigatória do efeito secundário reacional. Visa o doente como unidade (Homeopatia), a doença (Similterapia) ou o fator causal (Isoterapia). Subordinada ao princípio dos semelhantes, ou ao princípio da identidade.
8. *Zona inativa* não permite perceber nenhuma atividade.

Zonas de atividade farmacológica das drogas.

1. LETAL	Existe somente a ação PRIMÁRIA das grandes doses.	Não existe oportunidade de reação de defesa.	Depende da natureza da droga. É irreversível.
2. TÓXICA OU DE VENENO	Ação PRIMÁRIA das grandes doses.	Pode sobrevir o efeito SECUNDÁRIO na fase de restabelecimento do indivíduo.	As lesões mais graves podem persistir.
3. FARMACODINÂMICA ou EXPERIMENTAL	É importante a ação PRIMÁRIA.	Também importam: a inversão simples de ação, as ações bi e trifásicas e o efeito secundário reacional.	Perturbações transitórias. Afinidades eletivas. Zona de base para a experimentação no homem são.
4. ALOPÁTICA ENANTIOPÁTICA	Útil somente a fase PRIMÁRIA das grandes doses	A fase SECUNDÁRIA ocasional pode anular o efeito primário desejado	Doses consideráveis. Critério dos diferentes e dos contrários.
5. NEUTRA	Sem ação primária.	Sem efeito secundário.	Alimentos. Agentes plásticos e energéticos.
6. MICROTERÁPICA, MICRODINÂMICA, OLIGODINÂMICA	Utiliza as especificidades PRIMÁRIAS das pequenas doses .	Pode acontecer situação de efeito secundário casual.	Especificidade de células, tecidos, órgãos e sistemas. Medicamentos de qualquer natureza. Inclui remédios de drenagem e "dos tecidos".
7. HOMEOPÁTICA SIMILTERÁPICA ISOTERÁPICA	Contorna a ação primária.	Utiliza o efeito <i>secundário</i> reacional, obrigatoriamente.	Utiliza doses mínimas, imponderáveis.
8. INATIVA	Ausência de ação.	Ausência de ação.	—

QUADRO II. *Zonas de atividade farmacológica. A qualidade da resposta a determinada droga é atributo do organismo. Certos comportamentos orgânicos básicos são condicionados pela concentração do fármaco nos humores, podendo a mesma substância ser remédio e veneno segundo a dose. Um veneno é passível de ser transformado em seu próprio antídoto, graças à arte médica.*

ACÇÕES PRIMÁRIAS SIMPLES, BIFÁSICAS E TRIFÁSICAS. ACÇÕES ALTERNANTES E SINUSOIDAIS.

Acções primárias dos fármacos. Acções bifásicas e trifásicas: seqüência, características e exemplos. Diferenciação do efeito secundário reacional. Efeitos sinusoidais. Sintomas alternantes no § 115 do Organon. Tipos de inversão das drogas. Significado de medicamento homeopático.

Tipos de acção primária.

A variação na dose nem sempre é seguida de aumento da intensidade dos efeitos primários de determinada droga. Muitas vezes, a reacção orgânica assume aspectos diferentes ou opostos, conforme tenham sido empregadas quantidades diferentes da droga inicial. Estudos atuais qualificam esta eventualidade de *acção primária bifásica*, dependente da presença de droga e da disponibilidade de receptores específicos. Sabe-se que as acções bifásicas e trifásicas consistem em manifestações mais ou menos diferentes ou contrárias, segundo a natureza da droga e a sua concentração dentro de uma determinada e constante faixa de valores no sangue e que revertem quando o limiar humoral baixa, havendo receptores celulares distintos próprios responsáveis pelas manifestações vinculadas a cada uma das faixas de influência.

As inversões de acção são observadas em circunstâncias determinadas:

- A) *Inversão pré-efetora*. Efeito imediato, efêmero, inerente a determinada droga em processo inicial de administração maciça. Seria comum *no início da injeção venosa de determinados fármacos*.
- B) *Inversão simples*, mais ou menos mediata, atribuída à fadiga de resposta diante da sobrecarga, insuficiência, saturação ou sideração dos receptores correspondentes. Enquadra-se na lei das doses de Huchard. Importante o ritmo de administração e a vida média do fármaco no organismo. Relacionada a funções simples, repercutindo sobre mesmas estruturas, sem câmbio de receptor: contração muscular, transmissão nervosa função respiratória e secreções.
- C) *Inversões em drogas bifásicas e trifásicas*. Acções registradas no decurso continuado de administração de determinadas drogas, na dependência direta de câmbio de receptores conforme aumento ou diminuição do limiar humoral alcançado, caracterizando as drogas bifásicas e trifásicas. As manifestações de determinada fase diferem ou se opõem, ora às anteriores, ora às posteriores, pertencem ao domínio primário e dependem da mesma droga, na mesma concentração e na mesma seqüência. Revertem em ordem retrógrada, desde o instante em que a droga responsável é interrompida, até a zona subefetiva de extinção humoral, caindo a seguir no domínio imponderável próprio do efeito reacional secundário.

O efeito secundário reacional das drogas bi e trifásicas seria, ao modo de qualquer outra, sempre gerado no domínio exclusivo das doses imponderáveis ou infinitesimais, sem relação ao grau inicial de concentração, como resultado final do seu trânsito e extinção no organismo. Um determinado quadro clínico primário de doença pode mesclar sintomas inerentes às diferentes fases primárias de uma droga trifásica, ao modo do que sucede no próprio doente em

relação às manifestações iniciais passivas e aquelas representativas do esforço de defesa, que se intercalam entre si. O conjunto dos efeitos secundários proporciona aspectos clínicos variáveis dentro de certos limites, sem se distanciar do padrão farmacodinâmico próprio da natureza química da droga em questão e sem perder os sinais da sua identidade. Sobressai do contexto o raciocínio lógico de que o conseqüente efeito secundário das drogas bifásicas e trifásicas será sempre o mesmo, centrado naquele efeito inverso inerente à 1ª fase ou inicial, sem influência do fato de haver ou não ocorrido algum desprendimento acidental de partículas do fármaco no decurso da administração do mesmo durante a sua passagem na segunda ou na terceira fase.

As drogas bifásicas e trifásicas provocam funções distintas, ora num setor orgânico, ora em outro. Suas fases, da zona primária, químio-dependentes, são distintas ou opostas das precedentes; caracterizam-se pela constância, pela subordinação a uma mesma concentração humoral e acontecem mediante administração continuada da droga, sendo a seqüência mais nítida quando a droga é injetada via endovenosa. Ao ser interrompida a administração da droga, tem início o seu metabolismo, eliminação e retrocesso da ação à fase de menor concentração, relacionada a outra categoria de receptores sucedendo-se, então, os *subefeitos primários dentro da faixa de ação primária*. A passagem de fase caracteriza-se pelo intervalo mais ou menos breve e um ponto *zero* de inatividade ou através de manifestações ambíguas de intercalamento das ações próprias às fases vizinhas. A redução gradativa da concentração humoral cai ao nível sub-efetor, depois à zona neutra, transitória, de silêncio e, afinal, à zona de domínio das doses infinitesimais, as únicas que, ao estarem condicionadas à sintonia despertada pela correlação de semelhança, acionam a cadeia dos fenômenos do sistema orgânico de defesa no domínio dos efeitos secundários curativos.

- D) *Fenômeno rebote dos envenenamentos acidentais*. Em geral tardio, exemplifica situação de inversão farmacodinâmica em certa fase final eliminatória de tóxico ou veneno. Prenuncia o restabelecimento da vítima e se dissipa espontaneamente, possuindo especificidade restrita ao produto responsável.
- E) *Fenômeno rebote dos tratamentos prolongados*, durante meses ou anos, bruscamente interrompidos. Não imediato, geralmente dentro de algumas semanas após suspensão do fármaco. Indica perda da ponderabilidade atual da droga e seu efeito inverso secundário, embora favorável, não é curativo, pelo fato de resultar de droga prescrita sob critério dos contrários, alheio ao princípio da semelhança.
- F) *Efeito secundário reacional*, traduz postura orgânica inversa à agressão medicamentosa, acionada em limiar humoral de extinção de determinado fármaco. Será curativo quando houver condicionamento de semelhança sintomática entre o doente e a droga em questão.

Dependência e características das ações difásicas

As ações fásicas são repetitivas, constantes e revertem quando a droga responsável é suspensa. Dependem dos seguintes fatores:

- 1) *Prévia complexação droga-receptor.*
- 2) *Presença química.*
- 3) *Continuidade de administração ou evanescência por interrupção.*
- 4) *Nível elevado ou tóxico.*
- 5) *Dose determinada.*
- 6) *Estruturas específicas preexistentes.*

Exemplos comuns de drogas trifásicas: Atropina e Dopamina.

Atropina

- a) a *atropina*, na quantidade de 0,5 a 1,0 mg produz *excitação do nervo vago*, com aumento da frequência respiratória e redução da frequência cardíaca;
- b) a *atropina*, na quantidade superior a 1,0 mg provoca *excitação do sistema nervoso central*, com inquietude, irritabilidade, desorientação e alucinações;
- c) a *atropina*, em quantidade acima de 10,0 mg leva à *depressão do sistema nervoso central*, coma, paralisia medular e aumento progressivo da frequência cardíaca.

Esta droga permite confirmar que as estruturas orgânicas são as genuínas responsáveis pelas respostas à droga. Doses exíguas de atropina bloqueiam a secreção salivar; doses duas e meia vezes maiores causam inibição do vago cardíaco, enquanto a acomodação visual somente é inibida com doses dez a vinte vezes maiores daquela bloqueadora salivar.

Dopamina

A *dopamina*, com doses em nanogramas/Kg peso/minuto, exemplifica outra situação de ação trifásica:

- a) Dose inferior a 3 nanogramas provoca *ação vasodilatadora nos vasos renais, mesentéricos, cerebrais e coronarianos*, que resulta em aumento do fluxo renal, da taxa de filtração glomerular e da excreção de sódio, decorrente da *ativação de receptores dopaminérgicos*.
- b) Doses situadas entre 3 a 10 nanogramas produzem *aumento da contratilidade miocárdica e aumento do débito cardíaco. Ativação de receptores Beta 1 adrenérgicos*.
- c) Doses superiores a 20 nanogramas/Kg./minuto causam *vasoconstrição arterial, das veias e da maioria dos leitos vasculares*, levando à *diminuição do fluxo sanguíneo renal, diminuição da filtração glomerular e, eventualmente, à azotemia. Ativação de receptores Alfa-adrenérgicos*.

A literatura é pródiga em exemplos simples de ação bifásica. A *Ipecacuanha* em doses fracas atua sobre o aparelho respiratório, modificando as secreções das glândulas dispersas ao nível da mucosa traqueobrônquica; em doses elevadas é vomitiva. A *aconitina* em doses fracas retarda o ritmo cardíaco, excitando os centros bulbares; em doses altas atua sobre o miocárdio, acelerando os batimentos cardíacos. O *carbonato de amônia* na dose de 3 a 10 g. é expectorante; na dose de 30 g. é emético.

O *cloridrato de apomorfina* em doses fracas, entre 0,005 a 0,010 g é, primariamente, excitante do centro vomitivo. Na dose de 0,20 g torna-se paralisante do centro vomitivo e, portanto antiemético, também primariamente. A dose tóxica situa-se muito próxima da dose útil. A zona ambígua, assim como o ponto zero sem atividade, entre as duas fases, é muito reduzida. Em 1974, um texto farmacológico referente à apomorfina comenta ser lógico que a ação excitante das pequenas doses (0,005g) seja produzida “secundariamente” ou “por efeito rebote” visto que, ao ser aplicada primeiro uma dose maior (0,20 g), no decurso da eliminação desta droga deve seguir-se a ação contrária inerente às quantidades imediatamente inferiores. Este equívoco é justificado pelo então, ainda, limitado conhecimento dos receptores responsáveis pelas ações binárias e trifásicas. Hoje, ambas ações são consideradas primárias e se devem a doses maciças.

O efeito secundário orgânico de reação de defesa, presta-se para chamar a atenção ao seguinte aspecto: tanto a 1ª como a 2ª fase de uma curva representativa de droga bi ou trifásica, traduzem a ação primária da droga, de natureza *impositiva* e dependem da presença química da droga, não podendo jamais serem interpretadas como efeito secundário reativo, o qual representa

em si uma postura do organismo em defesa condicionada à lei da semelhança e às doses mínimas energetizadas não mais presentes, mas cuja cadeia de fenômenos acionados prossegue no objetivo do reequilíbrio. No caso de droga trifásica, o retrocesso do organismo a sintomas da fase anterior constitui uma simples e constante consequência da queda na concentração humoral do medicamento, ainda em valores químicos e vinculados a receptores celulares específicos disponíveis a determinada concentração do fármaco.

Na ação inversa, caracterizadora do efeito secundário reativo, incluindo o efeito rebote, indispensável é o transcurso de tempo razoável para que, graças ao processo de eliminação, sejam criadas condições para que o efeito secundário se estabeleça.

O advento da anestesia permitiu observar melhor as etapas distintas de impregnação orgânica, distinguindo a fase inicial de excitação, origem das famosas histórias dos gases hilariantes e das seqüentes fases de depressão, de sono e de anestesia. Nestas circunstâncias os fatos sucessivos decorrem do aumento contínuo da droga e em limiar humoral crescente, representando a ação primária. Nos exemplos de Hipócrates acerca dos resultados opostos não são levantadas conjeturas, todavia, subentendendo-se os períodos de tempo indeterminados, em indivíduos diferentes, sem alusão à quantidade ingerida, com certeza referiam-se ao efeito secundário reacional.

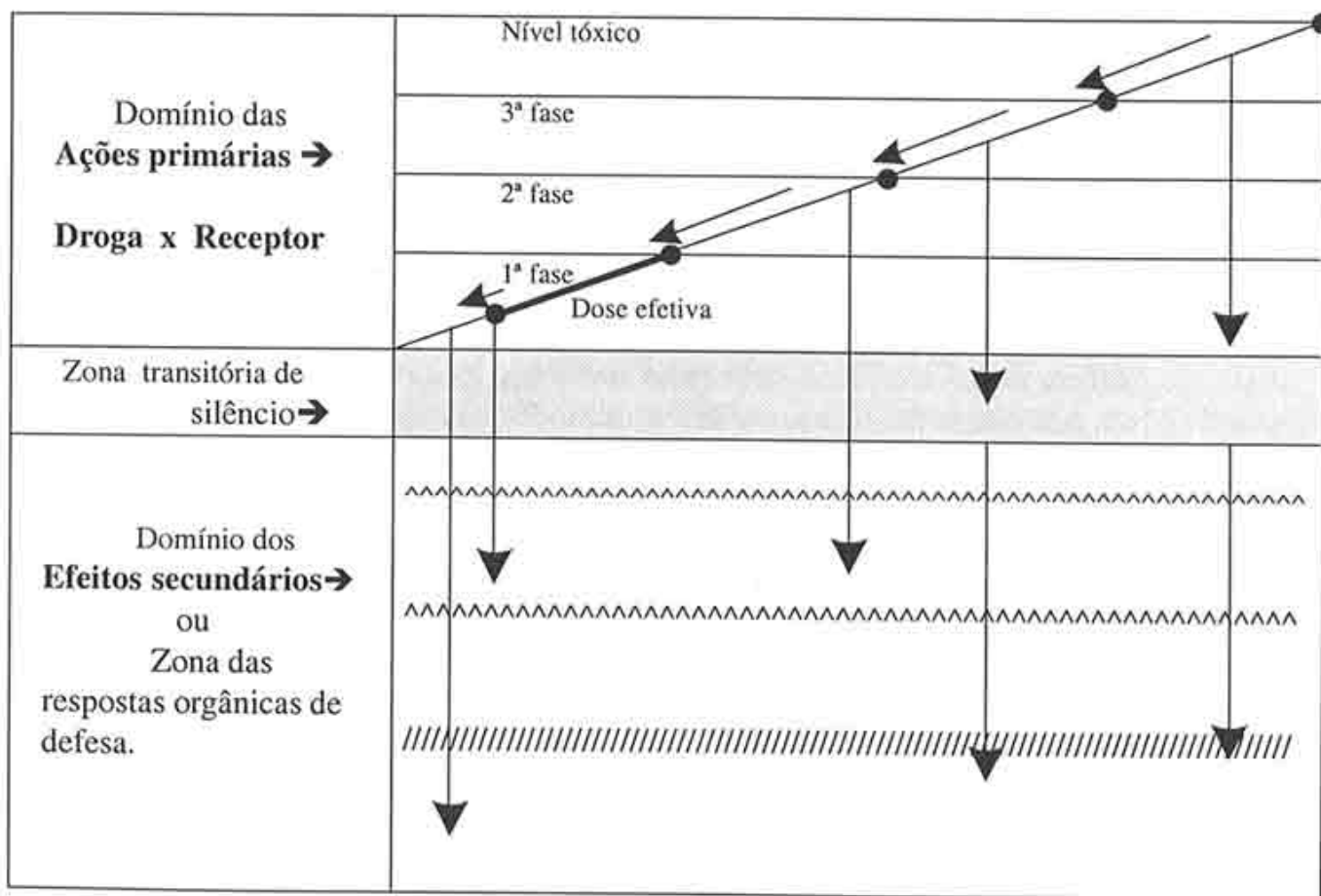


DIAGRAMA III - Ações primárias bi e trifásicas das drogas. Representação gráfica explicativa. Nos planos físicos ascendentes estão situadas, consecutivamente, as faixas das doses crescentes efetivas, as ações primárias da 1ª, 2ª e 3ª fase, todas elas na dependência de droga-receptores, específicos para os respectivos níveis ponderáveis do fármaco. A sucessão em etapas exige continuidade na administração da droga. As linhas perpendiculares flechadas representam escape ocasional de partículas do fármaco, responsabilizadas pelo eventual intercalamento de efeitos secundários na vigência de concentrações mais elevadas, representando efeitos secundários efêmeros de caráter incidental.

Efeitos sinusoidais

Pesquisas laboratoriais, ao empregarem doses reduzidas, evidenciaram um fenômeno curioso. Constatou-se que algumas drogas, ao manifestarem determinados efeitos em certas doses, deixam de provocá-las em doses menores, para repetí-las frente a doses ainda mais exíguas. O fenômeno foi registrado por L. Wurmser e Persson. O sublimado mercurial proporciona exemplo desta atividade *sinusoidal*, tocando o zero dinâmico nas concentrações D 10 e D 20. As supostas reativações não dependem de novas sucessões nem da influência de fatores modificadores, inclusive da corrente elétrica e da radioatividade.

Numerosos experimentos em animais de laboratório e em vegetais, entre eles aqueles que empregaram o cloreto de cobalto, o arseniato de sódio e o bicloreto de mercúrio, sobre a germinação do trigo, foram unânimes em registrar a ação inibidora e acentuada ação aceleradora alternantes, no decurso de diluições em escala decimal D 8 a D 16. Chama atenção nos ensaios a escolha do baixo grau de desconcentração, situando o medicamento dentro do número de Avogadro, em nível distante do domínio farmacodinâmico secundário.

Considerando que pertence às estruturas orgânicas a responsabilidade da qualidade da resposta objetiva, a extrapolação laboratorial destas observações, ao homem, parece incoerente. Os resultados interessam à cinética das eliminações através de doses reduzidas em nível ponderável, em geral situadas entre D 4 e D 14.

Sintomas alternantes

Hahnemann constatou nas experimentações o intercalamento de sintomas inesperados, diferentes ou apenas contrários, no decurso das manifestações primárias; chamou-as de *ações alternantes* e citou algumas drogas que permitiam a sua observação, estando entre elas a *Nux vomica*, *China officinalis*, *Opium*, *Bryonia alba* e *Ipecacuanha*. A intrusão destas ações confundiu os homeopatas e tornou-se motivo de dissidências, críticas e acusações sobre a vulnerabilidade do método. Os médicos contemporâneos, nem todos aceitavam a teoria do efeito secundário como responsável pela cura dentro da lei da semelhança, de modo que o surgimento de sintomas inesperados incoerentes, nos experimentadores e nos doentes, destoava nos conjuntos patogénéticos; aos opositores, isto significava insegurança do mestre em suas concepções. As manifestações alternantes constituíram-se em pivô para pesadas e intermináveis críticas e, conforme os relatórios de Dudgeon, estabeleceu-se a equiparação destas manifestações aos efeitos secundários. Entretanto, desde os primeiros registros, as ações alternantes foram fixadas pelo mestre de Meissen na zona de atuação primária, numa atitude irreduzível frente aos opositores, que insistiam em rebuscar nas manifestações alternantes um argumento de vulnerabilidade da metodologia terapêutica nascente.

Dois argumentos são suficientes para manter as ações alternantes na zona de atividade primária: 1) a dependência de doses ponderáveis; 2) a simultaneidade repetitiva relacionada a outras manifestações reconhecidamente primárias.

Desde os primeiros escritos homeopáticos os efeitos secundários, paralelos à reação do organismo, no mesmo sentido do princípio vital, foram considerados responsáveis pelo acionamento do mecanismo de cura dentro da correlação de semelhança, dispensando qualquer interpretação filosófica. Os avanços da Farmacologia atual permitem confirmar que os polêmicos “efeitos” bifásicos e trifásicos integram a fase primária e se relacionam a diferentes complexos específicos droga-receptor, a exemplo da dopamina, atropina e digitalis, estando bem estabelecidos os níveis de relação entre dose e viragem de resposta.

Os textos alopáticos abordam as ações bi e trifásicas mas ignoram a existência do *efeito secundário reacional*. A moderna sociedade vive época em que os efeitos secundários reacionais são de constatação diária no uso do café, de hipnóticos, tranqüilizantes, obstipantes e, prin-

principalmente, no vício dos narcóticos, onde a instalação da fase secundária, reacional, ao se tornar incômoda, obriga o indivíduo dependente a ingerir mais droga para usufruir da desejada fase primária.

Efeitos alternantes e o § 115 do Organon

Hahnemann esteve sempre seguro quanto à natureza exclusiva do efeito secundário e qualificou de primárias as então detectadas manifestações alternantes, ainda que as mesmas discordassem das outras primárias da mesma substância medicamentosa. A leitura atenta dos escritos menores atesta que os efeitos alternantes foram reiteradamente detectados no decurso das ações primárias, permanecendo intacto o conceito do efeito inverso secundário, de reação.

O atual § 115 do *Organon*, que corresponde ao § 120 da edição de 1818, merece ser transcrito pelo fato de abranger, de *forma clara e inconfundível*, o significado das *ações alternantes*. Neste parágrafo, que parece prolixo, em razão do idioma original e dos conhecimentos limitados na área específica, os tradutores se esforçam em transmitir o sentido de continuidade ou administração ininterrupta da droga e da precedência ou sucessão imediatas dos fenômenos descritos. Sabe-se hoje que estes fenômenos, então chamados de alternantes são, ou *inversos*, ou *diferentes* dos anteriores que imediatamente os precederam, estando sempre subordinados a um nível humoral constante atual, caracterizado pela ponderabilidade da droga.

§ 115. *Organon de l'Art de guérir*, 2^{me} éd. de Hahnemann, 1818, trad. p. Erneste G. Brunnow, Dresde, 1824.

Entre os efeitos primitivos de alguns medicamentos, existem muitos que são opostos em parte, ou em circunstâncias acidentais, aos outros sintomas primitivos, que já se manifestaram ou que estão se manifestando no seguimento. Entretanto, não se deve considerá-los como reações ou como efeitos secundários do organismo, pois eles constituem somente um estado alternante entre os diversos paroxismos da influência primitiva do medicamento; são denominados “efeitos alternativos”.

Efeito secundário reacional de defesa

Além das inversões de ação dos fármacos, pertencentes à zona primária de atuação farmacológica, caracterizada pela presença da droga, interessa ao nosso estudo, com prioridade, a inversão em nível secundário, reacional ou *efeito secundário*, que expressa a resposta orgânica, alheia à presença química atual do medicamento.

O efeito secundário está **na dependência de estado de sensibilização prévia do doente; quando condicionado à dose mínima e à semelhança da totalidade dos sintomas de determinado doente, torna-se curativo, alinhando-se no mesmo sentido da reação da força vital.** Na obra *Matéria Médica Pura* estão assinalados no rodapé aqueles sintomas atribuídos ao *efeito secundário* ou à *reação do princípio vital*. No capítulo dedicado a *Capsicum*, por exemplo, constam três notas de rodapé explicativas dos sintomas experimentais, nos seguintes termos: “*Reação da força vital do organismo, ação secundária, ação curativa*”⁶.

A gênese desta categoria de *sintoma* permanece obscura, todavia alguns imunologistas entrevêm nele a participação do *complexo principal de histocompatibilidade*.

Situando-se a Terapêutica pelas ultradiluições hahnemannianas em zona Farmacodinâmica homeopática, própria da utilização do efeito secundário das doses exíguas, oportuno é lembrar o

⁶ HAHNEMANN S.(1827) - *Materia Médica Pura*, trad. R.E. Dudgeon, New Delhi, Jain Publ., 1983, V.I, p.335, 342, 345

hábito comum dos médicos alheios ao assunto, qualificarem de secundárias outras categorias de ações decorrentes de doses ponderáveis, entre elas as consecutivas, as conseqüentes, as indesejáveis e as colaterais, próprias da ação primária de natureza química.

O que é medicamento homeopático.

Em definição mais comum: *potencialmente, medicamento homeopático seria toda substância experimentada em indivíduos sadios, dispendo de descrição das suas propriedades farmacodinâmicas ou patogenéticas, em disponibilidade em preparações segundo farmacotécnica hahnemanniana e capaz de ser adequada a determinado doente portador de sintomas afins.*

O verbo no condicional deve-se ao fato da *homeopaticidade* da droga dotada de patogenesia consumir-se dentro do condicionamento à correlação de semelhança de determinado quadro clínico, não existindo em simples função da sua farmacodinamia original ou apresentação em doses mínimas dinamizadas. Doses mínimas, por si mesmas, não caracterizam o procedimento homeopático, nem isoterápico e não acionam a cura.

O medicamento *isoterápico* dispensa o conhecimento da patogenesia e a anamnese individualizante, mas não do estado diluído e dinamizado, *desde que represente o verdadeiro agente causal.*

Destes conceitos advêm duas questões de ordem prática. O que seria uma Farmácia Homeopática? Existem leis e serviços de vigilância sanitária que normatizam as farmácias de manipulação? A resposta é sim. Um farmacêutico especializado no setor responde pelos produtos diluídos e dinamizados prescritos pelo médico homeopata, sendo-lhe confiado, mediante requisição, o preparo dos medicamentos destinados ao uso homeopático e daqueles isoterápicos extemporâneos de qualquer natureza. Um mesmo fármaco adquirido em farmácia, usado de forma inadequada com base em guias populares que indicam para cada sintoma isolado um medicamento provável, resulta em silêncio orgânico, devido à falta de ressonância .

Quando um alérgeno identificado causa distúrbios de hipersensibilidade, o organismo estabelecerá resposta parcializada às ultradiluições deste alérgeno, no sentido da hipossensibilização específica, nos moldes da Isoterapia, sem ocorrerem alterações notáveis ao nível dos demais setores da unidade orgânica.

Ao ser o mesmo medicamento dispensado mediante prescrição médica dentro da lei da semelhança ou Homeopatia, a sua ingestão acionará o organismo no sentido de reequilíbrio, de forma global, em setores diversos, em seqüência imprevisível, indiferente ao desejo do médico e do paciente, sendo sempre benéfico ao organismo, constituindo-se no recurso ideal para atenuar as predisposições mórbidas do terreno.

QUADRO IV. Tipos de inversão de ações das drogas. Caracterização e diferenciação.

TIPOS DE INVERSÃO CARAC- TERIZAÇÃO	Pré- efetora. Antecipada.	Inversão simples de ação	Inversão de ação expressando bifase e trifase	Efeito secundário reacional
<i>Mecanismo</i>	Provável resposta secundária esboçada, antecipada.	Saturação de receptores devida à administração continuada de droga.	Acionamento de diferente categoria de receptores.	Defesa orgânica condicionada pela sintonia orgânica ao estímulo imponderável farmacodinâmico.
<i>Explicações Hipóteses</i>	Escape de sub-partículas. Mensagem.	Falência. Bloqueio. Depende de funções e estruturas simples: muscular, respiratória, transmissão nervosa.	Afinidade farmacológica. Resultado de estruturas orgânicas complexas. Receptores diferenciados, específicos.	Resposta sistêmica. Força vital. Auto-regulação. Reflexoterapia nêurica. Sistema imunitário. Complexo principal de histocompatibilidade. Epífise?
<i>Freqüência</i>	Ocasional.	Comum nos experimentos.	Poucas drogas as possuem	Inerente a todas drogas. Nem sempre detectada.
<i>Autores/ Estudos</i>		Claude Bernard. Huchard. Erlich. Collet. Arndt, Schultz.	Hahnemann as descreveu como ações alternantes. (§~115)	Hahnemann descreveu em 1796 o efeito secundário como resposta orgânica de defesa, frente à droga ou à agressão mórbida natural.
<i>Situações de registro</i>	Injeções. Experimentos.	Superdosagem de medicamentos habituais.	Terapêutica clínica. Permite optar pela fase desejada. Experimentos.	Terapêutica clínica. Experimentos no homem, animais e plantas.
<i>Duração</i>	Fugaz.	Variável. Reversível.	Depende estritamente da concentração determinada da droga no meio interno.	Variável. Horas ou dias.
<i>Presença da droga</i>	Condicio- nada à droga.	Droga sempre presente.	Droga sempre presente.	Não depende de presença ponderável atual da droga e sim da mensagem induzida. Doses ínfimas contornam a fase primária.
<i>Expressão clínica</i>	Aguarda registros.	Repetitiva e igual para mesma droga. Atinge mesmas estruturas. Variações individuais devidas à suscetibilidade.	Repetitiva e reversível, na dependência da natureza e igual concentração de determinada droga.	Manifestações opostas à droga, acrescidas de outras próprias do doente sensibilizado pela doença semelhante.
<i>Importância</i>	Científica.	Medicina em geral. Terapêutica. Alopata. Toxicologia. Pesquisas.	Terapêutica. Alopata.	Homeopatia. Similitéria. Isoterapia. Cinética eliminatória.

EFEITO SECUNDÁRIO REACIONAL ÀS DROGAS

Interpretação hahnemanniana da resposta ao simillimum. Efeito secundário e o Organon. Ações primárias dos medicamentos. A ação inversa na história da Medicina. O efeito secundário indesejável. O limiar de resposta celular. Conclusões e contribuições do 1º escrito de Hahnemann. Caracterização do efeito secundário das drogas. Efeito rebote na literatura. Efeito rebote como expressão de defesa.

Interpretação de Hahnemann e seus seguidores

O fenômeno do efeito secundário reacional do organismo frente às drogas, como realidade terapêutica, veio à luz com Hahnemann, quem primeiro posicionou o fato no contexto da cura dentro da correlação da semelhança. **Antes dele, ninguém pensou em ação e reação como termos de uma lei que estabelece coincidência necessária entre os estados mórbidos produzidos pelas substâncias medicamentosas e os estados mórbidos naturais.** Hahnemann interpreta o modo de atuação do *simillimum* com base no efeito secundário das drogas, integrando-o à resposta orgânica inversa à influência morbífica, movida pela força vital. Esta reação oposta torna-se curativa quando suscitada dentro da lei de semelhança entre as propriedades farmacodinâmicas de determinada droga e os sintomas de determinado doente, alinhando-se paralelamente à reação vital, esta de mesmo sentido, porém até então insuficiente.

Quando uma droga é empregada em indivíduo sadio ou em um doente, *sem obediência à similitude sintomática global*, instala-se *secundariamente o efeito inverso reativo*, menos ou mais perceptível, que se dissipa espontaneamente. Este efeito, embora pertencente a todas as drogas, requer algum grau de sensibilização prévia para se exteriorizar através de sintomas e sinais.

Se determinada droga for administrada a indivíduo doente *dentro da lei da semelhança* de sintomas (do doente e da patogenesia) instalar-se-á, *secundariamente*, o *efeito inverso curativo*. A correlação de semelhança, somada ao estado de sensibilização específica, propiciará sempre uma *resposta reativa eficiente*, graças à sintonia farmacodinâmica capaz de fortalecer a defesa, induzida pelo estímulo carregado pela dose mínima energizada através do processo de diluição e sucussões. Em outras palavras, *a similitude dispensa a ponderabilidade da droga e permite que a força vital, livre da sobrecarga química, responda de imediato à mensagem farmacodinâmica, em nível de defesa orgânica.* Portanto, **a Homeopatia faz uso direto do efeito secundário de determinadas drogas, alinhando-o paralelamente à força vital em reação, sempre que estiver condicionado à semelhança sintomática global.**

As baixas dinamizações, em zona ponderável, quando administradas sob critério de semelhança, ainda que capazes de originar fase inicial de manifestações primárias indesejáveis da droga medicamentosa, acabarão condicionando a ressonância curativa em função do descenso da curva de eliminação, despertando a força vital (ao nível da sintonia ideal dos elementos específicos de defesa) no sentido do reequilíbrio orgânico. Este fato explica o sucesso inicial histórico da metodologia.

Se a quantidade da substância medicamentosa dotada de potencial farmacodinâmico semelhante for administrada em dose maciça, ela somará suas propriedades primárias às manifestações existentes no doente, agravando o sofrimento, visto que os sintomas da ação primária do medicamento, dotado de semelhança, acrescentam-se aos sintomas da ação primária dos fatores causais doença. Nesta eventualidade, a resposta secundária acontecerá depois, quando a droga estiver em limiar próximo ao seu desaparecimento do organismo. Tal fato tem sido constatado em pacientes psoriáticos que, após receberem os arcaicos preparados arsenicais, acabam melhorando, tardiamente, em consultórios distantes daquele anterior deixado para trás por insucesso, onde o médico desesperado apelou ao licor de Fowler, um antigo recurso arsenical, às vezes lembrado. O resultado satisfatório, pouco provável, todavia possível, dependerá da ocasional, desconhecida e imprescindível correlação de similitude quando, tendo o arsênico alcançado uma desconcentração humoral mínima, consegue afinal despertar a sintonia do potencial farmacodinâmico no domínio do efeito reacional secundário. Somente a ocorrência ocasional e imprevisível do fenômeno da semelhança explica a razão porque alguns pacientes pioram, outros se curam e a maioria permanece indiferente à citada poção arsenical.

Tal fenômeno não sucede quando a droga empregada guarda relação contrária à manifestação indesejável, neutralizando-a pela contraposição de sintoma artificial gerado pelas grandes doses, sem condicionar soma de respostas reacionais de igual sentido. A curva descendente de eliminação conseguirá suscitar o efeito secundário oposto, detectável ou não, todavia os fenômenos de cura não serão acionados na ausência da sintonia proporcionada pela correlação de semelhança.

Alguns pacientes melhoram *transitoriamente* da doença natural enquanto estiverem sob o domínio primário de uma droga química dotada de elevado potencial farmacodinâmico, imposto ao organismo sem obediência à similitude. O *Organon* esclarece que, na coexistência de duas doenças dessemelhantes, prevalece a dominância *transitória* daquela mais forte que silenciará a mais fraca, natural (§§ 30 a 42), principalmente quando a doença imposta for *medicamentosa*.

O efeito secundário no Organon

O efeito secundário, no sentido de reação de defesa do organismo direcionada ao reequilíbrio da cura, representa uma constante em todas as obras homeopáticas originais, recebendo o apoio de seguidores ilustres, entre eles Jahr, Collet, Kent e L. Cardoso.

Para Collet, Isopatia (Isoterapia) e Homeopatia seriam capazes de se converterem, uma em outra. A primeira refere-se à identidade do agente, a outra à similitude global do doente e em ambas importa remover do organismo a influência primitiva de qualquer fator mórbido, eventualmente um alérgeno. Esse autor evoca Sydenham (1624-1689), para quem a doença representa uma reação da natureza contra o agente nocivo e cujo processo reacional de defesa, iniciado pela natureza sozinha e desenvolvido de modo incompleto, precisa de ajuda medicamentosa para superar a influência do fator mórbido que a entrava.

Kent, ao referir-se aos §§ 63 e 64, afirma não ser necessário deter-se no assunto, pois a ação primária e a ação secundária representam, juntas, a ação total e completa de determinado medicamento. Conhecer que os medicamentos possuem duas ações diferentes equivale a conhecer a natureza dos agentes farmacodinâmicos em geral, bastando, para a ilustração destes efeitos opostos, observar as conseqüências diferentes do álcool em dois ébrios. Ambas as ações representam a ação única de determinada droga e para a prescrição “não importa que o doente apresente sintomas da ação primária ou do efeito secundário, visto que o medicamento curará do mesmo modo”.

Além das inversões de ação dos fármacos, próprias da zona primária de atuação farmacológica, caracterizada pela presença química da droga, interessa ao presente estudo, a inversão em nível secundário, reacional ou *efeito secundário*, que expressa a resposta orgânica sem a presença química atual da droga.

Na introdução ao texto da 1ª edição do *Organon* em português, Licínio Cardoso faz uma representação esquemática sobre a sucessão das etapas que levam o organismo doente à cura. A princípio, a resposta mostra-se pouco satisfatória, insuficiente diante da agressão mórbida; uma vez introduzido o medicamento semelhante, ou *simillimum*, ao quadro do doente, o mesmo irá despertar reação paralela àquela anterior já existente suscitada pela moléstia e, ao ampliar o potencial agressivo, pela soma de segunda doença artificial medicamentosa induzida, obriga o organismo a um esforço extra de defesa, de modo a torná-la suficiente. A reação contrária ao medicamento, também é contrária à atuação morbífica. Ainda que o estímulo medicamentoso seja breve, devido à sua natureza energética (diluído e dinamizado), prosseguirão as conseqüências por ele desencadeadas, resultando em um organismo em postura de reação amplificada frente à doença inicial, tornado apto a superar a influência mórbida.

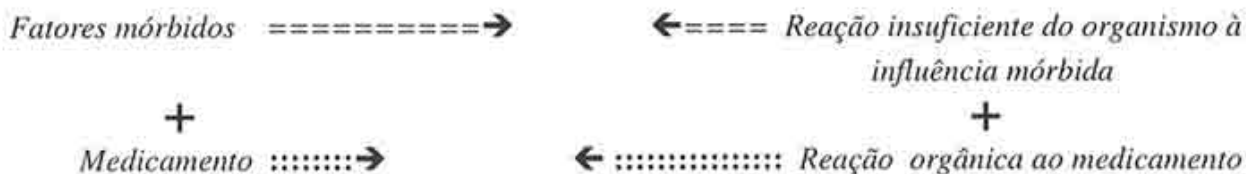
DIAGRAMA V. Gráfico representativo do mecanismo do *simillimum*.

Adaptado de L. Cardoso.

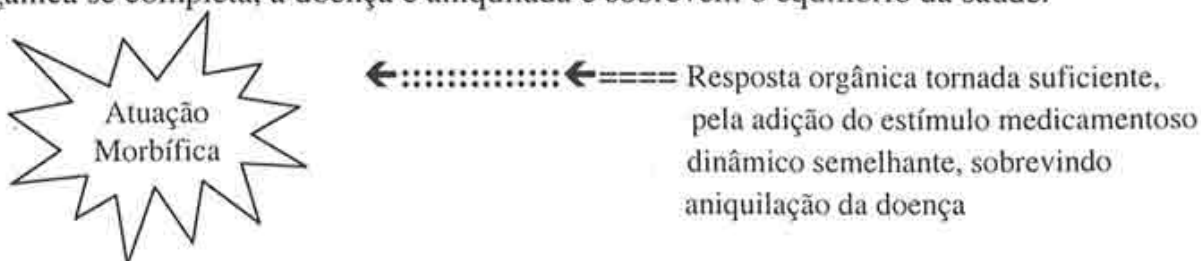
A princípio, prevalece sobre o organismo a dominância mórbida. O organismo reage de modo não suficiente, mantendo-se em estado de doença exteriorizado sob forma de sinais e sintomas:



À doença natural é acrescido o estímulo dinâmico do *medicamento dotado de farmacodinamia semelhante à totalidade sintomática do portador da doença*, ao modo de uma segunda doença ou agressão artificial, não tóxica, em dose imponderável. O organismo é coagido a aumentar o esforço de defesa frente às duas agressões simultâneas – a natural e a medicamentosa induzida. As duas reações, paralelas e de mesmo sentido, somam os seus esforços. Sendo, por natureza, mais suscetível à informação medicamentosa, o organismo doente amplia a reação.



Ainda que o estímulo adicional pareça mínimo, devido à exigüidade da dose, ele representa uma mensagem dinâmica que, condicionada à similitude, faz o organismo reagir com maior força. A sintonia dos esforços de defesa sobrepõe o potencial mórbido. A resposta orgânica se completa, a doença é aniquilada e sobrevem o equilíbrio da saúde.



O efeito secundário no Organon

Dos parágrafos do *Organon*, dois deles interpretam os efeitos secundário: os §§ 63 e 64, assim desdobrados:

- As drogas alteram a força vital devido às suas propriedades bioquímicas ou ação primária.
- A reação orgânica contra a influência bioquímica ou primária é automática e representa o efeito secundário.
- Diante da influência morbífica artificial bioquímica, o organismo manifesta uma fase passiva ou receptiva, na dependência da qualidade e quantidade da droga, instalando-se após um tempo variável a segunda fase, ativa, *com* ou *sem* sintomas, na dependência do estado orgânico de responsividade ou sensibilização prévia.
- Após doses reduzidas, cuja ação primária é perceptível apenas pelo observador atento, o efeito secundário antagônico é, mesmo assim, suficiente para restabelecer o equilíbrio de um doente, desde que se desenvolva dentro da correlação de semelhança da totalidade.

As ações primárias do medicamento correspondem às ações primárias dos agentes morbíficos.

O acionamento do efeito secundário reacional defensivo de uma droga está associado às doses imponderáveis ou às fases de extinção do fármaco da circulação sanguínea, através do processo natural de eliminação ou detoxicação.

A doutrina das ações primárias e efeitos secundários constitui o ponto cardinal do sistema hahnemanniano. A Homeopatia está na dependência destas ações.

Os sintomas das ações primárias das drogas correspondem às causas morbíficas e através destas ações primárias as drogas revelam o seu potencial, na qualidade de remédios e não de recursos paliativos.

Ocorrem na doença transtornos não apenas de um, e sim de todos os órgãos, perdendo-se de vista os limites entre ação primária, sintomas alternantes e o efeito secundário, pois tudo depende do organismo. O mesmo quanto aos quadros patogenéticos, não importando que o *simillimum selecionado* contenha sintomas intercalados de natureza primária e secundária, desde que tenham se manifestado nos grupos de experimentadores e coincidentes com o doente a tratar. Qualquer discriminação de sintomas, neste sentido, seria infundada e desnecessária.

Ao modo da doença natural cujos fenômenos se imbricam e onde a disposição dos fenômenos constitui a doença, assim acontece na doença medicamentosa, sendo difícil determinar o que seria a ação primária do agente morbífico e o que seria a ação contrária do organismo. No tratado de *Matéria Médica Pura* são freqüentes as referências a sintomas experimentais de natureza secundária, atribuídos ao princípio vital, conforme se constata nas notas de rodapé.

O sentido inverso do efeito secundário na História da Medicina

A inversão de ação das drogas tem sido referida desde a antigüidade. Hipócrates observa o efeito reativo inverso e menciona que o “*medicamento não faz sempre a mesma coisa, neste instante e no instante seguinte, agindo de maneira oposta a ele mesmo.*” Ao constatar esta inversão, não relaciona o fato ao tempo decorrido desde a ingestão da droga, não entrevê a possibilidade de influência da dose, nem cogita que outras circunstâncias do doente estariam implicadas no fenômeno; não formula hipóteses a respeito e não extrapola o fato a um método terapêutico. Hipócrates discorre acerca da *physis* ou natureza, transformada pelos tradutores latinos em *vis naturae medicatrix*, representativa do princípio universal presente nos animais, vegetais e minerais, que confere capacidade reativa contra influências prejudiciais transitórias e pouco intensas. Na doença

declarada, a *physis* faria o que deve ser feito, nem sempre de modo satisfatório, exigindo o auxílio do médico. A *physis* corresponderia, frente aos conhecimentos atuais, à resposta imune inespecífica ou resistência orgânica inata. A expressão latina *similia similibus curantur*, atribuída a Hipócrates, deve-se aos tradutores latinos dos aforismos hipocráticos.

Hipócrates exemplifica a diversidade dos comportamentos orgânicos, citando que os purgativos nem sempre provocam a purgação do ventre, tendo eles uma dupla ação... e que os obstipantes exercem a mesma ação dos purgativos e os purgativos, aquelas dos obstipantes. Além desta referência, adequada ao sulfato de sódio, outros exemplos fazem referência aos fatores causais da tosse, da disúria e dos vômitos.

A proposta de Haller para testar drogas no organismo humano não doente, a fim de conhecer suas propriedades puras, torna-se realidade graças à iniciativa experimental de Hahnemann, ao evidenciar que cada substância medicinal produz no corpo humano uma espécie de doença peculiar, que existem drogas mais e menos aptas a produzir doença marcada e violenta e que a maioria dos medicamentos possui numerosas ações.

Fenômeno natural e automático, o efeito secundário vem atravessando os séculos ignorado pelos médicos em geral. Além da desinformação, da falta de perseverança científica no sentido de esclarecer a inversão de ação das drogas, destaca-se a falta de motivação prática. O termo não consta no Codex farmacêutico e a designação *efeito secundário* vem sendo usada para referenciar efeitos indesejáveis, colaterais, adversos, consecutivos e outros menos importantes.

O efeito secundário ou reação, é extensivo a fenômenos físicos da natureza e tem evidente analogia com a 3ª lei das massas de Newton: “a cada ação corresponde uma reação de igual intensidade e em sentido oposto”.

Os narcóticos não se prestam para a interpretação generalizada das fases de atuação das drogas, sendo motivo complicador na compreensão de alguns parágrafos do *Organon*. A citação do café, ordinariamente excitante em dose maciça e que se torna depressor devido à sua rápida eliminação, permite a compreensão ideal da ação primária e da instalação do efeito secundário decorrente do desaparecimento da droga da corrente sanguínea; constitui exemplo simples da restauração rápida da desejada influência primária, mediante ingestão de nova dose maciça de café.

Limiar de resposta celular

Atingida uma célula por certa quantidade de droga, acima da possibilidade de resposta, esta célula comporta-se de modo passivo, à mercê dos poderes lesivos da droga atuante. Superada a fase impositiva, recompõe-se o organismo, metabolizando, neutralizando, eliminando, enfim, reduzindo o teor sanguíneo da droga, até o momento em que determinado teor, ao permitir sintonia humoral, desperta o mecanismo defensivo celular, em circuito, acionando fenômenos responsáveis pelas manifestações de defesa – subclínicas ou declaradamente observáveis - sendo estas últimas diferentes ou inversas daquelas manifestações iniciais. Esta interpretação adapta-se a situações de dependência aos medicamentos usados sob critério enantiopático, alopático e às toxicomanias, a exigirem administração constante de determinada droga para que seja mantido o nível farmacodinâmico primário desejável e evitado aquele indesejável representativo do efeito secundário reacional, de sentido inverso. Existem oscilações dentro da faixa neutra ou instável, de transição entre a zona ponderável e imponderável.

As conclusões do primeiro escrito de Hahnemann

O primeiro dentre os *Escritos Menores* informa sobre os seguintes aspectos:

1. Para curar de forma radical certas doenças crônicas, devem ser pesquisados medicamentos capazes de suscitar doenças semelhantes (quanto mais semelhante, melhor) no organismo humano.

2. Cada substância dotada de potencial curativo produz no corpo humano uma espécie de doença peculiar. Quanto mais potente o medicamento, mais peculiar, marcada e violenta será a doença induzida.
3. Deve-se imitar a natureza, que às vezes cura uma doença crônica pela superposição de outra. Convém empregar na doença crônica – e especialmente naquela crônica que precisa ser curada – determinado medicamento que se mostrou capaz de produzir, nas experimentações, outra doença muito parecida.
4. Muitos medicamentos poderosos possuem ações primária e secundária inversas muito nítidas: o mercúrio, o arsênico, o ópio, acônito, cânfora, digitalis, etc.

Neste escrito encontra-se delineada a metodologia homeopática, consta o efeito secundário, oposto ao primário e, sobretudo, é enunciado o princípio de que o medicamento capaz de curar determinado doente, será igualmente capaz de produzir em indivíduos sadios uma ação direta ou primitiva cujos sintomas e sinais coincidem com aqueles da doença a ser curada no doente. Destaca-se ainda a referência aos efeitos desastrosos do abuso do mercúrio que são, por vezes, piores que a própria sífilis.

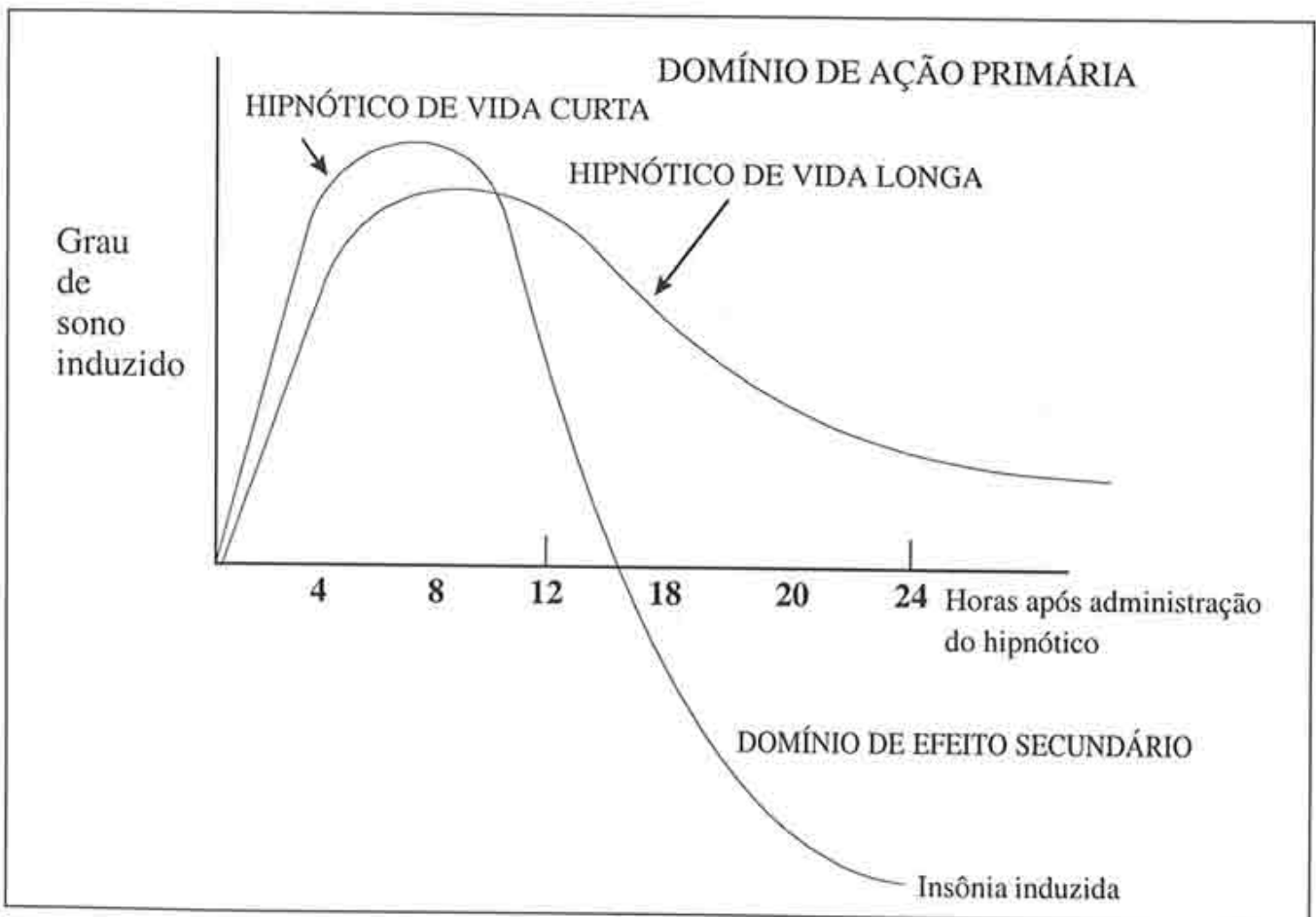


DIAGRAMA VI. Gráfico explicativo do efeito secundário, com base no uso de hipnóticos na insônia crônica. Efeito secundário indesejável. A linha vertical indica o grau de sono induzido pelos medicamentos, enquanto a linha horizontal representa o tempo, em horas. Após algumas horas sob vigência da ação primária, o hipnótico de vida curta decresce e se extingue da corrente sanguínea. 24 horas depois, o paciente apresentará insônia mais acentuada, resultante daquela natural, acrescida da segunda insônia induzida pelo hipnótico e representativa do seu efeito secundário reacional, de sentido oposto. O hipnótico de vida longa, ao protelar o fenômeno, induz sonolência diurna.

Contribuição do primeiro “escrito menor”

Embora seja clássico iniciar o estudo da Homeopatia a partir do relatório experimental da *China officinalis*, cuja semelhança toxicológica devida aos seus princípios ativos lembra a sintomatologia da febre palustre, importante é considerar a vivência clínica de Hahnemann nas doenças venéreas, numa época em que prevalecia o tratamento mercurial; melhor análise de seus escritos revela que o metal *mercúrio*, então usado na sífilis, e em particular, o efeito reacional tardio deste metal, constituiu o nascedouro das idéias de cura pela similitude.

O medicamento produz em sua ação direta, correspondente aos sintomas mórbidos a serem curados, a mais aproximada doença artificial, que se parece àquela a ser removida.

Um fato mostra-se bem definido: após a fase primária das doses maciças, segue um intervalo de silêncio sintomático, de duração variável: mais breve após doses reduzidas e após administração de substâncias de fácil eliminação, mais prolongado após administração de metais de eliminação lenta e de doses bastante maciças de droga.

Este intervalo de silêncio sintomático representa domínio neutro, instável, de transição entre os ponderáveis e imponderáveis, sendo decisivo para a inversão das ações que caracteriza a mudança entre a prevalência nociva e a fase ativa de defesa orgânica. A cura final sobrevirá quando houver condicionamento ao princípio da semelhança.

Efeitos secundários reacionais. Conclusões de ordem geral.

1. *O medicamento homeopático atua no âmbito da força vital, na qualidade de efeito secundário e inverso às virtudes farmacodinâmicas inerentes às quantidades ponderáveis de determinada droga.*
2. *O estímulo medicamentoso, desde que dentro da lei da semelhança, desperta efeito reacional curativo.*
3. *O efeito secundário reacional pode ser induzido de forma direta pela dose mínima dinamizada, contornando a fase primária da droga, fato que justifica a incongruência das doses ponderáveis (ou dinamizações muito baixas) no método hahnemanniano, bem como a inutilidade das doses mínimas prescritas fora do critério de homeopatia.*
4. *A reação secundária induzida pelo simillimum, até certo ponto comparável à resposta imune secundária, necessita de semelhança e não da identidade absoluta referente ao fator desencadeante, para que a resposta de defesa se estabeleça.*
5. *A intensificação dos sintomas iniciais do doente, acionada pelo simillimum dinamizado - segundo uma das hipóteses interpretativas da agravação homeopática - até certo ponto mimetiza a resposta imune secundária que, estando normal na qualidade, pode injuriar tecidos pelo fato de haver sido excessiva na amplitude e na duração.*
6. *Para aqueles que situam a Homeopatia no complexismo de sistemas a constelação sintomática potencial intrínseca do medicamento simillimum, ao ser conjugada ao sistema complexo-doente, resultaria em inimaginável sucessão de fenômenos e circuitos de aferentização gerados por sistemas binários, de ação e reação, ou ação primária e reação secundária, capazes de reconduzir o organismo ao reequilíbrio.*

O efeito secundário reacional, de sentido inverso, acontece também na Isoterapia, onde os enunciados precedentes adaptam-se de forma ocasional, considerando o fato do estímulo visar transtornos atribuídos a um alérgeno e não ao organismo na totalidade – a condição imprescindível ao mecanismo global de cura dentro da lei da semelhança.

QUADRO VII. Caracterização comparativa da ação primária da droga e do efeito secundário reacional.

Profª Anna Kossak

Ação primária das drogas	Efeito secundário reacional orgânico.
<p>Comportamento orgânico IMPOSITIVO.</p> <p>Obedece a critérios de prescrição alopáticos e enantiopático.</p> <p>Princípio dos contrários (Enantiopatia). Critério dos diferentes (Alopatia).</p> <p>Subentende ligação droga-receptor.</p> <p>Adota doses ponderáveis.</p> <p>Específica em relação à droga.</p> <p>Específica em relação aos receptores.</p> <p>Específica em relação aos órgãos efetores.</p> <p>Específica para determinadas doenças.</p> <p>Não específica em relação ao indivíduo doente.</p> <p>Dissipa-se após eliminada a droga.</p> <p>Podem ou não ser observados efeitos posteriores reacionais secundários, após interrompida a droga.</p> <p>Possíveis variações farmacológicas, diferentes ou opostas, no decurso da administração de mesmo medicamento: drogas bifásicas e trifásicas. Dependem da variação humoral de concentração e diversidade de receptores de membrana celular.</p> <p>Constatadas muitas variantes clínicas: ações primárias consecutivas, colaterais, específicas, seletivas, etc.</p> <p>A configuração química de um fármaco molecular somente pode ser diretamente correlacionada com as alterações orgânicas, no local da ação primária da droga (Krautz e Carr A.).</p>	<p>Curativo sistêmico quando CONDICIONADO à intersemelhança sintomática global do <i>doente e determinada farmacodinamia</i>. (Homeopatia). Curativo parcializado quando CONDICIONADO a semelhanças limitadas (Similterapia). Curativo específico quando subordinado ao fator causal (Isoterapia).</p> <p>Adota doses imponderáveis.</p> <p>Não depende da presença química da droga.</p> <p>Não estão envolvidos nas mudanças secundárias eventos iguais aos da ação primária. Destacam-se fenômenos opostos àqueles primários.</p> <p>Sem especificidade para doença como entidade nosológica (Homeopatia).</p> <p>Recurso transitório em determinadas situações da doença (Similterapia)</p> <p>Não se restringe ao potencial químico específico do fármaco, carregado pela dose mínima dinamizada, propagando-se a todos os desequilíbrios concomitantes próprios do doente (Homeopatia).</p> <p>Específico ao doente portador do conjunto orgânico total gerado pela mesma droga em experimentos no homem são (Homeopatia). Especificidade ao fator causal (Isoterapia)</p> <p>Aciona o organismo como um todo, desde que haja condicionamento de similitude. A duração da influência depende da dinâmica do doente e persiste após dissipado o estímulo medicamentoso energético.</p> <p>A interação direta com receptores de membrana celular ainda não foi demonstrada. Possível abaixo de C 12. Admitidos receptores celulares internos. Provável participação de receptores sensoriais.</p> <p>Abordado no contexto da Medicina córtico-visceral pavloviana, que considera a Homeopatia uma Reflexoterapia néurica.</p>

Caracterização clínica do efeito secundário, em Homeopatia.

1. *Inerente ao organismo e não ao medicamento, embora o medicamento constitua o fator inicial determinante.*
2. *Prescinde da presença química atual.*
3. *Prescinde do complexo droga x receptor.*
4. *Condicionado a estado de sensibilização prévia.*
5. *Obedece a comando desconhecido.*
6. *Potencialmente, todas as drogas parecem capazes de determiná-lo.*
7. *Apresenta aspectos coincidentes com a resposta imune secundária.*
8. *Menos perceptível no emprego de doses reduzidas em nível ponderável.*
9. *Detectável frente à redução das doses ponderáveis.*
10. *As manifestações do efeito secundário são contrárias às ações morbíficas primárias da doença a ser curada.*

Na *Isoterapia*, cujas doses imponderáveis são obrigatórias em razão da praticidade e da lógica, acrescem outros aspectos de efeito secundário:

- *Representa fenômeno extensivo a antígenos em geral, de qualquer natureza.*
- *Acontece em estados de hipersensibilidade específica a determinado antígeno.*
- *Acontece mediante mecanismo cruzado – em situações de afinidade química estrutural, ou de afinidade intefarmacodinâmica.*

Efeito “rebote”

Esta designação é familiar em Dermatologia, pela objetividade e frequência nos portadores de acne vulgar que, por algum motivo, fazem uso prolongado sistêmico de produtos cortisônicos. Caracteriza a reativação súbita e violenta da dermatose, quando decorreram muitos dias ou algumas semanas após suspensão brusca do esteróide. O conjunto das lesões apresenta-se em igual estágio evolutivo, evidenciando pápulas e pústulas, sem o comedão que caracteriza a nosologia acnéica.

O termo “rebote” é uma corruptela de “rebound” do idioma inglês. Os franceses determinaram para o fenômeno o termo “rebond” traduzido ao português como *ressalto*. Este último parece o mais adequado, porém o termo rebote prevaleceu na literatura de língua hispano-portuguesa.

O mecanismo desta forma reacional difere do acne medicamentoso atribuído a halogêneos do grupo dos iodetos, brometos e cloretos, cujas lesões, instaladas ainda no decurso da sua administração, costumam persistir após cessado o tratamento e se mostram renitentes às terapias padrões. Estes pacientes, quando submetidos ao tratamento conforme a lei da semelhança (Homeopatia) ou pela analogia (Isoterapia), desenvolvem quadros de reativação e agravamento entre 10 a 20 % dos casos, de bom prognóstico, que regride espontaneamente após a simples suspensão de medicamento e a conduta de espera. O mecanismo desta seqüência tem diferentes explicações: a) acionamento orgânico global (no caso da Homeopatia): b) cinética de eliminação do halogênio respectivo, mobilização, detoxicação ou desimpregnação orgânica (no caso da Isoterapia); c) hipossensibilização ao alérgeno implicado (também no caso da Isoterapia).

O seu reconhecimento decorreu, em especial, da observação do uso prolongado de grandes doses de esteróides e da fase intercalar de acalmia que precede a reação favorável tardia das vítimas de envenenamentos e que antecede a recuperação final. No episódio *rebote*, o fármaco ou o tóxico ingerido, encontra-se em processo de extinção humoral, permitindo ao organismo o acionamento máximo dos fenômenos de defesa, caracterizando o efeito secundário.

Em caso de abuso do fármaco, o médico assiste a uma "explosão" aparentemente localizada das estruturas, órgãos ou sistemas visados pela sobrecarga agressiva do fármaco. O organismo consegue responder à agressão iatrogenizante somente após haver se libertado do jugo das doses maciças, graças às funções de eliminação ou metabolismo, recompondo-se e, sensibilizado, reage contra a agressão artificial medicamentosa que lhe foi imposta, mediante um esforço máximo de defesa que lembra a injúria imunológica: *correta na qualidade, porém exagerada na duração e na amplitude*. Esta reação, atribuída à sobrecarga artificial sistêmica, a extravasar através de órgão-alvo até então represado, reclama atenção dos pesquisadores da Medicina humana e veterinária.

Os fenômenos aventados em torno do efeito rebote exigem provas. Os conhecimentos atuais permitem assinalar os seguintes aspectos: 1) Independência bioquímica; 2) Possibilidade de participação, na fase retrocessiva, das ações bi ou trifásicas; 3) Possibilidade remota de cura parcial em setores imprevisíveis do doente; 4) A sua caracterização localizada ou sistêmica.

Entre os autores brasileiros, Sampaio, Castro e Rivitti alertam para o fato do uso de corticóide ou corticotropina desencadear surtos acneiformes constituídos de pápulas, ou de pústulas e cistos, sempre sem comedões, em surto súbito no decurso ou logo após a terapia hormonal. Lembram os acnes provocados por derivados halogenados, a isoniazida, hidantoína e cianobalamina, que constituem quadros de difícil diagnóstico e tratamento problemático.

Rook A. e Ebling F.J. incluem no parágrafo do acne medicamentoso, além dos halogêneos, a fenobarbitona, a trimetadione, o Acth, os corticosteróides, o ácido nicotínico, a actinomicina D, a vitamina B 12 e o tetracloreto de bifenil.

Strauss J.A. ao descrever a foliculite atribuída a esteróides, que segue à administração de adrenocorticosteróides ou corticotropina, constatada no adulto após interrupção do tratamento, faz alusão ao *mecanismo desconhecido* do efeito rebote. Assinala que as erupções, diferentes daquelas do acne vulgar quanto à distribuição e à morfologia, apresentam-se em mesmo estágio evolutivo e em distribuição preferencial no tronco, ombros e membros superiores.

Pelas possíveis implicações futuras, não deve ser omitida a observação final de Boiron no seu trabalho acerca da influência de *Ignatia amara* sobre os receptores aminados: "*enquanto um receptor é estimulado de modo intenso e prolongado, por um agonista ou um antagonista, ele se dessensibiliza frente a estas substâncias; se, ao contrário, um receptor for estimulado de forma insuficiente, sua afinidade frente ao mediador ou de seus agonistas aumenta; da mesma forma, estando bloqueado o receptor por um antagonista, a subtração deste (antagonista) conduz aos mesmos efeitos* (subentende-se: aumento da afinidade do receptor frente ao mediador e agonistas). *Ficariam assim explicados os fenômenos de rebote constatados em certas terapêuticas*"⁸.

O efeito rebote na literatura farmacológica

Na verdade, o efeito rebote representa uma versão "alopática" do efeito secundário reativo, pouco ou nada estudado pela escola acadêmica. As razões desta lacuna no conhecimento farmacológico somam-se à falta de motivação em prolongar a observação dos pacientes portadores do fenômeno, a precipitação no sentido de adoção imediata de outro esquema terapêutico, de alívio, a impaciência do doente, a insegurança do médico e, principalmente, o desconhecimento do fato deste episódio representar uma atitude reacional de bom prognóstico relativo ao paciente, ainda que permaneça não solucionado o tratamento de base relacionado ao problema inicial do doente. Em situações de envenenamento acidental o efeito rebote, ao se dissipar espontaneamente, é seguido de reequilíbrio satisfatório, prescindindo de recursos suplementares. Subentende-se, neste caso, o estado de saúde da vítima, anterior ao envenenamento.

⁸ BOIRON et coll. - Étude de l'action de la teinture de Gelsemium sur la capture de neurotransmetteurs. Ann. Homéop. Franç., 1980, 22, 129-143

Zulian Teixeira, médico homeopata, dedica-se a interessante pesquisa para detectar o fenômeno rebote na literatura médica, equiparando-o à reação secundária orgânica descrita por Hahnemann e explica que esta reação secundária visa anular o efeito primário drogual, descrito na utilização de uma infinidade de fármacos modernos. Após proceder a uma pesquisa bibliográfica ampla, principalmente nos periódicos médicos situados entre 1982-1997, consegue relatar 23 situações de efeito secundário ou reação vital do organismo (efeito rebote), especificando as indicações terapêuticas e o respectivo efeito rebote em cada uma delas. Detém-se em comentários sobre os contraceptivos orais. Registra o emprego prolongado de doses terapêuticas habituais (maciças) na maioria dos trabalhos, ressaltando a possibilidade de ocorrência do fenômeno após dose única. Admite que o efeito se manifesta quando o fármaco administrado está incorporado ao metabolismo e é interrompido de modo brusco, explicando que, na retirada gradativa, o efeito rebote é atenuado⁹. Devido à grande importância do assunto, as categorias medicamentosas enfocadas merecem referência:

- 1) *Drogas antiarrítmicas: bloqueadores beta-adrenérgicos.*
- 2) *Drogas antianginosas: nitratos – Nitroglicerina.*
- 3) *Drogas antihipertensivas: Agonistas alfa 2-adrenérgicos centrais.*
- 4) *Drogas para hipertensão intracraniana: manitol.*
- 5) *Drogas anti-hipotensivas: Dextran; Dopamina.*
- 6) *Drogas anti-hipercolesterolemias: clofibrato; inibidores da HMG-CoA redutase.*
- 7) *Drogas ansiolíticas; Benzodiazepinas.*
- 8) *Drogas estimulantes do sistema nervoso central: anfetaminas.*
- 9) *Antidepressivos tricíclicos.*
- 10) *Anticonvulsivantes do grupo hidantoína. Barbitúricos.*
- 11) *Drogas antipsicóticas: Fenotiazinas; Haloperidol.*
- 12) *Drogas antidiscinéticas.*
- 13) *Drogas relaxantes da musculatura esquelética e da musculatura lisa.*
- 14) *Analgésicos opiáceos; Ergotamina e derivados.*
- 15) *Drogas antiinflamatórias: Corticosteróides; Salicilatos.*
- 16) *Drogas anticoagulantes: Heparina; Protamina.*
- 17) *Anti-histamínicos.*
- 18) *Diuréticos.*
- 19) *Drogas antidispépticas: Antagonistas do receptor histamínico H₂; Antiácidos.*
- 20) *Drogas para asma brônquica: Broncodilatadores adrenérgicos; Corticosteróides de via inalatória.*
- 21) *Drogas descongestionantes nasais: oximetazolina.*
- 22) *Drogas antiglaucomatosas: colinérgicas (anticolinesterásicas).*
- 23) *Drogas de lactação: Agonistas da dopamina.*

O citado autor dedica ao assunto, grande parte do seu livro “*Semelhante cura semelhante*”, publicado em 1998¹⁰.

A natureza reacional secundária do efeito rebote.

A evolução vertiginosa da Imunologia e o acréscimo de novas observações clínicas obrigam à reavaliação do conceito *efeito rebote*. Em alguns comunicados recentes situados dentro desta modalidade, a participação de receptores parece remota, todavia não impossível. Tal hipótese, se confirmada, excluiria o fenômeno do domínio de resposta secundária, que é única no seu modo de ser, sempre independente da presença química.

O efeito secundário reacional está relacionado à fase final de extinção de determinada droga no organismo, variando o período desta em função da grandeza da dose inicial e da velocidade eliminatória, havendo diferenças próprias entre um e outro indivíduo. No exemplo simples do café, este efeito oposto reacional pode não se manifestar, não ser notado ou tornar-se evidente no dia seguinte, muitas horas depois.

Admitindo-se que a propriedade terapêutica de determinada droga depende da resposta suscitada pelo organismo ao nível de estruturas preexistentes determinadas mas incapazes de

⁹ TEIXEIRA, Marcus Zulian – O princípio da similitude na moderna farmacologia. REVISTA DE HOMEOPATIA V. 64 n. 1,2,3,4, 1999. P.45-58

¹⁰ TEIXEIRA, Marcus Zulian – Semelhante cura semelhante: o princípio de cura homeopática fundamentado pela racionalidade médica e científica, S.Paulo, Ed. Petrus, 1998, 463 p.

modificar este efeito na qualidade, e sim na quantidade para mais ou para menos, o efeito secundário terá que ser, forçosamente, vinculado à dominância primária prévia, salvo situações de administração em quantidades ínfimas, ao modo do que acontece em Homeopatia, onde a fase primária é contornada pela administração direta das ultradiluições do *simillimum*. Importante é não esquecer que a fase primária do medicamento é aquela que corresponde à atuação primária da doença, quando se faz sentir sobre o organismo a força *impositiva* direta da agressão mórbida, quando o indivíduo se defende e estabiliza em desequilíbrio relativo, compatível com as suas atividades; os sintomas e sinais que passa a apresentar expressam postura de oposição à ameaça extrínseca.

Ao receber, como tratamento, uma droga de oposição ou contrária às suas manifestações, estas expressões de desequilíbrio serão apagadas, removidas ou suprimidas conforme pretendem alguns autores, porém não curadas, pelo fato do paciente nada receber a favor do seu esforço de defesa; pelo contrário, a pretexto de alívio, o doente é sobrecarregado pela segunda doença artificial, medicamentosa, de natureza química, que o leva a uma impotência maior, agora resultado de duas agressões: a primeira, natural e aquela segunda, artificial ou medicamentosa, sobreposta no equivocado intuito de subjugar a anterior. Acrescem, nesta eventualidade, as duas circunstâncias: 1) *o organismo humano normal é mais suscetível à influência medicamentosa do que às agressões morbíficas naturais*; 2) *o indivíduo doente é incomparavelmente mais suscetível às drogas que o indivíduo normal*. Daí se deduz o quanto é passível de sofrer o doente em uso prolongado de fármacos em doses maciças.

A ocorrência do fenômeno rebote não é extensiva a todos os indivíduos, considerando que nos mecanismos farmacocinéticos intervêm fatores hereditários. Existe a possibilidade remota da droga em uso prolongado e em quantidades maciças ser dotada de potencial farmacodinâmico semelhante ao conjunto do doente, sendo, portanto, homeopática, para o caso. Nesta eventualidade rara ocorre intensificação da doença-queixa existente, no decurso da administração do medicamento, acentuando-se enquanto for mantido o fármaco responsável, constituindo quadro de agravação simultaneamente medicamentosa e patogénica. O seu reconhecimento será possível pelo fato de se destacarem no quadro clínico atual as mesmas manifestações assinaladas na consulta inicial (agravação homeopática), acrescidas de outras, até então desconhecidas ao doente mas coincidentes à farmacodinamia da droga vigente (agravação patogénica). Suspensa a droga, o organismo evidencia sinais imediatos de reversão gradativa dos sintomas indesejáveis, sem perspectiva de fenômeno rebote. Sobretudo, afirma sentir-se bem. A cura do doente dentro do princípio da semelhança, acontece à revelia do médico alopata que, surpreso, assiste a um sucesso terapêutico paradoxal.

A forma clínica comum do fenômeno rebote é alheia a qualquer grau de semelhança. O seu caráter súbito e explosivo deve-se a dois fatores: 1) a emersão, do âmago do doente, da doença reprimida por força da imposição química primária prolongada. 2) Instalação da reação secundária, de mecanismo ainda desconhecido, mas sempre dependente de nível humoral ultra-reduzido no decurso do processo natural de eliminação. Existem estruturas orgânicas de defesa que somente são acionadas pela sintonia das doses infinitesimais. Na qualidade de um sistema complexo, o organismo alforriado da opressão artificial, explode em defesa. A droga responsável não mais existe, foi eliminada, mas as cadeias de reações prosseguem os respectivos ciclos que se exteriorizam sob forma de manifestações clínicas. As virtudes relacionadas à droga, agora opostas à própria droga e diferentes da doença, caracterizam o episódio crítico de exacerbação. Estas manifestações extinguem-se por si mesmas. Silenciada a crise, ressurge a doença natural inicial, inalterada ou, ocasionalmente, um pouco modificada.

Na interpretação do fenômeno rebote importam os seguintes aspectos:

1. As manifestações do estado de doença constituem sinais de defesa.
2. O medicamento “contrário” ou de alívio, opõe-se aos sintomas de defesa.

3. A manutenção prolongada de doses maciças do medicamento garante concentrações humorais elevadas do mesmo, siderando manifestações de defesa.
4. A suspensão brusca do medicamento não corresponde à eliminação imediata do mesmo, mantendo-se, a doença e o doente, em silêncio aparente.
5. A sintonia entre as estruturas de defesa ou efeito secundário, acontece quando estiver consumado o desaparecimento químico do fármaco na corrente sangüínea.
6. Nem toda reação secundária é curativa no sentido radical, apesar de estar condicionada à dose imponderável. *A cura global exige simultâneo condicionamento à semelhança de sintomas* do portador do estado de doença. No condicionamento restrito ao antígeno, o efeito secundário promoverá a cura parcializada ou reduzida ao âmbito farmacodinâmico identificado.
7. As manifestações desta reação secundária de defesa, induzidas pelo medicamento e contrárias a ele próprio quando em sua fase primária, sendo diferentes das manifestações do estado de doença, inviabilizam, devido à falta de sintonia, a *soma de reações de defesa dentro da correlação de semelhança*, cuja conjunção é indispensável para a cura real do doente dentro da totalidade sintomática.
8. No efeito rebote sob vigência de tratamento alopático a cura da doença não acontece, devido à ausência da indispensável correlação de sintomas que caracteriza a lei natural de cura através da semelhança.

O efeito rebote pode ser interpretado como forma de efeito secundário acidental no decurso dos procedimentos enantio e alopático, sem aparente participação de receptores, pelo menos aqueles conhecidos. Admite-se a existência de outras estruturas captadoras e transdutoras das mensagens. A resposta rebote traduz um fenômeno gritante do organismo que se vê livre do jugo de uma agressão química que não lhe era benéfica. Oprimido, este organismo necessita de algum tempo para recobrar o estado inicial remoto de defesa, que embora tenha sido insuficiente, era preferível ao desequilíbrio atual, mais complicado, imposto pelo medicamento inoportuno.

Considerando que os efeitos rebote têm sido registrados no procedimento *não homeopático*, os mesmos têm pouca probabilidade clínica de serem coincidentes com sintomas do doente que os manifesta, sendo portanto dessemelhantes em relação ao doente e não curativos por si mesmos. O assunto recomenda perseverança dos alopatas, no sentido de acompanhar o efeito rebote durante períodos mais prolongados, que permitam o registro do comportamento imediato e mediato dos pacientes.

A dinâmica do efeito rebote. Interpretação da autora.

ESTADO CLÍNICO	MEDICAMENTO	MODO DE REAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
A. Atuação mórbida dominante.→ Fator mórbido	←=====	Estado de doença. Defesa orgânica presente, porém insuficiente.
B. Domínio do medicamento contrário.	~~~~~→ Medicamento contrário	Silêncio clínico da doença	Prevalece a ação primária do medicamento, de sentido contrário à doença. A influência medicamentosa prevalece.
C. Doses maciças continuadas são mantidas por longo tempo.	~~~~~→ ~~~~~→ ~~~~~→ Medicamento contrário	A cura aparente é mantida.	O organismo doente é muito mais suscetível à influência medicamentosa artificial do que aos agentes mórbidos naturais.
D. A suspensão abrupta do fármaco suscita, após intervalo variável, a piora súbita do estado de doença. Fenômeno rebote.	Interrupção brusca da droga. Início da queda do limiar humoral da droga.	←=====	Instala-se o efeito inverso secundário do fármaco, sem afinidade de semelhança com a reação à doença natural, ao modo de segunda doença, dessemelhante. O organismo sobrecarregado explode em episódio agudo de exacerbação.
E. Ao se dissipar a reação secundária, não curativa, devida ao fármaco, a doença inicial natural retoma o curso anterior ao tratamento.	Desaparecimento da droga. Vestígios da passagem.	←=====	A doença inicial ressurgue, inalterada ou um pouco modificada.

DIAGRAMA VIII – Efeito rebote. Representação gráfica do efeito rebote, em esquema da autora. *Linha pontilhada dupla* = ação mórbida. *Linha dupla* = reação de defesa do organismo contra a agressão mórbida. *Linha ondulada* = medicamento contrário aos sintomas do doente (enantiopático). *Linha de setas* = efeito secundário reativo acionado pelo organismo, frente ao fármaco contrário.

SISTEMAS COMPLEXOS. LEI DA EQUIVALÊNCIA

Teorias sobre sistemas complexos. Leis universais matemáticas na interpretação da atuação das ultradiluições medicamentosas.

- A) Interpretação filosófica de Licínio Cardoso: teorias sobre sistemas complexos. Lei da equivalência; solidariedade das forças energéticas. Lei da persistência. Lei da coexistência. A Homeopatia, uma situação de lei de equivalência. A lei da semelhança, relacionada aos sistemas complexos.
- B) Estudos de Lorenz e cols. Exposição biológica/matemática de P. Bellavite, baseada na complexidade biológica da regulação dos sistemas de homeostase. Papel integrativo do sistema nervoso central. Homeodinâmica. Receptores e transdutores da homeostase. Homeostase e complexidade. Caos. Altas diluições e um paradigma complexo para a Homeopatia. Hormese.

Nas últimas décadas do segundo milênio surpreenderam a todos, os aportes científicos e teorias originais tentando explicar o fenômeno homeopático em base de leis matemáticas. Os cientistas reportam-se a Jules-Henri Poincaré (1854-1912), matemático francês, precursor das leis que regem o intercâmbio de sistemas complexos, as quais somente puderam ser melhor estudadas após o advento dos sofisticados recursos da eletrônica. Em 1963 Lorenz retoma o estudo dos mecanismos que envolvem os sistemas complexos, dando início a um verdadeiro renascimento do assunto, beneficiado pelos conhecimentos da ciência sobre a estabilidade do meio interno de Claude Bernard, a homeostase de Cannon e a síndrome geral de adaptação de Hans Selye, acrescidos pelos avanços da Endocrinologia e Imunologia. Coincidentemente, estas áreas representam correntes sintéticas da Medicina e proporcionam fortes argumentos, não filosóficos, adaptáveis às interpretações do mecanismo de influência curativa das ultradiluições medicamentosas sobre o organismo doente. Admite-se hoje a aplicabilidade das mesmas leis matemáticas, válidas aos demais fenômenos biológicos e que são extensivas à mecânica, à física e à química.

Em 1923 o médico homeopata brasileiro Licínio Cardoso (1852-1926) ao escrever obra dedicada à Homeopatia e, especificamente, a um método original sobre hemoterapia, intitulada "*Dyniotherapia autonósica ou Tratamento das Doenças pelos agentes e productos dellas, dynamizados*" reserva extensa parte desta obra ao tema da *Complexidade* e das *Leis universais da equivalência, da persistência e coexistência*. É lamentável que assunto tão importante não esteja explícito no título. O autor, além de professor de Homeopatia, era mestre de Matemática e Sociologia. Apoiava Hahnemann na interpretação do efeito secundário na base do fenômeno de cura e enquadra a Homeopatia, a Isoterapia e, em especial, a Auto-hemoterapia autonósica, na lei da equivalência dos sistemas complexos.

Diante das recentes perspectivas vislumbradas em contribuições francesas e italianas, faz-se oportuna a referência às interpretações pioneiras do autor brasileiro, escritas em 1924, referentes aos sistemas complexos e suas leis universais. L. Cardoso expressa, a seu modo, as leis matemáticas e físicas que regem o complexismo dos sistemas biológicos e suas idéias, embora pareçam áridas aos profissionais habituados às lides clínicas, merecem ser conhecidas. O fato de permanecerem

ocultas em livro de título exótico, torna o momento presente oportuno e obrigatório para a transcrição de alguns conceitos, para que os mesmos venham a ser incorporados aos trabalhos modernos; alguns deles, matemáticos na essência, dispõem de flancos vulneráveis, à espera de interpretações mais convincentes. Repassadas as idéias de L. Cardoso, serão citados os principais aspectos atinentes aos mesmo assunto, na visão do médico hematologista e homeopata italiano, Paolo Bellavite, sob diferente ângulo interpretativo.

Complexismo, segundo Licínio Cardoso

Para Licínio Cardoso as leis universais da equivalência, da persistência e da coexistência desembocam no domínio das ações primárias e secundárias dos medicamentos. Os fundamentos da Homeopatia são universais e pertencem a todas as categorias de existências e fenômenos, desde o nível inorgânico ao psíquico. A generalização destas leis estaria justificada pela universalidade dos fenômenos da intensidade que se encontram na base de todas elas, variáveis, suscetíveis de medida, redutíveis e de domínio objetivo e subjetivo. Os fundamentos da Homeopatia podem ser admitidos ao modo de um sistema complexo, regido pela lei universal da equivalência especializada quanto à essência e o enunciado *similia similibus curantur* constitui a regra que rege a aplicação prática desta lei.

Leis universais regem as existências e fenômenos em geral, mediante diferentes formas de conjugação entre si, auridas de grandes pensadores da ciência, desde Hughes e Newton. Dentre estas leis universais L. Cardoso destaca a *lei da equivalência, a lei da persistência e a lei da coexistência*, estudando cada uma delas no campo da Cosmologia (mecânica, física e química) e da Noologia (biologia, sociologia e antroposofia). Estas leis se manifestam conjugadas umas às outras, de modo claro ou dissimulado, em razão da ampla oscilação de intensidade, tornam-se imensuráveis e virtuais, sendo o fator quantidade de grande importância na sua manifestação. Conclui que a lei de ação e reação deriva positivamente da lei universal da equivalência.

Lei da equivalência

Considerado num determinado instante, qualquer fenômeno que abrange a existência de determinados fatores inerentes a esta situação (equivalência), subentende estreita interdependência, assim como as alterações decorrentes de modificações de qualquer um desses fatores, significam influências recíprocas. O exemplo mais simples desta interdependência seria representado por dois fatores de influência recíproca (casos binários), onde a lei de equivalência corresponde à igualdade de ação e reação. Em um sistema de vários fatores representativos de existências interdependentes, ABCDEF por exemplo, a alteração de um deles acarreta alteração correspondente sobre todos os demais fatores, com reciprocidade global.

A forma mais elementar de influência recíproca, aquela que acontece entre dois fatores, representa a lei da igualdade de ação e reação. Induzida na mecânica e na física, graças a Huyghens e Newton, esta lei simples foi assim expressa: se um ponto B recebe uma ação do ponto A, ao mesmo tempo o ponto A recebe uma ação igual e contrária (reação) provinda de B, sendo ambas, ação e reação dirigidas segundo a linha que os une. Ambas as forças podem ser atrativas ou repulsivas. Reduzido o fenômeno simples a dois pontos, foi denominado *lei da igualdade entre ação e reação*.

Esta lei adquire maior significado ao serem os dois pontos materiais substituídos por sistemas, *transformando a relação de igualdade em relação de equivalência*. Entre ambos os sistemas se estabelece a *solidariedade* efetiva e as forças dos sistemas passam a atuar ao modo de grupos concorrentes sobre cada um dos pontos do conjunto tornado complexo.

Enquanto para dois pontos a igualdade entre ação e reação é constante, para dois sistemas passam a acontecer séries de ações e reações binárias recíprocas, iguais e contrárias, resultando ações e reações complexas, que correspondem a um sistema de forças equivalentes à força única aplicada sobre um dos pontos do sistema material.

Desta lei de equivalência foram deduzidas duas outras: a lei da persistência e a lei da coexistência. A solidariedade das forças energéticas da matéria explicaria o fenômeno. A atuação de uma força sobre um dos elementos materiais de um sistema exerce influência sobre os diversos tipos de atividade da matéria constitutiva desse elemento e, como resultado da solidariedade do sistema constituído, a influência dessa força inicial difunde-se à matéria do sistema. Portanto, existem equivalências parciais de elemento material, que se propagam e se tornam abrangentes e indefinidas. Resultam propriedades novas adquiridas pelo corpo, graças às formas de energia evidenciadas pelas interações parciais de forças dos sistemas.

Os conceitos de L. Cardoso transparecem nos textos de Lorenz e seus seguidores, íntegros no significado, embora expressos em outra nomenclatura.

Solidariedade das forças energéticas

Huyghens e Newton induziram na mecânica a lei de ação e reação, considerando que a oposição de duas forças nada indica sobre o sentido isolado de cada uma delas, podendo ambas serem atrativas ou ambas repulsivas; isto seria lei de igualdade entre ação e reação, ações e reações binárias, recíprocas, iguais ou contrárias. A ação da força única leva à reação complexa conseqüente, graças à solidariedade das forças energéticas no contexto da totalidade. Em outras palavras, o efeito de uma força incidente sobre um dos elementos materiais de um sistema, exerce fatalmente a sua influência sobre os diversos tipos de atividade das matérias constitutivas deste elemento.

Em Física o som, a luz, o calor, a eletricidade, o magnetismo, são passíveis de fenômenos de movimento e a Física está subordinada à mecânica. A ciência dos fenômenos físicos está subordinada à ciência do movimento, na qual a *lei da equivalência* constitui o elemento básico fundamental.

Em Química, a produção de fenômenos químicos independente da natureza dos corpos presentes, relaciona-se às transformações de energia que se traduzem pela liberação, dissipação e degradações, sempre dentro da lei da equivalência - em conexão com energias superiores e inferiores e, finalmente, em conexão íntima com a temperatura, a intensidade luminosa, os fenômenos elétricos, a pressão, etc.

Existe equivalência entre os fenômenos químicos e os fenômenos físicos, necessários ao seu advento e vice-versa. O corpo vivo, antes de ser um sistema vital é um sistema físico e qualquer influência do meio, sobre um ou mais dos seus elementos, é fatalmente correspondida por efeitos reativos equivalentes.

Lei da persistência

Também universal e indutiva, a lei da persistência é peculiar a todas as categorias de fenômenos. Cada estado estático ou dinâmico tende a persistir espontaneamente, sem nenhuma alteração, resistindo às perturbações exteriores. *Resistência* e *impulsão* representam a lei da persistência. Quando um sistema de qualquer domínio sofre a ação de uma causa qualquer, o mesmo sistema tende a persistir sob o efeito desta causa, mas ao mesmo tempo apresenta resistência contra o conjunto das causas que tendem a modificar esse efeito e uma impulsão contra esse conjunto de causas, modificando-as. A noção de *massa* vinculada à força da inércia representa a *resistência*, enquanto a *quantidade de movimento* constitui *impulsão*.

Do duplo aspecto da resistência e do impulso, Newton apreendeu a lei no domínio cosmológico em relação aos fenômenos de movimento e repouso da matéria. A força da inércia aí se enquadra. A lei da persistência impera sobre os fenômenos da vida.

Lei da coexistência

Como lei universal, a *lei da coexistência* significa independência e simultaneidade. Um sistema qualquer mantém a sua constituição ativa ou passiva quando seus elementos sofrem mutações exatamente comuns. A simultaneidade desempenha importância básica no fenômeno.

Sucessão é diferente de simultaneidade. A resultante abstrata de duas forças é a mesma, entretanto, o resultado da realização dos fenômenos combinados de ambas as forças costuma apresentar características diferentes. Quer dizer que, o produto total de dois fatores combinados e simultâneos consegue representar um resultado impossível de ser alcançado pelos dois fatores separados, em esforços sucessivos, quando cada fator se comporta de forma isolada.

Em Biologia, um sistema qualquer mantém a sua constituição ativa ou passiva quando os seus elementos constituintes sofrem mutações comuns. Em Química, a atomicidade dos elementos de um composto conserva-se, sob forma potencial, igual àquela anterior à combinação. Em Antropologia, o fenômeno de adaptação resistente traduz o influxo da lei da coexistência.

Quando duas forças atuam para o mesmo fim, o resultado não será o mesmo daquele resultante destas forças atuarem, ou em caráter simultâneo, ou em caráter sucessivo. O seu objetivo, inclusive, é passível de não ser alcançado quando submetido às ações atuando de modo sucessivo. A ação simultânea ou combinada, atingirá o objetivo, e este pode apresentar características bastante diferentes das forças indutoras. Outrossim, o tempo do esforço conjugado será *a metade* da soma dos esforços separados.

Estes conceitos enunciam, quase literalmente, uma das principais leis que regem os sistemas complexos na visão atualizada.

Uma lei de equivalência especializada

A *lei da semelhança em terapêutica homeopática* constitui, na verdade, uma regra para aplicação prática, de acordo com o enunciado *Similia similibus curantur* ou, os “semelhantes são curados pelos semelhantes”. Na sua essência, esta mesma lei representa, ao mesmo tempo, a lei da equivalência especializada.

Hahnemann estrutura, através da observação, dedução e indução, um vasto *sistema de experimentação, através de etapas*: a) Avalia os resultados clínicos dele próprio, de outros profissionais contemporâneos e antecessores (*observação pura e dedução*); b) experimenta substâncias conhecidas ou supostamente medicamentosas, em si próprio e em colaboradores, na finalidade de registrar os efeitos no organismo vivo (*indução*); c) formula hipóteses em torno dos efeitos produzidos pelas drogas (*efeitos farmacodinâmicos ou patogénéticos*) e a relação com propriedades curativas já conhecidas através do seu uso empírico, percebendo e afirmando a correlação de semelhança (*indução*). Consolida assim, através da indução, a verdadeira matéria médica, conjugada aos experimentos no homem sadio, pela primeira vez na história da Medicina, estruturando a base e a condição de um sistema terapêutico, em vínculo obrigatório de semelhança entre os efeitos patogénéticos ou experimentais e os efeitos curativos dos agentes medicamentosos. Para consolidar o novo processo, procura observar, relacionar e filiar a observação pessoal aos fatos passados da Medicina e, diante dos acertos concordantes com a lei de cura recém delineada, considera patente necessidade de reforma no sistema terapêutico então vigente.

Observadores antigos, desde Hipócrates, assinalam a relação de semelhança entre sintomas de remédios curativos e sintomas da doença. Haller propõe a necessidade de experimentar drogas, todavia, nenhum destes predecessores delineia qualquer lei ou conduta terapêutica.

Somente Hahnemann estabelece conotações práticas, constatando situações de subordinação e circunstâncias particulares condicionantes, dentro da multiplicidade e da variedade dos fatos (outra lei do complexismo dos sistemas, sob outras palavras) capazes de enquadramento na *lei da reciprocidade*, possível de ser prevista e provida. Após dezenove anos de incessantes estudos concretiza o método através da publicação do *Organon*, onde formula a lei da semelhança; sintetiza a nova metodologia nos §§ 24, 25 e 50 que, segundo o parecer de L. Cardoso, traduzem a *lei universal de equivalência*.

“Não resta pois outro método eficaz de empregar os medicamentos contra as doenças, senão o recurso do método homeopático, no qual se procura dirigir contra a universalidade dos sintomas do caso mórbido individual, dentre todos os medicamentos cuja maneira de agir sobre o homem sadio é bem conhecida, aquele que possui a faculdade de produzir a doença artificial mais semelhante à doença natural que se tem sob os olhos” (§ 24).

“Este fenômeno repousa sobre a lei natural da homeopatia; lei desconhecida até o presente, posto que tenha sido ela, em todos os tempos, o fundamento de toda cura verdadeira, significando isto que uma *afecção dinâmica, no organismo vivo, é extinta de um modo durável por outra mais forte, quando esta sem ser da mesma espécie daquela, se lhe assemelha muito quanto à maneira pela qual se manifesta*” (§ 25).

... “*grande e única lei da terapêutica da natureza: curai as moléstias pelos remédios que produzem sintomas semelhantes aos seus*” (§ 50).

Chama atenção a insistência sobre o fato de todo medicamento ser capaz de perturbar a força vital e, em consequência, produzir mudança mais ou menos duradoura chamada *ação primária*, mudança esta exteriorizada simultaneamente pela força vital e pela força medicinal, mas inegavelmente conseqüente ao acionamento inicial provocado pelo fármaco. Uma atividade orgânica automática de conservação ou força vital, obrigaria a reagir contra a influência medicamentosa, constituindo esta postura de defesa o *efeito secundário reacional*.

Torna-se claro para Hahnemann que a *lei da semelhança é a lei de ação e reação*, onde a ação primitiva (ou primária) é atribuída ao medicamento e aquela correspondente à reação do organismo, ao efeito secundário; este, o efeito secundário reacional, representa um fato que, no dizer de L. Cardoso, “**preside à construção do *Organon* e que ressumbra de cada página de toda a sua vasta obra ...**”.

Hughes e Newton descobriram a lei de ação e reação no domínio cosmológico a qual, após o advento do positivismo, foi reconhecida como caso particular da lei universal da equivalência. Hahnemann, desconhecedor das teorias matemáticas, apenas entende a ação e reação como termos de uma lei natural que estabelece relação necessária entre os estados mórbidos produzidos pelas substâncias medicamentosas e os estados mórbidos naturais (Diagrama IX).

Lei da semelhança deriva da lei da equivalência

A lei dos semelhantes não rege casos simples binários, e sim sistemas extremamente complexos: de um lado, o *complexo corpo humano*; de outro lado, o *complexo potencial medicamentoso* da substância curativa, ou *complexo farmacodinâmico*.

Estes sistemas, que conjugam múltiplas ações e reações simultâneas, somente conseguem ser abarcados pela lei da equivalência, da qual derivou a Homeopatia, resultando esta da combinação de dois sistemas complexos.

Nos seres vivos, como nos corpos físicos, a potência - medicamentosa ou morbígena - exercida num elemento do sistema, propaga-se ao conjunto de todos os outros elementos, resultando em reação complexa equivalente à potência desencadeante. O organismo é tomado, por inteiro, pela ação vulnerante. O poder curativo representa o resultado conjugado das equivalências: reação contra a potência morbígena natural e reação contra a potência medicamentosa (Diagrama X).

L. Cardoso lamenta que, de um modo geral, "*os homeopatas mal orientados a respeito da lei dos semelhantes, são vítimas do seu fraco entendimento no concernente à lei da ação e reação*".

Lei da semelhança como lei relacionada a sistemas complexos

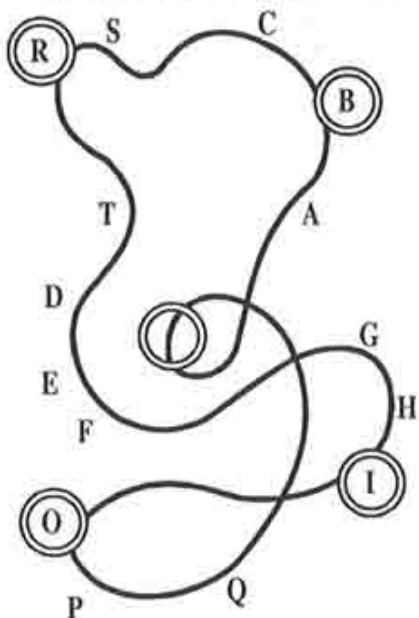
A lei da semelhança não rege casos binários e sim, se relaciona a sistemas extremamente complexos – o corpo humano, e somente uma lei complexa relativa a múltiplas ações e reações simultâneas, tal como a lei da equivalência, seria capaz de contê-los.

Seja qual for o local de contato ou penetração da ação estranha, em breve tempo, apenas o necessário para captação e transmissão, o organismo fica, na totalidade, sob a atuação desta potência e reage dentro da lei da equivalência. O mesmo acontece ao agente morbígeno quando agride o sistema no seu conjunto, provocando uma reação contrária - graças à *natura medicatrix* ou força vital - do organismo inteiro, como unidade. Tanto a reação contra o agente medicamentoso, como a reação contra o agente morbígeno, desenvolvem-se positivamente dentro do organismo, cada uma delas, dentro da lei da equivalência. A sintonia da conjugação, condicionada por semelhança, somaria os resultados.

Desde que, no caso mórbido, os sintomas patogenéticos do remédio aplicado sejam semelhantes aos sintomas patológicos da doença, as duas reações de equivalência produzidas pelo organismo são influências sinérgicas que se conjugam para o mister da cura.

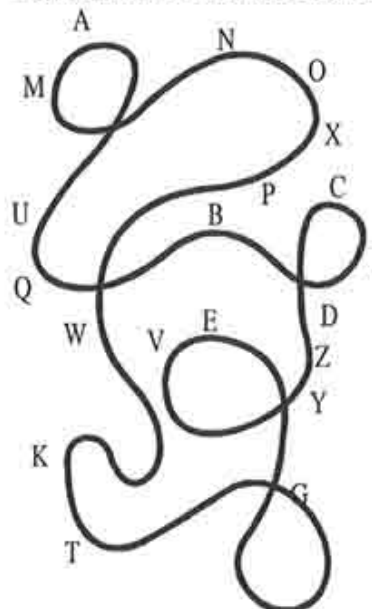
Teoricamente, parece que a cura dentro da lei da semelhança requer que a patogenesia do medicamento seja a reprodução exata das manifestações mórbidas do doente. Na prática, isto não é possível, nem necessário, bastando aquele medicamento dotado de semelhança aproximada. Será suficiente a concordância de número razoável de sintomas do doente, 8 a 12 ou mais quando possível, desde que sejam *marcantes, raros e característicos*, e que sejam representativos do doente e não do diagnóstico nosológico. Os sintomas comuns e patognomônicos devem, sempre, ser transformados em manifestações personalizadas ou individualizadas, através do recurso semio-técnico hahnemanniano do detalhe, da raridade, da modalização, da complementação e da concomitância de outras condições.

DOENTE
Totalidade SINTOMÁTICA



Sistema em REAÇÃO INSUFICIENTE
E INSTÁVEL

MEDICAMENTO
Totalidade FARMACODINÂMICA



Sistema INDUTOR
ESTÁVEL

DIAGRAMA IX. Conjugação de sistemas complexos. Complexo corpo humano e Complexo farmacodinâmico. Circuitos fechados representativos dos fatores interdependentes integrados ao modo de sistemas complexos. Considerando a complexidade do sistema orgânico, um conjunto relativamente pouco numeroso de fatores (sintomas) viabiliza o acoplamento aos fatores do sistema farmacodinâmico (propriedades do medicamento) estabelecendo a sintonia indispensável para a auto-regulação, através de circuitos acionados pelo estímulo farmacodinâmico. Quando a justaposição estiver condicionada à semelhança de fatores pertencentes a ambos os sistemas, circuitos repetitivos de aferentização de retorno condicionarão o reequilíbrio do organismo. Se o acoplamento dos sistemas ocorrer em condições de dessemelhança, não acontecerá a resposta favorável do doente, por falta de sintonia ou reverberação. *(Esquema original da autora).*

SISTEMAS DE FATORES INTERDEPENDENTES

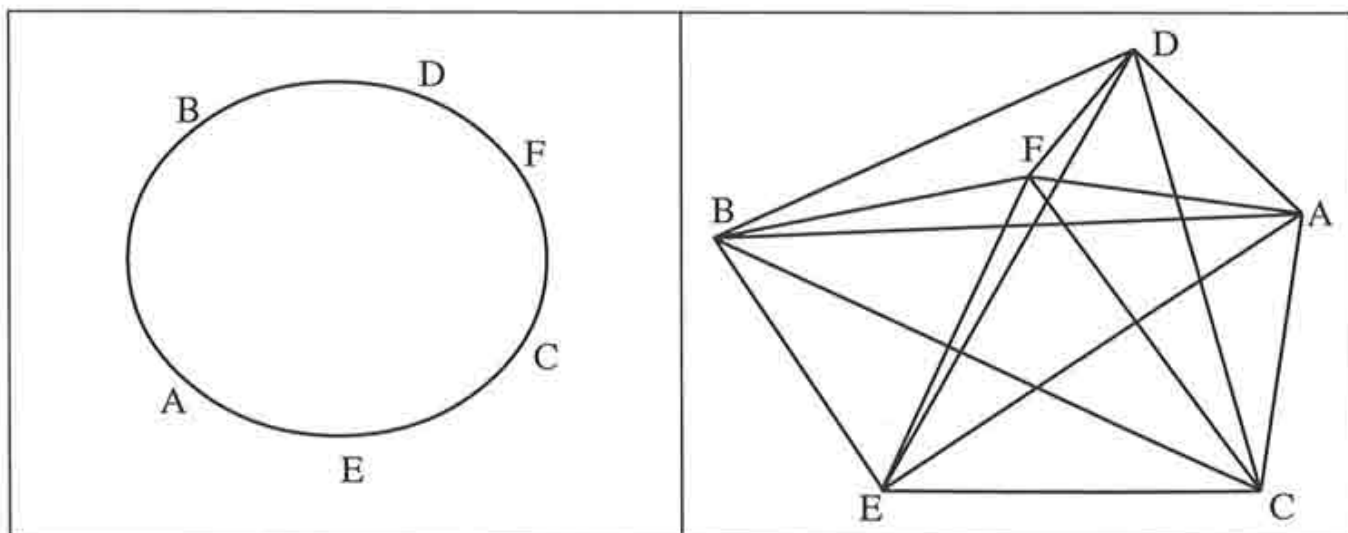


DIAGRAMA X. Sistema de fatores interdependentes. Representação gráfica de 6 fatores interdependentes, representando as incalculáveis possibilidades de conexão e difusão do estímulo aplicado em um deles. Segundo L. Cardoso, ação e reação, em conexões múltiplas, engendraria um sistema complexo representativo da lei da equivalência, na qual estaria enquadrada a Homeopatia.

Complexidade biológica da regulação dos sistemas de homeostase.

Paolo Bellavite, hematologista e homeopata de Verona, Itália, expõe um modelo novo explanatório de ação do medicamento homeopático, sob a égide da noção da *complexidade biológica da regulação dos sistemas de homeostase*.

Na esfera da complexidade são introduzidas as seguintes noções: o caos, os fractais, a física quântica, fenômenos de coerência, fenômenos eletromagnéticos e relações entre homeopatia e acupuntura. A lei da semelhança recebe um modelo na análise do sistema biológico de homeostase e receptores celulares. O assunto é desenvolvido de forma analítica, começando a partir do funcionamento dos sistemas de homeostase e termina na análise dos componentes ativos das diluições chamadas homeopáticas.

Em resumo, é defendida a hipótese de que os remédios homeopáticos ativam os sistemas de controle da homeostase, via receptores, sendo estes diferentes daqueles dirigidos para mediadores endógenos, porém capazes de alcançar os mesmos efeitos dos mediadores endógenos propriamente ditos, isto é, ativam a produção de sinais reguladores e estabelecem um mecanismo de *feed-back* negativo em relação à evolução espontânea habitual da doença. O medicamento homeopático substituiria os sinais reguladores endógenos que, devido a algum motivo, se mostram inadequados ou ineficazes dentro do sistema.

A força vital é comparada à capacidade auto-reguladora dinâmica que as criaturas possuem para a finalidade de melhor chance de sobrevivência, representando propriedade ligada à origem do universo. A explicação da eficácia da cura através do medicamento semelhante estaria, na essência, baseada no conceito de ativação de resposta da força vital.

Bellavite considera a Homeopatia integrada dentro da complexidade do ser humano e este, por sua vez, inserido dentro das complexidades de outros sistemas, próprios, que o compõem. Patente é a tendência reducionista no sentido de órgãos, células e moléculas, caracterizando os mecanismos de integração em posicionamento dos fenômenos mais simples, dentro de outras totalidades sistêmicas gradualmente mais complicadas. Estabelece contraste entre o complexismo e o reducionismo, entre o total e o fragmento ou parte.

O poder natural de cura seria manifestação das funções de homeostase e funções adaptativas das células, tecidos e órgãos.

Bellavite qualifica de biodinâmica a força vital, atribuindo-lhe um comportamento próprio dos sistemas complexos, cuja interação e organização respondem pelo poder curativo do organismo, caracterizando cada qual dos fenômenos envolvidos, reafirmando que: a) *o sistema complexo apresenta propriedades cujo resultado ultrapassa a soma de seus componentes*; b) *os componentes do sistema complexo interagem de forma imprevisível, que não pode ser deduzida do conhecimento dos componentes individuais*; c) *o grau de complexidade não decorre, obrigatoriamente, do aumento da quantidade dos componentes e, sim da interação de poucos elementos, tendo caráter mais qualitativo do que quantitativo*.

Principais características dos complexos:

- *A complexidade não é exclusiva do ser vivo.*
- *O sistema complexo consiste em diversos componentes e de muitas interações dinâmicas.*
- *O grau de um sistema superior de informação é superior à soma dos graus daqueles sistemas dependentes ou de suas partes.*
- *Da reunião e interação dos componentes nascem novas propriedades e novas funções que não estão implicadas nas partes.*
- *A interação e a comunicação acontecem no interior do organismo, extrapolam deste para o meio ambiente e constituem a principal característica da vida.*

- *Somente os sistemas abertos estão em comunicação contínua com outros sistemas.*
- *A ordem e a desordem colaboram para o bem do sistema.*
- *A ordem garante a constância dos parâmetros e o intercâmbio das informações.*
- *A desordem garante o acesso à novidade e à diversificação.*

O papel integrador do sistema nervoso central

O cérebro é o mais complexo dentre os sistemas homeostáticos. Possui a capacidade de se mobilizar diante de estímulos não moleculares, isentos de energia e de matéria, sendo dotado de propriedades auto-reguladoras. Comanda e garante a rede responsável pelas respostas efetivas e específicas, havendo integração horizontal e vertical dos elementos. Dispõe de arquitetura exclusiva e também de linguagem própria através de moléculas isoladas ou de eventos elétricos, que atuam integrados ao modo de um todo. “Representa um *container* de moléculas em ação”.

A Neurociência vem ampliando os conhecimentos sobre a estrutura neuronal, os mecanismos sinápticos, os sistemas de sinalização e a modulação. O cérebro é um sistema aberto, dependente de fatores do ambiente. Os sistemas abertos são dissipativos, enquanto os sistemas fechados tendem à entropia e à desordem.

Um sistema complexo é regulado de modos diferentes de comunicação, segundo o grau de complexidade: 1) entre *moléculas*: variações ondulatórias; 2) *comunicação química*: hormônios e citocinas; 3) *comunicações físicas*: potências de ação, provocadores de meridianos de acupuntura; 4) *comunicações individuais*: palavra, olhar, etc.

Homeodinâmica e oscilações

Segundo estudos recentes, o desequilíbrio controlado é típico do ser vivo, sendo objeto da *homeodinâmica*. Os diversos parâmetros fisiológicos encontram-se em contínuo desequilíbrio ou em contínua oscilação, havendo no sistema biológico aplicações imanentes dos fenômenos oscilatórios.

Constituem níveis organizacionais de sistemas homeodinâmicos: a) *Nível celular*: sistema de transporte de membrana, induções enzimáticas, proteína de choque térmico, ciclo nucleotídico; b) *Nível de órgão*: regulação do fluxo sanguíneo, regulação de populações celulares, regulação de estruturas e regulação de morfologia; c) *Nível de aparelhos*: regulação da tensão arterial, termorregulação, função renal, ciclo menstrual; d) *Funções superiores*: função mental, função emocional, tensões e frustrações.

Receptores e transdutores da homeostase

A complexidade dos sistemas biológicos abrange células, especialmente na categoria de receptores e transdutores, que possibilitam a homeostase de sinais, sob forma de respostas não lineares, circuitos de *feed-back* e oscilações têmporo-espaciais, responsáveis por importantes fenômenos:

- *O mesmo agente possui a capacidade de induzir fenômenos opostos quando empregado em doses diferentes.*
- *Dois agentes diferentes podem determinar ou induzir o mesmo efeito no sistema-alvo.*
- *O mesmo agente é capaz de determinar ou induzir diferentes respostas no organismo, quando sadio e quando doente.*
- *O mesmo agente consegue estimular, inibir ou nada provocar, conforme o modo de administração.*
- *Os efeitos do mesmo agente variam segundo as condições do sistema-alvo, considerando ser este passivo a prévias influências de contato ou concomitância de outros fatores.*
- *O resultado de determinado tratamento é variável em função de fatores cronobiológicos.*

Os receptores integrantes da homeostase pertencem a categorias diversas. O aspecto mais importante, consiste no sistema de transmissão, que transduz o sinal a partir da membrana para o sistema a ser ativado dentro da célula. O transdutor ou o segundo mensageiro, tem a capacidade de intervir na cadeia dos fenômenos, ora modificando o sinal quantitativamente mediante amplificação, ora suprimindo, qualificando ou capacitando a mensagem no sentido de garantir ou reverter funções alteradas. Desse modo, no contexto do complexismo, a informação a ser transmitida a outra estrutura espaço-temporal é passível de ser modificada de maneira especial.

Comunicação horizontal e vertical. Circuitos feed-back. Homeostase e complexidade.

O sistema humano se caracteriza pela integração, assim como pela comunicação horizontal e vertical. A informação no sistema homeodinâmico se processa mediante sinais e receptores. Um sinal mínimo é capaz de resultar em grande efeito.

A força da informação na molécula tem suporte nos aminoácidos, proteínas, lipídios e ácidos nucléicos. Em nível celular, a mesma se expressa na regularidade e produtividade da organização celular, da biossíntese, do transporte e do movimento.

Quanto mais complexo um sistema, mais informações ele contém e mais informações lhe são necessárias. O significado da informação consiste nas interações induzidas por ela mesma e do resultado gerado por estas interações dentro do sistema.

Os sistemas homeostáticos são governados pelas leis da complexidade, em meio das quais, a dinâmica caótica surge facilmente e onde a ordem (informação) e a tendência à desordem (entropia) coexistem em estado de equilíbrio controlado.

Os recursos físico-matemáticos muito têm contribuído para o estudo da complexidade, considerando-se que o sistema vivo, constituído por milhares de sistemas componentes, nunca terá uma fórmula matemática. Entretanto, a observação mostra que os sistemas, desde os mais simples, revelam regras básicas de comportamento que se repetem no decurso dos estados evolutivos diferentes. A formulação matemática de *feed-back* descreve uma dinâmica nos seres vivos que revela serem eles regulados através de reações (ciclos) e contra-reações que constituem a homeostase. Os ciclos representam a repetição de mesma operação, cujo resultado prévio serve de base para o próximo.

A compreensão da complexidade da homeostase seria *sine qua non* para a compreensão da ação do medicamento homeopático, na devida perspectiva. O conceito de homeostase refere-se a toda atividade que tende a conservar constantes as variáveis do sistema vital ou, ao menos, dentro de limites aceitáveis. No sentido essencial, consiste na série de elementos – anatômicos, bioquímicos e funcionais – destinados a manter uma variável fisiológica dentro de um mínimo e um máximo limite, donde a importância da aferentização de retorno ou *feed-back*, atribuída aos analisadores corticais e vias de aferentização.

O sistema homeostático consta de elementos anatômicos e bioquímicos e ele próprio está ligado a outros sistemas, resultando em *integração horizontal*, entre células e entre órgãos, e em *integração vertical*, entre sistemas moleculares e celulares, entre sistemas celulares e órgãos, entre órgãos e o organismo inteiro.

O sistema orgânico depende de um centro regulador, representado pelos analisadores corticais, conforme ensina a escola pavloviana. Segundo esta, ocorrendo desequilíbrio em um sistema isolado, o centro regulador recebe o sinal relacionado à sua condição, analisa e compara este sinal dentro da memória dos valores ótimos e aciona a resposta destinada a ativar ou inibir os fatores do desequilíbrio; as operações acontecem dentro de um circuito de auto-aferentização de retorno.

Complexidade biológica e caos

O caos traduz forma de evolução temporal de um sistema, em que a diferença entre dois estados que são inicialmente iguais, cresce exponencialmente no decurso do tempo, conservando forte dependência da condição inicial.

A definição baseia-se na matemática não linear estabelecida por Poincaré que, em 1900, detectou e estudou o fenômeno caótico, cujas análises matemáticas comprobatórias, somente se tornaram possíveis no final do século, abrindo ampla variedade de campos de interesse biológico e fisiológico.

O caos tornou-se protagonista dos sistemas complexos. Traduz a casualidade dos fenômenos biológicos e representa uma característica própria dos seres vivos. Independe de erros. Representa evolução temporal, sempre subordinada a uma condição inicial. Admite a coexistência do fenômeno casual, ao lado de outro fenômeno estritamente determinista e previsível.

Estudos e conclusões de Lorenz

Em 1963 Lorenz retomou a pesquisa sobre o *fluxo determinístico não periódico*.

A caracterização fundamental do sistema complexo é a simultânea *ordem e desordem, na estrutura, na forma e no comportamento*. Entre a ordem perfeita e a desordem total existem formas intermediárias, onde domina a variabilidade, própria do domínio da complexidade.

Os sistemas homeodinâmicos estão em contínua oscilação entre um mínimo e um máximo. Esta variabilidade, rítmica ou não, está sempre vinculada a uma condição inicial e a uma multiplicidade de fatores condicionantes. Sistemas deste tipo estão sujeitos ao caos. As variáveis fisiológicas dos sistemas vivos oscilam em ritmo, nem totalmente caótico, nem ocasional.

O papel do fenômeno caótico em Medicina começa a ser considerado em Neurologia, interessando também à Biologia celular, Farmacologia e Imunologia, onde representa excepcional interesse. A frequência cardíaca de um indivíduo sadio varia no tempo, em periodicidade intrinsecamente caótica, sendo normal a oscilação de ritmo. Longe de ser fenômeno negativo, o caos constitui fator de flexibilidade e gerador de diversidades.

Importante característica do caos é a marcada dependência da condição inicial e a suscetibilidade a novas influências. Estas mesmas perturbações, reduzidas, específicas e controladas, conseguem dominar o próprio caos. Estima-se que no futuro, será possível dominar doenças através da manipulação do controle dos parâmetros no sentido de retorno aos níveis normais.

As prováveis regras do caos terão importância nos efeitos da baixa energia e nas doses exíguas dos medicamentos. Para tanto são evocados os sinais extremamente reduzidos, porém específicos, capazes de reverberar dentro de um sistema e agir como reguladores frente a sistemas desregulados, em equilíbrio precário e que, em razão disso, facilitam a opção de escolha da direção evolutiva mais conveniente.

Altas diluições homeopáticas e um paradigma complexo para a Homeopatia.

Os organismos são considerados complexos altamente reguladores, dotados de meta-estabilidade em torno de certos níveis homeostáticos.

A lei da semelhança pressupõe que a tendência intrínseca para o auto-restabelecimento é passível de ser suplementada pelo emprego de estímulo adequado de um sistema, quando este se encontra sensibilizado num estado específico.

Constata-se que está sendo buscado para a Homeopatia um paradigma biofísico, diferente daquele molecular até agora defendido. A observação dos efeitos biológicos de doses mínimas desafia o paradigma do reducionismo mecânico, que enfoca a vida ao modo de coleção de biomoléculas, respondendo a estímulos moleculares. Seria apropriado situar a Homeopatia no contexto do paradigma complexo. Nesta perspectiva ficaria explicada a inter-relação dinâmica entre os vários componentes do ser humano, desde o físico anatômico ao mental, e esclarecidas muitas incógnitas que envolvem o homem no mundo em que se encontra.

VII

NERVISMO PAVLOVIANO OU MEDICINA CÓRTICO-VISCERAL

Teoria da atividade nervosa superior. Argumentos do nervismo pavloviano. Córtex e receptores sensoriais. Órgãos receptores periféricos. Estados de fase. Parabiose de Wdensky. Fenômenos nêuricos e via oral de administração medicamentosa. Homeopatia, uma reflexoterapia nêurica.

Teoria da atividade nervosa superior ou A.N.S.

A escola do fisiopatologista russo *Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936)* também chamada de *patologia córtico-visceral*, considera o córtex cerebral, o órgão máximo da integração, da homeostase do organismo e do estabelecimento da interação no meio ambiente. Dos seus discípulos, especialmente Sechenov e Wdensky, partiu a concepção de *nervismo*, segundo a qual, todas as funções orgânicas estão subordinadas à *atividade nervosa superior* ou *córtex*. A neuropatologia pavloviana representa uma corrente sintética da Medicina e considera o ser vivo no enfoque global, reagindo ao modo de unidade na busca do equilíbrio e da sobrevivência.

As conclusões da escola pavloviana, baseadas em experimentação animal, continuam dando margem a importantes extrapolações ao ser humano, evidenciando pontos de conexão entre outras correntes sintéticas, em especial os estudos da síndrome geral de adaptação de Selye e a homeostase de Cannon. O ressurgimento inesperado do complexismo de sistemas biológicos tem muito a ver com os conceitos sobre reflexos, a auto-aferentização de retorno e fatores interdependentes. O mecanismo fundamental da atividade nervosa tem origem no reflexo, estando o organismo submetido a contínuos estímulos de excitação e de inibição, oriundos do meio externo. A resposta especializada aos estímulos, denominada *excitabilidade*, revela a atividade específica de cada tecido e órgão.

Pavlov descobriu o fato dos reflexos condicionados constituírem a base do mecanismo da atividade nervosa, responsáveis pelo estabelecimento de ligação nervosa temporária entre cada um dos inumeráveis fatores do meio ambiente e uma atividade bem determinada do organismo.

Seguidores da escola pavloviana fizeram interpretações quanto aos estímulos veiculados pelas doses mínimas e formularam hipóteses sobre:

- o real *sítio de atuação* - a partir de interoceptores de superfícies mucosas;
- a *propagação* - pelas vias ou fibras nervosas aferentes corticais;
- a *análise e elaboração de resposta* - ao nível dos analisadores corticais;
- a *transmissão de resposta* - através das vias corticais eferentes.

Aos circuitos de aferentização, a escola pavloviana atribui a influência dos estímulos das doses mínimas, que se desenvolvem na vigência de *estados de fase* ou estado reacional modificado, próprio do organismo doente. As conclusões de ensaios realizados em animais admitem a persistência prolongada, no organismo, dos efeitos oriundos de um único estímulo inicial fugaz, ao modo de reverberação.

Existe escassa literatura a respeito. Entre nós, o assunto foi magistralmente sintetizado em capítulo de um texto de A. E. Vervloet¹¹, sendo aqui lembrados aqueles tópicos, de alguma forma relacionadas ao presente assunto.

Argumentos do nervismo pavloviano.

A Patologia córtico-visceral proporciona argumentos acerca da ação e reação das drogas em doses mínimas, baseados em experimentos de laboratório. Esta corrente, liderada por Pavlov, estuda o transtorno das relações funcionais entre córtex cerebral e os órgãos, possui base e convergência na teoria do reflexo de Sechenov-Pavlov-Wdinsky e ponto de partida na doutrina sobre as neuroses experimentais. Dentro da concepção de nervismo, as funções orgânicas estão subordinadas à *atividade nervosa superior* ou *córtex*.

Constituem atributos da atividade nervosa superior:

1. *O organismo interage no meio onde vive, ao modo de unidade.*
2. *Esta unidade e interação são estabelecidas fundamentalmente pela atividade cortical.*
3. *Todas funções do organismo, sadio ou doente, estão subordinadas ao córtex cerebral, caracterizando o nervismo pavloviano.*
4. *O mecanismo fundamental da atividade nervosa superior é o reflexo condicionado, vinculado sempre ao reflexo incondicionado.*
5. *A atividade cortical deve ser considerada, em suas inter-relações, integrada à atividade sub-cortical.*

Córtex e receptores sensoriais

Uma célula do córtex cerebral reage a estímulos reduzidíssimos, sendo que a força absoluta e a duração da ação inicial não decidem o decurso ulterior da reação, que costuma ser muito prolongada. Estas reações acontecem no homem são, donde a necessidade do emprego de doses *mínimas* nas experimentações.

O relacionamento do organismo e ambiente, ao modo de unidade, é estabelecido fundamentalmente pelo córtex cerebral que recebe estímulos propagados pelas vias aferentes ou receptores sensoriais. Estes constituem a origem periférica de fibras sensitivas, cujas extremidades respondem a estímulos físicos ou químicos, dando origem a influxos nervosos ou mensagens sensitivas. Existem dois centros integradores destas mensagens: 1) centros corticais, cujo circuito compreende três neurônios, capazes de discriminar sensação ou sensibilidade consciente. 2) centro cerebelar, cujo circuito abrange dois neurônios, que intermedeiam a percepção ou sensação inconsciente.

Sherrington qualifica os condutores da excitação, conforme a origem, em três categorias:

1. *Interoceptores*, presentes no meio interno, nas superfícies mucosas e distribuídos sobre a parede de certos vasos.
2. *Exteroceptores*, relacionados ao meio externo, através dos órgãos dos sentidos e dos receptores da sensibilidade geral: sensação tátil, térmica, dolorosa.
3. *Proprioceptores*, oriundos do aparelho locomotor ou sistema ósteo-músculo-articular-ligamentoso; enviam informações acerca das posições dos membros e os movimentos do corpo.

¹¹ VERVLOET A.E.- Hahnemann e Pavlov. Tese para concurso Uni-Rio. S.Paulo, Graf. Ypiranga, p. 107-149

Órgãos receptores periféricos das vias aferentes

Os receptores exteroceptivos apresentam corpúsculos diferenciados para estímulo de sensibilidade ao tato e variações da temperatura. Em alguns locais, as terminações nervosas, livres de fibras, mielinizadas e não mielinizadas, suplementariam os receptores destinados à percepção da dor. Os elementos receptores proprioceptivos incluem o aparelho de Golgi e o fuso neuromuscular.

Pelas vias aferentes, os estímulos atingem o córtex cerebral e deste saem respostas sob forma de incitações para órgãos efetores, através das vias eferentes. Graças à análise e síntese dos estímulos, na área dos analisadores, o córtex cerebral controla todas as funções, levando o organismo à adaptação. Estímulos muito fortes e repetidos acarretam descontrole do córtex, originando distúrbios patológicos.

O mecanismo *feed-back* ou de *aferentização de retorno* está na base dos circuitos inter-relacionados e repetidos que promovem, de forma gradual, o reequilíbrio mais favorável. As vias aferentes e eferentes representam vias condutoras de sinalização e de resposta. Os *analisadores* representam áreas corticais onde as informações provindas dos receptores são analisadas, interpretadas e correlacionadas entre si, de modo a permitir resposta adequada a cada situação.

Organismo e ambiente encontram-se em contínua reciprocidade, sendo o comportamento do indivíduo, nas condições normais e patológicas, subordinado aos mecanismos desta relação.

Estado patológico, segundo Pavlov, resulta do encontro do organismo frente a uma condição extraordinária, onde sintomas ou componentes da doença representam aspectos de reação de um sistema de funções harmônicas, de tal modo que a excitação ou alteração de uma delas é compensada pelo concurso de outras.

Estados de fase. A parabióse de Wdensky

A reatividade nervosa, alterada nos locais onde atuam fatores morbígenos de qualquer origem, representa o *estado de parabióse*, conforme designou Wdensky, o autor que estudou o fenômeno. O conhecimento do estado de parabióse adquire excepcional significado pelo fato de condicionar o aparecimento de estados opostos entre si, em consequência da modificação da propriedade geral dos seres vivos - a reação aos estímulos - adquirindo grande importância terapêutica, em especial na aplicação das doses imponderáveis.

Entre vigília e sono, que representam dois estados de atividade do córtex, existe um intervalo especial que é o hipnótico, normalmente despercebido. Esta fase intermediária existe sob forma crônica em certos estados patológicos corticais e foi estudada por Wdensky, que assim esquematiza as sucessivas fases entre vigília e sono:

- 1) *fase igualitária*, na qual excitações fortes e fracas provocam respostas equivalentes;
- 2) *fase paradoxal*, na qual excitantes fortes dão respostas fracas, enquanto excitantes fracos dão respostas fortes;
- 3) *fase ultraparadoxal*, na qual excitantes negativos proporcionam respostas positivas e excitantes positivos proporcionam respostas negativas.

Estas fases adaptam-se a certas interpretações do mecanismo das doses ínfimas do remédio. Muitos pontos ligam as reações nêuricas aos fenômenos medicamentosos quando empregados em ultradiluições dentro da correspondência da analogia ou da semelhança.

Fenômenos nêuricos de importância na atuação de doses mínimas via oral.

1. Ao contrário do que se verifica na ação direta, o efeito secundário reacional não termina pela cessação do estímulo.
2. Em condições naturais ocorrem reações em cadeia de longa duração.

3. Cada excitação deixa marcas no sistema nervoso que influenciarão reações subseqüentes.
4. Comum o período de latência precedendo uma reação, variável em dias a meses, explicado pelo acúmulo de estímulos subliminares que condicionam a concentração da acetilcolina ao nível das sinapses, até atingir o limiar suficiente para a excitabilidade e transmissão do impulso inicial.
5. O efeito estimulante não pressupõe absorção obrigatória da substância medicamentosa, sendo suficiente o seu contato.
6. Nos estímulos adequados nem sempre existe relação constante de comportamento entre força de estímulo medicamentoso com a duração e amplitude da resposta.
7. O limiar de excitação varia dentro de amplos limites.
8. No sistema nervoso central também não existe proporção bem estabelecida com o agente estimulante, não havendo substâncias especialmente excitantes, nem outras especificamente frenadoras.
9. Toda substância é capaz de despertar um efeito positivo e um negativo, na dependência de sua concentração, do estado funcional do substrato e do organismo como um todo.
10. Segundo Segal, toda excitação dos nervos se desenvolve em duas fases e, enquanto na primeira o estímulo adicional intensifica o estado de excitação, na segunda fase, inversamente, o estímulo adicional frena a excitação.

Homeopatia, uma reflexoterapia nêurica via oral.

Segundo a neurofisiologia, o medicamento homeopático atua mediante mecanismo nêurico reflexo, sendo a Homeopatia uma estímulo-terapia ou terapia reflexa nêurica. Seu uso é geralmente oral e não é necessária a absorção da substância estimulante para desencadear a excitação, bastando seu contato com os interoceptores ao nível da mucosa da cavidade oral.

A reação orgânica é simultânea, global, e não sob forma de perturbações isoladas ou parciais. O complexo de sintomas que se manifesta no experimento medicamentoso seria suscitado pela atividade nervosa superior.

Os medicamentos homeopáticos agem sobre os interoceptores da boca, do esôfago ou do estômago, propagam-se ao longo das vias aferentes e estimulam o córtex cerebral; este, após processamento da mensagem farmacodinâmica ao nível dos analisadores, envia respostas ou incitações aos órgãos e estruturas orgânicas doentes que se encontram em estado de parbiose.

O LEGADO LITERÁRIO DE SAMUEL HAHNEMANN

Obras principais. Os “Escritos Menores”. Ensaio sobre um novo princípio curativo. O poder das pequenas doses. Efeitos do café. Medicina da experiência.

Em 1796, quando há 6 anos afastado da clínica e dedicando-se a traduções científicas, Hahnemann vislumbrou a relação de semelhança sintomática medicamento-doente. Após a leitura da *Matéria Médica* de Cullen, seus estudos foram aprofundados e tiveram início os experimentos. Consumava-se a inspiração de Haller, que argumentava a idéia de que a Medicina somente descobriria novas substâncias capazes de curar, experimentando-as no próprio homem sadio. A palavra Homeopatia era desconhecida, experimentos humanos com drogas jamais haviam sido realizados e o conceito de doses mínimas teria muito tempo a esperar até que lhe fosse dispensada a real importância.

Entre os trabalhos originais de Hahnemann, destaca-se o *Organon*, publicado em 1810 e que chegou à 6ª edição, *Doenças Crônicas*, concluído em 1828 e a *Matéria Médica Pura*, escrito em 6 volumes entre 1811 e 1821, apresentando o estudo experimental de 67 substâncias.

Importantes trabalhos avulsos, escritos desde 1796, encontram-se agrupados sob a denominação geral de *Escritos Menores*. Devido à importância histórica, ao pioneirismo médico, à raridade e à prolixidade do assunto neles contidos e à guisa de amostra, torna-se oportuna a referência sinóptica comentada das mensagens de alguns destes artigos, estreitamente vinculados aos temas dos *novos medicamentos*, das *doses mínimas*, da *ação primária e do efeito secundário das drogas*.

“Ensaio sobre um novo princípio para registro do poder curativo das drogas” (1796)¹²

A contribuição da Química para a Terapêutica encontra dificuldades nos procedimentos de mistura de drogas, em decorrência das deficiências técnicas na busca dos princípios ativos vegetais. As dificuldades estendem-se à constatação experimental das propriedades farmacológicas animais, cujas respostas variam de uma a outra espécie. O conhecimento das propriedades das drogas sobre organismos humanos depende do acaso, ou é acidental, justificando o uso empírico das mesmas. Nas muitas monografias acerca das afinidades botânicas, visando grupamento sob variados critérios, verifica-se que plantas de mesma família apresentam propriedades distintas. A procura de novos agentes terapêuticos depende de conjeturas e probabilidades, faltando aos médicos em geral a iniciativa da experimentação no homem.

Três formas de aplicação de remédios aliviam distúrbios orgânicos: 1) Remoção ou destruição da causa fundamental da doença. 2) Remoção de sintomas presentes mediante uso de remédios capazes de produzir condição oposta. 3) Nas doenças crônicas e naquelas agudas recorrentes e propensas à cronicidade, emprego de remédios específicos conhecidos acidentalmente, ou de uso empírico, muitos deles domésticos, alguns bastante complicados, sem ser cogitada a possibilidade de remoção radical da doença.

¹² HAHNEMANN Samuel – Essay on a New Principle for ascertaining the Curative Powers of Drugs, with a few glances at those hitherto employed. In: *The Lesser Writings*, transl by R.E. Dudgeon, New Delhi, Jain Publ., 1984 p.249-303

Resta a alternativa de, em organismos não doentes, testar drogas novas, e não aquelas empíricas usadas nas enfermarias. Cada substância medicinal produz no corpo humano uma doença peculiar havendo aquelas mais potentes, capazes de produzir no homem o estado de doença marcada e violenta.

A maioria dos medicamentos manifesta mais de uma ação: a primitiva, primária, ou ação direta, que gradualmente se transforma na segunda, a secundária ou ação indireta, esta geralmente representando estado oposto à ação anterior. Alguns medicamentos continuam sua ação primária de forma ininterrupta e uniforme, para em seguida diminuírem de intensidade, até que o organismo volte à normalidade.

Nas doenças crônicas convém a substância cuja ação primária corresponde à doença. Remédios paliativos nas doenças crônicas costumam torná-la renitente. Às vezes, os distúrbios que ocorrem durante a ação secundária, duram horas ou dias.

A ação secundária, indireta, em geral traduz o estado oposto do organismo tornado doente, provavelmente porque a primeira fase da ação, antagonística, é seguida de ação oposta, secundária, que é semelhante à doença propriamente dita.

Quanto mais numerosos forem os sintomas mórbidos que o medicamento produz durante a ação direta e que guardam correspondência aos sintomas da doença a ser curada, tanto maior será a aproximação da doença artificial ou medicamentosa, contrária àquela natural que deve ser removida, sendo seguramente favorável o resultado de sua administração. Constitui axioma o fato dos sintomas da ação secundária traduzirem o estado oposto da ação direta.

Em conclusão, a fim de descobrir os verdadeiros poderes curativos de um medicamento para as doenças crônicas, deve ser procurada a doença artificial específica que determinado medicamento é capaz de desenvolver no organismo humano sadio, para então aplicá-lo em portador de condição mórbida similar e que precisa ser removida.

Daí a máxima: a fim de curar radicalmente certa doença crônica, devemos buscar medicamentos capazes de produzir doenças similares, ou a mais similar possível, no organismo humano sadio.

“Sobre o poder das pequenas doses do medicamento” (1801)¹³

Uma pílula de extrato de Belladona ingerida por um camponês ou lavrador robusto e sadio, não produz nenhum efeito. O mesmo não acontecerá se esta mesma Belladona estiver apresentada em dose fraca, em solução, ou se o indivíduo que a receber estiver doente.

O mais sadio e robusto trabalhador será afetado e apresentará sintomas, ao receber o grão da substância dissolvida em 2 libras de água submetida à agitação em recipiente adequado durante 5 minutos e administrado cada 6 ou 8 horas. Estas 2 libras contêm cerca 10.000 gotas da substância medicamentosa inicial; se uma destas gotas for misturada junto a 2.000 gotas de água e agitada vigorosamente, 20 gotas desta solução administradas cada 2 horas a um homem vigoroso, provocará sintomas violentos – se ele estiver doente. Esta dose contém a milionésima parte de um grão.

Se o indivíduo manifestar febre dotada de determinadas características, ou cefaléia, ou afecção paralítica acompanhada de certas modalidades que são reproduzíveis pela Belladona em homem não doente, então não acontecerá a provocação destes sintomas, e sim, a cura do sofrimento do doente.

Grandes doses de medicamento permanecem não dissolvidas na superfície intestinal, normalmente recoberta de muco. Mas se o medicamento for ingerido em solução, na passagem pelo estômago entrará em contato com terminações nervosas e aqui ele agiria não atômica e sim de forma dinâmica, como se houvesse à disposição, milhões de vezes maior quantidade de medicamento do que aquela concentrada em uma pílula que comportou-se como inativa. Impossível é estabelecer “qual” pequena dose atua dessa maneira.

¹³ HAHNEMANN S. - On the Power of Small Doses of Medicine in General, and of Belladonna in particular (1801). In: The Lesser Writings, transl. R.E.Dudgeon, New Delhi, Jain Publ., 1984, p.386-389

“Sobre os efeitos do café” (1803)¹⁴

O hábito do café presta-se à compreensão da ação estimulante primária e o efeito secundário depressor de uma droga. O café foi excluído da lista dos alimentos e incluído na categoria de medicamentos ou drogas, devido ao fato de ser capaz de alterar o estado de saúde do organismo sadio.

Na condição de droga, o café produz uma ação inicial direta ou primária. A ação secundária - oposta àquela inicial primária - acontece quando a droga é eliminada, comumente dentro algumas horas, quando a ação primária cessa. Embora de uso generalizado, o café não produz transtornos lesionais.

A ação direta ou primária do café consiste, de modo geral, na exaltação da atividade vital, pensamentos aguçados, sensação agradável, contentamento, propensão à conversa, rubor de bochechas, regiões palmares quentes e palpitações. Quando estes sintomas se dissipam, sobrevem estado secundário oposto, com sonolência, lassidão, bocejos e sensação de que tudo se tornou menos agradável. Os resultados secundários desagradáveis são pouco evidentes desde que o indivíduo goze boa saúde.

“Medicina da Experiência” (1805)¹⁵

Entre dois estímulos diferentes, o mais forte silencia o mais fraco. Os medicamentos são excitantes naturais destinados a modificar o corpo. Para curar, isto é, para opor à irritação anormal existente - ou doença - deve somente ser procurado um outro poder morbífico, representado pela droga cujos efeitos primários sejam similares àqueles da doença a ser removida.

Não existe substância medicinal, seja ela qual for, que não possua esta tendência. As substâncias medicinais conservam suas propriedades em doses reduzidas; não são alimentos e sim irritantes¹⁶ anormais destinados exclusivamente a alterar nosso corpo sadio, perturbar a vitalidade, gerar disfunções de órgãos e despertar sensações desagradáveis, em suma: transformar a saúde em doença. Aquelas débeis, dotadas de poder medicamentoso reduzido, desenvolvem também sua ação absoluta quando administradas em indivíduos saudáveis, delicados e sensíveis. O contato sobre superfície sensível viva é, praticamente, a única condição para evidenciar sua influência.

É devido à propriedade exclusiva de produzir no corpo doente uma série de sintomas mórbidos específicos, que o medicamento possui a capacidade de curar a doença, ou seja, remover e extinguir a irritação mórbida, graças a uma contra-irritação adequada. A Homeopatia subentende a correlação de semelhança de sintomas entre aqueles primários de determinada droga e os mórbidos do doente. A administração do medicamento, selecionado através do recurso da anamnese individualizante, instala no doente um estado de anti-irritação que aciona a cura.

“Espírito da Doutrina Homeopática” (1813)¹⁷

Impossível é conhecer as virtudes curativas dos medicamentos com base em hipóteses, teorias químicas ou propriedades físicas. Antes, necessário é saber em que consiste a doença, o que precisa ser eliminado, ou destruído, e tudo que precisa ser captado através dos sentidos do médico.

É preciso conhecer o que existe de curável em cada doença e o que existe de curativo nos medicamentos capaz de justificar seu uso na doença. As causas da doença desarmonizam os

¹⁴ HAHNEMANN S. - *On the Effects of Coffee, from original observations (1803)*. In: *The Lesser Writings*, transl. R.E. Dudgeon, New Delhi, Jain Publ., 1984, p. 391-410

¹⁵ HAHNEMANN S. - *The Medicine of Experience (1805)*. In: *The Lesser Writings* transl. R.E. Dudgeon, New Delhi, Jain Publ., 1984, p. 435-476

¹⁶ Entenda-se os termos irritação e irritante no sentido de excitante ou estimulante.

¹⁷ HAHNEMANN S. - *Spirit of the Homoeopathic Doctrine of Medicine (1813)*. In: *The Lesser Writings*, transl. R.E. Dudgeon, New Delhi, Jain Publ., 1984, p. 617-631

órgãos e dão origem a modificações no modo de sentir (dor, sensações de desconforto) e no modo de agir (modificação de funções), instalando-se os conseqüentes distúrbios que dão origem a sinais e sintomas, sendo estes últimos os únicos indicadores da doença. Os sintomas retratam a doença. A remoção destes indicadores significará retorno à saúde. Sendo as doenças o resultado das alterações dinâmicas do organismo, elas somente serão destruídas através das potências e forças igualmente capazes de produzir modificações dinâmicas semelhantes no organismo não doente.

Os medicamentos curam as doenças de uma forma virtual e dinâmica.

As substâncias ativas curam graças ao poder dinâmico de modificar o estado atual e o caráter vital do organismo humano. Nada existe na natureza que, sendo capaz de afetar morbidamente a saúde não possua ao mesmo tempo a tendência de curar certos estados mórbidos. A propriedade de curar uma doença e a de produzir uma afecção mórbida em pessoa sadia, são condições inseparáveis uma da outra, sempre presentes nas substâncias medicamentosas.

A única maneira de reconhecer estas propriedades curativas consiste em experimentar as substâncias em indivíduos sadios. Durante tantos séculos, ninguém pressentiu esta origem tão natural do conhecimento das drogas antes de usá-las no doente e, até hoje, a comprovação dos medicamentos tem sido feita exclusivamente através dos resultados verificados após seu emprego no homem doente. A suscetibilidade do organismo vivo à doença natural é incomparavelmente mais fraca que a suscetibilidade aos medicamentos.

Graças à força vital, conservadora do equilíbrio, o organismo suporta as contínuas e variadas agressões no decurso das 24 horas de cada dia, conservando-se em estado de saúde. Somente a interferência de sobrecarga externa, circunstâncias excepcionais ou presença de fatores constitucionais predisponentes levarão o indivíduo ao desequilíbrio, sintomas e doença. Os fatos ocorrem de forma diferente quanto à influência de medicamentos, pois estes atuam em todo momento, em todas as circunstâncias e em todas as doses, de forma mais ou menos evidente.

A linguagem do organismo influenciado pelo fator mórbido natural se traduz mediante sintomas, e a linguagem frente à influência dos medicamentos também se traduz através de sintomas. Todavia, o organismo se resente de maneira mais fácil frente ao medicamento do que diante do fator morbígeno análogo, despendendo esforço extra para dele se desembaraçar. Se houver semelhança de sintomas entre determinado medicamento e aqueles da afecção dinâmica natural, esta cederá frente à doença presente medicamentosa, superveniente, mais forte. A potência medicamentosa, pelo fato de ser artificial e dinâmica induzida, extingue-se de modo rápido, enquanto as conseqüências de sua "contra-irritação" permanecem, consolidando a cura.

O organismo não consegue sentir ou sofrer, simultaneamente, duas desarmonias gerais semelhantes. Em conseqüência, a afecção dinâmica (doença) cessa desde que entra em cena uma segunda potência dinâmica (medicamento), cuja atuação acontece, não pela quantidade, mas sim pela virtualidade e qualidade (apropriação dinâmica homeopática). A afecção medicamentosa apodera-se do organismo, impressionando-o de forma infinitamente mais fácil graças à potência medicinal carregada pela dose exígua.

Não existe doença dinâmica no mundo, cujos sintomas, apresentando grande similaridade entre os efeitos positivos de determinado medicamento, não possa ser curada de modo rápido e permanente por este medicamento, em pequena dose

O ORGANON DA ARTE DE CURAR

*Mecanismo reativo frente ao estímulo através do simillimum.
A mensagem sobre os efeitos secundários reacionais, contidos
nos §§ 63, 64, 65, 66, 68, 112 e 114.*

As afirmações pioneiras de Hahnemann acerca do efeito secundário das drogas que caracteriza o *estado de reação defensiva do organismo*, expostas desde o primeiro escrito sobre a lei da semelhança, publicado em 1796, mantiveram-se imutáveis, até a última edição do "*Organon*", revisada em 1842, ano anterior à sua morte.

Os tradutores costumam inverter os termos *ação* por *efeito* e *vice-versa*, sem prejuízo ao sentido essencial dos parágrafos - desde que estes sejam lidos sem preconceito pelo médico posicionado no domínio da resposta orgânica de defesa. O efeito secundário reacional constitui a base da metodologia dentro da lei da semelhança e, conforme foi dito, ressuma ao longo do *Organon*. No decurso do presente texto, ao serem transcritos alguns parágrafos, não foram corrigidos os trocadilhos de ação e efeito, respeitando sua suposta originalidade, mesmo admitindo que o engano adveio dos diferentes tradutores que confundiram e continuam a confundir ambos os termos, empregando-os de modo indiscriminado.

Além do efeito secundário, o *Organon* traz outros conceitos pioneiros da Medicina:

1. Contágio microorgânico das doenças, antes de Pasteur e de Koch.
2. Metodologia experimental, antes de Claude Bernard.
3. Interpretação do efeito secundário das drogas, adaptando-o ao comportamento defensivo do organismo doente.
4. Registro de efeitos inversos das drogas, antes de Huchard.
5. Referência ao homem sadio *sensível (sensibilizado)*, antes do advento da Imunologia.
6. A psicogênese das doenças, antes do advento da Medicina Psicossomática.
7. Estabelecimento de normas de convívio com os doentes mentais (§§ 228 e 229)

Aqueles parágrafos que condensam as bases do sistema terapêutico pela semelhança constituem pontos de referência obrigatória a tudo que vem sendo ou virá a ser escrito ou pesquisado sobre o mecanismo de defesa suscitado pelas ultradiluições hahnemannianas, tanto dentro da lei da semelhança (Homeopatia) quanto do princípio da identidade ou analogia (Isoterapia).

Na realidade, difícil é resumir enunciados originalmente já sinóticos, expressos de forma compacta, onde muito se lê e compreende nas entrelinhas e onde cada nova leitura permite vislumbrar aspectos novos e aperfeiçoar as interpretações anteriores.

No tema relacionado às agravações, por exemplo, torna-se imprescindível, ao principiante, a transcrição dos §§ 63 e 64, existindo outros que completam e exemplificam a resposta frente a fatores físicos e no decurso das experimentações em indivíduos sadios.

O problema das ações alternantes que tanta confusão trouxe ao assunto, em sua época, foi relatado no capítulo das ações primárias. O conjunto dos enunciados foi mantido, sem comentários, havendo alusão aos mesmos ao longo dos capítulos.

§ 63 Ação primária e reação

Todo agente, todo medicamento que atua sobre a vida, desarmoniza mais ou menos a força vital produzindo certa alteração no estado do homem durante um período mais ou menos longo. Esta alteração se denomina ação primária. Ainda que produzida ao mesmo tempo pelo medicamento e pela força vital, ela se deve, principalmente, ao medicamento.

A esta ação primária nossa força vital tenta opor sua energia própria. Esta ação de resistência pertence à nossa força vital de conservação, sendo uma atividade automática desta e recebe a denominação de efeito secundário ou reação.

§ 64

Durante a ação primária dos agentes morbíficos artificiais, ou medicamentos, sobre o organismo sadio, a força vital parece se comportar simplesmente de forma passiva (receptiva) e acha-se, por assim dizer, aparentemente compelida a permitir que a força artificial externa a impressione, alterando destarte o estado de saúde; depois, então, parece despertar novamente e reagir numa das seguintes formas:

- a) *Desenvolve um estado exatamente oposto (efeito secundário) à ação primária produzida sobre ela, se tal estado existe¹⁸; o grau desta reação depende da ação primária do agente morbífico artificial ou medicinal, bem como da proporção de sua energia.*
- b) *Se não houver na natureza um estado exatamente oposto à ação primária (induzido por sensibilização prévia), a força vital faz uso do seu poder superior na extinção da mudança que nele foi provocada pelo agente externo, substituindo esta mudança provocada, pelo restabelecimento ao estado normal.¹⁹*

§ 65

Se uma das mãos for submersa em água quente, a princípio ela se apresentará muito mais quente que a oposta (ação primária); após retirada desta água e completamente seca, a mesma mão logo esfriará e, mais tarde, tornar-se-á mais fria que a mão oposta (efeito secundário).

Após sono profundo estupefaciente produzido pelo ópio (ação primária), o paciente terá insônia na noite seguinte (efeito secundário).

Depois de purgativos que irritam os intestinos (ação primária), sobrevem obstipação por vários dias (efeito secundário).

Assim, sempre depois da ação primária de uma força que em grandes doses produz um câmbio profundo no indivíduo sadio, instalar-se-á o estado exatamente oposto na fase de efeito secundário devido à força vital (quando, conforme foi dito, tal estado realmente existe).

§ 66

Constata-se que o efeito secundário antagônico sobre o corpo humano não é notado de forma muito evidente após doses muito reduzidas dos agentes modificadores. Seguramente uma dose pequena qualquer produz uma ação primária, somente perceptível pelo observador bastante atento, e o organismo empregará contra ela a reação (efeito secundário) apenas suficiente para reverter à condição normal.

¹⁸ Subentende-se sensibilização prévia, induzida por agressão anterior.

¹⁹ Mecanismos de defesa inata, inespecífica: destruição, imunodesaparecimento ou neutralização do antígeno.

§ 68

Nas curas homeopáticas a experiência ensina que as doses extraordinariamente pequenas empregadas neste método de tratamento, são exatamente suficientes para dominar a doença natural através da similitude de seus sintomas e remover as sensações do princípio vital.

Às vezes, depois de removida a doença, persistem no organismo vestígios isolados da doença medicinal que, devido à exigüidade da dose empregada, desaparece por si mesma de modo rápido.

§ 112

Entre os efeitos às vezes perigosos dos medicamentos ingeridos em doses exageradas, que aparecem em antigas descrições, chamam atenção certos estados que se instalam no final destes tristes episódios, e não no princípio, e cujas manifestações são exatamente opostas às iniciais.²⁰

Esses sintomas opostos à ação primária, ou ação própria do medicamento sobre a força vital do organismo, representam seu efeito secundário. Não obstante, quando são experimentadas doses moderadas no corpo sadio, raramente serão detectados sinais dela; com doses pequenas, nada é observado.

No procedimento curativo homeopático o organismo vivo produz contra estas doses apenas a reação suficiente para reverter a saúde ao seu estado normal natural.

§ 113 Drogas narcóticas

Os medicamentos narcóticos parecem constituir a única exceção aos fenômenos expostos, devido ao fato de anularem parcialmente, através de sua ação primária, a sensibilidade, as sensações e a irritabilidade inerente às células vivas. Isto explica porque, freqüentemente, as doses moderadas experimentais, despertam no organismo sadio um aumento da sensibilidade e maior irritabilidade na fase de efeito secundário.

§ 114

Excetuadas estas substâncias narcóticas, o emprego de doses moderadas do medicamento nos experimentos em indivíduos sadios, permite obter somente a sua ação primária, permitindo registrar sintomas indicadores do desvio da saúde, esboçando um estado mórbido de maior ou menor duração.

²⁰ **Nota:** Este parágrafo interessa ao chamado efeito rebote registrado após suspensão brusca de fármacos nos tratamentos enantiopáticos e alopáticos prolongados, ou ainda, na fase de restabelecimento de vítimas de envenenamento.

IMUNOLOGIA. IMUNOTERAPIA. IMUNOMODULAÇÃO. PESQUISAS CORRELATAS COM ULTRADILUIÇÕES.

Conceitos básicos. Receptores celulares. Receptores sensoriais. Resposta imune inata e seus componentes. Macrófagos. Células NK. Resposta adaptativa. Caracterização da resposta imune primária e secundária. Indivíduo sadio sensibilizado. Resposta imune secundária e aspectos afins com efeito secundário reacional. Células apresentadoras de antígeno. Células dendríticas, epiteliais e foliculares. Reações de hipersensibilidade. Tratamentos dessensibilizantes, específicos e inespecíficos.

As conexões de interesse especial à Homeopatia.

O fato da terapêutica segundo o princípio da semelhança influenciar comportamentos orgânicos seguramente definidos sob o ponto de vista imunitário, em especial aqueles de hipersensibilidade do tipo I e do tipo IV, leva à dedução de que o estímulo das doses imponderáveis dinamizadas, quando condicionadas pela semelhança, interfere nos mecanismos de defesa, tanto específica como inespecífica. É natural que partidários da Homeopatia e da Isoterapia pretendam compará-la, e mesmo equipará-la, à Imunoterapia

O termo Imunoterapia foi originariamente introduzido para designar o tratamento da rinite alérgica e consiste na administração gradual de quantidades crescentes de alérgenos ao portador do distúrbio, com finalidade de reduzir os sintomas associados à exposição aos alérgenos. A denominação atende a um método e a uma finalidade determinada, tendo sido reservada aos procedimentos que empregam extratos de alérgenos em quantidades crescentes.

No ano 2000 a Organização Mundial da Saúde aprova e divulga um consenso de âmbito mundial acerca de definições e conceitos, visando unificá-los. Os *extratos de alérgenos* recebem a nova denominação de *vacinas de alérgenos*; a Imunoterapia original é acrescida por uma expressão composta - *Imunoterapia com alérgenos - definida como "terapêutica que consiste na administração de quantidades gradualmente crescentes de uma vacina de alérgenos a um paciente alérgico, até atingirem uma dose efetiva capaz de promover redução dos sintomas associados à exposição subsequente do alérgeno em causa"*.

Considerada esta definição, a terapêutica segundo o princípio da semelhança e a Imunoterapia com alérgenos conservariam um mesmo propósito final, através de procedimentos diametralmente opostos.

Entretanto, existe em Imunologia um outro termo, omitido pelo citado informe da OMS – a *Imunomodulação* – a qual *"consiste na variedade de métodos para manipulação terapêutica da resposta imune."*

Este termo possui sentido ambíguo – ativo e passivo, de ação e consequência; não cita normas, não estabelece limites e não especifica magnitude de doses. O seu emprego ainda é restrito ao capítulo dos tumores. As descrições sobre a indução positiva de auto-imunidade e a instalação de tolerância específica aos tumores, subentendem a *imunomodulação* ao se referirem à *intervenção*

ativa ou vacinas, à imunidade passiva com transferência de anticorpos antitumorais e à indução de tolerância específica aos tumores.

A alusão a fenômenos imunitários importantes exige esquematização sucinta dos aspectos defensivos direta ou indiretamente relacionados às ultradiluições hahnemannianas propriamente ditas e às suas decorrências clínicas ou experimentais. Foge ao propósito do presente texto o aprofundamento no assunto, sendo apenas referenciados os temas que de alguma forma interessam à interpretação dos fenômenos registrados na clínica e outros constatados em pesquisas animais e *in vitro*.

Ao médico interessado, convém conhecer os tópicos imunológicos seguintes: 1) Receptores celulares - de membrana, citoplasmáticos, intracelulares e nucleares. 2) Receptores sensoriais ou neurotransmissores. 3) Células fagocitárias. 4) Células apresentadoras de antígeno. 5) Fatores de imunogenicidade e amplificadores de resposta imunitária. 6) Células de Langerhans. 7) Resposta imune primária e resposta imune secundária. 8) Tipos de hipersensibilidade e seus mecanismos intrínsecos. 9) Estado de tolerância imunitária ao antígeno. 10) Injúria imunológica como resposta exagerada em duração e amplitude. 11) Eficiência da via oral. 12) Indução hipossensibilizante ou tolerógena pelo *simillimum* (Homeopatia). 13) Indução hipossensibilizante ou tolerógena pelo *análogo* ou *igual* (Isoterapia). 14) Pesquisa da influência de doses ínfimas em células imunitárias (basófilos, neutrófilos, macrófagos). Pesquisas relacionadas a receptores. 16) Pesquisas sobre reações alérgicas clássicas: fenômeno de Arthus, prova de Shick e reação de Schwartzmann.

Uma realidade precisa ser esclarecida. As pesquisas referentes ao efeito secundário das drogas, à atividade das doses mínimas, à detoxicação, à capacidade de influência de doses imponderáveis de produtos hormonais e de fatores imunitários, representam avanços científicos conexos aos procedimentos segundo a semelhança.

Detalhe importante: *a Homeopatia, no sentido hahnemanniano, é indemonstrável in vitro.*

Receptores

Considerando o fato dos receptores constituírem tema de referência em teses, pesquisas e trabalhos sobre o modo de atuação das doses mínimas, importa caracterizá-los quanto aos aspectos principais.

Na refutação das doses mínimas o principal argumento tem sido a ausência teórica de moléculas a partir da diluição C 12, ainda que os fatos permitam deduções e conexões a fenômenos imunitários bem estabelecidos, acima desta desconcentração. A maior parte das teorias atinentes ao mecanismo de receptores de superfície de membrana e àqueles sensoriais, ao considerarem aspectos moleculares obrigatórios em seu mecanismo, inviabilizam projetos calcados nas ultradiluições hahnemannianas. O conhecimento da natureza física dos receptores ainda guarda muitos segredos.

Certas drogas interagem de forma direta com pequenas moléculas ou íons, normal ou anormalmente presentes no organismo, a exemplo dos agentes quelantes. Na quelação ocorre a formação de um complexo envolvendo um íon metálico e dois ou mais grupamentos polares de uma única molécula, a exemplo do íon Fe^{2+} , quelado no heme pelo anel de porfirina; o mesmo quanto ao íon Ca^{2+} do sangue, quelado pelo ácido etileno-diamino-tetra-acético que torna-se então anticoagulante.

Na maioria, os estímulos físico-químicos e biológicos do meio externo se conectam ao sistema nervoso central, a partir dos receptores – ora aqueles de membrana celular e intracelulares, ora os sensoriais.

Necessitaria o medicamento homeopático de receptores? Seguramente sim, quando considerada obrigatória uma estrutura captadora da mensagem farmacodinâmica, a ser convertida em resposta, sem o que não haverá reação. O efeito secundário do *simillimum*, condicionador da resposta curativa dentro da lei da semelhança, prescinde daqueles receptores responsabilizados pelas fases primárias de atuação dos fármacos.

A reflexoterapia nêurica, dentro da Medicina córtico-visceral de Pavlov, antecipou-se ao problema, argumentando a captação da mensagem farmacodinâmica através de mecanismo nêurico das terminações nervosas sensitivas e na sua transmissão ao córtex cerebral, seguida por circuitos *feed-back* ou de aferentização de retorno, num sistema complexo integrado onde o sinal farmacodinâmico desencadeia o processo de acomodação do organismo que sofreu desequilíbrio, de forma integrada.

Na complexa síndrome geral de adaptação de Selye, independente de seu mecanismo intrínseco, as emoções figuram entre os fatores desencadeantes, sem intermediação dos receptores conhecidos.

Em Alergologia e em Dermatologia existem relatos sobre desencadeamento de processos alérgicos tão somente pela visão do respectivo alérgeno, sem contato, ilustrando eventualidades que levam a admitir a existência de estruturas capazes de captar as mensagens farmacodinâmicas em nível não químico.

Em Endocrinologia tornou-se comum o emprego de quantidades ínfimas de mensageiros desencadeantes.

D.P. Stites e Abba I. Terr, no texto "*Basic Human Immunology*" dedicam o último capítulo às influências fisiológicas e ambientais sobre o sistema imune e acabam por centrar o assunto sob a égide da Psiconeuroimunologia. Explicam estes autores, que o sistema imunitário, apesar de haver desenvolvido alta capacidade no reconhecimento e defesa frente a substâncias estranhas, tem esta capacidade controlada por uma série de processos internos de auto-regulação. O sistema imunitário se relaciona anátomo e fisiologicamente a outros sistemas orgânicos capazes de beneficiar ou de prejudicá-lo; contudo, paradoxalmente, existe pouca informação acerca deste relacionamento entre o sistema imunitário e o restante do organismo, quando comparada ao grande volume de conhecimentos em torno de outros sistemas.

Evidências clínicas e experimentais mostram que a resposta imunitária e seus numerosos mecanismos efetores são parcialmente regulados e modulados pelo sistema neuro-endócrino, além de mecanismo auto-regulador próprio que inibe e regula os linfócitos e a rede de anti-idiotipos. Ambos, o sistema nervoso central e o sistema imunitário, respondem aos estímulos do ambiente, cada qual a seu modo. O primeiro daria prioridade aos sinais físicos; o segundo, às estruturas químicas. A influência dos fatores do estresse, os mecanismos psicológicos internos e as situações adversas sociais interessam a ambos os sistemas.

Existem outras inter-relações de natureza anatômica, embriológica e fisiológica – esta última caracterizada pela diversidade de células e a transmissão intercelular de informações através de fatores solúveis tais como as linfocinas no sistema imunitário e os neurotransmissores no sistema nervoso. Ambos os sistemas teriam capacidade para memória duradoura ou breve, na dependência da comunicação cruzada.

Linfócitos e macrófagos possuem receptores capazes de responder aos neurotransmissores de acetilcolina e norepinefrina, às endorfinas, às encefalinas, aos hormônios adrenocorticotrópicos, corticosteróides, insulina, prolactina, hormônio de crescimento, estradiol e testosterona. Além disso, os linfócitos produzem e secretam hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) capaz de agir em circuito *feed-back* regulador autócrino das funções do linfócito.

Os neurônios no cérebro, especialmente no hipotálamo, reconhecem produtos oriundos de imunócitos (prostaglandinas, interferons e interleucinas) e também os mediadores químicos oriundos de produtos de células inflamatórias, inclusive a histamina e a serotonina.

Receptores sensoriais

Receptores sensoriais representam estruturas especiais dotadas da função específica de captar estímulos dos meios externo e interno, originando impulsos e os transmitindo aos analisadores corticais. O receptor funciona ao modo de transdutor, transformando um tipo de energia em outra, respondendo a agentes químicos ou físicos aptos de induzir, acionar e transmitir impulsos. O mecanismo da transdução não é totalmente conhecido. Um mesmo receptor responderia a estímulos diversos, gerando-se impulsos característicos a cada estímulo que são interpretados pelo córtex cerebral como sensações específicas.

A classificação dos receptores sensoriais obedece a três critérios, com base na natureza do estímulo, na natureza do receptor e na origem ou sede do estímulo: 1) Receptor onde o elemento sensorial transdutor é representado pelas expansões dendríticas de um neurônio ganglionar. 2) Células sensoriais especializadas nas quais terminam fibras nervosas que conduzem o impulso para o córtex cerebral. 3) Células neuro-epiteliais, de revestimento, cujo axônio conduz impulso sensorial ao córtex cerebral.

Em concepção simplificada, a transmissão nervosa consiste na passagem do influxo nervoso de um neurônio a outro ao nível da sinapse e se efetua pela liberação de mediador químico que, ao se fixar sobre o receptor pós-sináptico, induz um novo potencial. O principal mecanismo de inativação do mediador liberado no espaço intersináptico consiste na reabsorção do conteúdo da vesícula pré-sináptica previamente liberada. A captura do neurotransmissor ou mediador, possui certas características: é fenômeno ativo, sensível à ouabaína, dependente de Na e K, sendo influenciado pela temperatura e pela presença de adenosina-trifosfato.

Conforme pesquisa francesa publicada pelo Laboratório Dolisos, sobre receptores e mediadores, chamam atenção os seguintes fatos:

1. Quando um receptor sensorial é submetido a estímulo forte e prolongado de um agonista ou um antagonista, ele se dessensibiliza frente a estas substâncias. Nestas eventualidades constata-se fenômenos de acostumança, estados de falha ou de mitridização.
2. Quando um receptor é insuficientemente estimulado, aumenta a sua afinidade frente ao mediador ou de seus antagonistas. Do mesmo modo, um bloqueio do receptor por um antagonista leva, após supressão deste, aos mesmos resultados. Isto explicaria o fenômeno de rebote registrado na terapêutica corrente.

Resposta inata de defesa

Nem sempre a entrada no organismo de um antígeno, de uma substância inútil ou nociva, provoca doença, visto existirem mecanismos de resistência adquirida através da seleção natural e controlados geneticamente pelo grupo de genes chamados *Ir* no homem. O organismo mobiliza mecanismos de defesa inespecíficos no sentido de expulsar o agente estranho através de sua destruição, imunodesaparecimento, transformação, metabolismo, neutralização, combustão ou eliminação via emunctorios habituais. Na persistência ou repetição de mesma agressão são acionados recursos imunitários ainda inespecíficos, porém aperfeiçoados, notadamente as células fagocitárias que, além de processarem o antígeno, emitem sinais aos elementos de defesa específica e células memória, tanto linfócitos B como linfócitos T, no sentido de enfrentarem o antígeno intruso.

Constituem elementos de resistência inespecífica, natural ou inata:

1. *Barreiras orgânicas exteriores*: os fatores constitucionais, a pele, as mucosas e as membranas em geral.
2. *Componentes interiores*: a seqüestração de ferro, a fagocitose, as opsoninas, o sistema complemento, o interferon e os integrantes da reação inflamatória aguda. A reação inflamatória abrange:

a) reação vascular, na qual participam mediadores químicos farmacologicamente ativos; b) os fenômenos de aderência e migração de linfócitos; c) as opsoninas, representando fatores que estimulam e ativam a fagocitose; d) processos de reparação tecidual.

Complexidade do sistema imunitário

Funcionando o sistema imunitário à maneira de sistema complexo, a passagem do antígeno - em especial quando representando proteína estranha - é detectado "não seu", registrado e memorizado, delineando-se a resposta imune primária. Segundo exposição de Roit, a resposta do anticorpo resulta da coordenação de células B, de células T e das células apresentadoras de antígeno, comunicando-se estes elementos diretamente ou através de fatores antigênicos, tanto específicos quanto inespecíficos. No complexo sistema orgânico, todas as células participam do processo, não havendo as mais ou as menos importantes. Paradoxalmente, uma falha ou resposta inadequada pode resultar em estado de tolerância.

A integração funcional do organismo no objetivo de defesa é fato reconhecido, não havendo células destituídas de importância nem fronteiras entre os sistemas. A categorização de elementos atende a propósitos didáticos. A comunicação intercelular envolve dependência do complexo principal de histocompatibilidade, além de fatores genéticos.

Macrófagos

Depois dos linfócitos, os macrófagos constituem a segunda maior população celular do sistema imunitário. O macrófago, cuja função primordial representa a fagocitose, está amplamente distribuído no organismo; é dotado de vacúolos endocíticos, lisossomas e fagolisossomas, sendo decisivo para a imunidade natural e também para a imunidade adquirida. De fácil cultura, presta-se a pesquisas de fenômenos de influência dos estímulos veiculados pelas ultradiluições. A localização desta célula estabelece sub-categorias: os *monócitos* (quando circulantes), os *histiócitos* (quando fixos nos tecidos), as *células epitelióides* (caracterizadas por abundante citoplasma) e as *células gigantes* (células coalescidas entre si).

A fagocitose, função principal dos fagocitos mononucleares na imunidade natural, abrange micróbios, macromoléculas, antígenos e células vermelhas. Os fagocitos secretam enzimas oxigeno-reativas, mediadores lipido-derivados do tipo prostaglandinas que, além de aniquilarem os micróbios, são capazes de injuriar tecidos vizinhos.

Os macrófagos produzem citoquinas que recrutam outras células inflamatórias, de preferência neutrófilos. São responsáveis pelos efeitos sistêmicos da inflamação, inclusive a febre. Possuem propriedades cognitivas de ativação de efetores da resposta imune específica. O papel dos fagocitos mononucleares na fase cognitiva, de ativação e efetora da resposta imune específica, consiste em deslocamento dos antígenos em sua superfície para serem reconhecidos pelos linfócitos T antígeno-específicos (apresentação do antígeno). Expressam proteína-membrana que ativa linfócitos T, na resposta imune mediada por células. As células T auxiliares secretam citoquinas que ativam macrófagos. Estes, após ativados, tornam-se mais eficientes e desempenham função de fagocitose, degradação e função citocida. Portanto, os macrófagos estão entre as principais células efetoras da imunidade mediada por células.

Na fase efetora da resposta humoral, os antígenos estranhos (micróbios) são revestidos ou opsonizados por moléculas de anticorpo e proteínas do complemento; de outro lado, os macrófagos expressam receptores de superfície para anticorpos e certas proteínas do complemento, razão pela qual eles se ligam e fagocitam as partículas opsonizadas. Logo, os macrófagos participam, também, na eliminação de antígenos estranhos através da resposta imune humoral.

A capacidade dos macrófagos e dos linfócitos em se interestimularem, resulta em importante amplificação no mecanismo de imunidade específica. Os macrófagos participam no processo de produção de anticorpos e nas respostas imunitárias mediadas por células, participam na apresentação de antígenos aos linfócitos e secretam uma variedade de moléculas imuno-reguladoras. A pinocitose das células endoteliais é fundamentalmente diferente da fagocitose ativa dos macrófagos.

Células exterminadoras ou NK

As células NK exterminam inespecificamente células tumorais e células infectadas por vírus; regulam a resposta imune. Representam população de células linfóides que transportam marcadores de células T ou de células B e se caracterizam pelo fato de possuírem receptor Fc para Ig G. Provavelmente, originam-se na medula óssea, sendo questionável a sua linhagem exata. Compartilham de algumas características dos monócitos. A ultra-estrutura é típica de um grande linfócito granular. Contém a maioria de efetores citotóxicos dependentes de exterminadores naturais e anticorpos.

Resposta imune primária

No primeiro contato do antígeno o organismo não dispõe de elementos para reconhecer a natureza da agressão recente, ficando por conta do sistema inespecífico a defesa contra o agente intruso, através de mecanismos de neutralização, fagocitose ou homeostase. Em nível humoral forma-se uma barreira onde predomina a IgM e são acionados mecanismos no sentido de cadastramento do invasor, graças à participação especial dos linfócitos T, entrosados a outras células e outros sistemas complementares.

Esta fase primária tem pouca ou nenhuma expressão clínica e o organismo se equilibra, assintomático; entretanto, o sistema defensivo deixa de ser o mesmo, tendo se modificado após a incorporação de novas informações antigênicas, em especial ao nível dos linfócitos T de memória.

Segundo Stites, o primeiro contato antigênico desencadeia resposta relativamente fraca e pouco duradoura, caracterizando fase inicial latente representativa do contato do antígeno e a detecção de anticorpos circulantes e que dura, em média, uma semana. Nesta fase são ativados os linfócitos B e os linfócitos T. As frações do antígeno que são reconhecidas pelos diferentes linfócitos de modo específico são chamadas *determinantes antigênicos* ou *epítopes*. A segunda fase, *exponencial*, correspondente ao aumento da quantidade de anticorpos produzidos pelos plasmócitos ou células B mais diferenciadas. A síntese e a degradação mais ou menos equilibrada dos anticorpos determina uma fase estável, representada nos diagramas sob forma de platô, até sobrevinda do declínio e estabilização dos anticorpos, completando a trajetória que caracteriza a resposta imune primária, de sensibilização ou esboço de memória (Diagrama XII)

Durante a fase de resposta primária delineiam-se duas populações: uma destinada à formação de anticorpos e outra formada de células de memória sensíveis ao antígeno recente, tornadas capazes de resposta rápida frente à eventual nova investida do mesmo agressor. Os anticorpos que aparecem logo após o estímulo primário, possuem pequena afinidade pelo antígeno que o induziu. A afinidade aumenta à medida que aparecem outros antígenos de mesma natureza. Em experimentos, altas doses de antígeno estimulam células que produzem baixa afinidade média. Baixas doses selecionam células capazes de produzir anticorpos dotados de maior afinidade. As células T ativadas pelo antígeno proliferam e se diferenciam para células blásticas que não secretam anticorpos, e sim fatores não específicos para o antígeno, a exemplo das linfocinas (fator inibidor da migração de macrófagos) e dos fatores quimiotáticos, citotóxicos e mitogênicos.

A resposta mediada por células inclui a hipersensibilidade tardia, a sensibilidade de contato e a rejeição de tecidos.

QUADRO XI. CARACTERIZAÇÃO DIFERENCIAL DAS RESPOSTAS DE DEFESA

Resposta imune primária	Resposta imune secundária	Efeito secundário reacional
Dependência de antígeno.	Dependência de reintrodução do mesmo antígeno; talvez, também de antígeno afim. Somente acontece quando houve sensibilização primária anterior.	Depende de sensibilização anterior, igual ou semelhante, pela doença ou pelo antígeno. Decisivo o perfil reacional sintomático individual. Independe de presença ponderável do fator causal.
Requer alto teor de antígeno.	Requer reduzida quantidade de antígeno, apenas a suficiente para proporcionar informação.	Informação farmacodinâmica, através de contato mucoso: via linfócitos de memória ou via interoceptores.
Sem afinidade inicial pelo antígeno.	Grande afinidade pelo antígeno. Receptores específicos.	a) Específico ao antígeno = Isoterapia. Hipossensibilização ou tolerância específica, restrita, não abrangente.
Participação de linfócitos B não estimulados previamente pelo respectivo antígeno.	Grande atividade clonal dos linfócitos B.	b) Inespecífico ao antígeno = Homeopatia. Condicionado pela conjunção sintomática semelhante <i>doente e farmacodinamia</i> ; a hipossensibilização é abrangente, com simultâneo reequilíbrio orgânico global. Imunoglobulinas e citoquinas aguardam pesquisas.
Dominância da IgM. Linfócitos T auxiliares em número reduzido.	Dominância IgG. Outras imunoglobinas aumentadas.	
Fatores de crescimento e diferenciação dos linfócitos B. Citoquinas: interleucina 1, interleucina 6, fator de necrose tumoral.	Também fatores de crescimento e diferenciação dos linfócitos B.	
Período latente mais ou menos prolongado.	Intervalo latente breve após reintrodução do antígeno.	Pode acontecer dentro de horas ou semanas. Muito evidente nas agravações homeopáticas. As modificações sucedem de forma imprevisível. O resultado final costuma ser duradouro.
Instalação lenta.	Instalação rápida. Depende das classes expandidas de células de memória.	
Nível ponderável dos antígenos.	Muito importantes as células dendríticas de Langerhans.	
Específica ao produto antigênico. Específica quanto ao receptor. Inespecífica quanto ao organismo. Subentende interação droga /receptor.	Alguns textos de Imunologia subentendem que <i>esta resposta pode ocorrer com antígeno igual ou estreitamente relacionado</i> ²¹ .	Ação não química. Ação indireta hipotética. A reflexoterapia nêurica admite receptores sensoriais na base do fenômeno.
	Também importantes as células dendríticas foliculares.	

O indivíduo sadio e sensível, segundo Hahnemann

Importa recordar o conceito de patogenesia, a qual traduz o resultado da experimentação de uma droga em indivíduos sadios e “sensíveis”, ressaltando que a expressão adequada seria “indivíduos sadios e sensibilizados”, devido ao fato dos mesmos terem tido contato anterior a fatores circunstanciais que os tornaram sensibilizados “*como se*” ou “*ao modo de*” uma das inu-

²¹ STITES D.P., TERR A.I. - Basic Human Immunology, Canada, Prentice-Hall Intern., 1991

meráveis drogas potencialmente medicamentosas existentes no Planeta. Não apresentariam sintomas no experimento aqueles indivíduos que nunca tiveram contato anterior, nem à droga a ser experimentada, nem a algo dotado de potencial patogênico parecido a esta droga.

Nos projetos experimentais, não tem sido cogitada a possibilidade do experimentador, segundo a Imunologia atual, tornar-se sensibilizado, de modo específico, ao padrão farmacodinâmico do medicamento experimentado - o pivô da pesquisa. Hahnemann raciocinava desta forma e provou isto quando, com intuito preventivo, administrava *Belladonna e Pulsatilla*, a crianças sadias expostas a contágio do sarampo ou de escarlatina; os princípios ativos dessas plantas são dotados de potencial patogênico que simula as citadas doenças eruptivas. A conduta exemplifica a possibilidade preventiva das doses imponderáveis, no propósito de sensibilizar organismos virgens destas doenças, induzindo estado antecipado de defesa específica "ao modo de..." Hoje, este procedimento mereceria ser repetido e complementado pelos recursos laboratoriais disponíveis, tendo em vista epidemias presentes - dengue e febre amarela - e futuras. A experimentação de drogas em indivíduos sadios conferir-lhes-ia resistência a doenças cujos sintomas marcantes guardassem coincidência à farmacodinamia do medicamento experimentado. Seria uma questão de memória linfocitária e cadastramento biológico de dados. A vivência clínica mostra que este raciocínio se limita às doenças coletivas epidêmicas - até certo ponto caracterizadas como acidentais agudas - nas quais a individualização medicamentosa coletiva é inviável sob o ponto de vista prático; este critério de "gênio medicamentoso epidêmico" não deve ser generalizado aos diagnósticos nosológicos.

Resposta imune secundária: diferenciação entre efeito secundário das drogas.

Algum tempo após a resposta imune primária, havendo reencontro do mesmo antígeno, ocorre o seu reconhecimento imediato. Desencadeia-se a produção de anticorpos da parte dos linfócitos B. Os linfócitos T proliferam em grande amplitude no sentido de nova população efetiva e uma outra de novos linfócitos T-memória. Nesta contingência, calcula-se que **a capacidade de resposta do linfócito aumenta 10 vezes.**

A reintrodução de determinado antígeno depara-se, portanto, com um sistema organizado de defesa. A resposta imune secundária é específica e não ocorre quando a respectiva informação imunitária anterior não aconteceu.

No segundo contato ao mesmo imunógeno, a resposta, semelhante na qualidade, evidencia grandes diferenças quantitativas, delineando fenômenos imunes secundários ou anamnésticos. A primeira fase deste segundo período é pronunciada, caracterizada pela elevação rápida de anticorpos que persistem detectáveis durante período prolongado. A mobilização súbita e ampla de células T de memória e dos linfócitos B geradores de anticorpos é responsável pela subitaneidade e maior amplitude da resposta imune secundária. No segundo contato ao antígeno, além da apresentação individual deste, participam anticorpos e o componente C3b do sistema complemento.

Os linfócitos antígeno-específicos desenvolvem-se sob estímulo antigênico, de modo a reconhecer e a responder através de receptores. A exposição ao antígeno, no processo de resposta imune secundária, graças ao fenômeno memória imunitária, expande o clone de linfócitos específicos para determinantes antigênicos. O aumento do número de células e a maturação mais rápida, após o segundo contato, contribuem para o curso imediato e intenso da resposta secundária na produção de anticorpos. A internalização do antígeno, isto é, a sua localização nos endosomas intracelulares, explicaria a razão da suficiência de doses reduzidas do antígeno no engendramento da resposta imune secundária.

Os imunologistas argumentam sobre a importância das células dendríticas na captura, transporte e apresentação do antígeno no âmago da estrutura intraganglionar. **O antígeno ligado à célula dendrítica tornar-se-ia dez mil vezes mais estimulador do que na forma livre.**

Abbas explica que a geração das células memória B, observada após imunização através

de antígeno/proteínas, depende dos linfócitos T auxiliares. Havendo estímulo pelo antígeno e pelas células T auxiliares, ignora-se a razão de alguns linfócitos B passarem a secretar ativamente anticorpos, enquanto outros transformam-se em células memória.

Os modelos de pesquisa apresentados em textos referem-se a antígenos protéicos e não se prestam aos polissacarídeos e lipídios. A geração de células memória, a troca de cadeias pesadas e a afinidade de maturação seriam fenômenos típicos à resposta imune a proteínas e não costumam acontecer com antígenos timo-independentes, ou seja, polissacarídeos e lipídios.

A capacidade de gerar células memória em resposta a uma infecção determinada, constitui a base da imunidade *adquirida*, em contraposição à imunidade inata, mas deve ficar *bem claro* que o anticorpo, na qualidade de agente da imunidade adquirida, atua no sentido de favorecer os mecanismos da imunidade inata ou natural.

Aspectos afins entre efeito secundário reacional e respostas imunitárias.

No estudo comparativo do gráfico das respostas imunes primária e secundária, importantes aspectos precisam ser considerados quanto à caracterização do efeito secundário reacional, induzido por drogas em doses imponderáveis. O efeito secundário reacional, curativo quando condicionado à lei da semelhança, mimetiza alguns dos aspectos cardinais da resposta imune secundária (Gráfico XII).

O indivíduo doente, e portanto sensibilizado, requer dose ínfima do estímulo farmacodinamicamente semelhante, isto é, aquele inerente à droga capaz de mimetizar o conjunto de sintomas presentes, ao ser experimentado em indivíduos sadios.

No doente, o fator sensibilizante inicial pode haver sido de natureza diferente, alheio a qualquer fármaco, inclusive de natureza emocional, ou ser desconhecido, mas que acionou cadeia de desequilíbrios expressos em sinais e sintomas, ao modo de determinada farmacodinamia. Em outras palavras, eventualmente, a sensibilização acontece na ausência “química” de antígeno, frente a estímulo de fator que ativa “como se fosse... determinado antígeno...”. A especificidade se relaciona ao conjunto dos efeitos induzidos ao organismo, no sentido global ou generalizante. Daí o enunciado da Homeopatia ser inespecífica ao antígeno e específica ao doente.

Células apresentadoras de antígenos

Célula apresentadora de antígeno é aquela que processa o antígeno/proteína, fragmentando-o em peptídios que são apresentados na superfície celular associados a moléculas classe II do complexo principal de histocompatibilidade, a fim de interagir com o receptor de célula T apropriada. As células B, as células T, as células dendríticas cutâneas e os macrófagos em geral, desempenham esta função.

As células apresentadoras de antígeno provêm da medula óssea, estando presentes nos tecidos linfóides e na pele. Aquelas de localização epidérmica, chamadas **células dendríticas de Langerhans**, arquétipo das células apresentadoras de antígeno, possuem grânulos característicos no citoplasma (grânulos de Birbeck); são ricas em determinantes HLA-DR, transportam antígenos e migram através de linfáticos aferentes em direção à região paracortical dos linfonodos onde se estabelecem na qualidade de células dendríticas e se interdigitam com linfócitos T, sensíveis ao antígeno. O receptor *Yd* das células dendríticas epidérmicas sugere envolvimento de uma classe de antígenos que contactam as camadas epiteliais, entre um indivíduo e o ambiente exterior.

Necessário é diferenciar estas células, distintas da linhagem monócito-linfócito, de outras - *dendríticas foliculares* - habituais na área cortical, ou seja, na região das células B do linfonodo e também nos centros germinativos que constituem focos de proliferação ativa dos linfócitos B.

A internalização do antígeno justifica o fato da resposta imune secundária requerer dose ínfima do mesmo antígeno, quando comparada àquela que suscitou a resposta primária.

As células dendríticas de Langerhans têm sido encontradas no sangue periférico e em órgãos linfóides da periferia. Provêm da medula óssea, mas pertencem a uma linhagem hematopoiética

distinta. Constituem menos de 1% das células mononucleares periféricas, sendo poderosos estimuladores das reações dos linfócitos e são capazes de apresentar o antígeno para a resposta imune primária. Stites, ao referenciar **a imunidade adaptativa ou secundária**, destaca o fenômeno memória e a resposta intensificada subsequente, não apenas no encontro com o mesmo imunógeno, mas também com imunógenos estreitamente relacionados... **fazendo importantíssima abertura para a Homeopatia no sentido de admitir que o segundo estímulo, responsável pela resposta secundária, não deve ser, obrigatoriamente, o exato antígeno da resposta primária, mas um outro estruturalmente semelhante. Tal afirmação estabelece possibilidade de vínculo entre a Imunologia, Isoterapia e Homeopatia.**

Resumindo, as células dendríticas de Langerhans estão assim caracterizadas:

- São amplificadoras do estímulo antigênico. O antígeno ligado à célula dendrítica chegaria a ser 10.000 vezes mais estimulador do que na forma livre.
- Podem interferir na qualidade de apresentadoras de antígenos na resposta primária.
- São capazes de estimular certas reações linfocitárias.
- Constituem ponte de ligação entre os mecanismos de hipersensibilidade do tipo IV ou celular, e a sensibilidade humoral, através do linfócito B sensibilizado que se encontra nos folículos linfóides, centros germinativos do baço e nos linfonodos.
- No 2º contato com o antígeno, além de sua apresentação individual, podem participar anticorpos e componentes C3b do sistema complemento, ampliando ainda mais a intensidade da resposta imunitária.

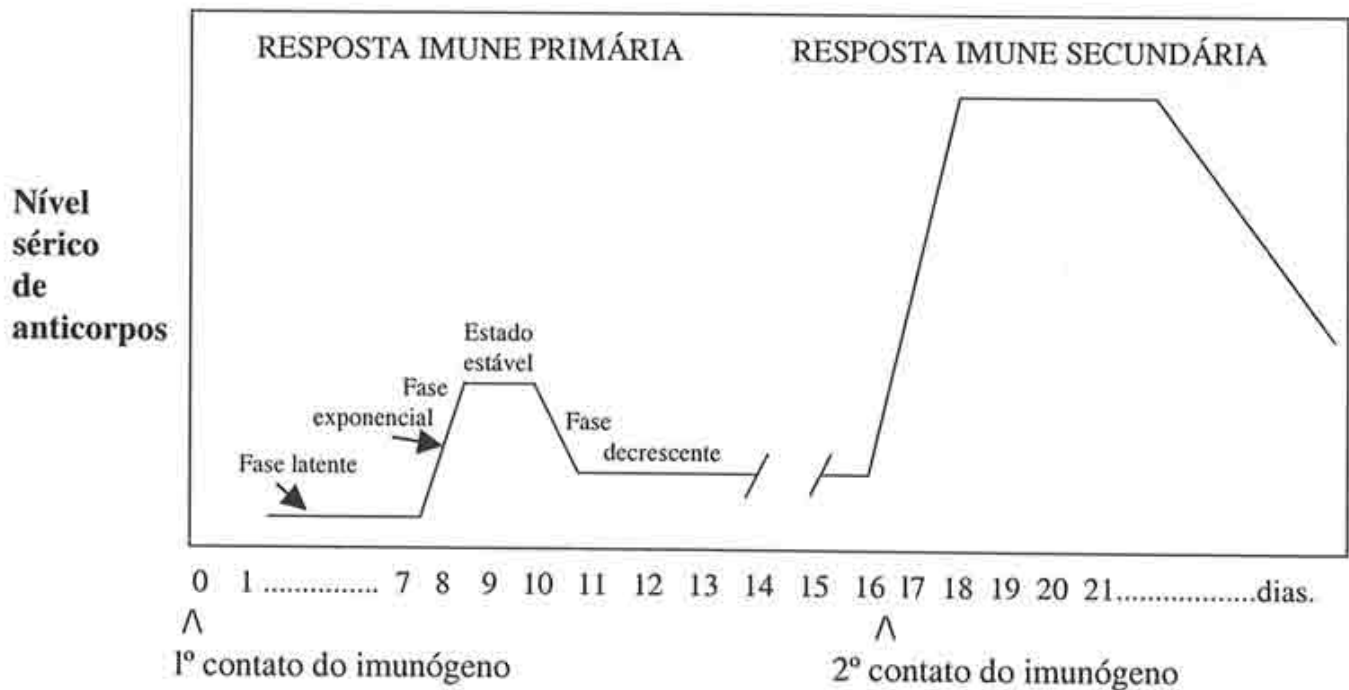


DIAGRAMA XII. Gráfico representativo do limiar de anticorpos no decorso da resposta imune primária e da resposta imune secundária. A fase inicial plana, imediata ao primeiro contato do imunógeno, com duração média de 1 semana, representa a entrada do imunógeno e detecção de anticorpos na circulação, com ativação de linfócitos T e B. A fase ascendente evidencia a produção de anticorpos secretados pelos plasmócitos. A etapa seguinte, em planalto, significa estado de defesa em que síntese e degradação de anticorpos se equivalem. Uma vez superado o imunógeno inicial, o teor de anticorpos declina de modo lento para se manter em nível de alerta durante tempo imprevisível, na dependência do organismo. Uma segunda agressão despertará nova resposta a partir dos linfócitos T de memória, na mesma seqüência imunitária, porém em dimensão muito mais ampla e duradoura, ressaltando-se o fato do organismo estar sensibilizado pela agressão anterior. O efeito secundário reacional dos fármacos mimetiza a resposta imune secundária. Alguns trabalhos admitem a não obrigatoriedade da identidade absoluta no 2º contato.

Células dendríticas foliculares.

As células dendríticas foliculares constituem elementos acessórios importantes na imunidade humoral e especialmente na resposta secundária, estando sediadas nos centros germinais dos folículos linfóides do baço e dos linfonodos. Estas células expressam altos níveis de receptores Fc, não expressam moléculas da classe II MHC e não são ativamente fagocíticas. Admite-se que, ao se instalar a resposta de anticorpos, os complexos imunes formados são depositados na superfície das células dendríticas foliculares. Fragmentos antigênicos, retidos sobre os prolongamentos, desprendem-se lentamente, durante longos períodos, constituindo fonte contínua de antígenos para estímulo das células B em baixo nível, garantindo alto título detectável de anticorpos circulantes mesmo quando os antígenos iniciais deixaram de estar presentes. Daí a sua importância na reação imune secundária, onde importa o contato entre antígenos e linfócitos.

As células B memória, geradas pela imunização primária, ora permanecem no centro germinativo, ora entram nos folículos linfóides e, nesta recirculação, as células-memória conseguem reconhecer antígenos na superfície das células dendríticas, propiciando respostas secundárias de anticorpo.

O desenvolvimento do sistema imunitário. Sensibilização gradual.

Na ocasião do nascimento do ser humano, o sistema imunitário não está desenvolvido. O meio ambiente estabelece um gradual contato aos antígenos e o organismo vai se sensibilizando aos fatores agressivos, adquirindo resistência específica, memória imunitária e formação continuada de anticorpos diversificados. O amadurecimento ideal do sistema imunitário completa-se em torno de 15-16 anos.

O estudo da resposta imunitária mostra quão vulnerável é o ser humano. A primeira agressão surpreende o organismo desprevenido, sem defesa específica. Frente à primeira investida de determinado agente altamente patogênico, acontecem duas eventualidades: o organismo fica doente e sobrevive (na maioria das vezes) ou morre. Daí dizer-se que somente se torna doente, o indivíduo sensibilizado à doença. Qualquer doença ou simples sintoma representa uma reação alterada ou insuficiente, porém sempre favorável, do organismo.

W. E. Maffei considera que "Moléstia é o conjunto das alterações funcionais e orgânicas, de caráter evolutivo, que se manifestam em indivíduo atingido por um agente exterior, contra o qual o organismo reage." Esse conceito indica que: 1º) todo indivíduo é dotado geneticamente de mecanismos defensivos contra a ação dos diversos agentes que se encontram no ambiente no qual ele vive e 2º) que os sintomas apresentados em consequência da ação desses agentes representam a exteriorização dos mecanismos defensivos. Em Imunologia, portanto, estado de sensibilização significa resistência.

Classificação das doenças imunitárias

A avaliação das respostas em pacientes tratados com doses mínimas imponderáveis, seja dentro da lei da semelhança, seja dentro da correlação de identidade, leva a admitir a influência das ultradiluições hahnemannianas sobre qualquer um dos quatro tipos de hipersensibilidade da classificação de Gell, hipótese esta aparentemente absurda devido à natureza dos antígenos responsáveis e as formas clínicas estereotipadas de resposta. Esta constatação motivou, justamente, a divulgação da nossa própria experiência.

A hipossensibilização induzida caracterizou a maioria dos casos documentados. Algumas dermatites de contato, especialmente aquelas de reação ao petróleo e seus derivados, entraram em estado de tolerância imediata, que se manteve durante vários anos de observação.

Embora consagrado pelo uso, o termo dessensibilização vem sendo substituído por outro mais adequado - hipossensibilização. Afinal, todo contato do organismo a um antígeno, é registrado no sistema imunitário, tornando o indivíduo sensibilizado a esse determinado antígeno e, em consequência, apto a remover, tolerar ou aniquilá-lo em futuros encontros. Dessensibilizá-lo, no sentido rigoroso, seria destituí-lo da sinalização salvadora.

QUADRO XIII. Reações de hipersensibilidade. Classificação de Gell e Coombs.

Tipos de hipersensibilidade	Participação das imunoglobulinas	Mecanismos imunopatológicos
<i>I. Imediata</i>	IgE	Mastócitos e seus mediadores: aminas vaso-ativas, metabólitos de ácido araquidônico, citoquinas.
<i>II. Mediada por anticorpos</i>	IgM, IgG anticorpos contra tecido ou antígeno na superfície celular	Ativação do complemento. Recrutamento e ativação de leucócitos e de macrófagos. Anormalidades nas funções do receptor.
<i>III. Imunocomplexos</i>	Imunocomplexos formados pelos antígenos circulantes e anticorpos Ig M ou IgG	Inflamações; propriedades anafilatóxicas e quimiotáticas. Agregação de plaquetas, microtrombos. Fixação em tecidos.
<i>IV. Mediada por células T</i>	1. CD4+ células. Tipo tardio de hipersensibilidade. 2. CD8+ Citólise mediada por células T.	Macrófagos ativados. Células de Langerhans. Lise direta das células-alvo? Citoquinas.

A hipersensibilidade retardada do Tipo IV

Esta modalidade tem base celular - o linfócito T. A lesão resulta de interação exagerada entre o antígeno e os mecanismos normais da resposta imunitária mediada por células.

Após sensibilização prévia, as células T memória reconhecem o antígeno, juntamente às moléculas classe II do complexo principal de histocompatibilidade no macrófago; quando estimuladas, transformam-se em blastócitos e proliferam. Uma parcela das células T estimuladas libera fatores solúveis que funcionam ao modo de mediadores da resposta subsequente de hipersensibilidade, atraindo e ativando macrófagos, enquanto outra parte da população desenvolve propriedades citotóxicas.

Transpondo a pele, o antígeno é levado pela linfa até os linfonodos regionais que, à maneira de filtros, conseguem reter 90 % do antígeno; no linfonodo, o antígeno é captado pelo macrófago e retido pelo retículo das células dendríticas, principalmente na região dos folículos primários. Os alérgenos restantes são levados pela corrente sangüínea e alcançam o baço, o fígado, rins e outros órgãos do sistema mononuclear fagocitário. Uma parte do antígeno é seqüestrada pelos macrófagos e degradada pelos fagossomas em componentes não antigênicos, enquanto outra parte é exposta à superfície na forma de pequenos péptides altamente imunogênicos e apresentados às células T auxiliares. O antígeno retido pelas células dendríticas age diretamente com linfócitos B.

A conduta dessensibilizante específica para o alérgeno, segundo "plano Urbach"

1. Eliminação permanente ou temporária do alérgeno.
2. Hipossensibilização, através da administração oral ou parenteral de pequenas doses do alérgeno, aumentadas progressivamente.

3. Desalergenização específica pelo método esquetofilático, isto é, dessensibilização mediante uso oral de doses mínimas do alimento alergênico, 45 minutos antes de ingerir uma quantidade maior do mesmo.
4. Emprego de dietas sintéticas.

Condutas de dessensibilização inespecífica, segundo Gatti

1. Auto-hemoterapia. Forma de proteinoterapia. São aplicados 10 ml diários ou em dias alternados, via intramuscular, de sangue recentemente retirado do paciente. Série total de 15 a 20 injeções.
2. Maternoterapia. Variedade de hetero-hemoterapia, empregada em eczema infantil. É extraído sangue da mãe da criança (3 a 5 ml) que, em seguida, é injetado na criança, via intramuscular. Séries de 10 a 15 injeções.
3. Auto-soroterapia. Injeção do soro no indivíduo, separando o sangue e o acondicionando em ampolas. Aplicado via intradérmica cada 2 ou 3 dias.
4. Proteínas animais ou vegetais. a) leite desnatado de vaca, via intramuscular, após esterilizado; b) peptonas provenientes da digestão artificial de substâncias albuminóides submetidas a fermentos.
5. Dessensibilizantes inespecíficos: Extrato hepático + extrato esplênico, associados a cálcio e vitaminas B 1 e B 12; sulfato de magnésio; hipossulfito de sódio.

Tratamento das alergias. “Esquema de Pradez de Faria”

- I. Dessensibilização específica: visa reduzir a sensibilidade às substâncias que resultaram em testes cutâneos positivos.
- II. Dessensibilização polivalente: procura dessensibilizar contra várias substâncias de uma categoria (inalantes, insetos, etc.) mesmo que o indivíduo seja sensível somente a uma delas.
- III. Dessensibilização inespecífica: utiliza substâncias para as quais o indivíduo não é sensível e que visam diminuir a suscetibilidade geral do paciente à reação alérgica.
 - a) Métodos de choque: auto-hemoterapia, auto-soroterapia, hetero-hemoterapia, injeções de peptonas, injeções de leite.
 - b) Injeções intravenosas de: hipossulfito de sódio ou magnésio; de cloreto ou gluconato de cálcio.
 - c) Piretoterapia: diatermia, vacina TAB intravenosa, abscesso de fixação, polisacárides de *Pseudomonas aeruginosa*.
 - d) Modificações do equilíbrio ácido-básico: regimes alimentares acidificantes ou alcalinizantes; ácido fosfórico; bicarbonato de sódio.

Taquifilaxia

Do grego *tachys* = rápido, *phylaxis* = proteção. Rápida e progressiva instalação de redução da resposta, mediante administração repetitiva de determinada substância farmacológica ou fisiologicamente ativa. Omitida nos esquemas habituais, a taquifilaxia constitui procedimento de urgência que visa possibilitar a administração premente de um medicamento alergênico em potencial, capaz de desenvolver reação de risco.

Consiste na dessensibilização rápida contra doses tóxicas de extratos de órgãos ou de soro e a inoculação prévia de doses reduzidas, subtóxicas, da mesma preparação.

Tolerância imunitária

Consiste na falta de formação de anticorpos frente a determinado antígeno, condicionada ao contato prévio do mesmo durante a vida embrionária ou fetal. Estados de tolerância têm sido induzidos graças ao emprego dos respectivos antígenos, conseguindo-se, em decorrência da administração do mesmo antígeno, ora a tolerância da zona alta, ora a tolerância da zona baixa. A primeira estaria relacionada aos linfócitos B e a segunda, aos linfócitos T.

Paralisia imunitária

Fenômeno resultante da injeção de antígeno em dose superior àquela necessária para a formação de anticorpos. A paralisia imunitária é específica, permanecendo inalterada a capacidade de formação de outros anticorpos.

ESTADOS DE RESPOSTA ORGÂNICA	INTERPRETAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">ResistênciaNeutralizaçãoDestruiçãoResposta imune primária	PHYSIS ou força da natureza. Representa resposta natural, espontânea. Conserva o organismo em equilíbrio de saúde. Resposta imune inespecífica.
<ul style="list-style-type: none">Resposta imune específica	Resposta imune secundária suficiente dirigida a determinado antígeno. Não acontece sem a informação antigênica anterior, imprescindível ao estado de resposta. A alusão do § 63 do Organon: "se tal estado existe" corresponde à sensibilização anterior, da fase primária.
<ul style="list-style-type: none">Estado de sensibilização exagerada. Hipersensibilidade.	Resposta exacerbada em duração e amplitude.
<ul style="list-style-type: none">Lesão tecidual. Injúria imunológica.	Resposta de defesa, normal na qualidade, porém excessiva na duração e amplitude.
<ul style="list-style-type: none">Tolerância ou permissividade.	Adaptação do organismo à condição adversa persistente. Obtida mediante emprego de doses altas, outras vezes de doses baixas. Às vezes, dificilmente diferenciada da hipo e da dessensibilização.
<ul style="list-style-type: none">Desequilíbrio persistente. Doença.	Caracterização através de sinais e sintomas, os quais indicam que a defesa existe, porém é insuficiente.

QUADRO XIV. Aspectos da resposta orgânica de defesa.

PESQUISAS COM ULTRADILUIÇÕES HAHNEMANNIANAS RELACIONADAS À IMUNOLOGIA

- Sinopses -

Phytolacca e transformação linfoblástica. Experimento *in vitro* com células isoladas.

COLAS H, AUBIN P, LEBECQ J.C. *Effet de Phytolacca sur le test de transformation lymphoblastique.* Laboratoire d'Immunologie da la Faculté de Pharmacie de Montpellier. (*Inibição da transformação linfoblástica obtida com Phytolacca americana C 5*).

O trabalho ocupa-se do teste de transformação linfoblástica, cujas mitoses são estimuladas pela fitohemaglutinina. Emprega no ensaio a *Phytolacca americana*, também um mitógeno, adotando diluições da mesma no propósito de inibir os efeitos da fitohemaglutinina. Para tanto, estimula a transformação linfoblástica dos linfócitos B e T pela adição de substâncias mitógenas, utilizando duas substâncias vegetais: 1) fitohemaglutinina ou extrato de *Phaseolus vulgaris* que estimula linfócitos T ; 2) glicoproteína da *Phytolacca americana* que estimula linfócitos T e, provavelmente, também linfócitos B. Constam nesta experiência:

1. Série de placas contendo linfócitos de coelho, estimulados pela fitohemaglutinina
2. Série de placas contendo linfócitos de coelho, adicionados de diluições crescentes de *Phytolacca americana* (C 5, C 7, C 9, C 15), destituídas de efeito mitógeno, persistindo o estado de linfócitos não estimulados.
3. Série de placas com linfócitos de coelho que receberam, 15 minutos antes da fitohemaglutinina, diluições de *Phytolacca* em diluições dinamizadas crescentes.

Resultados:

- No lote com fitohemaglutinina exclusiva, está francamente visível o efeito mitógeno.
- Na série com amostras acrescidas pela *Phytolacca* em diluições progressivas, efeito mitógeno nulo.
- Na série que recebeu doses decrescentes de *Phytolacca*, antes de serem acrescidos pela fitohemaglutinina, ocorreu inibição crescente da transformação linfoblástica, no sentido da C 5 para C 15.

Interpretação: Competição entre dois mitógenos. A *Phytolacca*, mesmo em nível imponderável, conservou a capacidade de interferência nos sítios de ligação do outro mitógeno, no caso a fitohemaglutinina.

Comentário: Esta experiência traz vários aspectos de interesse: 1) Objetivação de atividade de uma diluição dinamizada, imponderável mediante os recursos atuais. 2) Ação inversa cruzada, entre duas drogas farmacodinamicamente semelhantes. 3) Exemplo laboratorial que permite deduzir a possibilidade terapêutica na área das reações de hipersensibilidade às drogas. 4) Exemplo didático que justifica a hipótese de influência não química ao nível de receptores de membrana.

Fenômeno de Arthus. Experimento em coelhos e cobaias.

CIER A, BOIRON J, da Faculdade de Farmácia de Lyon e do Laboratório de Pesquisas do Hospital Saint-Jacques de Paris. Reação de Arthus. In: Pesquisa Experimental Moderna em Homeopatia – PLAZY M, Ed. Homeop. Bras., Rio, 1969, p. 94-5

A reação de Arthus, descrita em 1903, é estudada experimentalmente em coelhos e cobaias, observando os animais após sensibilizados mediante injeções locais repetidas, subcutâneas, de soro heterólogo de cavalo, na condição de antígeno. A reação demora entre 2 a 8 horas para se instalar e outras 12 a 24 horas para regredir. A reação consiste, basicamente, de reação vascular que se instala no ponto da primeira injeção do antígeno, causando bloqueio circulatório. É específica. A injeção desencadeante deve ser de mesma natureza daquela inicial. Quando a taxa sérica de anticorpo precipitante é alta, acontece a sua precipitação com o antígeno da última injeção de soro de cavalo.

A reação de Arthus desenvolve-se devido à constrição das arteríolas locais, precipitação de complexos antígeno-anticorpo e alterações estruturais das paredes vasculares decorrentes de plaquetas aderidas em conglomerados e que, somadas aos polimorfonucleares, ocasionam trombos causadores de angiite; sobrevêm transtornos de coagulação devidos ao seqüestro de plaquetas. A trombose leva à isquemia e necrose local.

Destacam-se nesta reação as seguintes eventualidades:

1. Na parede dos pequenos vasos, formação de complexos antígeno/anticorpo que provocam lesões hemorrágicas.
2. Fixação de complemento.
3. Atração de polimorfonucleares por fatores quimiotáticos e pela fixação de complemento. Estes leucócitos fagocitam o antígeno dentro e fora das paredes vasculares, causando injúria local.
4. Aderência de leucócitos e plaquetas, formação de trombos e conseqüente dano aos vasos locais, comprometimento da permeabilidade vascular e escape de eritrócitos.
5. Edema. Liberação de enzimas agravando a vasculite e processos necróticos.
6. Outras vezes, resolução completa.

Protocolo: Dois grupos de 10 coelhos receberam bi-semanalmente injeções subcutâneas de soro de cavalo, na dose de 0,5 ml/Kg/peso. Um dos grupos recebeu, também, desde a aplicação inicial, uma injeção intraperitoneal (1 ml/animal) de uma preparação diluída CH 7 de soro de cavalo.

Resultados: O fenômeno de Arthus é nitidamente retardado nos animais que receberam previamente diluições dinamizadas de soro de cavalo em C 7. Na pesquisa, 40 % dos animais tornaram-se totalmente refratários à reação. No grupo testemunha, 100 % dos animais reagiram positivamente.

Aspectos de interesse: Hipossensibilização. Princípio de identidade (Isoterapia).

Fenômeno de Schwartzman. Experimento em coelhos da endotoxina de enterobactéria tifosa. CIER A, BOIRON J. Farmacologia Homeopática. Possibilidades de pesquisa em animais previamente sensibilizados. Fenômeno de Schwartzmann. In: Pesquisa Experimental Moderna em Homeopatia – PLAZY M, Ed. Homeop. Bras., Rio, 1969, p. 95-97

O fenômeno de Schwartzman foi observado no ano 1928, após injeção intradérmica de filtrado de cultura microbiana ou de uma solução muito diluída de endotoxina e, após 10 a 20 horas, acrescida de injeção via venosa, seja da mesma solução, seja de filtrado de outra cultura microbiana ou, simplesmente, de uma solução de gelose. Nas horas seqüentes a este procedimento, no local da primeira injeção intradérmica, instala-se violenta reação edematosa hemorrágica, que tende a evoluir, ou para resolução espontânea, ou para necrose.

Deduz-se que a reação hemorrágica local não é específica e que não está ligada a anticorpos, estando estes ausentes no sangue (poucas horas de intervalo). Foi aventada a seguinte hipótese: fase transitória de algum processo biológico desconhecido, do qual participariam: o sistema nervoso neurovegetativo e as glândulas endócrinas. Após 24 horas, a reação torna-se, quase sempre, negativa.

Protocolo experimental: Coelhos recebem injeções intradérmicas de *endotoxina purificada de enterobactéria tifosa* em soluto isotônico de cloreto de sódio. 20 horas depois, a mesma solução (contendo 50 microgramas de endotoxina/ml) é administrada via venosa (0,5 ml por animal); dentro das próximas 5 até 48 horas sucede ou a morte do animal em colapso algico ou reação local que varia desde eritema até a lesão hemorrágica, acompanhada de edema. Outros dois grupos testemunhas recebem, nos 8 dias anteriores ao ensaio, injeções cotidianas intraperitoneais da referida toxina em diluição dinamizada C 7.

Resultado: As reações são mais tardias e mais discretas no grupo tratado, quando comparados ao testemunha.

Aspectos de interesse: Inversão de ação. Princípio da identidade. Situação de hipossensibilização específica (Isoterapia).

Macrófagos. Experimento com sílica em ratos e a síntese de plaquetas.

DAVENAS E, POITEVIN B, BENVENISTE J. Effect on mouse peritoneal macrophages of orally administered very high dilutions of silica. *European Journal of Pharmacology*, 135 (1987) p. 313-319

Devido à evidente influência eletiva da sílica sobre as respostas de defesa e reações inflamatórias, um grupo de autores decide estudar a sua influência na modulação de resposta. O efeito citotóxico da sílica é conhecido e sua ingestão pelos macrófagos leva estes à morte. In vitro, a sílica tem efeito estimulante na produção de mediadores lipídicos pelos macrófagos, se a mesma for adicionada à cultura, em baixas concentrações. O efeito cresce paralelamente ao grau da diluição empregada.

Em ratos, a sílica administrada *per os* em altas diluições dinamizadas exerce influência sobre a síntese do fator ativador de plaquetas, ficando demonstrada a estimulação, ex-vivo, da biossíntese do fator ativador de plaquetas (paf-acether) pelos macrófagos peritoneais destes animais.

Granulócitos neutrófilos humanos. Citologia. Alteração na fixação de corantes, antes e depois da tomada de *Sulfur C 200* pelo doador da amostra.

SEITSCHEK Robert - *Granulocyte reactions after homoeopathic high potencies*. 25th International Homoeopathic Congress, Amsterdam, 1961. In: *The British Homoeopathic Journal*, 111-121 (1961).

O autor estuda especificamente os neutrófilos. Observa aumento das reações de oxidase após altas potências de *Sulfur (C 200)*, demonstrativas de modificações reativas intrínsecas, em organismo submetido à influência de estímulo externo.

Sabe-se em hematologia, que estas reações acontecem em presença de fermentos oxidantes; obtendo-se o indofenol azul através da combinação de dimetilparafenilenodiamina e de alfanaftol, que se destina, na prática, à diferenciação das células mielóides dos tecidos, daquelas do sistema linfático, incluindo os mastócitos.

Procedimento experimental:

- O sangue é colhido do dedo após a puntura com lanceta apropriada.
- Imediatamente a seguir é tomado o medicamento *Sulfur C 200*, 8 gotas via sub-lingual.
- Após 30 minutos, nova puntura.

A escolha de *Sulfur* ou enxofre, é fundamentada na sua caracterização farmacodinâmica capaz de desencadear grandes reações clínicas. A oxidase é fixadora de íons no organismo. Os granulócitos, grupo de leucócitos que contêm granulações específicas no citoplasma e que, nos esfregaços corados pelo Giemsa ou pelo Leishman podem apresentar-se em cor rósea-azulada, traduzem fato demonstrativo da não afinidade pelo corante ácido, nem básico, dos neutrófilos. Quando vermelhos, indicam afinidade pelo corante ácido – a eosina. Quando em azul intenso, denotam afinidade pelo corante básico. As granulações possuem elevado teor em lipídios.

Aspectos de interesse: Alterações metabólicas, considerando que as características tintoriais dependem de propriedades citoplasmáticas intrínsecas, provavelmente acompanhadas de outras alterações, não cogitadas na pesquisa.

Basófilos. Experiência *in vitro*. Inversão de ação de doses reduzidas, ainda ponderáveis.

BELON Philippe (mars 1997) – *Effet de Dilutions Hahnemanniennes sur l'activation des basophiles et autres cellules immunologiquement compétentes*. Journal of the OMHI, N.L., Vol. 11, Juillet 1997, p. 12-18

Inibição da degranulação dos basófilos sob influência da histamina em diluições centesimais hahnemannianas crescentes. A inibição foi registrada nas experiências que empregaram diluições entre C 5 e C 9, sendo constatada inversão da atividade inibidora após adição, ao meio de pré-incubação, da cimetidina na diluição 10^{-5} M (em torno de C 3).

A influência inibidora de histamina diluída dinamizada, notadamente a C 18, correspondente a uma concentração 10^{-36} M, foi confirmada em 6 experiências rigorosamente controladas.

Reação de Schick. Observações pediátricas.

CHAVANON Paul – *Thérapeutique O.R.L. Homoeopathique*, Paris. Éd. Dangles, 1935 p.728-744

Este ilustre otorrinolaringologista francês dedica o último capítulo de seu livro ao tema “*Recherches sur l'Action de la Toxine Diphtérique diluée*”, onde transcreve a sua comunicação de 19.05.1930 à Sociedade dos Hospitais de Paris, sob o título “*Pesquisa de um teste que demonstra, no animal, a ação imunizante de altas diluições da toxina diftérica*”.

Com referência à clínica, explica que a toxina diftérica presta-se a dois objetivos: curar e prevenir. Pesquisa a influência de diluições da toxina sobre a reação de Schick, faz aplicações em série no Hospital Infantil de Paris e constata que somente a partir da ducentésima diluição korsakoviana (200 K), que corresponde aproximadamente à C 11, a reação começa a enfraquecer ligeiramente durante período breve. A diluição C 15 (1000 K), consegue dessensibilizar à prova de Schick quando repetida quatro ou cinco vezes, em intervalos de 1 a 2 semanas. A diluição C 24 (4.000 K), consegue efeito imunizante mais duradouro. Diluições bem mais elevadas levam a um período negativo instável, que decresce até o zero, podendo o período negativo alcançar vários meses. O autor alerta que a reação de Schick não confere imunidade, a qual é obtida com diluição muito acima daquela representada pela própria reação de Schick, ou seja 1/750 e que somente a partir da milésima diluição centesimal começa a se esboçar um efeito imunizante mais ou menos durável, existindo uma zona neutra, inativa sob o ponto de vista de imunização, entre a ação das doses máximas e aquela das doses mínimas.

Com referência aos animais, Chavanon faz experimentação em galinhas, constatando a ação imunizante de altas diluições de toxina diftérica.

Comentário: A contribuição de Chavanon, um otorrinolaringologista, está baseada em apreciável contribuição clínica. Traz o inconveniente de haver adotado a escala de Korsakov, destituída da segurança matemática proporcionada pela escala centesimal hahnemanniana; suas oscilações não a recomendam para um projeto de pesquisa.

Receptores e neuromediadores. Experiências em ratos. Influência da *Ignatia amara* diluída e dinamizada.

DOLISOS (Laboratoire) - *Les Récepteurs de l'Homéopathie*, Paris, 1981 p.14-24

Após considerações sobre o mecanismo dos neurotransmissores e a importância da acetilcolina, é estudada a influência de *Ignatia* (em diluições dinamizadas entre D 3 e 12 CH), cujo princípio ativo principal é a estricnina, sobre os receptores, sobre substâncias excitantes (os ácidos aminados: aspártico, glutâmico, caínico e cistéico), bem como sobre substâncias inibidoras (glicina, beta alanina, taurina e o ácido gama-amino butírico).

Neste ensaio feito em ratos, a *Ignatia* na diluição CH 4 evidenciou capacidade de fixação sobre o receptor glicina, cuja estimulação se traduz através de efeito inibidor sedativo e cujo bloqueio produz fenômenos de excitação, de ansiedade e convulsões. A *Ignatia*, ao retardar a aparição de fenômenos convulsivos conseqüentes à administração de dose tóxica de estircina, provavelmente entra em competição com a mesma.

Em suma, os ensaios feitos com *Ignatia* diluída levam a supor que seus princípios ativos: 1) impedem a fixação de um antagonista endógeno da glicina; 2) agem “mimetizando” a ação da glicina neuro-mediadora natural (agonista parcial da glicina); 3) possuem ação sinérgica ao nível da glicina.

Neurotransmissores. *Gelsemium sempervirens*.

PACHECO H, FONLUP P. *Action de la teinture de Gelsemium sempervirens sur la capture de neurotransmetteurs au niveau de préparations synaptosomales de différentes fractions du cerveau de rat*. Institut National des Sciences Appliquées – Lyon, France. In: *Aspects de la recherche en Homéopathie*, V.1, Lyon, Éd.Boiron, 1983. p.39-50

Ensaio a partir de *Gelsemium sempervirens*, planta extremamente venenosa, cuja intoxicação provoca ao nível do sistema cérebro-espinhal uma reação em duas fases: 1ª) tremores, câimbras, incoordenação; 2ª) paresia, por congestão passiva do cérebro e da medula.

O modelo experimental baseou-se no fato da transmissão nervosa, que consiste na passagem do influxo nervoso de um a outro neurônio da sinapse, efetuar-se pela liberação de um mediador químico o qual, ao se fixar no receptor pós-sináptico, induz um novo potencial energético. Daí, na tentativa de inativar o mediador liberado no espaço intersináptico, a preocupação maior em, por algum meio, reabsorver o conteúdo liberado na vesícula pré-sináptica. A técnica deste procedimento consiste na captura do neurotransmissor ou mediador, através da membrana sináptica, sendo ele um fenômeno ativo (Henn, 1971), ouabaína-sensível (Baldessarini, 1973) e ainda Na e K dependente (Bruinveis, 1975); nestas características estaria a solução da desejada captura. Além disso, o fenômeno de captura depende da temperatura e da adenosino-trifosfatase.

In vitro, esta captura serve-se, ora de segmentos (Shaskan, 1970), ora de homogenatos (Snyder, 1969). Estes pesquisadores reproduzem fielmente os fenômenos *in vivo*, de difícil execução. Quando as células nervosas são destruídas pela trituração, as terminações nervosas reconstituem vesículas chamadas *sinaptosomas*, dotadas de algumas propriedades do neurônio intacto.

Existe paralelismo entre as indicações de certos neurolépticos e o emprego do *Gelsemium* em Homeopatia, motivo porque a tintura do *Gelsemium* e suas diluições motivaram o seu estudo na captura de diferentes neurotransmissores: a noradrenalina, a dopamina e a serotonina, sobre preparações sinaptosomais de diferentes frações do cérebro de ratos.

Os autores concluíram que *Gelsemium* na concentração 10^{-2} provoca forte inibição da captura da serotonina, da noradrenalina e da dopamina, enquanto concentrações C 4 e C 5 largamente prescritas na clínica homeopática, *in vitro* provocam ativação da captura de certos neurotransmissores. Concentrações em torno de 10^{-16} (C 8) e de 10^{-18} (C 9) mostraram-se, praticamente, sem ação no modelo estudado.

Resultados preliminares confirmam que *Gelsemium* e algumas de suas diluições, exercem efeito sobre a captura de neurotransmissores e, em conseqüência, sobre a transmissão nervosa.

Comentário: No polêmico assunto sobre o mecanismo de atuação das doses mínimas, os conhecimentos sobre receptores são decisivos, principalmente quanto aos neurotransmissores. Estes ensaios estão direcionando a homeopatia para a escola córtico-visceral de Pavlov, que atribui importância máxima aos interoceptores e ao córtex cerebral.

Isoterapia. Trypanosoma cruzi.

LOPES RA, NASI AM, RIBEIRO RD, PRADO JR. *Estudo histopatológico de alterações do fígado e coração de camundongos inoculados com T. cruzi e tratados com bioterápico D 30*. Pesquisa Homeopática (Ribeirão Preto SP). Jan/Jun n. 1, 1986 p.14-18

Fígado e coração de camundongos, previamente infectados em laboratório pelo *Trypanosoma cruzi*, são tratados por isoterápico preparado na trigésima diluição decimal a partir de cepa PF do *Trypanosoma cruzi* cultivadas durante 15 dias em meio de Warren a 28°. Os animais, artificialmente infectados, foram distribuídos em 4 grupos de 10.

O grupo 1 recebeu 0,1 ml do bioterápico intraperitonealmente, durante 10 dias, sendo esta série repetida após intervalo de 7 dias. Em seguida, foi desafiado com 2000 formas sangüícolas/grama/peso corporal, da cepa Y do parasita. *Resultado anatomopatológico pós morte: hepatomegalia, hepatócitos com maior volume e com citoplasma flocoso, sinusóides dilatados e núcleo mais volumoso. Ausência de parasitas nos tecidos e no coração.*

O grupo 2 foi inoculado inicialmente com 2000 formas sangüícolas/grama/peso, da mesma cepa de *Trypanosoma cruzi* e, 3 dias depois, recebeu o bioterápico (isoterápico) D 30 durante 10 dias, por via intraperitoneal. *Resultado anátomo-patológico: Hepatomegalia com volume celular e nuclear aumentado, sinusóides dilatados. Coração aumentado. Parasitismo presente nos tecidos, com processo inflamatório reduzido.*

O grupo 3 recebeu injeções intraperitoneais de 0,1 ml de bioterápico D 30 durante 10 dias e, logo no 1º dia, foi inoculado com 2000 formas sangüícolas/grama/peso corporal da cepa Y do parasita. *Resultado: comportamento igual ao do grupo controle 4.*

O grupo 4 recebeu injeções intraperitoneais de soro fisiológico e foi desafiado com cepa do parasita.

Comentário: O ensaio representa importante elo entre pesquisas semelhantes. O termo "bioterápico" deve ser entendido como nosódio ou isoterápico.

Isoterapia. Nosódio de estoque: Trypanosoma cruzi.

GERALDINO JM. *Ensaio clínico com o bioterápico "Trypanosoma cruzi" nas formas crônicas e sintomáticas da "Doença de Chagas"*. Pesquisa Homeopática (Ribeirão Preto SP). Jul/dez (02), 1986 p.49-64

Este ensaio clínico evidencia a influência de um nosódio preparado em D 30 de *Trypanosoma cruzi* em 18 doentes portadores da doença de Chagas crônica comprovada, nas formas cardíaca, esofágica e intestinal. Os doentes receberam 8 glóbulos diários de "T.C. D 30" durante 180 dias, com avaliação após um, dois, três e seis meses. As formas iniciais e intermediárias tiveram resultados mais satisfatórios, apresentando melhora significativa dos sintomas e sinais dos órgãos lesados. As respostas clínicas delinearam-se desde os primeiros dias e prosseguiram até 150 dias. Sem resultados positivos nas formas avançadas. Não foi usado grupo controle, nem xenodiagnóstico.

Comentário: A citação da Instituição de origem dos doentes teria dado mais força à publicação. A pesquisa enfrentou obstáculos e preconceitos. O termo bioterápico, introduzido pela literatura francesa, pode ser substituído por isoterápico ou nosódio.

Pólen misto de gramíneas na febre do feno ou rinite alérgica.

REILLY David Taylor, McSHARPY Charles, TAYLOR Morag A, AITCHINSON Tom. *Is Homoeopathy Placebo Response? Controlled Trial of Homoeopathic Potency, with Pollen in Hay Fever as Model*. The Lancet, Oct 18, 1986 p.881-885

Ensaio randomizado, com duplo cego e placebo, visa evidenciar o efeito das diluições hahnemannianas, a partir de substância composta de pólen de gramíneas, em 144 portadores de febre do feno ativa. A droga usada foi potencializada até C 30 ou 10^{-60} , ponto em que, teoricamente, não resta nenhuma molécula original da substância-base.

Os pacientes que receberam altas diluições dinamizadas manifestaram importante redução dos sintomas de referência da prova. A resposta favorável tornou-se mais significativa quando suplementada pela contagem de pólen e pela necessidade de anti-histamina para alívio do doente, mostrando-se mais evidente na fase pós-tratamento. Aconteceram picos fugazes de agravação de sintomas, habituais no emprego de altas dinamizações, capazes de gerar interpretações equivocadas sobre os resultados observados.

Comentário: O trabalho original destes autores é o mais perfeito até hoje realizado na área das rinites alérgicas, merecendo a atenção dos alergologistas e otorrinolaringologistas.

Imunomoduladores convencionais, em nova maneira de uso.

BASTIDE Madeleine, BOUDARD Frederic. Laboratory of Immunology, Faculty of Pharmacy, University of Montpellier 1, France. *High dilutions as a tool of immunomodulation*. 1995.

O artigo propõe novo modelo de imunomodulação adotando, em vez de novas moléculas ou extratos, uma forma nova de uso das substâncias já convencionais, para modular a resposta imune. Entre elas, o *hormônio tímico*, que induz a maturação dos linfócitos T e a bursina que participa da maturação do linfócito B e das citoquinas. Confere enfoque especial à *timulina* e ao *interferon natural* de camundongo ou bursina, sendo ainda testados outros hormônios tímicos e, especialmente, a interleucina 2.

Para conseguir estas informações, foram estudados os efeitos das altas diluições preparadas segundo farmacotécnica homeopática. Os resultados indicaram que as diluições seriadas despertaram atividade imunomoduladora, tanto mais evidente quanto mais elevado o grau de desconcentração da substância-teste, com capacidade para transmitir sua informação às células-alvo ou organismos, conforme observado em galinhas bursectomizadas que receberam bursina em alta diluição.

Os pesquisadores concluíram que a regulação da atividade de sistemas biológicos envolve muito mais a noção de *informação* do que a *quantidade* de moléculas recebidas.

Comentário: As afirmações dos autores ocultam uma revolucionária verdade que se adapta à Endocrinologia e especialmente aos desastrosos esquemas de reposição hormonal, habituais na menopausa. Convém a pergunta: é o hormônio injetado que realmente prevalece ou são mais importantes as estruturas em vias de falência, necessitadas de estímulo específico para prosseguirem funcionantes?

Apis mellifera e Pulmo-histaminum na degranulação de basófilos

POITEVIN B, DAVENASE E, BENVENISTE J. *In vitro*. *Immunological degranulation of human basophils is modulated by histamine and Apis mellifica*. Br. J. Clin. Pharmac. (1988). 25, p. 439-444

Experimentos, incluindo duplo cego, observam o efeito de dois importantes medicamentos: o *Pulmo-histaminum* (nosódio heterólogo de estoque, preparado a partir de pulmão de cobaia em processo de choque anafilático provocado) e o *Apis mellifica* (medicamento preparado a partir da abelha triturada) que, ao serem

empregados no tratamento de doenças alérgicas e igualmente *in vitro*, atuam sobre a degranulação dos basófilos.

A degranulação induzida por anticorpo anti IgE ($1,66 \times 10^{-9}$ M) foi significativamente inibida na presença de *Pulmo-histaminum* nas diluições C 5 (redução de 28,8% da reação) e C 15 (28,6% de redução de atividade, assim como na presença de *Apis mellifica* em C 9, cuja redução alcançou 65,89%) .

Em condições modificadas, sendo a degranulação induzida, por exemplo, com anticorpo anti IgE em valores $1,66 \times 10^{-18}$, o percentual de inibição consegue alcançar 100% tanto para *Pulmo histaminum* C 18, como para *Apis mellifica* C 10.

Os autores referem curva alternante de inibição, inatividade e excitação, ao testarem basófilos previamente incubados na presença das diluições seriadas dos medicamentos testados.

Degranulação de basófilos

DAVENAS E, BEAUVAIS F, AMARA J, OBERBAUM M, ROBINZON B, MIADONNA A, TEDESCHI A, POMERANZ B, FORTNERS P, BELON P, SAINTE-LAUDY J, POITEVIN B, BENVENISTE J. *Human basophil degranulation triggered by dilute antiserum against IgE*. Nature, 30 June 1988 Vol. 333 Issue no. 6176, p .816-817

O granulócito basófilo, com IgE na superfície, quando exposto a anticorpos anti-E, libera histamina de seus grânulos intracelulares e modifica suas propriedades corantes.

Benveniste, o principal responsável pela pesquisa, toma o anticorpo anti-IgE capaz de agir sobre os basófilos e o submete a diluições e sucussões até sexagésima centesimal, ou seja 10^{-120} , afirmando que o anticorpo anti-IgE, assim processado, continua a agir sobre os basófilos. Tal fenômeno ocorre com diluições do anticorpo anti-E na faixa de 10^{-2} a 10^{-120} (ou C 60), teoricamente destituídas de moléculas da substância base. Além desses limites ocorrem sucessivos picos de degranulação de 40 a 60 % dos basófilos. Os autores levantam a hipótese de transmissão de informação biológica segundo nova organização molecular da água, condicionada pela violenta sucussão a que é submetida. No contexto apresentado importa, sobretudo, o fato da água sucussionada, por si mesma, sem o princípio inicial ativo, não ser capaz de provocar degranulação de basófilos.

Comentário: A publicação deste artigo foi motivo de escândalo e de acirrada discussão na comunidade médica. Benveniste confirmava que determinada substância ativa é capaz de transmitir ao diluente, em determinadas condições, suas propriedades, tornando o diluente ativo, mesmo após o desaparecimento da molécula ativa no decurso das diluições sucessivas até serem alcançadas desconcentrações extremamente altas. A hipótese da transmissão da informação biológica à água, vem sendo atribuída ao atrito (ou fricção) intermolecular, entre soluto/solvente, procedimento este que propiciaria liberação de energia. A trituração, responsável por novas formas de partículas da matéria, é assunto antigo em física e na química industrial.

ISOTERAPIA

Isoterapia em definição de Landouzy. Razões do seu exercício entre os homeopatas. Alérgenos como agentes terapêuticos. Literatura existente. Terminologia. História. Contribuições de Lux, Hering, Stapf e Collet. Auto-dinioterapia autonômica de L. Cardoso. Hipossensibilização e desintoxicação através do semelhante e do idêntico. Características da Isoterapia.

O médico e o estudo da Farmacologia

Na condição de principal ferramenta do médico, todos os aspectos atinentes ao medicamento precisam ser conhecidos e interpretados, dentro dos avanços científicos atuais, considerando que muitos mistérios envolvem a Farmacodinamia. A antiga afirmação atribuída a Claude Bernard diante das incógnitas do seu tempo, recomendando ao médico preocupar-se prioritariamente “*como as coisas se passam e não por que elas acontecem*”, traduz a dificuldade do clínico em acompanhar o ritmo dos novos conhecimentos científicos. Devido ao progresso e acúmulo de descobertas, sobreveio a fragmentação da Medicina em especialidades e subespecialidades, confinando o exercício médico a setores orgânicos, compensado de certa forma pela disponibilidade de recursos sofisticados a favor do doente. Reduziu-se o horizonte das generalidades, distanciando o médico da família. Além disso e apesar dos recursos tecnológicos, o médico não consegue dispor do tempo suficiente para se aculturar o quanto gostaria, escravizado aos deveres e urgências de natureza prática, inviabilizando o conhecimento mais profundo de setores afins, notadamente a Farmacologia, tornada um privilégio, senão monopólio dos farmacólogos. As organizações farmacêuticas demonstram justificado interesse em assumir a tarefa de coletar e transcrever os dados farmacológicos essenciais, na forma de bem elaborados dicionários portáteis, no intuito de facilitar a vida do médico, o qual acabou se acomodando à situação.

Isoterapia, um recurso terapêutico pouco conhecido

São apresentados à classe médica os resultados de experiência pessoal e chamada a atenção para as possibilidades de um recurso terapêutico eficaz e pouco dispendioso, útil em situações onde o arsenal enantiopático e alopatóico está desarmado. O recurso da Isoterapia, confundido com Homeopatia, mostra-se sobremaneira oportuno no momento atual, considerando a expansão das doenças profissionais causadas pelo contato aos alérgenos, os problemas coletivos conseqüentes da poluição ambiental e a generalização dos conservantes alimentares.

Conforme registros apresentados em congressos médicos, cerca de 60% dos profissionais de Odontologia apresentam algum tipo de dermatose reacional de contato e considerável número deles encontra no distanciamento do alérgeno, a única solução do problema, conduta esta que significa abandono da atividade profissional. Uma comissão européia foi constituída para se ocupar, especificamente, das complicações alérgicas devidas às sandálias modelo “havaianas”, apreciadas no mundo inteiro. Os problemas tóxicos, iatrogênicos e de hipersensibilidade preocupam a sociedade e, em particular, a Medicina do Trabalho. Assim, quando é rebuscado um recurso terapêutico bissecular, baseado no emprego de altas diluições do próprio alérgeno, ou tóxico, eficazes e ao alcance de qualquer cidadão, a proposta gera um clima inverossímil. Difícil é acreditar que recursos úteis

à comunidade continuam ignorados em função da negligência, capricho e das maravilhas técnico-científicas. Afinal, os grandes progressos da humanidade costumam acontecer em meio de muito ruído, enquanto a Isoterapia, em sua afrontosa simplicidade, parece pouco convincente quando comparada às novidades eletrônicas do terceiro milênio.

Louis Landouzy, eminente médico francês (1845-1917), professor de Terapêutica da Faculdade de Paris, Membro da Academia de Medicina, autor de trabalhos marcantes sobre doenças nervosas, a seroterapia, a sífilis e a tuberculose, assim definiu o recurso cuja experiência pretendemos transmitir:

*“ISOTERAPIA. Método terapêutico que, considerando as igualdades de potência, de ação e de força, procura induzir os elementos, os homens, os animais e os vegetais – em uma palavra, as causas que produziram a doença – a promoverem a cura”*²².

A manipulação do remédio isoterápico

O remédio isoterápico, geralmente uma ultradiluição do alérgeno, não costuma figurar no estoque de farmácias comuns. Baseia-se no fator causal corretamente identificado pelo médico através de testes e anamnese. Exige equipamento reduzido de baixo custo, todavia projetado sob critérios rigorosos. O medicamento isoterápico requer senso de responsabilidade. A estrutura dos laboratórios de manipulação obedece a normas e legislação específica, sob direção de farmacêutico especializado na área homeopática, considerando que a farmacotécnica hahnemanniana é comum aos medicamentos homeopáticos e aos isoterápicos. Os parâmetros de controle de qualidade diferem daqueles válidos em alopatia. A técnica das ultradiluições das substâncias-bases é delicada e desvios mínimos da metodologia inutilizam a validade do produto final e, em decorrência, o esforço do médico que o prescreveu. A menor distração ou interrupção, obriga ao recomeço do processo técnico. A confiabilidade do produto depende sobretudo da competência e da seriedade de quem o executa, do método adotado e da aparelhagem adequada. O controle direto da substância medicamentosa foge aos recursos químicos habituais. Hahnemann, autor do método das diluições dinamizadas e que, a princípio, preparava ele mesmo os medicamentos destinados a seus pacientes, não tardou a ser alvo de severas críticas da parte dos profissionais farmacêuticos. De lá para cá, persistem iguais dificuldades, sendo considerado ilegal o fato de um médico preparar o remédio para um cliente. Na verdade, o procedimento configura-se antipsicológico para o doente e antiprático para o médico que o executa excepcionalmente, quando premido pelas circunstâncias. Para a tarefa existem profissionais especializados na área e laboratórios bem equipados, ao menos nas grandes cidades. No interior, a preparação das ultradiluições hahnemannianas representa um problema sério, a ponto de inviabilizar o seu emprego. O profissional de zona rural, quando instruído na metodologia hahnemanniana, obriga-se ao conhecimento farmacotécnico, sob risco de falta por omissão, em casos imprevisíveis de emergência.

O motivo do recurso isoterápico prevalecer entre médicos homeopatas

Sendo Isoterapia um recurso que emprega o alérgeno em doses mínimas, o fato explica a sua origem entre médicos homeopatas, os únicos conhecedores da farmacotécnica hahnemanniana e do poder dinâmico curativo das doses imponderáveis dinamizadas, aliados ao princípio da igualdade. Hahnemann mostrou-se hostil frente aos discípulos, cuja atenção deixava-se desviar em direção a outros critérios de prescrição de doses mínimas, que não o homeopático, e não ocultava seu ressentimento frente aos praticantes da, então, chamada Isopatia e que, atraídos pela comodidade e imediatismo, adotavam-na de modo indiscriminado, alheios à lei da semelhança - esta

²² LAROUSSE DU XXe SIÈCLE. Vol. IV. Paris. Maison Larousse. 1931. P.123

sempre dependente da trabalhosa anamnese é do conhecimento da Matéria Médica Homeopática, imprescindível à homologação patogênica. Esta postura era justificável, considerando a grande luta do mestre de Meissen na divulgação e implantação do método terapêutico inovador puro, a exigir de seus seguidores uma invulgar disciplina e devotamento.

O questionamento sobre a não generalização do método isoterápico à classe médica, de forma desvinculada do homeopata, tem vários fatores explicativos. Os problemas inerentes às doses mínimas, o interrogatório individualizante e abrangente, acrescidos pela necessidade do conhecimento das complexas patogenesias, sobrecarregam o médico decidido a prescrever dentro da lei da semelhança, subtraindo-lhe tempo disponível ao proselitismo junto a colegas adeptos de outros procedimentos e, se isto não bastasse, a opção pela lei da semelhança e das doses exíguas custasse, com frequência, a ironia, a crítica e o preconceito dos colegas de classe. Ele próprio tem consciência de que a Isoterapia representa prática paralela diferente, válida, porém não homeopática no sentido hahnemanniano, preferindo não dispersar seus esforços.

O profissional alopata, de sua parte, habituado às doses maciças, nem sempre encontra razão para adotar uma sub-prática que emprega doses impalpáveis, ainda cognominadas de “doses homeopáticas”.

Várias contribuições da autora, versando sobre hipossensibilização isoterápica, foram encaminhadas a congressos nacionais e internacionais. Em 1974 uma comunicação enviada ao Congresso Brasileiro de Alergologia, conforme confissão ulterior, pessoal e pública, de professor integrante da comissão julgadora dos trabalhos, foi relegada ao lixo; algumas horas depois desta decisão, razões estranhas levaram este professor a rebuscar o material desprezado, a fim de resgatar o texto e incluí-lo no programa, o que não acontecera a tempo de sustar a comunicação de recusa já enviada à autora, a qual perdera a oportunidade de divulgar a sua experiência. A recusa dessa contribuição não impediu novas tentativas.

Em 1975 foi apresentado ao VIII Congresso Ibero-Latino-Americano de Dermatologia realizado em El Salvador, CA, outro trabalho - “*Isoterapia pelo Petróleo em dermatoses provocadas por seus derivados* -” que atraiu numerosa platéia e despertou grande curiosidade. As perguntas e comentários imediatos desenvolveram-se nos corredores, gravitaram em torno do modo de preparação da diluição C 12 e o interesse real pela apresentação somente veio à tona três anos depois, quando, no ano 1978, durante IX Congresso Ibero-Latino-Americano de Dermatologia, realizado em Medelin, na Colômbia, os mesmos especialistas que assistiram à comunicação anterior se reuniram em grupos informais em torno da autora a fim de questionar o citado trabalho do conclave anterior. O fato mostra quão difícil é a assimilação de um procedimento que foge aos padrões consagrados pela rotina acadêmica. Os colegas confiaram na apresentação anterior, sem estarem prontos para aceitá-la. Em Medelin foi feita nova comunicação sobre ultradiluições em doença profissional, intitulada “*Ginecomastia por inalação de valerinato de estradiol*”, cuja transcrição encontra-se na Parte III do presente texto.

Fatores que desestimulam a adoção de doses mínimas.

A não disponibilidade em estoque de produtos oriundos de todos os alérgenos, justificada pela imprevisibilidade, gera impasses de natureza prática a serem resolvidos à revelia de normas éticas, obrigando o médico a dispor de equipamento próprio, de material mínimo, esterilizado, para atender a situações de urgência.

Na época atual, continuam válidos os seguintes argumentos contrários às doses mínimas:

1. As doses mínimas imponderáveis, “homeopáticas” ou não, esbarram frente à muralha psicológica dos colegas enantiopatas e alopatas, sob alegação de absurdas, inaceitáveis e impossíveis de atuar.
2. As doses mínimas hahnemannianas não são detectáveis nos métodos comuns de análise química.

3. Sob forma de gotas e paladar alcoólico, tornam o público leigo, acostumado às formas volumosas e comercialmente sofisticadas dos produtos alopáticos e enantiopáticos, relutante em aceitá-las.
4. O preço irrisório, responsável pelo lucro reduzido, desestimula o interesse comercial e afugenta a figura colaboradora do farmacêutico.
5. Obedecendo à prescrição *individualizada* (lei da semelhança), ou baseada na *identidade do fator desencadeante* (isoterapia, princípio da igualdade), as doses mínimas prescindem da propaganda comercial nos moldes alopáticos.
6. Muitos profissionais e leigos ainda supõem a necessidade da fé para que as altas diluições atuem.

Literatura existente

A abordagem do tema *Isoterapia* obriga à revisão de antigüidades médicas onde termos e definições se confundem, renovam e fatos são redescobertos, em sucessão de querelas e contradições que inviabilizam a sua compreensão da parte dos profissionais desinformados que, se esclarecidos fossem, e tivessem a oportunidade para melhor atenção, transformariam os rumos da Terapêutica humana. Inexiste uma obra isolada abrangente e satisfatória em torno do assunto, devendo o mesmo ser pesquisado em vários textos onde, entre equívocos e tropeços, o médico interessado consegue finalmente alcançar um raciocínio conclusivo razoável.

A Isoterapia nasceu, na verdade, com o nome de Isopatia e, na sua história inicial destacaram-se três personagens: Hering, Lux e Stapf. Muito tempo depois, após haver caído no esquecimento, a Isopatia foi reabilitada graças ao trabalho de Collet.

Em 1912 Léon Vannier, na França, rebatiza a Isopatia com o nome de Isoterapia, termo este já introduzido na Medicina. Anota as concepções de A. Nebel sobre estados de intoxicação hereditária ou adquirida, relacionando-os aos quadros “miasmáticos” e aos nosódios respectivos: *Psorinum*, *Syphilinum*, *Medorrhinum* e *Tuberculinum*.

Em 1923, no Brasil, Licínio Cardoso, professor de Homeopatia, Sociologia, Matemática e Filosofia, adaptou à Homeopatia importantes concepções relacionadas à *lei universal da equivalência*, admitindo que a justaposição de dois sistemas complexos, do doente e do fármaco, induz, através dos ciclos de aferentização, o movimento de reequilíbrio no sentido da cura. Acrescenta uma técnica original de preparação isoterápica, defendendo a auto-dinio-terapia sangüínea, injetável via intramuscular.

Em 1934 I. M. Munoz publica estudos sobre as modificações da fórmula sangüínea pelo emprego da Isoterapia e de medicamentos homeopáticos.

Em 1947 P. Brotteaux publica texto onde considera que a “Isopatia deriva da Homeopatia pelo fato de estar fundamentada na pesquisa do verdadeiro *simillimum*” - contrariando, frontalmente, o significado original do termo.

Em 1967 é editado por Robert Parrot o melhor estudo sinóptico sobre o tema, intitulado “*L’Isothérapie dans sa forme individuelle*”, onde o autor apresenta o assunto de forma concisa e completa, resolvendo o problema dos comunicados fragmentários e repetitivos, pioneiros sobre o assunto.

Terminologia

O termo *Isoterapia*, assim como o antigo *Isopatia*, não consta no Códex Médico de Classificação. Um exemplar da obra de Collet, de grande interesse histórico e extremamente rara, publicada em 1898, encontra-se no museu da Biblioteca da Universidade de São Paulo, sem constar nas fichas indicadoras de assuntos, pelo fato de não corresponder aos títulos do Códex. O seu acesso é possível somente através do nome do autor. A obra se enquadraria na área da Homeopatia, da Imunologia, da Imunoterapia ou, se esperarmos um pouco mais, na Imunomodulação. Um

detalhe não deve ser omitido: lidamos com uma especialidade terapêutica capaz de ser aplicada na maioria das outras especialidades.

A recomendação mediante o verbo no condicional decorre do fato da obra de Collet ser antiga, quase uma velharia, contendo conceitos médicos superados e em desuso, agravados pelo termo *Isopathie* no título; talvez esteja justificada a permanência da obra no museu, onde sempre esteve, até que os conceitos se acomodem por si mesmos.

Para prosseguir, indispensável é esclarecer a nomenclatura das designações: *isos = igual*, *páthos = sofrimento*, que compõem o termo *Isopatia*, evidentemente inadequado. Para completar o significado de “tratamento” pela própria doença ou seus produtos, falta-lhe a designação *therápéia = tratamento*. No caso da *Homeopatia*, a falha foi superada por força do uso e da tradição, ao modo do que sucedeu com *Ortopedia* e *Pediatria*. A palavra *Homeoterapia* teria sido mais adequada. A designação *Isopatia*, ainda repetida em dicionários leigos e médicos, não se justifica, principalmente porque existe a disponibilidade do termo adequado *Isoterapia* simbolizando tratamento pelo mesmo agente que provocou a doença e que subentende fatores de diferentes reinos da natureza - animais, vegetais e minerais. Sobretudo, porque foi proposto por autoridade médica alopática, na pessoa de um professor de terapêutica da Faculdade de Paris.

O termo *Isopatia*, no entender dos seus iniciadores históricos, diz respeito a qualquer produto próprio do doente, sem considerar se o material colhido é, realmente, o produto patológico final de excreção. O procedimento foi de tal modo generalizado e abusado, a ponto de levar ao descrédito os adeptos e o método em si. Comprometeu indiretamente a *Homeopatia*, conforme pressentiu seu fundador o qual, com razão, jamais aprovou o procedimento isopático.

O moderno *Dicionário Médico de Stedman*, traz definição inadequada, conceituando *Isopatia* como “tratamento de doença por meio do agente causal ou um produto da mesma doença, ou de um órgão doentio pelo extrato de um órgão semelhante de um animal sadio”. Esta definição mista confunde *Isoterapia*, *Isopatia* e *Opoterapia*, estando incorreta.

O *Dicionário Médico de Blakiston* define a *Isopatia*: “Tratamento de uma doença pela administração do agente causador ou de seus produtos, como o tratamento da varíola pela administração de matérias variolosas”. Esta definição está correta, mas se presta a polêmicas, visto as citadas matérias variolosas serem expressão antiga referente à vacínia ou varíola das vacas, a partir da qual é preparada a vacina preventiva da varíola humana. A definição, praticamente, equipara a *Isopatia* à vacinoterapia. O emprego do material pustuloso oriundo do próprio doente e modificado segundo normas farmacotécnicas hahnemannianas, caracterizando a *Isoterapia* ou a inadequadamente chamada *Isopatia*, não tem referência nos textos médicos acadêmicos.

Enfim, o mais popular “*Dicionário Aurélio*” diz que “*Isopatia é um sistema de curar as doenças por meios iguais às causas delas*” ... e recomenda compará-la à *Homeopatia* e à *Alopatia*. Constata-se que um dicionário popular não médico, conseguiu formular a definição lacônica mais perfeita de todas e, em acréscimo, alerta para as diferenças em relação a outros procedimentos.

É lastimável que o termo *Isopatia*, tão incorreto e restrito ao emprego de produtos patológicos oriundos da própria doença, ocupe espaço indevido em dicionários ilustres, em detrimento do termo *Isoterapia*, etimologicamente correto.

A enciclopédia de Medicina, “*Larousse de la Médecine*”²³, publicada em 1972, apresenta a melhor versão sobre o tema em foco, que dispensa comentário:

“*ISOTERAPIA. Método terapêutico empregado sobretudo pelos médicos homeopatas, consistindo em administrar a um doente, em doses diluídas e dinamizadas, a substância que provocou, em parte, os sintomas mórbidos (ex. asma, eczema, estados alérgicos).*”

²³ LAROUSSE DE LA MEDECINE - Domart A, Bourneuf J. et colls., V.2, p.195 Canadá, Libr. Larousse, 1971

Os medicamentos podem ser preparados:

- a) *a partir de produtos ou de substâncias utilizadas ou encontradas na vida corrente: alimentos, produtos de limpeza, de toalete, tinturas, etc.*
- b) *a partir de medicamentos alopatas que tenham provocado reações no doente;*
- c) *a partir de cultura de micróbios isolados do próprio doente;*
- d) *enfim, a partir de produtos humorais oriundos do próprio doente ou ainda de suas secreções ou excreções (sangue, urina, pus, etc.)”*

A contribuição de LUX. História da Isoterapia

Johann Joseph Wilhelm Lux (1776-1849) nasceu em Oppeln, na Silésia. Estudou Veterinária em Breslau e depois, em 1800, na Escola Civil de Veterinária de Berlim. Em 1803 iniciou estudos de Medicina e Ciências Naturais em Leipzig. Doutorou-se, no ano 1805, em Medicina e Filosofia e, desde 1806 foi professor de Ciências Veterinárias na Universidade. Somente a partir de 1820, após tomar conhecimento dos escritos de Hahnemann, começou a estudar e a praticar a Homeopatia, aplicando o novo método em medicina veterinária, com tanto êxito que se tornou propagador da homeopatia veterinária. Em 1831 recebeu solicitação escrita de um criador rural húngaro que buscava socorro homeopático para seus animais acometidos de carbúnculo e de mormo. Diante do problema, visto ainda não conhecer nenhum recurso homeopático contra estas epidemias e impossibilitado de indicar um *simillimum*, Lux recomendou preparar diluição dinamizada na C 30 a partir de 1 gota de sangue de animal atingido pelo carbúnculo, e a partir de muco nasal no caso de mormo; o preparado deveria ser administrado a todos os animais, sadios e doentes. A recomendação resultou em sucesso total.

Lux divulga seu novo método em 1823 e o publica em 1833, motivando o surgimento da vacinação coletiva mediante o uso de isotéropicos. Argumenta que todas as doenças portam em suas próprias substâncias, o recurso para a cura. Propala a utilização, em terapêutica, do próprio agente mórbido diluído e dinamizado, segundo o princípio *Aequalia aequalibus curantur*. Propõe ainda o emprego, em forma diluída e dinamizada, de remédios tornados iatrógenos devido ao abuso de consumo, a exemplo do enxofre, então em voga, tornando-se o precursor da Isoterapia no verdadeiro significado atual, pela utilização de produtos químicos.

Coube a Lux o pioneirismo da utilização das ultradiluições no propósito terapêutico válido nas intoxicações e em situações iatrogenizantes.

Contribuição de HERING

Constantin Hering (1800-1880) nasceu em Oschatz, na Saxônia. Desde cedo, foi orientado para a matemática e as ciências naturais. Pretendendo estudar cirurgia foi a Dresde, depois a Leipzig. De inteligência privilegiada, tornou-se assistente de Robbi. Quando este professor foi procurado pelo editor Baumgartner, a fim de solicitar a elaboração de um livro que se constituísse num libelo capaz de causar a refutação completa da Homeopatia, encarregou o assistente Hering para o cumprimento da tarefa. Hering passou então a estudar as obras de Samuel Hahnemann, no intuito de reunir argumentos condenatórios, empolgando-se, pouco a pouco pelo assunto. Tornou-se interessado, depois convencido, depois adepto, a ponto de sustentar uma tese de doutorado sobre a então nova terapêutica. Foi desaprovado pelo seu mestre na intenção, porém sustentou a sua tese em 1826, tornando-se homeopata. Em 1827, em companhia do naturalista Weinhold, parte para o Surinam, a Guiana Holandesa, onde permanece durante 6 anos exercendo a Medicina homeopática e onde se dedica a pesquisas de história natural. Data de 1831 o seu célebre estudo patogenético sobre *Lachesis*. Toma conhecimento dos estudos de Lux, admite-os e adota o emprego de remédios preparados a partir de excreções e secreções patológicas. Em 1835 chega à Filadélfia,

nos Estados Unidos, onde funda a “*Academia da América do Norte para a Arte Médica pela Homeopatia*”, em Allentown, tornando-se esta a primeira instituição de ensino de Homeopatia no mundo. Em 1848 esta escola é transferida para Filadélfia, sob o nome de *Colégio Médico Homeopático da Pensilvânia*. Suas atividades docentes prosseguem no *Hahnemann Medical College*. Torna-se o fundador do *Instituto Americano de Homeopatia*. Sua obra considerável inclui a Enciclopédia de Matéria Médica “*Guiding Symptoms*”.

Hering admite que cada doença traz em si o seu germe, seu remédio e seu profilático. Além do *Psorinum*, obtido da vesícula escabiótica, experimenta o *Varioline* e *Vaccinine* na qualidade de nosódios preparados a partir das excreções e secreções patológicas. Em 1879 publica monografia sobre *Hydrophobinum* ou *Lyssine*. Experimenta o fosfato de cálcio, o flúor, o cloro, o ácido carbônico, o oxigênio e outros gases. Estuda o ferro, o manganês, o enxofre, o fósforo, ácidos, sais de potássio, sais de sódio, preconfigurando as idéias de Schussler sobre os sais bioquímicos ou remédios dos tecidos.

Hahnemann estava ciente dos trabalhos de Lux e de Hering, mantendo opinião indefinida acerca da então Isopatia. Benevolente a princípio, acabou se mostrando declaradamente hostil aos seus adeptos. Faz referência ao método na edição do *Organon* de 1833 e na edição póstuma, que corrigira em 1842, onde afirma que a pretensão de curar, através de potência patogênica rigorosamente igual, é contrário ao bom senso e, também, a toda experiência.

Contribuição de STAPF.

Johann Ernst Stapf (1788-1860), nasceu em Naumburg, na Saxônia prussiana. Estudou Medicina na Universidade de Leipzig. Sempre se interessou de modo especial pela química. Percebendo o preconceito de seus mestres Clarus e Rosenmuller em relação ao *Organon*, interessou-se pela leitura desta obra. Acabou sendo o primeiro e o melhor aluno de Hahnemann, do qual se separou somente após a morte deste. Foi ardente defensor de Lux e de Hering. Fundou, em 1822, a primeira revista homeopática (*Archiv fur die homoeopathische Heilkunst*). Em 1837 foi chamado à Inglaterra para assumir o tratamento da Rainha Mãe, desenganada pelas sumidades médicas da época, conseguindo modificar favoravelmente o prognóstico. Passou a maior parte de sua vida exercendo a profissão no lugar em que nasceu. Defendeu a norma de administrar ao doente a substância retirada dele próprio, tornando-se o promotor da *auto-isoterapia*.

O trabalho de COLLET

Thomas Jean Michel Collet nasceu na França em 1824. Tornou-se bacharel em Ciências no ano 1844 e, em 1853 formou-se em Medicina em Paris, onde defendeu tese de doutorado sobre a miopia e presbiopia. Exerceu a Medicina na capital francesa durante 12 anos, período durante o qual se vinculou aos padres dominicanos, assumindo o noviciado em 1864, aos 40 anos de idade. Nesta época, teve oportunidade de acompanhar o trabalho do Dr. Gross e de testemunhar importante cura homeopática que o convenceu sobre a ação das diluições dinamizadas e o tornou homeopata desde 1865, quando passou a estudar a metodologia hahnemanniana. A Isopatia estava esquecida em seu tempo e, segundo próprias declarações, nenhum daqueles médicos homeopatas que conhecera, mencionou o assunto. Tudo indica que o fator responsável pelo descrédito e abandono a que foi relegada a Isopatia pela classe médica, decorreu de exageros e uso indiscriminado de secreções e excreções, sem a preocupação de investigar se estes produtos representavam ou continham em si a real causa da doença, transformando-se o procedimento em panacéia.

Em 1870 Collet foi ordenado sacerdote, aos 46 anos, em época e ambiente de grande conturbação política, inclusive movimento militar e massacres, tendo escapado de um destes acompanhado de soldados desmobilizados e que referiam ocorrência de varíola fatal nos locais de procedência.

Collet foi convocado pelo superior do convento para vacinar os soldados, a comunidade local e os noviços. Não havia disponibilidade das necessárias vacinas e nem meios para consegui-las; aliás, estas eram de difícil obtenção em tempos normais. Lembrou-se então Collet do artigo de um jornal onde Pierre Jousset, de Paris, relata o sucesso da vacinação dos jovens de uma oficina, que receberam a vacina diluída na quarta centesimal (C 4 ou 10^{-8} , ou 0,00000001). Preparou ele mesmo a quarta diluição centesimal de uma vacina conseguida, chamando-a de *Vaccinum 4*. Providenciou e distribuiu soluções de 1 litro de água acrescidas de 10 gotas de *Vaccinum C 4*, a serem tomadas em colheradas 2 vezes ao dia, entre as refeições. No 7º dia vários noviços apresentaram erupções vesiculosas discretas, sobretudo ao nível do pescoço e regiões cerradas pela roupa, além de mal-estar geral, anorexia e febre, manifestações estas interpretadas como efeito da vacina. O pároco local solicitou a Collet a distribuição da vacina à freguesia, depois aos habitantes da região de Flavigny, onde cada família recebeu 1 litro da diluição. Grande número de pessoas apresentou aquelas manifestações cutâneas e sistêmicas antes observadas nos noviços, de caráter transitório e não houve nenhum caso de contágio. Dois meses mais tarde, tendo eclodido epidemia de varíola em Marmagne, Collet foi novamente requisitado.

Em 1873 Collet deixou Flavigny-sur-Ozeran para assumir missão na Ásia Menor, na cidade de Mossoul, construída no local da antiga Nínive, então com cerca 40.000 habitantes e um único médico militar turco. Nesta cidade, dedicou-se à clínica e aplicou a Isopatia. Dificuldades de aclimação obrigaram-no a retornar à França em 1877. Após viver em Langres até 1883 transferiu-se para Havre onde permaneceu durante 20 anos, nunca deixando de atender à comunidade com o seu procedimento. Aos 74 anos escreveu e publicou a própria experiência. Chegou a conhecer as querelas homeopáticas da época de Pasteur e o advento das vacinações preventivas e curativas, assistindo aos primeiros sucessos da seroterapia. Em 1903, tendo a congregação religiosa a que pertencia, se dissolvido, exilou-se em Aubange, Luxemburgo, onde faleceu em 1909.

Enquanto Hering e Lux são considerados os iniciadores da Isopatia, ou Isoterapia, Collet é considerado o seu fundador. Ele redescobriu-a após várias décadas de esquecimento e decadência. A sua obra "*Isopathie, Méthode Pasteur par voie Interne*" passou a constituir ponto de referência a qualquer pesquisa sobre o assunto.

Collet relançou a Isopatia na França. Em seu livro, avalia a terapêutica dominante de seu tempo e lamenta os tristes resultados e a falta de diretrizes na prescrição médica da época. Valoriza a correspondência de sinais do doente e dos fármacos, capazes de estabelecer uma lei básica de cura. Teve idéias originais e estabeleceu alguns preceitos. Argumenta que, para curar, é preciso que nem tudo esteja universalmente doente e que restem partes sadias, funcionantes, para viabilizarem o restabelecimento do organismo; o idêntico ou análogo ao agente mórbido, em doses mínimas, despertaria nas partes sadias as virtudes reativas capazes de, através do sistema nervoso e do sangue, reverter as partes doentes. Não rejeita nem Alopatria, nem Homeopatia, faz comparações e chega a subordiná-las a um mesmo princípio de cura. Segundo ele, o organismo se compõe de funções e estruturas hierarquizadas entre si, possuindo ações recíprocas impulsionadas pela força vital; para manter o equilíbrio, o organismo faz uso da força de eliminação ou de reação que, acrescida à força de assimilação, integra a força de conservação; a força de eliminação estaria alterada em consequência de defeito ou exagero; um sintoma representaria o resultado da realização anormal de uma função natural originariamente normal.

Collet colhia secreções do próprio doente, julgando que as mesmas incluíam toxinas hereditárias e adquiridas, assinalando-se que empregava somente diluições de Korsakov, também chamadas diluições de frasco único. Para ele a secreção especial oriunda de um órgão estaria saturada de elementos mórbidos próprios deste determinado órgão, tornando-se capaz de impregnar as demais secreções da economia. Concebia que estes produtos de eliminação, quando diluídos e di-

namizados, prestam-se a remédios específicos; ao serem canalizados à circulação geral, os elementos nocivos, junto a outros produtos catabólicos e tóxicos, impregnariam o sangue, donde a grande importância da secreção urinária.

Para as fontes de medicamento, Collet preconiza o próprio sangue e secreções mórbidas naturais ou artificiais: lágrimas, mucosidade retrofaríngea, secreções diftéricas, mucosidades brônquicas, saliva, urina, suor e serosidades diversas de afecções cutâneas de forma úmida (eczema, impetigo, herpes). Contra-indica o método nas doenças prolongadas e caquetisantes. Manda cessar a repetição do medicamento desde que a reação se estabeleça. Nas doenças agudas considera oportuna uma ou várias tomadas ao dia; nas doenças crônicas, uma a três tomadas do remédio no decurso da semana.

Collet ocupa-se da Medicina da época e estabelece comparações entre outros métodos terapêuticos. Além de seres humanos, trata de aves, de cães, de carneiros e do gado. Enquanto trabalhava tranqüilo no deserto, em Paris os seus opositores e inimigos se insurgiam, principalmente na pessoa do homeopata Rapon, o qual considerava o método isopático absurdo, repugnante, de resultados duvidosos, trabalhoso, sem correlação de semelhança e prejudicial à divulgação da Homeopatia.

Entre a semelhança e a identidade

A insistência das afirmações que o organismo canaliza através das eliminações os princípios mórbidos, que cada agente mórbido traz em si próprio a solução de cura e que na Homeopatia aquilo que provoca uma doença deve ser usado para a cura da doença, acarretou um amontoado de fatos desentrosados, que levou os médicos mal preparados na metodologia hahnemanniana, a optarem pelas aparentes vantagens da Isoterapia, onde a lei da semelhança, segundo eles, estaria (supostamente) mais autêntica e constituiria o método ideal de cura. Argumentava-se que, quando determinado agente agressor fosse o real responsável pela doença, como corolário, não existiria para esta doença um "*simillimum*" mais autêntico e melhor do que esse agente. Tais afirmações poluíram a literatura homeopática, comprometeram e continuam a comprometer, nos dias atuais, a cientificidade do método.

Oportuno e justo é esclarecer que ambos os procedimentos apresentam limitações. A Homeopatia, entretanto, constitui tratamento do doente e não apenas da doença, conforme preconizava a medicina de Hipócrates e defendem os vitalistas. Representa ela um método de síntese, considera o enfoque sempre global do *doente* e influencia no sentido favorável as predisposições mórbidas do terreno, com resultados a longo prazo. A Isoterapia constitui um tratamento unilateral, restrito ao fator causal, não se presta à prescrição de rotina e sim de exceção, dependendo a sua praticidade de pontos de vista do médico e das circunstâncias; contudo, é passível de ser transformada em socorro providencial em comunidades desprovidas dos recursos e medicamentos tradicionais, a exemplo do que sucedera, há século e meio, ao pioneiro Collet, nos desertos da Ásia Menor.

O semelhante e o idêntico na hipossensibilização e na desintoxicação

O *simillimum* adequado é capaz de corrigir a hipersensibilidade ou toxicidade de um, ou de muitos fatores alergênicos simultâneos. Assim, assistimos ao desaparecimento de reação indesejável ao propanolol sob estímulo de *Pulsatilla* na qualidade de *simillimum*, baseado em sintomas exclusivos do paciente, sem considerar a natureza da droga, nem a diagnose nosológica. Tal conduta representa a Homeopatia.

Critério diferente orientou a prescrição preventiva da *Belladonna* na epidemia da escarlatina, baseada na farmacodinamia desta substância, na qualidade de *gênio medicamentoso da escarlatina*.

O mesmo critério aplica-se ao *gênio medicamentoso epidêmico do Eupatorium perfoliatum*, no *dengue*. Constituem exemplos de Similterapia.

Outro critério orienta o emprego de ultradiluições a determinado antígeno, ou Isoterapia, cujo resultado se limita à droga identificada, sem curar o doente na totalidade. Confundir Isoterapia - princípio da igualdade ou *Aequalia aequalibus curentur* - e Homeopatia (lei da semelhança) traduz desconhecimento de ambos os métodos. Sobretudo, importa compreender que o termo semelhança significa “não igual, não análogo”, e que o fenômeno semelhança relaciona os indivíduos no universo em que eles vivem. Pelo fato do enxofre ser capaz de suscitar além de 6000 sintomas patogénéticos nas experimentações de grupo, não pretenderá o terapeuta detectar centenas de manifestações para prescrever o dito enxofre. A prática mostra que oito a doze sintomas serão suficientes, quando característicos, individualizantes, raros e distribuídos de forma coordenada ao nível do psiquismo e generalidades físicas, complementados pelos sinais e sintomas locais – cada qual “totalizado” ou “personalizado”. Entretanto, admitir que a Isoterapia é mais fácil, perfeita e mais completa do que a Homeopatia, é recair em grande equívoco. O reconhecimento do agente etiológico costuma apresentar dificuldades e, muitas vezes, a sua identificação é impossível. Nesta circunstância, a superioridade da lei da semelhança é indiscutível.

É possível a conduta terapêutica sob critério etiológico, sem recorrer a secreções patológicas, através de *medicamentos dotados de potencial farmacodinâmico semelhante ao potencial dos agentes mórbidos*, capazes de despertar as mesmas reações orgânicas em experimentos nos indivíduos sadios, e que são capazes de curar tais reações quando já existentes em indivíduos doentes, desde que empregadas em doses exíguas. Esta conduta exemplifica anteposição e interposição patogénética, não sendo nem Homeopatia, nem Isoterapia, cabendo situá-las na Similterapia.

Características da Isoterapia

a) *Isoterapia representa a aplicação de um raciocínio perfeitamente lógico que conduz a um diferente critério de tratamento e cura.*

b) *Isoterapia é terapêutica onde a etiologia é fundamental e decisiva na determinação do medicamento. Na prática, esta etiologia, de ordem tóxica, microbiana ou virótica, muitas vezes depende de suposições ou probabilidades.*

c) *Isoterapia dispensa a semiotécnica de individualização do doente dentro de sua nosologia e não se preocupa com a busca do simillimum através da Matéria Médica. Não influencia predisposições mórbidas do terreno.*

d) *Isoterapia prescinde de experimentação patogénética, sendo desprovida de Matéria Médica própria.*

e) *Isoterapia individual ou aplicação da lei da identidade, não equivale à Homeopatia; apenas serve-se da farmacotécnica comum. Não obedece à lei da semelhança baseada nas totalidades sintomáticas do doente e do medicamento.*

Em Homeopatia, o termo Etiologia guarda outro significado, incluindo emoções, fatores climáticos e influências sociais; representa, muitas vezes, uma modalidade ou uma característica, sempre dentro de um conjunto de concomitâncias e outras manifestações inerentes ao doente. O fator etiológico, de qualquer natureza, assume importância e caráter individualizante nas doenças agudas. Nas situações crônicas o fator etiológico traduz um modo reacional capaz de indicar a probabilidade de alguns medicamentos, mas cuja escolha final somente será decidida em função de outros sinais ou sintomas característicos distribuídos no âmbito do sistema orgânico.

XII

CONCEITO DE NOSÓDIO E SUA DIFERENCIAÇÃO

Terminologia. Os primeiros nosódios. Importância didática da capacidade miasmática de Secale cornutum. Nosódios tuberculínicos. Aspectos práticos dos nosódios. Categorias medicamentosas. Epidemias e nosódios específicos. Sobre o abuso dos nosódios. Estudos de Collet. Diferenças práticas entre os recursos enantiopático, homeopático, isoterápico e vacinas.

Terminologia e conceitos

Ao longo dos aforismos hipocráticos despontam referências à ingestão de produtos patológicos, sem detalhes, servindo de alerta ao fato de quão antiga é a idéia sobre a possibilidade de tratamento de um doente mediante seus próprios produtos patológicos.

O termo *nosódio* (do grego *nosos* = doença) significa medicamento oriundo de produto patológico vegetal, animal ou de cultura bacteriana. Representa medicamento preparado a partir de humores (sangue, urina, pus, expectoração), produtos patológicos tissulares, concreções calcúscas, certos tumores, vírus, bactérias e toxinas. A amostra pode provir do próprio doente, constituindo o *auto-nosódio*, ou de outro doente caracterizando o *nosódio de estoque*, sendo o material submetido a diluições dinamizadas, segundo normas da Farmacopéia homeopática. Não fosse o detalhe da Farmacotécnica original, a definição situaria os nosódios entre as vacinas comuns. Ao modo das outras drogas apenas dinamizadas, um nosódio não se presta, por si só, a medicamento homeopático em potencial se não houver sido submetido à prévia experimentação patogénica.

A categorização dos medicamentos não influencia a prescrição das ultradiluições. Atende a fins didáticos, sem estabelecer limites entre as categorias, limites estes que, às vezes, tornam-se nebulosos, a exemplo do produto isolado de uma cultura de fungos ou bactérias e a amostra direta da fonte de origem; outro exemplo cabe aos produtos químicos finais do metabolismo e aqueles resultantes da hidrólise de um princípio ativo extraído de material patológico. Quanto à hemoterapia, a sua rigorosa avaliação não justifica a sua presença na Isoterapia.

Várias circunstâncias clínicas cercam determinado nosódio: a) prescrição na qualidade de *simillimum*, somente quando dotado de experimentação patogénica; b) prescrição em situações anergizantes prolongadas após determinadas doenças infecciosas, a exemplo de *Morbilinum* em criança que jamais se normalizou desde que teve sarampo; c) prescrição sob critério isoterápico, quando veicula determinado fator patogénico, a exemplo da *Candida albicans*, do *Trypanosoma cruzi* e *Trichophyton rubrum*; d) prescrição sob critério dos estados miasmáticos crônicos principais – os nosódios *Syphilinum* ou *Luesinum*, o *Psorinum*, o *Medorrhinum* e o *Tuberculinum* – sob pretexto de desbloqueio, quando determinado doente crônico não responde a repetidas prescrições seguramente corretas, opção esta excepcional e exclusiva aos clínicos experientes.

Nosódios na Matéria Médica Homeopática

Hering foi o primeiro médico a estudar, experimentar e a introduzir na prática um medicamento oriundo de produto da doença – o *Psorinum* – procedente do conteúdo de vesícula cutânea de portador de escabiose; mais tarde, este homeopata demonstra a eficácia da vacina Jenneriana em diluições elevadas, visando o seu uso profilático na varíola, registrando resultados favoráveis; de 1823 a 1833 prepara outros produtos mórbidos chamando-os, genericamente, de *nosódios*. Afirma, que as doenças contagiosas guardam em seus próprios produtos os elementos de cura; décadas depois é imitado por Collet, para quem o verdadeiro medicamento deveria ser um agente semelhante ao mal, nada existindo mais semelhante ao agente do que o próprio mal.

Entre os nosódios vegetais figura o *Ustilago maïdis*, um produto dos esporos do milho afetado por fungos da família das ustilagináceas, cujos principais alcalóides são representados pela ustilagenina e ustilagotoxina, e o *Secale cornutum* - oriundo do centeio espigado parasitado por micélios de *Claviceps purpurea*, cujos principais alcalóides presentes nos esporos representam a ergotina e a ergotoxina.

Convém enfatizar que determinado medicamento somente é incorporado à Matéria Médica Homeopática quando houver sido experimentado em razoável número de indivíduos sadios. A maioria dos nosódios citados carece de estudo patogênico. Apesar da comissão responsável pela Farmacopéia Homeopática Brasileira - um documento oficial – na 1ª edição da mesma foi inserida, de forma sub-reptícia, uma relação anexa de “Medicamentos mais utilizados em Homeopatia” onde, de permeio aos medicamentos policrestos, foram intercalados produtos patológicos e materiais orgânicos estranhos de uso aleatório, jamais submetidos a pesquisa patogênica. A depuração desta lista, elaborada à revelia dos médicos homeopatas, vem sendo trabalhosa e ingrata. O problema crucial dos nosódios consiste no desconhecimento de sua exata composição e procedência, a exemplo do *Carcinosinum*.

A identidade intrínseca, inclusive dos nosódios miasmáticos fundamentais, depara-se com restrições, considerando que provêm eles de indivíduos diferentes e que não representam substâncias puras. Em uma tese, o impasse surge desde a determinação da fonte dos exatos componentes do medicamento, visto que um ensaio terapêutico exige repetições em condição de igualdade sob diferentes aspectos, para então ser incorporado ao patrimônio da ciência.

Propriedades miasmáticas de *Secale cornutum*

Este nosódio vegetal é um dos medicamentos melhor estudados. *Secale cornutum* tem grande interesse pelo fato de conter, entre seus alcalóides, a ergotina. Disposto de estudo patogênico, é prescrito sob critério homeopático em diferentes situações; outras vezes, mostra-se útil como isoterápico em indivíduos saturados pelo abuso de derivados ergotínicos, eventualidade esta freqüente e variável segundo múltiplas circunstâncias clínicas.

James Tyler Kent, homeopata norte-americano, na Matéria Médica de sua autoria, na patogenesia relacionada ao *Secale cornutum* assinala a tendência aos sangramentos escuros e fétidos oriundos do nariz, pulmões e reto, hemorragias uterinas e fluxos escuros fétidos pré-menstruais. Comenta que estados semelhantes são encontrados na mulher que fez uso da ergotina no intuito abortivo, nas mulheres que usaram a substância para facilitar o parto, naquelas que não desejam ter filhos e outras que jamais tiveram saúde desde que provocaram aborto. Afirma que “O pior estado de saúde é produzido pela ergotina, a qual é capaz de implantar na mulher um miasma tão profundo quanto a própria psora. O desejo de destruir a descendência é um enxerto no estado preexistente de psora e que, após a ergotina, assume a forma de um miasma tão perigoso quanto a sífilis”²⁴.

²⁴ KENT J. T. - Matéria Médica Homeopática. Vol.2. B.Aires, Ed. Labor. Homep. Intern., 1948, p. 335-338

Esta digressão sobre um nosódio é justificada para ilustrar a personalidade de um fármaco que foge aos bulários comerciais correntes, alertando o profissional sobre a necessidade de conhecimento daquilo que prescreve.

Os clínicos gerais e ginecologistas, anteriores à década de 70, vivenciaram situações confusas diante de mulheres que “jamais tiveram saúde desde que provocaram abortos repetidos com injeções à base de ergotina”, cujas ampolas, tornadas populares, eram adquiridas livremente no mercado e cujas conseqüências tardias proporcionaram argumentos às fantasiosas descrições dos miasmas onde pecado e castigo se encontram e onde alguns autores exaltados chegam a referir “monstros desejosos de se apossarem de suas vítimas e não mais as deixarem”. Esta alegoria é válida ao refletirmos sobre a capacidade de impregnação do organismo por determinadas drogas de eliminação lenta, que parecem jamais deixar o organismo.

Forma miasmática de *Secale cornutum*. Vivência clínica.

A indicação sistemática de derivados ergotínicos em distintas especialidades é fato das últimas décadas, tornando oportuno o relato de experiência ambulatorial da autora.

Em razão dos protocolos de determinadas pesquisas, eram atendidos portadores de enxaqueca em ambulatório de homeopatia dentro de Hospital alopático²⁵, onde houve oportunidade de constatar a *refratariedade ao simillimum de numerosos portadores de enxaqueca desiludidos pelo fracasso dos produtos ergotínicos ingeridos durante muitos anos* e outros ainda condicionados ao uso de doses ponderáveis de produtos ergotínicos enantiopáticos, para alívio da cefaléia.

Nos portadores de enxaqueca em geral, ainda em uso de produto ergotínico, procedia-se à identificação e prescrição do *simillimum*, confiando à iniciativa do próprio doente o abandono gradual do produto ergotínico ponderável. O abandono desta droga costumava acontecer dentro dos dois primeiros meses. Com tal conduta era contornada a inconveniência do efeito secundário reacional, a somar-se à queixa central do doente, agravando-a, ou de um eventual efeito rebote.

Nos pacientes refratários ao *simillimum*, sob raciocínio etiológico, foi considerada válida a tentativa de desbloqueio ou desintoxicação, através do intercalamento, durante duas semanas, de ultradiluições de *Secale cornutum*, geralmente na dinamização C 12 ou C 30 para, em seguida, recomeçar o *simillimum* anterior – individualizado para cada paciente. Esses organismos, antes refratários, costumavam, então, entrar em fase de franca melhora.

O *Secale cornutum* possui excepcional importância didática, conseqüente a vários motivos: a) exemplo de nosódio vegetal; b) ilustração clínica do fenômeno dúbio - cinética de eliminação ou dessensibilização; c) possibilidade cotidiana da adoção, ora sob critério homeopático ou lei da semelhança, ora sob critério isoterápico ou princípio de identidade; d) exemplo prático atual e freqüente de resultado terapêutico paradoxal; e) questionamento da validade das categorias medicamentosas, considerando que o *Ergotinum*, objeto de estudos experimentais recentes, é qualificado de produto semi-sintético distante da fonte original – o nosódio *Secale cornutum*.

O emprego abusivo de ergotínicos em doses maciças representa exemplo real moderno capaz de ilustrar estado crônico de impregnação toxínica, condição esta, até certo ponto, comparável aos polêmicos e incompreendidos “miasmas” capazes de entravar a evolução favorável do doente crônico. Além disso, permite entrever a possibilidade de desintoxicação do organismo através de ultradiluições do fator responsável, neste caso a ergotina.

O refrão de que “Homeopatia só trata de casos crônicos” merece ser substituído por outro mais verdadeiro: “somente a Homeopatia trata de casos crônicos”. Em palavras de Hahnemann, a terapêutica dentro da correlação de semelhança constitui recurso único capaz de modificar as

²⁵ Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo

perspectivas sombrias decorrentes da irreversibilidade das doenças persistentes. Convém lembrar que o caráter evolutivo inexorável das doenças crônicas foi reconhecido por médicos ilustres, entre eles Thomaz Sydenham, Alexis Carrel e Hans Selye. Em seus escritos, Hahnemann admite limitações da força vital e afirma que o miasma crônico acompanha o doente até a morte... a não ser que se depare com a oportunidade terapêutica de estímulo dentro da lei da semelhança, a única capaz de acionar a reversão ou, pelo menos, frear o curso “inexoravelmente fatal” da enfermidade. O *Organon* discorre sobre os benefícios induzidos pelos estímulos de semelhança, em etapas, através do emprego de vários *simillimum*, não de modo simultâneo e sim um de cada vez, adaptados sucessivamente no tempo oportuno e conforme a realidade sintomática. A lição proporcionada pelo *Secale cornutum* permite racionalizar esta conduta.

Nosódios tuberculínicos

A *tuberculina* representa uma cultura em caldo de glicerina do *Mycobacterium tuberculosis* evaporado a 1/10 do volume a 100°C e filtrado. Foi pela primeira vez obtida por Robert Koch (1843-1910) e utilizada como tratamento. Anos depois passou a ser empregada para testes diagnósticos a fim de detectar processos tuberculosos incipientes.

Em 1874 o homeopata norte-americano Samuel Swan introduz na prática um nosódio com material oriundo de escarro de doente tuberculoso e o chama de *Tuberculinum*; Burnet, de Londres, emprega um lisado a partir de fragmento de pulmão tuberculoso preparado conforme a farmacotécnica hahnemanniana e, após 5 anos de observações clínicas (1885-1890), estrutura a primeira *patogenesia clínica* de *Tuberculinum*, completada em 1892 por Clarke, outro homeopata inglês.

Com a adoção da tuberculinoterapia por Robert Koch surgem os aspectos iatrogênicos da mesma, com um séquito de efeitos indesejáveis, minuciosamente relatados por ele mesmo.

O homeopata belga Keghel (1892) estiliza uma *patogenesia tóxica* e Clarke²⁶ publica *patogenesia analítica* que abrange todos casos observados até então em Terapêutica alopática e as manifestações atribuídas à ação da tuberculina sobre os doentes, tuberculosos e não tuberculosos. Uma *patogenesia experimental* de *Tuberculinum* é feita pelo belga Mersch, completada por vários colaboradores, entre eles Gruger (de Nimes) e Nebel (de Lausanne)

Em 1901 Antoine Nebel, de Montreux, procede a experimentação de *Tuberculinum* sob normas hahnemannianas, analisa as manifestações tóxicas e compara os resultados patogenéticos de 50 experimentadores.

Além da tuberculina de Koch – chamada pelos homeopatas de *Tuberculinum K* - existem seis nosódios tuberculínicos, aceitos e considerados úteis, cada qual com indicações próprias, deduzidas da experiência clínica, a reclamar investigação experimental. São eles: *Tuberculinum bovinum*, obtido de gânglios tuberculosos de boi; *Tuberculinum residuum*, obtido de cepas humanas e bovinas, contendo toxinas intracelulares; a *Tuberculina de Spengler*, proveniente de sangue de coelhos inoculados com bacilos; a *Tuberculina Denys*, obtida de filtrado de culturas contendo exotoxinas; o *Marmoreck*, oriundo de cavalos vacinados com bacilo de Koch; a *Tuberculina aviária*, de fonte aviária e o *Bacillinum*, a partir de trituração de fragmento de tecido pulmonar tuberculoso.

Os nosódios tuberculínicos, empregados em diluição C 200, excepcionalmente C 30, exigem cautela devido às mudanças dinâmicas bruscas que são capazes de acionar nos indivíduos caracterizados como “tuberculínicos”.

²⁶ CLARKE – The Hom. World, 1891, V. 6, p. 304

Tuberculose e tuberculinismo

A referência aos nosódios tuberculínicos é importante pelo fato da escola clássica admitir a tuberculose-doença e discutir as tuberculoses atípicas sob a égide de alergia tuberculosa, sem conhecer o *tuberculinismo* como diátese predisponente à tuberculose, integrante de um terreno mórbido que favorece a instalação do bacilo de Koch e várias doenças afins. O conceito permanece exclusivo da Homeopatia, tendo sido introduzido por Antoine Nebel, médico que acompanhou de perto os trabalhos de Koch e que, inclusive, descreveu o biotipo predisposto chamado “tuberculínico” desmineralizado, longilíneo ou fosfórico; as idéias sobre o tuberculinismo foram amplamente divulgadas e ampliadas por Léon Vannier, que o caracterizou como “miasma” independente, um modo exclusivo de adoecer ou estado reacional, tal como os miasmas crônicos descritos no *Organon*.

O conceito de tuberculinismo aplica-se aos pacientes que tudo têm para serem considerados tuberculosos, menos o bacilo *Mycobacterium tuberculosis*.

A prescrição de nosódios de natureza tuberculínica não é obrigatória nos pacientes tuberculínicos. Roland Zissu, homeopata francês, é o autor que melhor estuda e compara os medicamentos dotados de patogenias adaptáveis aos portadores de estigmas do tuberculinismo, destacando nesta sintomatologia a expansão pulmonar diminuída e oxigenação reduzida, a suscetibilidade a distúrbios de mineralização e a doenças respiratórias, a congestão venosa periférica, a aceleração metabólica, a tendência hemorrágica, a obstipação e a hipersensibilidade nervosa ou, ao contrário, a fadigabilidade nervosa, própria da fase astênica. A variabilidade das manifestações constitui a característica maior dos organismos predispostos, denunciando ascendentes tuberculosos, passado de tuberculosa curada, constituição predisponente, doenças anergizantes e fatores higieno-dietéticos desfavoráveis.

Outro homeopata, Henri Bernard (1951), de forma magistral, traça o perfil da tuberculose-doença, do bacilo de Koch e da sua extremamente difusível toxina; questiona a transmissão por hereditariedade e admite a possibilidade de estado de saprofitismo inofensivo do bacilo no seio do organismo, defendida por renomados cientistas.²⁷

Aspectos práticos dos nosódios

Sem serem medicamentos homeopáticos e sim produtos preparados dentro das mesmas normas farmacotécnicas, quer dizer, diluídos na escala centesimal e dinamizados, alguns nosódios oferecem importantes oportunidades de emprego ao médico *alopata e enantiopata*:

1. *Alívio de estados de impregnação crônica do terreno orgânico atribuídos a agentes infecciosos crônicos e toxinas diversas.*
2. *Desbloqueio de pacientes que não reagem adequadamente “desde que” tiveram sarampo, coqueluche, varicela, etc.*
3. *Indivíduos que não passam bem desde que foram vacinados.*
4. *Pacientes estigmatizados hereditariamente pela tuberculose, sífilis e gonorréia.*
6. *Recurso preventivo, ao modo de vacinas, pela administração em indivíduos ainda sadios.*
7. *Recurso eficaz contra a persistência de cicatrizes sorológicas da lues, apesar de tratamentos específicos repetidos.*

Ao médico homeopata crescem dois itens básicos:

8. *Prescrição segundo a lei da semelhança, isto é, sob critério homeopático, possível quando houver patogenia específica disponível e os sintomas atuais do paciente concordarem.*

²⁷ BERNARD, Henri - *Traité de Médecine Homéopathique*, Angoulême, éd. Coquemard, 1951

9. *Pacientes que não respondem devidamente ao simillimum. Nesta eventualidade, o nosódio basear-se-á na história progressa remota ou recente. Importantes os chamados nosódios “miasmáticos” baseados no passado de sífilis, gonorréia, parasitoses repetidas ou tuberculose, cada qual caracterizado por um séquito de sinais e “modos de adoecer”.*

Campanhas antiepidêmicas e nosódios específicos

A comunidade leiga, esporadicamente, assiste a campanhas homeopáticas durante epidemias, visando imunização coletiva. Tal iniciativa foi levada a efeito durante a epidemia de meningite no vale do Paraíba, SP, quando um nosódio oriundo de doentes portadores da doença – o *Meningococcinum* - foi ministrado a milhares de crianças.

Campanha semelhante foi realizada em Santos, durante epidemia do dengue, quando os médicos adotaram o medicamento de origem vegetal *Eupatorium perfoliatum*, motivados pela informação de iniciativas semelhantes realizadas com êxito em outras partes do mundo; neste projeto foram incluídos grupos placebo. A escolha do *Eupatorium perfoliatum* foi decidida após debates acerca das patogenias que mimetizam o dengue nas diferentes formas clínicas, havendo se destacado vários medicamentos de coincidências marcantes, em especial o arsênico e os venenos ofídicos oriundos de *Elaps corallinus* e *Bothrops lanceolatus*. Em estudo semelhante feito para a febre amarela, sobressaiu a patogenia de *Phosphorus*. Em sua época, Hahnemann preconizou *Cuprum metallicum* durante epidemia de cólera, baseado no gênio epidêmico vigente.

Portanto, caberá ao médico optar por um nosódio representativo do diagnóstico nosológico ou etiológico, ou um medicamento de qualquer natureza dotado de quadro farmacodinâmico definido, coincidente a apreciável percentual de portadores da doença epidêmica vigente – chamado medicamento do gênio epidêmico – considerando a impossibilidade da individualização no decurso de uma epidemia. Ainda que conhecida a farmacodinamia utilizada, a Homeopatia não acontece nesta eventualidade, enquadrando-se esta conduta, de anteposição patogênica, à Similterapia.

O emprego de nosódio com base no vírus ou bactéria responsável, representa opção válida, entretanto, ainda que nosódios tenham sido usados a título profilático, faltam dados comprobatórios suficientes sobre a dosagem de anticorpos e mapeamentos estatísticos capazes de possibilitar a avaliação dos resultados finais – um problema de competência das autoridades de Saúde Pública.

Categorias medicamentosas

Alguns textos opinam que o termo *nosódio* presta-se para aqueles produtos patológicos dotados de estudo patogênico, enquanto outros, prescritos exclusivamente sob critério etiológico, seriam isopáticos ou isoterápicos. Tais elucubrações trazem confusão ao assunto. Existem importantes medicamentos de origem mineral, a exemplo do petróleo, do dicromato de potássio, do cromo, do níquel, que podem ser prescritos sob critério rigorosamente hahnemanniano e, outras vezes, prescritos sob critério exclusivo da causa, na qualidade de isoterápicos. Outrossim, um alérgeno ocasional ou um nosódio não experimentado hoje, poderá sê-lo proximamente. O termo “isoterápico” tem significado preciso que deve ser preservado.

Os produtos passíveis de estoque, independente do nome, representam substâncias-base rotuladas e não passam de preparações prévias nos moldes da farmacotécnica hahnemanniana, isto é, submetidas a diluições dinamizadas, tão somente. Devido a esta técnica, esses produtos vêm sendo, inadequada e genericamente denominados de “medicamentos homeopáticos”. Nenhum deles atuará como “homeopático” por si mesmo e sim, quando condicionado pela oportunidade clínica da junção de semelhança. A Homeopatia consome-se através da sintonia de semelhança que aciona a resposta do organismo doente frente ao estímulo farmacodinâmico individualizado semelhante e, portanto, *tornado* homeopático para determinado doente no momento certo.

Quanto aos preparados isoterápicos, serão eles prescritos sob critério da causa real da doença - microbiana, animal, mineral ou vegetal. Na prática, não existe em estoque das farmácias

a disponibilidade de todos os produtos elaborados a partir dos imprevisíveis agentes etiológicos. Porém, de posse do agente material desencadeante, os farmacêuticos homeopatas estão aptos a providenciarem as dinamizações necessárias (geralmente C 6, C 9, C 12, raramente C 30) desde que não haja premência imediata do recurso. A manipulação de produtos contaminantes exigirá prazo maior e precauções especiais, atinentes ao pessoal e aparelhagem do laboratório, que a tornam pouco econômica e, às vezes, de execução impossível.

Os interesses comerciais relacionados a certos medicamentos, notadamente fitoterápicos, forçam o procedimento farmacotécnico homeopático destes produtos, no objetivo de lhes acrescentar a sigla D 4 ou outra decimal, capaz de qualificá-los “homeopáticos” e viabilizar o usufruto das vantagens legais e burocráticas concedidas aos produtos homeopáticos verdadeiros (Ancarola).

Advertências cabem ao nosódio *Carcinosinum*, disponível no comércio sem aditamento na designação sobre a natureza do tumor, considerando a contraindicação de produto homólogo em portador de câncer declarado ou suspeito. Existem no mercado europeu vários nosódios desta categoria acondicionados sob forma de ampolas injetáveis e em diluições decimais !

O termo inconveniente *Isopatia* não substitui o termo *Isoterapia*, mais abrangente e etimologicamente correto, nem o termo *Homeopatia* – denominação esta representativa de uma metodologia terapêutica consolidada sobre uma lei de cura.

Bioterápicos

O termo **bioterápico** entrou na literatura francesa em 1955, mediante proposta de P. VANNIER, a fim de substituir o termo **nosódio**, num artifício para o enquadramento de certos produtos na lei dos soros e vacinas, bem como a sua inclusão na Farmacopéia. O termo, oriundo de *bios* = vida, ser vivo (animal ou vegetal), e *therapeia* = tratamento, presta-se a interpretações ambíguas; atente-se, que entre os termos *Bioterapia* e *bioterápico*, ao modo do que ocorre em *Organoterapia* e *organoterápico*, ocorre mudança estratégica de significado.^{28,29}

O volume 16, dedicado a “*Médicaments homéopathiques*”, do texto francês “*Galenica*”, de 1980³⁰, considera os bioterápicos legalmente liberados a partir da terceira diluição centesimal para uso oral exclusivo e os distingue em três categorias:

1. *Bioterápicos Códex* - preparados a partir de soros, vacinas, toxinas e anatoxinas.
2. *Bioterápicos simples* - preparados a partir de culturas microbianas.
3. *Bioterápicos complexos* - oriundos de substâncias quimicamente indefinidas, a partir de secreções ou excreções, que não correspondem a um produto puro, mas que obedecem a método definido de preparação.

No parágrafo dedicado aos *Isoterápicos*, o mesmo texto francês subdivide-os em *auto-isoterápicos* e *hetero-isoterápicos*. No primeiro caso seriam “medicamentos homeopáticos” obtidos de material biológico fornecido pelo doente ao qual a preparação estaria destinada (sangue, urina, escamas). No segundo caso - hetero-isoterápicos - seriam medicamentos preparados a partir de alérgenos (pó, pólenes, penas, etc.) ou de especialidades alopáticas.

Tais inovações assumem caráter grave, considerando que as mesmas estão sendo incorporadas à Farmacopéia Homeopática Brasileira - o documento legal máximo da metodologia. Onde o princípio da semelhança? Qual a intenção destas distorções? Por que a necessidade de erros importados?

²⁸ Larousse de la Médecine - V. I, Domart et colls, Canada, Libr. Larousse, 1971

²⁹ Le Petit Robert, Dictionnaire, Rey A., REY-DEBOVE J. - Paris, Le Robert-Canada, 1988

³⁰ GALENICA 16, Médicaments Homéopathiques, Paris, Techn. Et Docum, 1980, p. 73, 76, 436 e 440

A 10ª edição da Farmacopéia Francesa, publicada em 1989, corrige dizeres da 8ª edição de 1965³¹ e afirma: **“Bioterápicos são produtos quimicamente não definidos (secreções, excreções patológicas ou não, certos produtos de origem microbiana, alérgenos) que servem de matéria-prima para as preparações homeopáticas”**.

Em 1997, a segunda edição da Parte I da *Farmacopéia Homeopática Brasileira* surpreende pela inclusão do capítulo XIII, onde consta que **“Bioterápicos são preparações medicamentosas de uso homeopático obtidas a partir de produtos biológicos, quimicamente indefinidos: secreções, excreções, tecidos e órgãos, patológicos ou não, produtos de origem microbiana, alérgenos.”**

A edição brasileira, ao tentar aperfeiçoar o conceito, transforma as *“matérias-primas”* da definição francesa em **“preparações medicamentosas”, “de uso homeopático”** e incorpora na categoria, **“tecidos e órgãos”**.

A Homeopatia brasileira possuía melhor credibilidade antes do advento ou invenção dos citados bioterápicos. A Matéria Médica Homeopática mostra-se suficiente, estando os medicamentos nela contidos obrigatoriamente subordinados a experimentações normatizadas em indivíduos sadios. Os produtos de origem biológica - nosódios e sarcódios - quando destituídos de estudo patogenético, independente de sua forma de apresentação ou da dose, devem ser posicionados no lugar onde sempre estiveram - a Isoterapia - com finalidades próprias definidas, mérito próprio e que, alheia à lei da semelhança, não é e nunca será Homeopatia. Os alérgenos, por sua vez, citados entre os bioterápicos, possuem significado cientificamente definido; foram inseridos na nova categoria de forma incômoda.

Necessário é esclarecer que na segunda edição da Farmacopéia Homeopática Brasileira, publicada 20 anos após a primeira, a indesejável lista de medicamentos *supostamente* mais utilizados em Homeopatia reaparece intacta, reforçada e complicada pela anteposição do citado capítulo XIII, constituindo-se em problema ingrato às décadas vindouras.

Conceitos oportunos sobre categorias medicamentosas

A revisão da literatura estabelece as seguintes definições que interessam aos medicamentos, mais que suficientes para a compreensão das terapêuticas:

Medicamento alopático. Prescrito em doses ponderáveis. Representa droga capaz de provocar no organismo humano manifestações diferentes daquelas a serem curadas. Pela força do hábito (dos homeopatas) o termo alopatia e alopático estendeu-se, incorretamente, aos médicos não homeopatas em geral.

Medicamento enantiopático. Prescrito em doses ponderáveis. Depende do diagnóstico nosológico. Independe de outras manifestações individuais concomitantes. Visa aliviar a dor e se opor ao sofrimento. Provoca no organismo humano manifestações contrárias àquelas a serem curadas.

Vacina. Emprega doses reduzidas, ainda ponderáveis. Nada tem a ver com a sintomatologia de quem a recebe. Costuma ser administrada a indivíduos sadios. Preparada a partir do agente causal de animais ou culturas microbianas. Finalidade preventiva. Vias parenteral, oral (sublingual) e nasal.

³¹ Em 1965 a Associação Francesa de Ensino de Farmácia Galênica assim se pronunciava: “Bioterápicos são medicamentos preparados com antecedência e obtidos a partir de produtos de origem microbiana não quimicamente definidos, de secreções ou de excreções patológicas ou não, de tecidos animais ou vegetais, assim como alérgenos. Estas diferentes substâncias trazem então o nome de fontes para bioterápicos”. In: Galenica 16.

Isoterápico. Preparado a partir do agente causal identificado, de qualquer natureza. Independe do diagnóstico nosológico. Subordinado à causa específica, alergizante, infecciosa ou tóxica. Administrado em doses imponderáveis. Não subordinado aos sintomas do doente. Preparado segundo Farmacotécnica Homeopática hahnemanniana. Finalidade dessensibilizante a determinado antígeno. Recurso acessório em doentes anérgicos. Administrado em organismos doentes. Opção em epidemias. Administração oral preferencial.

Medicamento homeopático. Preparado a partir de substâncias de qualquer natureza. Prescrito em doses imponderáveis, segundo Farmacotécnica original de Hahnemann. Relação importante, mas não obrigatória ao fator causal e diagnóstico nosológico. Aciona fenômenos da cura na totalidade, condicionada pela correlação sintomática de similitude: entre determinado doente e determinada farmacodinamia. Condicionamento às manifestações individuais, peculiares e concomitantes à queixa principal, que diferenciam determinado doente entre outros portadores do mesmo diagnóstico. Administração oral quase exclusiva, por praticidade.

Nosódio. Preparado a partir de tecidos, excreções ou secreções patológicas, representativos de condição patológica específica – microbiana, micótica ou parasitária. Preparado em doses mínimas imponderáveis, segundo Farmacotécnica hahnemanniana. Sob formas farmacêuticas de gotas, glóbulos e injeções parenterais.

Sub-categorias de nosódios

a) Nosódio homeopático, de estoque, dotado de patogenesia experimental:

- Prescrito sob mesmos critérios dos demais medicamentos não nosódios
- Muito excepcionalmente, prescrição independente de patogenesia.

b) Nosódio individual ou auto-nosódio:

- Impossível a existência em estoque. Requer preparação extemporânea (excreções, secreções, escamas, sangue).
- Freqüente a preparação de urgência. Única situação que justifica o procedimento de diluição de Korsakov.
- Exclusivo ao doente que serviu de fonte ao medicamento.
- Obedece à Farmacotécnica hahnemanniana.
- Administrado em doses mínimas, geralmente C 6, C 9, C 12, raramente C 30.

c) Nosódio de estoque, sem quadro patogênico experimental:

- Opção tolerada em emergências epidêmicas.
- Emprego justificado, excepcionalmente, por síndrome clínica atual complexa e renitente, relacionada a uma doença remota de natureza infecciosa ou micótica, conhecida e comum.

Sobre o abuso dos nosódios

Os nosódios constituem assunto de capital interesse para os médicos em geral, contudo têm recebido pouca ou nenhuma atenção, a despeito das boas perspectivas para a saúde coletiva. Na opinião de alguns autores, os nosódios seriam os medicamentos mais usados, mais abusados, mais desconhecidos e “mais mal” prescritos entre todos aqueles preparados em doses imponderáveis.

A opção de autosódio de secreções retrofaríngeas, em portador de amigdalite recorrente grave, torna-se admissível somente após terem sido esgotados outros medicamentos dotados de similitude geral ao portador. Em doença crônica a prescrição de nosódio somente deve ser cogitada após alguns meses de resultado insatisfatório, quando o tratamento bem conduzido não surtiu o resultado esperado.

Em nossos ambulatórios um nosódio de estoque era permitido após 6 meses de seguimento bem conduzido e sob justificativa racional. Os neófitos do método eram advertidos de que a prescrição de nosódio é privilégio do médico homeopata antigo, nunca do principiante. Os resultados imediatos, pós-nosódio, costumam ser encorajadores, imediatos, induzindo ao hábito da sua pres-

crição sistemática, sob pretexto de “abrir o caso”. A prática clínica de muitas décadas comprova que a influência favorável dos nosódios repetitivos esgota-se no decurso do tempo, sendo capaz de adulterar a forma reacional natural do doente crônico, a ponto de dificultar ou inviabilizar o posterior seguimento, tornando o *simillimum*, dificilmente identificável.

Hahnemann distinguiu claramente a Homeopatia e foi cauteloso diante da possibilidade de tratar as doenças pelos produtos da mesma doença. Conheceu e adotou o *Psorinum* de Hering, mas não incorporou à Matéria Médica nenhuma substância que não tivesse sido suficientemente experimentada segundo normas por ele estabelecidas.

QUADRO XV. Diferenciação conceitual entre medicamentos destinados ao uso enantiopático, homeopático, isoterápico e vacinas.

Procedi- mento Caracte- rização	Enantiopático	Homeopático	Isoterápico	Vacinas
Natureza	Todos os reinos da natureza.	Todos os reinos da natureza.	Todos os reinos da natureza.	Extratos alergênicos. Predominantemente, proteínas.
Critério de prescrição	Princípio dos contrários. Oposição aos sofrimentos do paciente.	Lei da semelhança, entre quadro mórbido e uma farmacodinamia. A totalidade sintomática decide, obrigatoriamente.	O fator etiológico identificado decide. O conjunto dos sintomas não é considerado.	Finalidade preventiva. frente a agentes biológicos e alérgenos.
Interpretação e justificativa	Visa alívio imediato. Importam sintomas da doença, a etiologia e a fisiopatologia.	Estímulo global. Visa acionar defesa orgânica. Atenua predisposições mórbidas do terreno.	Hipossensibilização. Indução de tolerância específica. Restrita. Não cura o doente na totalidade.	Formação de anticorpos específicos.
Mecanismos	Acional. Impositivo. Sem especificidade ao doente. Oposição fisiopatológica.	Reacional. Modulador. Inespecífico quanto ao fator causal. Específico a determinado doente.	Reacional. Modulador. Específico ao alérgeno. Inespecífico ao doente.	Reacional. Imunomodulador. Estímulo de células imuno-competentes.
Condições do indivíduo	Portador de determinadas alterações ou queixas.	Doente na totalidade. Enfoque semiotécnico original.	Doente na parcialidade. Enfoque etiológico e local.	Indivíduo sadio. Excepcionalmente, doente.
Dose	Quantidade adequada ao peso e à idade.	A quantidade não importa. Decisiva a farmacodinamia do <i>simillimum</i> identificado.	A quantidade não importa. Decisiva a identidade do fator desencadeante.	Adaptada à idade. Na hipossensibilização domina o critério crescente das doses.
Via de introdução	Todas as vias.	Válidas todas as vias. Preferencialmente oral sublingual. Superfícies mucosas.	Todas as vias. Preferencialmente sublingual. Superfícies mucosas.	Predominantemente injetável. Todas as vias.
Frequência da dose	Variável, em função das propriedades do fármaco.	Preferível dose única. Variável, na dependência do médico e da resposta imediata do doente.	Dose única ou doses diárias, durante tempo limitado. Mais usadas C 6, C 9 e C 12	Vacinas profiláticas, geralmente únicas. Extratos alergênicos, repetidos até vários anos.
Toxicidade	Ocasional. Previsível e evitável.	Sem toxicidade.	Sem toxicidade.	Seguramente atóxicas.
Reações gerais	Imprevisíveis, raras e superáveis. Todos os tipos.	Possíveis reações imediatas pós <i>simillimum</i> , superáveis e de prognóstico favorável.	Eventual exacerbação inicial, que se extingue espontaneamente.	Possíveis reações anafiláticas. Raramente, óbito.

A VIA ORAL DE DESSENSIBILIZAÇÃO

Normatização da O.M.S. Imunoterapia: definição, objetivos, vias de administração e riscos. Contribuições de Ruppert, Brum Negreiros e Kahn. Interpretação. A via oral na literatura médica.

Normatização da O.M.S.

Desde 1970 têm sido numerosas as pesquisas sobre hipossensibilização *per os*. Os ensaios se caracterizam, quase na totalidade dos casos, pela administração de quantidades crescentes do antígeno e, quando referidas estas quantidades como “mínimas”, na realidade elas não o são, estando expressas em miligramas de peso. Neste aspecto de quantidade a Endocrinologia, habituada aos enzimas e às ínfimas quantidades de hormônios, usa os nanogramas como rotina e, sem cogitar sobre qualquer procedimento de energetização física aproxima-se, aos poucos, das ultradiluições.

As pesquisas acerca da hipossensibilização oral visam, de preferência, a asma brônquica, as alergias ao pólen e, em particular, as polinoses pela ambrósia. A maioria dos experimentos vem sendo realizada em animais (cobaias e coelhos), a exemplo dos modelos da alergia tuberculínica e dos antígenos do *Corynebacterium acnes*³².

A via oral de dessensibilização está sendo redescoberta. No alvor do terceiro milênio, sob os auspícios da *Organização Mundial da Saúde (OMS)*, vem a público um documento internacional que expressa o consenso unânime das mais importantes entidades mundiais na área de Alergologia e Imunologia, intitulado “*Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases*”, divulgado pela *Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia* sob o título “*Imunoterapia com alérgenos: vacinas terapêuticas para doenças alérgicas*”³³. Este documento representa o posicionamento da OMS frente às vacinas de alérgenos e normatiza os mecanismos, a utilização e as indicações da Imunoterapia, de modo a servir de referência à prática qualificada dos especialistas da área e nele estão baseados os principais conceitos e conotações deste capítulo.

Atualização de designações.

A designação *Imunoterapia com alérgenos*, traduz a administração de quantidades gradualmente crescentes de vacina de alérgenos em paciente alérgico, até atingir a dose efetiva capaz de reduzir os sintomas associados à exposição subsequente ao alérgeno causal.

A expressão designativa anterior “*extrato de alérgenos*” é alterada para “*vacina de alérgenos*”, sob a justificativa de que muitas vacinas em uso para Imunoterapia, deixaram de representar extratos brutos, passando a ser definidas em função de unidades biológicas ou em função dos microorganismos do alérgeno principal.

³² STICKEL H., AUERSWALD G., BODEN U., THIEL D. - Modification of infectious-allergic processes by oral administration of antigens. Fortschr. Med. 93 (34) Dec. 4, 1738-44, 1975

³³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Imunoterapia com alérgenos: vacinas terapêuticas para doenças alérgicas. Informe. Revista Bras. Alerg. imunopatol - Vol. 23, nº 1, 2000

O informe em destaque ocupa-se, em especial, das rinites/conjuntivites, da asma alérgica e das reações por picada de insetos. Aprova o plano terapêutico que associa no paciente a exclusão do alérgeno, a farmacoterapia, a Imunoterapia com alérgenos e a educação; enfim, admite todas as modalidades de tratamento no intuito de propiciar a normalização mais rápida do quadro.

A dose ótima das vacinas caracterizadas e padronizadas estaria na faixa de 5 a 20 mg. do alérgeno principal por aplicação, estando a eficácia terapêutica relacionada a esta dosagem.

A comissão do documento admite a anafilaxia como principal risco da Imunoterapia com alérgenos e pondera que a avaliação do período de cada tratamento é imprevisível e impossível de ser estabelecida, aconselhando um período de 3 a 5 anos de tratamento em pacientes que evidenciam boa resposta terapêutica.

Aspectos clínicos da Imunoterapia

O emprego dos alérgenos na terapia teve início com Noon e Freemann, em 1911, no tratamento das polinoses, estendendo-se o procedimento a outras doenças causadas por alérgenos inaláveis. O emprego do veneno de heminópteros é relativamente recente. As vacinas funcionam ao modo de moduladores de imunidade, impondo-se maior aprofundamento científico acerca desta modulação em relação aos alérgenos.

O tratamento das doenças por hipersensibilidade associa a Imunoterapia com a Farmacologia, esta última no intuito sintomático.

O afastamento do alérgeno, em concomitância com a Imunoterapia, representam as únicas medidas terapêuticas capazes de modificar o curso natural da doença por hipersensibilidade, todavia o tratamento imunológico isolado consegue reduzir, a curto prazo, a resposta aos desencadeantes alergênicos que precipitam os sintomas, evitando a resposta inflamatória e a instalação de doença persistente. Nos portadores de rinite alérgica, a instalação de asma consegue ser contornada.

Vias de administração da Imunoterapia

A via parenteral, com injeções subcutâneas de alérgenos é o recurso mais importante nas doenças respiratórias, entretanto, devido aos seus numerosos inconvenientes, outras vias - não injetáveis - vêm sendo preferidas. A aplicação local de alérgenos estimula o sistema imunitário no local onde a alergia está ocorrendo, sendo seguida por efeitos sistêmicos.

Na vasta literatura que se ocupa das vias de administração de alérgenos, verifica-se quão imperfeita é a denominação "oral", "peroral" ou "*per os*". Com frequência, a via oral ou bucal, se refere simplesmente à porta de entrada de cápsulas ou drágeas de dissolução enteral ou gástrica, dentro de um mecanismo diferente daquele do contato direto sobre a mucosa do assoalho sublingual, que propicia ampla inter-relação envolvendo linfócitos e macrófagos.

Constituem vias não injetáveis dos alérgenos :

1. A **via oral**, com emprego de vacinas sob forma de pílulas, cápsulas ou tabletes, que são imediatamente engolidas.
2. A **via sublingual**, nas variantes **sublingual engolida** e **sublingual cuspida**, após permanência do alérgeno sob a língua durante 1 a 2 minutos.
3. A **via nasal**. Nesta modalidade, a vacina, aquosa ou pulverizada, é lançada nas narinas através de dispositivos especiais.
4. A **via brônquica**. A vacina, aquosa ou pulverizada, é lançada nos brônquios através de dispositivo especial.

A via oral na prática, segundo um depoimento divulgado pela OMS

Via oral. Em 7 ensaios acerca de doenças respiratórias e Imunoterapia via oral, houve eficácia em 57 %, enquanto em outros 11 % ocorreu apenas redução do placar de sintomas e, ainda que em diferentes grupos de observação foi registrada melhora de manifestações nasais e de conjuntiva - evidentes somente após 12 meses de seguimento - os autores concluíram que a Imunoterapia brônquica e oral, devido à falta de eficácia e ao risco de efeitos colaterais graves nos procedimentos brônquicos, não é recomendável.

Via sublingual. Na comparação dos procedimentos *engolir* ou *cuspir* após 2 minutos de manutenção sublingual, os observadores deduziram que *somente o procedimento de engolir propiciou eficácia clínica*. Os pesquisadores demonstraram que a Imunoterapia via sublingual com deglutição tem indicação na rinite induzida pelo pólen ou pelo ácaro, impondo-se mais estudos para indicação ou adequação da Imunoterapia sublingual.

Via nasal. Em vários estudos foi observada redução da reatividade nasal durante o estímulo do alérgeno específico. Por esta via, atuariam melhor as vacinas aquosas e aspergidas, do que as modificadas. A Imunoterapia é indicada em rinites devidas ao pólen e aos ácaros, constituindo opção aos pacientes impossíveis de serem adequadamente controlados pela farmacoterapia convencional, ou porque apresentam reações sistêmicas pela Imunoterapia injetável, ou ainda, porque recusam as injeções como via de introdução.

Imunoterapia com alérgenos inaláveis. A inalação foi proposta em rinites polínicas e também em processos de conjuntiva ocular e de brônquios. Executada com vacinas aquosas, exige estudos controlados para ser comprovada. A via brônquica, de eficácia controvertida, tem o inconveniente de provocar, com frequência, broncoespasmos.

Fatores de risco nos testes e na Imunoterapia

Duas citações são suficientes para conscientizar sobre a importância do assunto. Entre 1957 e 1986 o Comitê Britânico para a Segurança na Medicina, registrou 26 óbitos. Entre 1945 e 1984 a Academia Americana de Alergia, Asma e Imunologia, apresentou relatório de 46 óbitos, 30 deles devidamente documentados; entre estes, 6 estavam relacionados a testes cutâneos e 24 à Imunoterapia. Os fenômenos anafiláticos, quando ocorrem, acontecem dentro de 20 e 30 minutos.

Na técnica de administração, necessário é considerar 2 etapas: uma fase de adaptação em que a vacina é administrada em doses crescentes e outra fase de manutenção, em que a dose máxima continua sendo administrada 2 a 3 vezes por semana. O monitoramento consiste no seguimento evolutivo, na resposta clínica e na redução da necessidade de medicamento de alívio.

Conclui a síntese da OMS: com base em estudos controlados, as vias de administração sublingual e intranasal de alérgenos constituem recursos alternativos válidos para a aplicação parenteral no tratamento de doenças alérgicas da árvore respiratória.

Em Homeopatia foram ensaiadas todas as formas de administração, inclusive a injetável muscular, optando-se pela praticidade da via oral ou, de preferência, sublingual. A literatura traz exemplos clínicos onde o paciente, sem possibilidade de deglutir, beneficiou-se por inalação ou simples contato superficial do medicamento ultradiluído nas mucosas nasal, labial ou orofaríngea.

Contribuição de Ruppert.

A Imunoterapia oral refere-se a uma série de métodos fundamentalmente biológicos que visam melhorar a resposta do sistema imunitário contra uma patologia determinada. Um pequeno artigo de Ruppert (1989)³⁴ explica que a Imunoterapia oral consiste em administrar extratos alergênicos por via oral em doses crescentes, a fim de estimular formação de anticorpos

³⁴ RUPPERT L. H. - Imunoterapia oral: Funciona?. Alerbrás News Ano II, nº 4, abr./jun. 1989

bloqueadores, indução de tolerância ao alérgeno, estimulação de linfócitos T supressores através de anticorpos antiidiotípicos e outros mecanismos que diminuem ou suprimem os sintomas do paciente. As proteínas constituem o aspecto polêmico do procedimento, tendo grande importância a penetrabilidade destas proteínas através das mucosas nos diferentes níveis do trato digestivo. Outrossim, os antígenos correm o risco de perder sua atividade por influência dos processos digestivos, donde a adoção de cápsulas carreadoras de antígeno, com revestimento entérico. A detecção da IgG específica serve de indicador da resposta orgânica. A via sublingual oferece condições de absorção satisfatória de antígenos em preparações aquosas de alta concentração. Em animais, uma única dose alta de ovalbumina por via oral induz sensibilização, enquanto a administração seqüencial de pequenas doses crescentes leva à tolerância.

Nos escritos do autor supracitado destaca-se a mesma referência, tornada comum em Imunologia, que alega ser inviável a dessensibilização pelo uso de proteínas de cadeias longas, pela dificuldade destas traspassarem a superfície mucosa. A leitura atenta da Imunologia acaba por alertar que este fato, embora comum, não constitui regra absoluta, admitindo-se interferência de circunstâncias modificadoras.

O método das triturações da Farmacotécnica homeopática, cujas fricções intermoleculares resultariam em liberação de energia e que, por acréscimo, transformam metais em pseudo-soluções colóides, leva a novos raciocínios. Nos ensaios biológicos a hipossensibilização através das ultra-diluições hahnemannianas ocorre com alérgenos de qualquer natureza.

Uma opinião do Prof. Brum Negreiros

Brum Negreiros, saudoso professor de Alergologia do Rio de Janeiro, em Simpósio sobre Dermatoses Profissionais (1976), na palestra sobre a via oral de dessensibilização, considerou que, do local de encontro com o contactante de potencial alérgico, estruturas da pele ou mucosa direcionam por si mesmas as reações. A droga ingerida distribuir-se-ia ao nível das mucosas, facilitando os mecanismos responsáveis pelo estado de tolerância, ao modo de substância "self", ou própria. Ao encontrar a pele, os linfáticos reconheceriam o alérgeno, devido às informações digestivas anteriores. A discrepância entre o comportamento dos linfócitos da pele e aqueles do meio interno encerraria o mistério.

Negreiros levanta a questão nos seguintes termos: "o que aconteceria se aos operários fossem dadas *gotas sublinguais* de multicromato de níquel ou de metiltiuram parafenilenodiamina? Seriam tóxicos, irritantes, passíveis de efeitos cumulativos ou seriam capazes de tornar tolerantes os operários de indústrias com substâncias alergizantes?". Em outras comunicações o mesmo professor preconiza o uso sublingual do alérgeno específico; obviamente, não adota as doses exíguas nos moldes hahnemannianos e, infelizmente, em seu tempo, as virtudes imunitárias da célula de Langerhans eram menos conhecidas. Hoje estas células contribuem para explicar o fenômeno, graças à sua poderosa capacidade amplificadora da informação antigênica. Quando o alérgeno é ingerido, outra classe diferente de linfócitos ocupa-se do mesmo, favorecendo a tolerância.

Pesquisadores da Universidade de Hopkins³⁵ constatam, em 1975, que a introdução de alérgeno quimicamente reativo, no trato digestivo de animais, consegue negatar os respectivos testes cutâneos, sendo esta falta de resposta cutânea, de longa duração, ao modo da tolerância prolongada, atribuída às células T.

³⁵ REESE R. T., CEBRA J.J. - Anti-Dinitrophenyl Antibody Production in Strain 13 Guinea pigs fed or sensitized with Dinitrochlorobenzene The Journal of Immunology, Vol.114, n.2, Part 2, 863-871 Febr. 1975

Estudos de Kahn

Kahn e cols., da Universidade do Colorado, publicam em 1974 um trabalho experimental sobre tolerância ao propil-galato induzida pela administração oral do mesmo alérgeno³⁶. O propil-galato, ubíquo na indústria, usado como antioxidante de materiais gordurosos, entra em freqüente contato com a pele e mucosas da maioria dos indivíduos, encontrando-se em alimentos (margarina), cosméticos e produtos gordurosos. A adição aos produtos está normatizada em 0,02 %; o seu elevado potencial alergênico nos experimentos em cobaias é comparado ao dinitroclorobenzeno. As propriedades fotoprotetoras do propil-galato, constatadas *in vitro* e *in vivo*, motivaram médicos russos a adotar o uso tópico do produto no propósito protetor contra raios ultravioletas, fato que obrigou a revisão da literatura médica acerca da eventual toxicidade; constataram então que, na Europa, havia apenas 12 referências a dermatites ao contato específico, índice este por demais inexpressivo. Kahn estranhou o fato de, apesar do uso generalizado, não haver encontrado registro de hipersensibilidade ao propil-galato nos Estados Unidos.

O uso experimental tópico em grupo de 10 voluntários, desencadeou a dermatite de contato em 5 deles. No laboratório, foi possível sensibilizar cobaias através de testes epicutâneos e injeções intradérmicas. Em outra pesquisa, o estado de tolerância foi induzido alimentando as cobaias durante 7 dias com solução 1:10 de propil-galato; duas semanas após interrupção do alimento, os animais foram submetidos aos testes epicutâneos e injeções intradérmicas, sem apresentarem reação às mesmas.

A interpretação da neurofisiologia de Pavlov

Os interoceptores nervosos de superfície mucosa são capazes de captar e transmitir a mensagem farmacodinâmica em direção ao córtex cerebral. Assim como um único linfócito é suficiente para propagar a informação alergênica de alerta ao sistema imunológico, a captação pelas terminações nervosas de uma única informação dinâmica medicamentosa, induzida por 1 gota ou fração de gota, do preparado alergênico dinamizado, será suficiente para instaurar estado de alerta defensivo do sistema regulador do organismo; participam deste fenômeno os circuitos feed-back ou aferentização de retorno.

Da Patologia córtico-visceral de Pavlov, surgiu a concepção de *nervismo*, segundo o qual as funções orgânicas estão subordinadas à *atividade nervosa superior* ou *córtex*. De acordo com esta escola, a Homeopatia representa uma *reflexoterapia nêurica*. O efeito do *simillimum* se concentra no mecanismo reflexo, que difere da ação imediata sobre qualquer célula, órgão ou sistema.

A escola pavloviana considera a doença uma resultante da atividade cortical, afirmando que a alteração da sinalização interoceptiva (no caso, terminações nervosas distribuídas na mucosa bucal), seria a responsável pela modificação do relacionamento entre vísceras e córtex. Das conseqüentes alterações da função cortical de análise e síntese, adviriam repercussões somáticas diversas. O córtex cerebral controla as funções através da análise e síntese dos estímulos, levando o organismo à adaptação.

As ultradiluições isoterápicas, responsáveis pela hipossensibilização frente a determinados alérgenos, enquadrar-se-iam nas concepções do nervismo pavloviano.

³⁶ KAHN G., PHANUPHAK P., CLAMAN H.N. - Propyl Gallate-Contact Sensitization and Orally-Induced Tolerance. Arch. Dermatol. Vol 109, April 1974, 506-509

A D E N D O

Via oral e procedimentos de dessensibilização na literatura médica

Há poucas décadas, a via oral na terapia de hipossensibilização era inadmissível e preconceituosa, sendo contestada através de numerosos argumentos, muitos deles hipotéticos. Hoje, enquanto persistem as dúvidas e se exacerbam as polêmicas em torno da validade da eficácia da via oral nas práticas de dessensibilização, cresce a literatura favorável em relação a esta via. Os avanços da Imunologia, os estudos sobre os diferentes mecanismos de integração das células imunocompetentes, as estruturas biológicas de captação e os aspectos práticos, por vezes banais, que conseguem bloquear as informações antigênicas, estão sempre em pauta. Aos poucos, dissolvem-se as dúvidas. Prova disto, representam os artigos sobre o assunto que, desde 1970, foram se tornando numerosos e chegaram a ser comuns.

O médico homeopata, habituado a assistir aos grandes efeitos das ultradiluições, sempre eficazes por via oral, vê o assunto sob outro ângulo. Em Isoterapia e em Homeopatia prevaleceu a via oral e, em especial, a via sublingual, unanimemente, dispensando discussões.

Devido à omissão do assunto nos textos médicos de uso diário, serão expostas algumas sínteses de artigos selecionados na literatura mundial alopática, que dizem respeito à administração oral de alérgenos como terapia. Cada citação traz ensinamento diferente e ilustra a instabilidade de um consenso no setor.

Hipersensibilidade a gramíneas

TAUDORF E, WEEKE B. Orally administered grass pollen. *Allergy*, 1983 Nov. 38 (8); 561-4

Os autores evocam o ano 1900, quando era defendida a hipossensibilização oral na febre do feno através da administração via oral de gramíneas, cujos numerosos ensaios, não controlados, não comprovaram a validade do procedimento. Muito mais tarde tiveram início os ensaios clínicos controlados a fim de comprovar a segurança e eficácia da administração oral de comprimidos contendo pólen de timóteo, revestidos por material de dissolução entérica, administrado por via oral em portadores de febre do feno. A dose real do pólen nos primeiros ensaios chegou a ser 30 vezes superior à quantidade recomendada para a hipossensibilização oral pré-sazonal

Em época recente, os autores acompanharam 12 portadores da febre do feno, com testes cutâneos reativos e provocação nasal positiva; o ensaio incluiu duplo-cego, randomização e placebo, com distribuição em grupos. Pré-sazonalmente os pacientes receberam 342.500 PNU (Protein nitrogen, units), perfazendo o total de 4.500.000 PNU no final de 6 meses. Os pacientes sob tratamento ativo não apresentaram efeitos colaterais nem mudanças importantes na pele e na reatividade nasal ao pólen da gramínea. Sem mudanças da IgE timóteo-específica, da IgE total, da IgG, nem liberação de basófilos.

Comentário: Interesse histórico e exemplo rotineiro de ensaio na categoria. Dois aspectos chamam atenção neste comunicado: 1º) A cobertura entero-solúvel dos tabletes carreadores do antígeno e do placebo, para os quais a boca foi reduzida à simples condição de porta de entrada. Neste caso, não houve chance de contato com estruturas ao nível do trato digestivo superior. Quanto à mucosa enteral, esta sim, está sujeita a fatores interferentes de bloqueio ou adulteração do alérgeno, escapando ao controle do pesquisador. 2º) A preocupação quantitativa crescente constitui fato constante, quase uma obsessão, nos trabalhos sobre dessensibilização, sendo intrigante a persistência dos alergologistas no caminho inverso das quantidades desalergizantes.

Pólen de gramínea

TAUDORF E, LAURSEN LC, DJURUP R, KAPPELGAARD E, PEDERSEN CT, SOBORG M, WILKINSON P, WEEKE B. Oral administration of grass pollen to hay fever patients. An efficacy study in oral hypossensitization, *Allergy*, 1985, Jul. 40 (5); 321-35

Estudo sobre a eficácia do pólen de gramíneas na hipossensibilização de portadores da febre do feno. Os autores referem que a hipossensibilização via oral é silenciosa e largamente praticada no tratamento das doenças alérgicas, embora sejam escassas as pesquisas comprovadoras dos resultados benéficos. No intuito de estudar a hipossensibilização por via oral, elaboram um ensaio clínico com 58 portadores da febre do feno, incluindo duplo-cego e placebo. Empregam o alérgeno acondicionado em comprimidos entero-solúveis contendo, ou o placebo, ou o pólen de gramínea específica. Os comprimidos são administrados diariamente alcançando, no final de 6 meses, o total de 8.915.000 PNU (unidades nitrogênio protéicas) - quantidade jamais antes alcançada em estudos semelhantes. A contagem periódica do pólen e os benefícios do procedimento, através dos sintomas patognomônicos, dos eventuais medicamentos de apoio, do teste de provocação nasal e dos testes cutâneos, não conseguiram demonstrar resultado benéfico no tratamento pela gramínea. Sem alteração da IgE e IgG específica ao timóteo.

Os autores admitem a possibilidade da hipossensibilização oral tornar-se um tratamento efetivo para a febre do feno, no futuro, sem ainda poderem recomendá-la no momento presente.

Comentário: A esta sinopse sobre rinite alérgica ao timóteo cabem as considerações feitas àquela precedente. Destaca-se o fato dos dois autores anteriores, agora acrescidos por mais seis, tendo à disposição recursos sofisticados de pesquisa, insistirem num objetivo sem outra opção além do aumento da dose, a qual é duplicada de uma a outra experiência.

Pólen de gramínea

URBANEK R, BURGELIN KH., KAHLE S, KUHN W, WAHN U. Universitäts-Kinderklinik, Freiburg, Federal Republic of Germany. Oral immunotherapy with grass pollen in enterosoluble capsules. A prospective study of the clinical and immunological response. *Eur. J. Pediatr.* 1990 May. 149 (8); 545-50.

Em estudo que durou 2 anos, foram acompanhados 60 portadores de rinite alérgica ao pólen de gramíneas. Diferentes grupos receberam o alérgeno em a) doses baixas via oral, b) doses altas via oral ou c) procedimento de hipossensibilização cutânea convencional. Não ocorreu nenhuma melhora significativa nos pacientes tratados por via oral (cápsulas entero-solúveis), enquanto aqueles que receberam o antígeno por via subcutânea evoluíram no sentido do apagamento dos testes específicos, com aumento de anticorpos IgG e redução dos sintomas específicos cutâneos. Os autores concluem que a hipossensibilização oral, com cápsulas entero-solúveis contendo gramínea, é ineficaz.

Comentário: O julgamento de doses altas e baixas é relativo. Aliás, na maioria dos experimentos, as quantidades empregadas têm sido muito elevadas. A caracterização da via oral e da via sublingual, como local de contato do antígeno, está implícita no texto. Nesta sinopse a via oral também traz o sentido de simples porta inicial de entrada de produto a ser liberado no trato intestinal.

Pó domiciliar e polinose

WORTMANN F. Oral hyposensitization of children with polinosis or house-dust asthma. *Allergol. Immunopathol.* (Madrid). 1977 Jan-Feb. 5 (1); 15-26

O autor afirma que, após 25 anos de experiência, tem comprovado a eficácia e segurança da hipossensibilização por via oral, como tratamento específico de alergia respiratória em crianças de 10 a 12 anos. Nos portadores de polinose adota o pó ou extratos de pólen, com resultados semelhantes àqueles conseguidos pela hipossensibilização subcutânea. Na asma pelo pó doméstico realiza a dessensibilização oral com extratos existentes no comércio, ou com preparados a partir do pó colhido na própria residência do doente. Enfatiza que os resultados obtidos com o pó domiciliar em crianças portadoras de asma são bons e duradouros.

Comentário: Alusão a resultados favoráveis vantajosos na polinose responsável por distúrbios de vias respiratórias, a partir de extrato de pólen por via oral, quando comparados àqueles obtidos através da hipossensibilização subcutânea.

Pólen de vidoeiro

BJORKSTEN B, MOLLER C, BROBERGER U, AHLSTEDT S, DREBORG S, JOHANSSON SG, JUTO P, LANNER A. Clinical and immunological effects of oral immunotherapy with a standardized birch pollen extract. (Efeitos clínicos e imunológicos na imunoterapia oral com extrato estandardizado de pólen de vidoeiro).

Simultaneamente em dois centros de Pediatria foram planejados estudos-pilotos com crianças entre 8 e 15 anos, portadoras de rinoconjuntivite alérgica. O alérgeno, em cápsulas gelatinosas entéricas contendo extrato seco de pólen de vidoeiro, foi ministrado em doses diárias durante 7 dias consecutivos em cada mês ou de cápsula única por semana.

As manifestações patognomônicas orientaram a avaliação evolutiva: espirros, gotejamento e obstrução nasal, rubor, prurido e edema de conjuntivas oculares - sintomas estes bastante minimizados no decurso de 3 a 5 meses de tratamento, quando comparados ao grupo testemunha. A melhora clínica mantinha-se 1 ano depois.

Comentário: A referência a cápsulas gelatinosas adaptadas ao uso infantil, constitui o aspecto diferencial de outros ensaios que adotaram preparações êntero-solúveis.

Anacardiáceas – Rhus

WATSON ES, MURPHY JC, EI SOHLY MA. Immunologic studies of poisonous Anacardiaceae: oral desensitization to poison ivy and oak urushiols in guinea pigs. *J. Invest. Dermatol.* 1983 Mar 80 (3) ; 149-55

Venenos de vidoeiro e de carvalho, ou seus componentes, foram comparados com os respectivos derivados esterificados, para avaliação da eficácia na dessensibilização oral em cobaias sensibilizadas ao urushiol. A hipossensibilização dos derivados esterificados mostrou-se maior daquela provocada pelo urushiol livre. A supressão pelo urushiol esterificado foi mais duradoura que aquela provocada pelo urushiol livre.

Estes autores estudam as Anacardiáceas tóxicas e tentam a dessensibilização por via oral em cobaias pré-sensibilizadas pelo veneno do vidoeiro e, de forma específica, ao urushiol oriundo do carvalho - um látex contendo princípio ativo irritante para a pele. Nos experimentos em cobaias, empregam misturas acetiladas saturadas congêneres contendo urushiol, em dois grupos de animais; num deles adotam doses altas de 100 mg/Kg de peso, enquanto no outro administram a dose baixa de 10 mg/Kg/peso, durante uma, duas ou três semanas. Concluem que as doses altas do alérgeno produzem grau muito mais significativo de hipossensibilização, em comparação com aquele obtido com doses baixas. Informam que os derivados esterificados promovem hipossensibilização mais significativa do que aquela desenvolvida pelo urushiol livre. O urushiol esterificado, por sua vez, produz supressão (tolerância) mais duradoura do que o urushiol em natureza.

Nos animais hipossensibilizados através de doses baixas 10 mg/Kg/peso e a administração, duas semanas após a última dose da série, de uma dose única de reforço de 33 mg/Kg/peso de acetatos derivados, ocorreu o fenômeno rebote. Este efeito rebote foi registrado nos animais que receberam previamente as doses mais elevadas - 100 mg/Kg.

Comentário: Este trabalho reveste-se de grande interesse científico, devido ao fato excepcional de referenciar o *efeito rebote*, uma expressão não curativa do efeito secundário reacional. Acresce o detalhe dos alérgenos empregados serem comuns em certas regiões geográficas e o seu conhecimento remontar desde a cultura indígena norte-americana. Os nativos protegiam-se, inclusive, da influência alergizante do *Rhus toxicodendron*, o vidoeiro, ingerindo “pré-sazonalmente” as folhas desta árvore.

Dicromato de potássio

CHRISTENSEN OB, CHRISTENSEN MB, MAIBACH HI. Flare-up reaction and desensitization from oral dosing in chromate-sensitive guinea-pigs. In: Contact Dermatitis. 1984 May. 10 (5); 277-9 (Reações cutâneas agudas por hipersensibilidade induzida aos cromados, em cobaias, e a dessensibilização via oral com os mesmos cromados).

Reações cutâneas pápulo-eritematosas foram induzidas em cobaias hipersensíveis ao dicromato de potássio, mediante uso oral de uma única dose do alérgeno na quantidade de 55 mg/Kg/peso. Tal dose é sistemicamente tóxica e superior à dose capaz de induzir as mesmas reações em organismos humanos. Uma dose oral de dicromato de potássio equivalente a 90-115 mg/Kg, instalou estado de não resposta imunitária no final de 6 semanas. Salvo restrições, o modelo da cobaia pode ser útil para testar a capacidade hipossensibilizante de diferentes haptenos administrados por via oral.

Comentário: Os estudos da tolerância imunológica distinguem a zona de tolerância alta e a zona de tolerância baixa, admitindo que o mesmo fenômeno clínico é conseguido com doses diametralmente opostas. Segundo alguns textos, a dose responsável pela tolerância da zona alta chega a ser até 10.000 vezes maior do que a dose indutora de tolerância da zona baixa.

No domínio das doses isoterápicas imponderáveis, segundo experiência da autora, os melhores resultados clínicos foram obtidos com o dicromato de potássio na duodécima diluição centesimal ou 100^{-12} ; na leitura de condutância, esta diluição ocupou o platô mais elevado da curva representativa das desconcentrações seriadas, cujos valores eram expressos em η Sie (MHOS); temperatura ambiente 22° e a frequência de ressonância molecular ou $FBr = 90.000 \text{ Kh}_3$.

Níquel

SJOVALL P, CHRISTENSEN OB., MOLLER H. Department of Dermatology, Lund University, General Hospital, Malmo, Sweden. Oral hyposensitization in nickel allergy. J. Am. Acad. Dermatol. 1987 Nov. 17 (5 Pt 1); 774-8

Em 2 estudos controlados, cada qual com 24 portadores de alergia ao níquel, foram instituídos protocolos no sentido de diminuir a hipersensibilidade através da administração oral do antígeno. Doses semanais de 5,0 mg de sulfato de níquel, durante 6 semanas, reduziram sensivelmente o grau da reação de contato. Não sucedeu o mesmo resultado favorável pela administração diária de 0,5 mg do mesmo alérgeno. A alergia de contato foi avaliada através de testes cutâneos antes e depois da administração do níquel.

Comentário: Sendo as reações ao níquel um problema sério na Medicina de Trabalho, desprovido de tratamento eficaz, a comunicação destes autores assume importância social. Com certeza, os resultados seriam melhores se as doses empregadas fossem imponderáveis.

Níquel

VAN HOOGSTRATEN IM, BOOS C, BODEN D, VON BLOMBERG ME, SCHEPER RJ, KRAAL B. Department of Pathology, Vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands. Oral induction of tolerance to nickel sensitization in mice. J. Invest. Dermatol. 1993 Jul. 101 (1); 26-31

O contato do antígeno via digestiva, anterior à sensibilização, pode resultar em não resposta do sistema imunitário (tolerância oral). A indução da tolerância oral parece constituir uma estratégia atraente no combate a respostas imunes indesejáveis, conforme acontece na rejeição de enxertos e nas doenças auto-imunes e alérgicas. A dessensibilização ao níquel é feita em camundongos criados em condições isentas de níquel, em ensaios claros e reproduzíveis. A hipersensibilidade foi induzida mediante injeções intradérmicas de sulfato de níquel e estimulada por injeção do sal metálico em reborda auricular. A eficácia da hiporesponsividade induzida oralmente poderia ser atribuída ao baixo grau de hipersensibilidade dos camundongos mantidos em gaiolas com cobertura e bicas de água níqueladas. Este modelo de hipersensibilização ao níquel em camundongos serviu aos estudos de tolerância oral pela administração de doses não tóxicas do sulfato de níquel na água de beber, ou pela via gástrica, antes da sensibilização. Nestes animais, o desenvolvimento da hipersensibilidade retardada pôde ser suprimida pelo recurso dose-dependente e a hiporesponsividade pôde ser transferida pelas células CD8+.

Os autores induzem em ratos de laboratório a tolerância ao níquel pela administração via oral de doses não tóxicas de sulfato de níquel. Comprovam esta tolerância específica através da provocação alérgica durante e após a prova. Afirmam que nestes animais a hipersensibilidade específica do tipo tardio foi suprimida e que a hiporesponsividade seria passível de transferência através de células CD8+. A especificidade antigênica desta tolerância pôde ser demonstrada pelo procedimento concomitante de sensibilização e de provocação pelo níquel e cromo. As conclusões são adaptáveis a outros alérgenos metálicos.

Urina

WILSON CW. The protective effect of auto-immune buccal urine therapy (AIBUT) against the Raynaud phenomenon. *Med. Hypothesis*. 1984 Jan. 13 (1); 99-107 (Efeito protetor da terapia bucal auto-imune através da urina, contra o fenômeno de Raynaud).

A eficácia da urinoterapia auto-imune bucal contra sintomas alérgicos acontece mediante administração sublingual de dose adequada de urina, conforme foi determinado em bioensaios feitos em pacientes individuais. O registro das doses efetivas sucessivas, dentro de certos limites, proporciona uma curva sinusoidal de resposta.

A eficácia da administração de dose efetiva de urina não fervida, é confirmada pela redução da severidade e duração dos sintomas de Raynaud induzidos pela água fria. Urina submetida à ebulição não afeta o fenômeno de Raynaud.

Comentário: Exemplo de *autonosódio* por via oral. O comunicado é oportuno. A uroterapia foi empregada amplamente por Collet (1865-1909), sob critério isoterápico, em doses imponderáveis.

Miastenia grave e acetilcolina

WANG ZY, GIAO J, MELMS A., LINK H. Department of Neurology, Karolinska Institutet, Huddinge Hospital, Stockholm, Sweden. T-cell reactivity to acetylcholine receptor in rats orally tolerized against experimental autoimmune myasthenia gravis. *Cell Immunol*. 1993 Dec. 152 (2); p. 394-404

Estudo detalhado sobre a reatividade das células T frente aos receptores de acetilcolina, induzindo experimentalmente em ratos, pelo procedimento de dessensibilização oral, um estado de tolerância contra a miastenia auto-imune grave. Os autores definem um modelo experimental animal da miastenia grave auto-imune como doença dependente de células T, mediada por anticorpos contra receptores nicotínicos da acetilcolina ao nível da junção neuromuscular. Administram acetilcolina (Torpedo) a ratos (Lewis rats) antes de imunizá-los com acetilcolina (Torpedo) miastenogênica e o adjuvante completo de Freun, o que resulta em prevenção da miastenia grave clínica e na supressão da resposta das células B acetilcolino-específicas. A fim de estudar a influência da tolerância oral para a miastenia grave nas células T acetilcolino-reativas, estas células foram contadas nos nodos linfáticos poplíteos, inguinais e mesentéricos, assim como no baço e no timo, através de teste para células T baseado na secreção de gama-interferon pelas células T antígeno-reativas. A diminuição de tais células foi detectada nos linfonodos poplíteos, inguinais e mesentéricos dos ratos que desenvolveram tolerância à miastenia grave, comparados ao grupo de animais testemunhas.

Os autores concluem que a administração oral da acetilcolina, além de prevenir sinais clínicos da miastenia grave e de suprimir células B acetilcolino-específicas, também se opõe ao desenvolvimento das células secretoras acetilcolino-reativas e de células secretoras de gama-interferon.

Comentário: Ensaio complexo que deve ser destacado pela grande e imprevisível importância científica, sob vários aspectos. Ainda que realizada em animais, baseou-se na administração oral dos antígenos diretamente vinculados a mecanismos que associam linfócitos T aos receptores sensoriais.

Penicilina

STARK BJ, EARL GN, LUMRY WR., GOODMAN EL, SULLIVAN TJ. Acute and chronic desensitization of penicillin-allergic patients using oral penicillin. *Allergy Clin. Immunol.* 1987 Mar. 79 (3); 523-32

Os autores procedem a dessensibilização oral à penicilina em portadores alérgicos agudos e crônicos. Estudam a eficácia, segurança e mecanismo da dessensibilização em 24 adultos e 2 crianças com infecções graves que exigiam drogas beta-lactâmicas. Foram adotadas doses crescentes de phenoxymethyl penicilina em intervalos de 15 minutos até dose cumulativa de 1,3 milhões de unidades, quando então era feita a administração parenteral da droga beta-lactâmica de escolha.

Em 12 pacientes ocorreram complicações imunológicas ou terapêuticas, que variaram desde prurido até doença do soro. 1 paciente, portador de fibrose cística e doença pulmonar abandonou a prova devido à piora progressiva das queixas. Nos 25 pacientes restantes a dessensibilização resultou em sucesso e os doentes puderam receber a dose completa parenteral da penicilina. Os autores decidiram pela continuidade da dessensibilização em 6 pacientes, mantendo a penicilina oral duas vezes ao dia, em períodos que variaram de 2 semanas até 3 anos, sem incidentes. As provas cutâneas repetidas após dessensibilização aguda, a um ou mais determinantes da penicilina, tornaram-se negativas em 11 de 15 pacientes. Os autores concluíram que a dessensibilização oral à penicilina é útil, aceitável e pensam que a dessensibilização via mastócitos antígeno-específicos contribui para a proteção contra a anafilaxia.

Penicilina

SULLIVAN TJ, YECIES LD, SHATZ GS, PARKER CW, WEDNER HJ. Desensitization of patients allergic to penicillin using orally administered beta-lactamic antibiotics. *Allergy Clin. Immunol.* 1982 Mar. 69 (3); 275-82

Quando pacientes alérgicos à penicilina desenvolvem infecção de risco, eles enfrentam o dilema: ou a infecção fatal, ou a possibilidade de uma reação alérgica fatal. Esta situação pode ser contornada através da dessensibilização oral antes de administrar a dose efetiva total do antibiótico.

Foram estudados 30 portadores consecutivos de reações alérgicas à penicilina, com testes cutâneos positivos imediatos e reações agudas a determinantes da penicilina, todos sob tratamento das infecções de risco.

Em portadores de endocardite bacteriana, a exigir penicilina G, foi conseguida dessensibilização em 19 pacientes; 9 portadores de pneumonia por pseudomonas também foram dessensibilizados. A dois portadores de infecção estafilocócica, necessitados de penicilina, penicilinase-resistente, foi administrada oralmente a penicilina G ou carbenicilina, começando com 100 U ou 60 microgramas, respectivamente e cuja dose era duplicada em intervalos de 15 minutos, sob monitoramento contínuo frente a possíveis reações alérgicas; dentro de 5 horas, foi realizada a administração da dose terapêutica total, por via endovenosa.

A repetição do teste cutâneo em 23 pacientes, após o esquema da dessensibilização, mostrou-se negativada em todos eles. A administração dos antibióticos lactâmicos conseguiu ser realizada nos 30 pacientes iniciais; 30 % deles, entre 6 a 48 horas após iniciada a terapia, apresentaram discretas erupções cutâneas pruriginosa. Não houve anafilaxia, óbito ou reação alérgica aguda.

Os resultados deste estudo evidenciam que a dessensibilização oral constitui recurso eficaz, relativamente seguro, útil na administração de antibióticos beta-lactâmicos em pacientes penicilino-alérgicos portadores de infecções de risco.

Alopurinol

FAM AG, LEWTAS J, STEIN J, PATON TW. Division of Rheumatology, University of Toronto, Ontario, Canada. Desensitization to allopurinol in patients with gout and cutaneous reactions. *Am. J. Med.* 1992 Sep. 93 (3); 299-302

O trabalho tem por finalidade comprovar a eficácia e segurança da dessensibilização oral lenta na administração do alopurinol em pacientes que reagem com erupções cutâneas pruriginosas. Foram acompanhados 9 portadores de insuficiência renal e artrite gotosa tofácea crônica, que interromperam o tratamento com alopurinol devido à ocorrência alérgica de erupções cutâneas máculo-pápulo-pruriginosas, aplicando-lhes um esquema com o alopurinol oral em doses gradualmente crescentes; a retomada do alopurinol foi cautelosa e em 4 deles se impôs redução da dose quando esta atingiu 5 mg, por apresentarem erupção eritematosa macular, recorrente. O estado de hipossensibilização foi conseguido e apenas dois pacientes manifestaram episódio posterior de eritema discreto e fugaz.

Os autores declaram válido e aceitável o procedimento de dessensibilização oral, capaz de viabilizar a retomada do plano terapêutico inicial interrompido, particularmente em portadores de insuficiência renal, que não dispõem de opção substitutiva.

Sulfadiazine

TENANT-FLOWERS M, BOYLE MJ, CAREY D, MARRIOTT DJ, HARKNESS JL, PENNY R., COOPER DA. Centre for Immunology, St. Vincent's Hospital, Sydney, Australia. Sulphadiazine desensitization in patients with AIDS and cerebral toxoplasmosis. *AIDS*, 1991 Mar. 5 (3); 311-5.

O objetivo do ensaio foi avaliar a eficácia de um protocolo de dessensibilização à sulfadiazine em portadores de AIDS, toxoplasmose e alergia comprovada à sulfonamida, a fim de garantir que a dose adequada de sulfadiazine – 2 a 4 g/dia – possa ser alcançada no prazo de 4 a 5 dias, e para reforçar o efeito dos corticosteróides em administração concomitante, garantindo o sucesso do plano.

Num período de 15 meses, foram acompanhados 16 portadores de toxoplasmose e história pregressa de manifestações de alergia à sulfonamida, os quais conseguiram ser dessensibilizados mediante a administração oral de quantidades gradualmente crescentes da Sulfadiazine, variando as doses de 2 a 4 gramas diárias, fracionadas em intervalos de 3 horas, durante 5, ou 7 dias, com grandes variações individuais, havendo 38% de desistências. Os corticosteróides não pareceram interferir nos resultados. Não houve recorrência de reação alérgica no pequeno grupo perseverante, permitindo continuidade do esquema específico básico inicial.

A alergia em portadores de HIV, assim como a dessensibilização observada, obedecem a mecanismos desconhecidos. Os autores qualificam o plano adotado de rápido, eficaz e seguro, justificado em portadores de toxoplasmose cerebral e alergia à sulfonamida, ao permitir o tratamento de primeira linha.

Comentário: A preocupação com doses crescentes é constante nas terapêuticas com doses maciças. A Isoterapia consegue dessensibilizar à sulfadiazine através de doses matematicamente equivalentes a 100⁻¹² (duodécima diluição centesimal, ou seja, a unidade precedida de 24 zeros).

Alérgenos da asma infantil

STEMMAN EA, WEGNER F, SCHACHOFF R., REINHARDT D. Oral desensitization in childhood. *Prax Klin Pneumol.* 1979 Apr. 33 Supp 1; 302-4

- 1) *Existe evidência de que os alérgenos administrados oralmente são absorvidos.*
- 2) *75 % das crianças permitiram demonstrar a eficácia da dessensibilização oral.*
- 3) *Segundo a avaliação do fluxo brônquico após provocação alérgica, o procedimento oral e a dessensibilização cutânea parecem ser igualmente eficazes na redução da hipersensibilidade brônquica.*
- 4) *A redução da hipersensibilidade após dessensibilização oral apresentou-se equivalente àquela conseguida após 1 cápsula de DNCG.*
- 5) *A redução da hipersensibilidade ocorreu também em crianças submetidas a tratamento sintomático anti-asma durante período variável entre 1 e 3 anos.*

Avaliação geral da via oral de hipossensibilização

EBNER H. Oral hyposensitization. *Wien Klin. Wochenschr Suppl.* 1980 117; 19-21

Os autores revêm a literatura referente aos aspectos teóricos e práticos da hipossensibilização oral e concluem que este procedimento constitui, no momento, a conduta mais recomendável na hipersensibilidade do tipo I na infância.

SJOVALL P, CHRISTENSEN OB. Department of Dermatology, Lund University, Malmo, Sweden. Oral hyposensitization in allergic contact dermatitis. *Semin. Dermatol.* 1990 Sep. 9 (3); 206-9

Após realizarem a avaliação global dos procedimentos de hipossensibilização oral em dermatites alérgicas de contato, os autores chamam atenção para o real significado dos termos hipossensibilização, tolerância e refratariedade. Os estudos a respeito estão se aperfeiçoando e os possíveis mecanismos continuam sendo discutidos.

Importantes estudos humanos e em animais de laboratório permitem concluir que a hipossensibilização oral no homem é, na verdade, possível. Além disso, a reação é antígeno-específica, diminui rapidamente e é provável que haja para a hipossensibilização um momento certo, mais importante do que a quantidade total do alérgeno ingerido. Contudo, estudos posteriores ainda não justificam a adoção da via oral como rotina.

HEMOTERAPIA E SUAS VARIANTES.

Contribuições de Licínio Cardoso, Léon Vannier e outros autores. Modalidades hemoterápicas. Terapia tecidual. Hemoterapia em Dermatologia.

A hemoterapia propriamente dita faz parte dos procedimentos convencionais, consistindo no tratamento de doenças pelo emprego de sangue ou derivados do sangue. Em Dermatologia, marcou época a injeção intramuscular do sangue venoso recém-puncionado e reintroduzido, de imediato, no próprio portador da dermatose, incluso o acne, sem ser submetido a nenhum processo intermediário que visasse modificar as suas propriedades. De tanto em tanto, ocorriam resultados satisfatórios duradouros.

O homeopata Rogers, de Chicago, adaptou à hemoterapia as técnicas de diluição e de dinamização, conferindo ao sangue retirado novas propriedades. Chamou a sua prática de *auto-hemoterapia dinamizada*.

A contribuição de Licínio Cardoso

Entre nós, Licínio Cardoso (1852-1926) admite, ao modo de Collet, de Lux e de Hering, estarem consubstanciados no sangue os agentes patogênicos causais e suas toxinas, acreditando que estes agentes seriam capazes de produzir, ou a própria doença, ou uma outra semelhante a ela. Idealizou uma técnica própria - *o processo autonómico* - e apresenta sua experiência de forma detalhada no livro "*Dyniotherapia Autonómica*"³⁷ traduzido em várias línguas. Alguns autores estrangeiros adotam suas idéias e propagam-nas como originais deles, donde a conveniência em re-presentar os enunciados do legítimo autor brasileiro.

A técnica original de Licínio Cardoso pode ser assim resumida:

- a) Retirar 1 cc de sangue venoso.
- b) Transferir para frasco com capacidade para 60 cc, contendo 20 cc de água bidestilada.
- c) Conservar este sangue assim diluído, em estufa, à temperatura de 37,5° C, durante alguns minutos até 24 horas, segundo a urgência do caso.
- d) Sucussionar a solução por 300 vezes, sendo assim obtida a 1ª dinamização.
- e) Diluir parte do produto assim obtido em água destilada, na proporção 1:9, submetendo a nova solução a outras 100 sucussões, conforme manda a técnica decimal, sendo assim obtida a 2ª dinamização decimal.
- f) Adotar igual procedimento para os graus seguintes de dinamização, na proporção 1:9.
- g) Preferir, na clínica, as dinamizações acima da 5ª decimal.
- h) Aplicar por via intramuscular, 2cc da solução D 5.
- i) Na repetição, quando conveniente, obedecer a intervalos de 15, 30 ou 60 dias.

³⁷ CARDOSO Licínio - *Dyniotherapia Autonómica*, Rio, Typ. Leuzinger, 1923

Na permanência em estufa o sangue sofre processo de termólise; devido a esta, a sua capacidade estimuladora aumentaria proporcionalmente ao tempo de incubação. A 1ª dinamização, como ponto de partida, não obedece a regras fixas e sim a circunstâncias clínicas. A proporção inicial empregada entre sangue e água (1 em 20) seria a ideal para favorecer a termólise. Uma única injeção geralmente é suficiente. Todavia, quando a influência de uma primeira dose não se faz sentir, convém a repetição de 2ª injeção, em dinamização superior. Discreto estado de agravação é comum nos dois primeiros dias, sobrevivendo melhora a partir do 4º dia. Na técnica original de Rogers eram aplicados 5 cc de sangue dinamizado, via endovenosa.

Algumas peculiaridades envolvem a metodologia do autor brasileiro:

1. A diluição do sangue em água bidestilada (1 em 20) visa propiciar hemólise dos glóbulos vermelhos.
2. A adição do sangue aos 20 ml de água bidestilada, em frasco de 60 ml (1 em 3), considera a necessidade de espaço amplo para as sucussões necessárias e conseqüentes fricções intermoleculares. As sucussões são executadas após a termalização.
3. A termalização, ou seja, a incubação do material em estufa a 37,5º C, varia desde poucos minutos, em caso de urgência, até várias horas, no máximo 24 horas.
4. Após 300 sucussões, o preparado descrito será rotulado como D 1 (primeira dinamização decimal), seguindo-se nas preparações consecutivas a proporção 1:9 .
5. As preparações adotadas variarão desde D 5 a D 30, excepcionalmente D 50 .
6. Via de aplicação preferencial: injeções intramusculares, que provocam dor moderada. Injeções subcutâneas despertam dor mais acentuada. Não é recomendada adição de soro fisiológico.
7. Quando o médico julgar oportuna a repetição, deverá aguardar até que cessem e estabilizem os sinais de melhora. Os intervalos poderão se estender entre 15 dias e alguns meses.
8. Para a repetição, *colher novo material* e preparar dinamizações crescentes. A reutilização do mesmo preparado inicial implica na introdução dos mesmos princípios morbígenos iniciais, agora superados.
9. Não raramente ocorre agravação inicial dos sintomas, que perdura 1 a 2 dias.

Contribuição de Léon Vannier

A maioria quase absoluta dos autores concorda que, desde que se mostre eficiente a via oral, outras vias não se justificam. A via oral é defendida pelo francês Vannier, homeopata que preconiza a hemoterapia nas seguintes circunstâncias:

1. Em situações de pluralidade de intoxicações, onde ocorre superposição ou intercalamento de miasmas (estados reacionais mais ou menos estilizados, ou diáteses) - condições estas em que o *simillimum* bem indicado pode falhar e onde é difícil determinar o alcance de cada um dos grandes nosódios ditos miasmáticos correspondentes; admite-se que os elementos tóxicos seriam responsáveis pelas profundas transformações do organismo enfermo.
2. Em estado mórbido sem correspondência a uma síndrome determinada, cujas manifestações desaparecem sob influência do medicamento prescrito, para retornarem em seguida, uma ou mais vezes, caracterizando formas clínicas variadas de recidiva.

Vannier, que tanto contribuiu para a homeopatia francesa e do mundo, em 1936 apresenta ao *Deuxième Congrès National du Centre Homoeopathique de France* a comunicação baseada em 610 casos, intitulada "*Auto-isothérapie sanguine*", fruto de sua própria experiência desde 1919 e alega representar a hemoterapia um recurso contra a gênese real dos distúrbios orgânicos, que merece ser acrescido aos recursos terapêuticos habituais. Repete que "*todos os elementos tóxicos que, através de atuação silenciosa e duradoura transformam profundamente o organismo, encontram-se reunidos no sangue do doente*", donde a conveniência das preparações sanguíneas

como remédios isoterápicos. Considera o sangue a matéria prima ideal que, transformada em remédio, restabelece o doente e o protege de complicações. Contraindica o procedimento nos velhos e em portadores de emunctórios bloqueados ou insuficientes.

Contribuições várias

O emprego do sangue e de certos nosódios, proporciona aspectos inaceitáveis e, às vezes, supostamente repugnantes da fonte do material utilizado. O médico homeopata Mersch, em capítulo “Seria a Terapêutica sempre científica?”, faz levantamento geral de situações de tratamento que ele chama de desconcertantes e, após referir comunicações sobre auto-seroterapia em pleurisias, a partir do líquido pleural reinjetado, o emprego de iodetos, da santonina, do ouro, da sulfopiretoterapia etc, faz referência a Tissot que, em 1934, relata sete casos de cura de pleurisias serofibrinosas tratadas mediante injeções de líquido pleural, sob justificativa de agirem ao modo de vacina natural; em seguida, expõe os relatórios sobre auto-hemoterapia, a começar por Spillmann, de Bruxelas que, em 1924, no intuito de tratar herpes zoster, pratica a retirada de 10 cc de sangue venoso e o injeta na musculatura glútea, repetindo o procedimento no dia seguinte, tendo a cura se consumado no 5º dia (*Journal de Médecine de Bruxelas*, abril de 1924).

Outro autor suíço, Artault, após empregar o sangue durante 20 anos em hemorragias de diferente natureza - nasais, vesicais, renais e uterinas - tenta o procedimento em portadores de apoplexia conseqüente a hemorragias cerebrais, mediante injeções sangüíneas; o autor proclama resultados excelentes caracterizados pela rapidez de ação, bem como a baixa brusca da pressão arterial e intracraniana que restabelece as conexões intracerebrais (publ. *Umfia*, de Bruxelas, em abril 1933). O procedimento foi bem sucedido ao ser testado por dois professores de Palermo - Rosolino Collele e Giuseppe Pizillo (*Presse Médicale*, abril 1935).

As injeções intramusculares auto-hemoterápicas seriam hemostáticas e úteis para o tratamento das hemorragias, independente da idade do doente, inclusive em hemorragias cerebrais devidas a traumatismo craniano, quando o resultado depende da rapidez da intervenção terapêutica.

Ainda Mersch faz referência ao método de Thiers e Cuiloret, ambos médicos de Lyon, na utilização do sangue menstrual - colhido sob técnica especial, adicionado de soro fisiológico e de clorofórmio como anti-séptico, depois filtrado e dinamizado - o qual seria útil para transtornos menstruais e afecções cutâneas das respectivas doadoras.

Em 1931 Jahiel e Besredka, fazem comunicação sobre o emprego de sangue em crises hepáticas de origem ovariana.

Hemoterapia ou auto-isoterapia sangüínea, revisada por Parrot

A hemoterapia vem sendo citada casualmente na literatura médica. Dentre os autores homeopatas, Parrot elaborou o mais completo relatório sobre o tema, sem omitir detalhes e sem deixar de citar outros autores, suficiente para o médico interessado no assunto e que traz, de acréscimo, casos clínicos comprobatórios acerca do procedimento e referência à contribuição dos médicos em geral. Apresenta, de forma didática, as diferentes modalidades da Isoterapia sangüínea, sempre via bucal:

1. Isoterapia sangüínea e seus derivados:

- *Isoterapia pelo sangue menstrual.*
- *Isoterapia sérica.*
- *Isoterapia flictenular.*

2. Isoterapia urinária.

3. Isoterapia de pus.

4. Isoterapia de cálculo renal.

5. Isoterapia salivar.

Isoterapia de sangue menstrual. Embora Collet tenha feito referência ao sangue menstrual, ele dava preferência aos iso-salivares nas portadoras de distúrbios relacionados ao aparelho genital. Outro homeopata, Dano (1936), aplica esta prática no tratamento de distúrbios psíquicos pré e trans-menstruais, preparando o medicamento segundo o processo de diluição de Korsakov. Zissu (1956, 1962) apoia esta modalidade, porém adota para o medicamento as diluições hahnemannianas.

Isoterapia sérica. Este procedimento é preferido por Lamasson (1946, 1962), sob a justificativa de que no decurso dos estados infecciosos o soro é rico em toxinas, além de ser dotado de propriedades imunitárias.

Isoterapia flictenular. Também citada desde Collet. Na falta de secreções, pode-se obter a serosidade artificial provocada, através de ventosas, ao nível da superfície de antebraço ou sobre a própria região doente. Fortier-Bernoville, que adota diluições 200 ou 1000 korsakovianas, argumenta a preferência desta prática pelo fato da pele desempenhar importantes funções capazes de intermediar favoravelmente distúrbios funcionais e orgânicos do sistema nervoso.

Isoterapia urinária ou Uroterapia. Usada por Lamasson (1960) em afecções urinárias, com vantagens sobre o método alopatóico; este autor defende o procedimento em estados alérgicos e admite os respectivos isoterápicos de estoque. A auto-uroterapia simples, isto é, sem a dinamização sistemática introduzida pelos homeopatas, é de conhecimento remoto em Medicina. Enquanto Collet limita o emprego da Isoterapia urinária às afecções do sistema urinário, Herz, de Munich, defende injeções da própria urina em intoxicações grávidas, afecções alérgicas, coqueluche e seborréia de lactentes – estados estes que ele atribui a desequilíbrios hormonais.

Entre autores alopatas, Jausion, Giard e Martinaud mostram-se partidários da uroterapia indicando-a para situações de eczemas exsudativos agudos e crônicos, enxaquecas, pruridos “*sine materia*”, febre do feno, asma brônquica, prurigos, estrófulo, urticária, disidrose, psoríase, eczema solar, doença de Dühring, eritema polimorfo e hidroa vaciniforme. Esses autores justificam que a urina, pelo fato de constituir verdadeiro “cemitério dos hormônios”, realiza uma cura auto-hormonal e favorece a cura de supurações urinárias e a colibacilose; fazem comunicação a respeito (*Presse Médicale*, set. 1933) e estabelecem normas técnicas: *a urina, recentemente emitida pelo doente, é acrescida de 1 gota de fenosalil (na qualidade de anti-séptico), deixada em repouso durante 5 minutos, sendo então, reinjetada no mesmo paciente via intramuscular, na quantidade de 2 a 5 cc.* O procedimento representaria excelente recurso de dessensibilização, em especial frente a alérgenos de origem endógena ou endo-antígenos.

Isoterapia de cálculos renais. Este recurso remonta da antiguidade. Desde Hipócrates e Paracelso existem referências, sem detalhes explicativos, ao fato do cálculo renal prestar-se ao tratamento do terreno suscetível de portadores de litíase. Alguns profissionais acreditam que o próprio cálculo é preventivo da litogênese, quando ingerido durante tempo prolongado sob forma de doses isoterápicas exíguas. Ainda que considerada ideal a preparação oriunda do cálculo eliminado pelo próprio doente, mostram-se igualmente úteis os produtos isoterápicos de estoque.

Isoterapia de pus. Representa o protótipo do método, o que melhor corresponde à definição de Isoterapia. Em sua composição encontram-se leucócitos, hemácias alteradas, fragmentos necrosados e micróbios patógenos. O otorrinolaringologista Chavanon (1926) publica ótimos resultados no tratamento da otomastoidite aguda enquanto Cécile Dubos (1960) a propõe na amigdalite críptica.

Isoterapia salivar. Representou o recurso favorito de Collet. Constitui fonte de acesso fácil e menos repugnante. A saliva, segundo Kruger (de Nimes), ela mesma seria extremamente tóxica. O procedimento beneficia situações não graves, renitentes e recorrentes, a exemplo do herpes genital. Parrot a empregava em diluições C 5, C 7 e C 9.

Terapia tecidual

Merece referência a contribuição do oftalmologista russo Filatow (1875-1956) que empregava material de placenta em implantes e injeções, nas doenças dos olhos, da pele e dos tecidos em geral. Maffei³⁸ escreve que a transfusão de sangue representa forma particular de enxerto e que o sangue transfundido em outro indivíduo não substitui o sangue deste. Após utilizado pelo organismo hospedeiro, o sangue transfundido é, aos poucos, rejeitado. Comenta Maffei, que os enxertos têm sido praticados com outros fins terapêuticos, nos moldes de Filatow, no intuito de utilizar substâncias por eles eliminadas, qualificando esta prática de *terapêutica tecidual* ou *isoterapia*; este procedimento basear-se-ia no fato das células animais e vegetais, quando retiradas do organismo e expostas a condições desfavoráveis, liberarem substâncias capazes de estimular processos vitais – as estimulinas biógenas, de natureza hormonal, análogas à traumatina.

Esta citação leva a outras práticas, a exemplo da auto-hemoterapia tópica em úlceras crônicas de perna, cuja interpretação do mecanismo leva em conta a proteção conferida pelo contingente nutritivo das proteínas veiculadas, junto aos produtos de lise capazes de proporcionar estímulo à granulação, ou ainda a simples embebição da camada fundamental³⁹.

Hemoterapia nos textos de Terapêutica e de Dermatologia

Os textos modernos de Terapêutica são omissos no assunto. Na obra de “Terapêutica Clínica” de Vieira Romeiro⁴⁰, no capítulo dedicado às doenças alérgicas, o autor dedica extenso parágrafo à *hipossensibilização autógena*, com abrangência da *auto-hemoterapia*, *auto-soroterapia*, *auto-uroterapia* e, ainda, ao método das *proteoses urinárias*. Estas práticas supõem que o material empregado contém certa quantidade do antígeno específico, suficiente para estimular, quando injetado no organismo, a formação de anticorpos. Admite o autor que a hemo e a soroterapia são práticas correntes, simples e satisfatórias, cuja técnica é “acessível a qualquer clínico”. O procedimento consiste na retirada inicial de 20 ml de sangue, preparado para injeções intradérmicas de 0,1 a 0,2 ml, em intervalos de 3 dias.

Os livros de Medicina não costumam inserir a hemoterapia nos índices de matéria, sendo possível detectar o procedimento somente ao acaso, no decurso da leitura de todas as páginas. O texto de Blanco & Mazzini, de 1948, inclui a auto-hemoterapia entre os recursos que “costumam dar benéficos resultados” no acne. No texto de Gatti & Cardama⁴¹ a auto-hemoterapia figura na qualidade de proteinoterapia, entre os métodos de dessensibilização inespecífica, sendo recomendadas séries de 15 a 20 injeções de 10 cc em dias alternados; a conduta é preconizada para o eczema, a rosácea e o acne pustuloso.

Hemoterapia na vivência profissional da autora

Nos dois primeiros anos de exercício profissional, ao clinicar no litoral do Paraná, a autora foi residente em Maternidade da Legião Brasileira de Assistência, onde enfrentou situações desesperadoras de hemorragia uterina. Enquanto acadêmica, ouvira o conselho de alerta de um velho médico homeopata, que encontrara casualmente: “*Em hemorragia apavorante e sem esperança, retire um pouco de sangue da veia cubital, dilua em água bidestilada, em frasco esterilizado, agite com*

³⁸ MAFFEI W.E. - Os Fundamentos da Medicina, 2ª ed. Vol .II, S.Paulo, Artes Médicas, 1978, p. 428

³⁹ ROMERO P.Teruel. - Contribuição ao tratamento das Úlceras de Perna, Tese de Doutorado, Univ. Paraná, 1952

⁴⁰ ROMERO Vieira - Terapêutica Clínica, 3ª ed., Vol. I/III, Rio, Ed.Guanabara, 1951, p.1065

⁴¹ GATTI J.C., CARDAMA J.E. - Manual de Dermatologia, 5ª ed., B.Aires, El.Ateneo, 1965

força pelo menos 100 vezes, derrame fora, complete o conteúdo do frasco com água bidestilada, agite, derrame fora... faça isto seis vezes e então injete na nádega da doente o último preparado... e espere.” Na verdade, fora ensinada, de mau jeito, a improvisação de uma diluição dinamizada de sangue pelo procedimento Korsakov. Valeu o aprendizado. Graças a esta prática tosca, foram sustadas hemorragias de prognóstico sombrio e ampliou-se a visão para recursos não convencionais, cuja aplicação dependeria, exclusivamente, de iniciativa própria, determinação, paciência, esforço e boa vontade. O mesmo recurso hemoterápico presta-se aos episódios intermináveis de sangramento em portadoras da síndrome de Stein-Leventhal. Realmente inacreditável é o poder hemostático do sangue diluído e dinamizado, que se evidencia desde as primeiras horas após injetado, independente da causa, tranquilizando a paciente, a família e o médico, dando tempo para que outras providências radicais sejam tomadas.

A experiência foi profícua enquanto eram atendidas as mulheres caipiras da areia. Nos anos seguintes, em cidade grande e se encaminhando à especialização, a autora nunca mais teve oportunidade de sustar a hemorragia de alguém. Tornada dermatologista, em 1970, diante do impasse dos recursos tradicionais, teve sucesso com hemoterapia em pacientes eczematosos crônicos e em portadores de líquen plano, tendo casos publicados em 1972⁴²; fez uso de injeções intramusculares únicas de sangue venoso dinamizado na 5ª diluição decimal (D 5). Tornada livre-docente em Homeopatia, ocupou-se desta, dentro das pautas hahnemannianas, sempre preocupada em justificar os seus atos; desde então concentrou os esforços na observação e interpretação dos fenômenos reacionais pós-*simillimum*, perscrutando comportamentos e sinais reveladores de resposta favorável capazes de proporcionar ao médico, em curto prazo, a segurança sobre a prescrição correta. A hemoterapia foi deixada para trás.

No procedimento hemoterápico escondem-se numerosos fatores coercitivos éticos, os mesmos que perturbaram a vida de Hahnemann ao tentar este aplicar as novidades descobertas e que despertaram a ira da classe farmacêutica, pelo fato de estar “fabricando” e ministrando ao doente produtos manipulados por ele próprio. Vários aspectos práticos bloqueiam a prática da hemoterapia, constituindo dificuldades para o doente: a aceitação do plano, a retirada e transporte do sangue ao laboratório homeopático equipado, a distância, a espera, o compromisso da busca do produto preparado e o retorno ao consultório após poucos dias, para controle evolutivo e nova orientação. Na opção pelo método de L. Cardoso, a amostra deve permanecer durante muitas horas em estufa, antes de ser procedida a diluição e dinamização, gerando outras pequenas dificuldades. Nos fins de semana e vésperas de feriados, a situação se complica.

Nos casos favoráveis, o doente ficará curado, de forma parcial ou completa, a longo prazo. Outras vezes, não raras, estagnar-se-á em resultado não satisfatório, *apresentando quadro sintomático adulterado e renitente*; nesta eventualidade, imprevisível, quando o médico, decepcionado, retoma ou opta pelo método homeopático, pode ser surpreendido por extrema dificuldade na identificação do *simillimum* adequado. Por esta razão, alguns médicos desiludidos, que supunham haver encontrado na hemoterapia a solução fácil dos casos difíceis, após testemunharem êxitos espetaculares em seus consultórios, entraram em declínio e desprestígio profissional.

No psoríase, às vezes, grandes benefícios são obtidos, sem ser alcançada a cura total. Constitui fato comum os portadores de qualquer dermatose de cura problemática, trocarem de médico e perambularem de uma a outra clínica, em busca de milagre. A população acostumada aos analgésicos de efeito imediato e aos corticosteróides que clareiam quadros cutâneos dentro de poucas horas, não se conforma em esperar. No atual sistema de assistência de saúde, que facilita a

⁴² KOSSAK A. - Auto-hemoterapia dinamizada em dermatoses. In: Anais do XII Congresso Brasileiro de Homeopatia, S. Paulo, 1972, p. 94-100

troca de médico e de local de atendimento, perde-se a dispendiosa documentação fotográfica e a elaboração do hemoterápico, artesanal e demorada, torna-se inviável. Problemas de distância, de tempo e de transporte, afastam o doente de um recurso terapêutico benéfico, amplo e gratuito. A autora jamais publicou antes um caso curado de psoríase, nem pela Homeopatia, nem pela hemoterapia. Sabedores de sucessos isolados, os psoriáticos desesperados tudo dariam para merecerem os resultados espetaculares de exceção. A apresentação do menino psoriático, o único suficientemente documentado (Sinopse e Figuras 47), não constitui regra e sim uma possibilidade excepcional, uma opção que deu certo. A publicação mostrou-se oportuna, devido ao seu caráter raro e inédito. Alguns outros psoriáticos submetidos ao mesmo tratamento, melhoraram, sem perseverar, deixando atrás de si documentações inacabadas. Talvez, alguns deles tenham “se curado” mais tarde, em suas casas ou em outro consultório, sem chegarem a saber graças a que ou a quem.

Fatores hereditários e sistema imunitário comprometido constituem obstáculos à cura. Na clínica e na terapêutica de estímulo das defesas orgânicas, necessário é considerar as limitações relacionadas ao doente, à doença, aos recursos utilizados e ao profissional médico.

ULTRADILUIÇÕES HAHNEMANNIANAS ENTRE OS AVERSIVOS ANTIALCOÓLICOS

Sulfuricum acidum no etilismo

Sobre a viabilidade das ultradiluições do ácido sulfúrico C 30 em campanhas antialcoólicas coletivas. A semelhança tóxica entre álcool etílico e ácido sulfúrico. A indução patogénica do fenómeno aversivo. Manifestações do alcoolatra na vigência das ultradiluições de Sulfuricum acidum C 30. Resultados finais e conclusões. Hipóteses interpretativas. A não prioridade do simillimum.

A primeira campanha.

Em 1964, quando em exercício das funções de médica pediatra em Posto de Puericultura na periferia da Cidade de São Paulo, recebemos de um Laboratório homeopático a coleção completa dos principais medicamentos, em forma de glóbulos e pastilhas. Nada conhecíamos sobre Homeopatia, mas surgiu, de imediato, a curiosidade para a tentativa de algo diferente para as otites agudas recidivantes, um problema cotidiano sem solução. De outro lado, ressaltava na comunidade o amargo problema do pai alcoólatra. De um livro elementar sobre Homeopatia compilamos, sob raciocínio alopático, uma lista dos medicamentos que traziam o alcoolismo em suas indicações. Somente bem mais tarde ficaríamos sabendo que estas indicações se restringiam às complicações orgânicas conseqüentes ao álcool etílico. Os medicamentos passaram a ser direcionados, através das mães usuárias do serviço, aos maridos viciados. Sem critério especial de escolha ou de individualização, foram entregues: *Lachesis*, *Phosphorus*, *Sulfuricum acidum*, *Sulfur*, *Nuxvomica*, *Asa foetida*, etc. O estoque disponível foi distribuído e o assunto esquecido.

Os meses se passaram. Após o Natal e o Ano Novo, aguardava-nos uma boa nova: várias mães nos agradeciam comovidas pelo fato de, pela primeira vez na vida, haverem comemorado as festas de fim de ano junto ao marido sóbrio que, inexplicavelmente, se absteve de bebidas alcoólicas.

A investigação dos fatos trouxe outra surpresa: todas as mães felizes pertenciam ao grupo que recebera comprimidos de *Sulfuricum acidum C 30*. As funcionárias do Posto assistencial, testemunhas dos depoimentos, empolgaram-se. Num instante, estruturou-se, em meio aos atendimentos pediátricos, um movimento antialcoólico, logo qualificado de *campanha*, da qual as funcionárias, desde a faxineira à obstetrix, se dispuseram a participar, voluntariamente. A provisão de estoque do medicamento não constituiu problema. Ainda que distantes do centro da Capital, havíamos criado clima de camaradagem com o Laboratório o qual, sabedor das intenções, mostrou-se disposto a fornecer o medicamento, na quantidade que se fizesse necessária. As funcionárias faziam a abordagem inicial do problema, preenchiam uma ficha especial recém-elaborada, encarregando-se das informações de seguimento. Devido às circunstâncias, a maioria das mães interessadas preferiu não informar aos maridos sobre o medicamento a ser administrado no café ou refeições, não havendo inconveniência ou risco na ingestão casual do medicamento por outra pessoa.

As atividades desenvolveram-se de modo a permitir a elaboração de um primeiro comunicado sobre o assunto ao 10º Congresso Brasileiro de Homeopatia no Rio de Janeiro, em outubro de

1965, sob o título “*Sulfuricum acidum no vício da embriaguez*”⁴³, no qual era relatada, detalhadamente, em 15 páginas, a experiência de 11 casos.

Sob o ponto de vista terapêutico, assim se apresentava o problema do alcoolismo na época desta primeira campanha:

- O alcoolismo é considerado uma síndrome, na qual a ingestão de álcool representa apenas um sintoma. Nenhum autor admite a existência de medicamento capaz de curar o alcoolismo, havendo unanimidade em admitir a psicoterapia como recurso imprescindível à estabilização ou recuperação do alcoólatra.
- O uso das drogas antialcoólicas, baseado no fenômeno de Pavlov ou do reflexo condicionado, consiste em fazer o indivíduo ingerir a bebida alcoólica de sua preferência, um pouco antes de se instalarem as manifestações emetizantes de um fármaco que lhe é ministrado previamente. Este método, ainda atual, é conhecido desde a idade média.
- A emetina e a apomorfina, graças a seus efeitos emetizantes, constituíram durante muito tempo, e ainda constituem, o único tratamento aversivo ao álcool.
- O *disulfuran* ou *Antabus*, mais recente, atua pelo fato de dificultar o metabolismo do álcool e, em decorrência, aumentar o teor sanguíneo em acetaldeído, fato que acarreta reações indesejáveis do organismo. O uso deste medicamento, considerado “maravilhoso”, exige precauções.
- Alguns estudos demonstram distúrbios endócrinos a preceder o etilismo, entre eles o hipoadrenocorticismo e hipopituitarismo. O extrato aquoso da supra-renal, a desoxicorticosterona, a metiltestosterona e os estrógenos são úteis nestas situações.
- Os autores insistem na psicoterapia e qualificam de simples acessórios os outros recursos. Adotam associação dos recursos disponíveis, chamando-a de “sistema de tratamento”.
- Esforço de equipe precisa ser mobilizado em favor do alcoólatra, nem sempre com resultado compensador. Estatísticas de grandes centros hospitalares antialcoólicos decepcionam pela baixa percentagem de recuperados e de casos que os procuram espontaneamente.

No Posto de Puericultura, o fornecimento do endereço de instituição antialcoólica costumava ser rejeitado. As baixas condições econômicas e o analfabetismo não permitiam cogitar a psicoterapia. O uso dos medicamentos convencionais, aversivos ao álcool, era de conhecimento público e, devido às violentas reações ocasionais que podem ocorrer e que exigem socorro de urgência, inculcia exagerado receio nos familiares; o elevado custo destes medicamentos, de uso continuado, tornava-os inacessíveis à população de baixa renda.

Os livros de terapêutica homeopática apenas assinalam os medicamentos mais comuns que se mostraram úteis para combater conseqüências orgânicas do vício da embriaguez. No estudo patogenético de *Sulfuricum acidum* são constatados muitos sinais e sintomas, em especial gástricos e psíquicos, coincidentes com as manifestações de grande número de alcoólatras, tomando evidente um elevado grau de afinidade farmacodinâmica entre o ácido sulfúrico e o álcool etílico. Esta coincidência tinha muito a ver com o melhor resultado que se destacou entre as numerosas outras drogas, distribuídas na primeira tentativa da campanha, de forma arbitrária. Este medicamento, portanto, passou a ser usado sistematicamente, em doses imponderáveis, sob forma de pastilhas facilmente solúveis, via oral, resolvendo dificuldades práticas e aquisitivas.

⁴³ Kossak, A. - *Sulfuricum acidum no vício da embriaguez*. In: Anais do 10º Congresso Brasileiro de Homeopatia. Ver. A Voz da Homeopatia, Rio, 82, 83, 84: 61-75, 1966

Os sintomas tóxicos semelhantes entre *Sulfuricum acidum* e álcool etílico

O álcool etílico exerce influência tóxica sobre as estruturas do organismo em geral: células, tecidos, órgãos e aparelhos. Os prejuízos acontecem, desde os genes até o psiquismo. Caracterizam o alcoolatra crônico, pela constância e freqüência, os sintomas mentais, nervosos e gástricos.

Hahnemann expõe uma rica patogenesia de sintomas nervosos e cardíacos que são comuns em alcoolatras; todavia, sendo a polinevrite, a hipertrofia cardíaca, o beriberi e a pelagra, manifestações comuns da fase avançada do vício e atribuídas a fatores carenciais e degenerativos, os sintomas relacionados a essas situações foram omitidos nos parâmetros evolutivos aversivos da campanha.

Destacam-se na patogenesia do ácido sulfúrico importantes manifestações: tendência a cair ao caminhar, fraqueza nas pernas e no sacro, a ponto de não permitir manter-se em pé e sensação de tremor generalizado. Tendência à hipersudorese. Melancolia, desgosto pela vida, tristeza, mau humor, extrema irritabilidade, medos, agitação, impaciência, cólera, alternância de exaltação e pusilanimidade, seguidas de apaziguamento; entorpecimento. Responde com repugnância. Audição diminuída. Rubor e calor facial, com freqüência unilateral. Acidez gástrica e faringea. Anorexia, apesar da fome; come sem apetite; mal-estar gástrico; eructações acres. Fortes náuseas e vômitos. Região gástrica sensível; plenitude e mal-estar após alimento. Ardor gástrico, cólicas e dor constrictiva no estômago e ventre. Aumento de secreção urinária. Desejo contínuo de urinar.

Em Duprat, encontram-se as seguintes anotações: o ácido sulfúrico provoca fenômenos de irritação inflamatória, sobretudo nas mucosas *digestiva* e *respiratória*; no *aparelho circulatório*, causa enfraquecimento miocárdico, com pulso pequeno e rápido; sobre o sistema nervoso, desenvolve *ação depressiva*, até à prostração; quanto ao *psiquismo*, indivíduos enervados, irritáveis pelo menor motivo, impacientes, de comportamento precipitado, fazendo tudo com pressa, manifestando às vezes, alternância de humor muito sério e de alegria cômica; inclinados a *grande abatimento moral*, à *tristeza*, choros contínuos e desgosto pela vida; em estados agudos adinâmicos, o doente conserva lucidez ou sofre depressão intelectual, a ponto de não conseguir responder às perguntas. Excreções abundantes ácidas. Grande sede e inapetência. Eructações e vômitos extremamente ácidos. Vômitos de todo alimento ingerido. Ardor do esôfago e do estômago. Pirose, dispepsia atônica. Acidez gástrica, gastrite, gastralgia, vômitos alimentares. Diarréia aguda e crônica. Desejo de estimulantes alcoólicos. Propensão ao alcoolismo. Evacuações, seguidas de sensação de vazio no abdômen. Tosse emetizante, seguida de eructações. Suores profusos. Diminuição da acuidade auditiva.

Toxicologia do ácido sulfúrico

O ácido sulfúrico pertence aos ácidos minerais fortes, sendo um veneno corrosivo. Na forma aguda existe inflamação dos órgãos digestivos, traduzidos em sinais de gastroenterite, vômitos, diarréia e dores abdominais. Os doentes intoxicados, desidratados e desnutridos costumam entrar em caquexia.

No estudo da toxicologia dos compostos sulfurados chama atenção o sulfureto de carbono, de grande interesse devido à possibilidade de intoxicação industrial. A impregnação etílica sensibiliza os indivíduos à ação nociva do sulfureto de carbono, ocorrendo intoxicação pela inalação de concentrações mínimas. O intoxicado pelo sulfureto de carbono apresenta quadro *análogo* ao da intoxicação alcoólica. Também a intoxicação crônica pelo sulfureto de carbono se sobrepõe com surpreendente fidelidade aos sintomas do etilismo crônico; a analogia se faz quanto ao sistema nervoso: polineurites, distúrbios oculares, auditivos e do aparelho digestivo; até a síndrome de Korsakoff, do alcoolismo, onde há associação de perturbações psíquicas a uma forma paraplégica, igualmente própria da intoxicação crônica do sulfureto de carbono. O elemento enxofre aparece de modo constante nas fórmulas alopáticas aversivas ao álcool.

Ação biológica do ácido sulfúrico. Função desintoxicante relacionada a este ácido se processaria nos intestinos, decorrente da conjugação de corpos aromáticos hidroxilados, a exemplo do fenol e derivados.

Conclusões decorrentes das atividades da primeira campanha (1965).

Sulfuricum acidum C 30 é medicamento eficiente no combate ao vício da embriaguez.

1. A maioria dos indivíduos tratados pelo *Sulfuricum acidum* apresentou fenômenos de intolerância a pequenas quantidades de álcool.
2. Resultados satisfatórios foram obtidos apesar da administração irregular do medicamento.
3. Os efeitos benéficos se manifestaram, na maioria dos casos, dentro de dias ou semanas.
4. Resultado positivo foi obtido após dose única.
5. Pode ocorrer, no início do tratamento, uma transitória exacerbação do desejo de bebidas alcoólicas.

Manifestações surgidas durante o tratamento. Indução patogenética.

Na análise dos pacientes relatados que fizeram uso de *Sulfuricum acidum C 30*, houve registro de três categorias de sintomas:

- a) Sintomas já presentes no alcoólatra antes do emprego do *Sulfuricum acidum*, e que se modificaram após o uso do medicamento.
- b) Sintomas ausentes no alcoólatra, que apareceram após o emprego do *Sulfuricum acidum* e que figuram *na sua patogenesia*.
- c) Sintomas previamente ausentes no alcoólatra, surgidos após o emprego do *Sulfuricum acidum*, porém *desconhecidos na patogenesia de Sulfuricum acidum*.

A segunda campanha

Ampliação de atividades e divulgação.

Em 1969 foi encaminhado ao XXIV Congresso da Liga Homeopática Internacional, realizado em Atenas, Grécia, o segundo trabalho sobre o assunto, intitulado "*Ethylisme e les doses minimes d'acide sulfurique*". Esta comunicação tem muito a desejar sob o ponto de vista dos protocolos científicos atuais, não dispondo das clássicas tabelas estatísticas, nem de grupo placebo. Representa uma intenção ou um depoimento social, levado a efeito fora de ambiente universitário e graças ao auxílio de voluntários bem orientados, não médicos.

Nas atividades desenvolvidas, envolvendo 434 casos, todos os aspectos clínicos foram esgotados. Dado o caráter sinóptico do texto original, a constante procura da parte de colegas e o fato das publicações anteriores haverem sido inseridas em revistas extintas e de circulação limitada^{44 45} foi considerada oportuna a sua transcrição. O relatório exemplifica situação de emprego coletivo de um medicamento contendo quantidades inócuas, imponderáveis, de substância química dotada de toxicidade potencial e, principalmente, porque impossível seria repetir semelhante projeto nos dias atuais.

Os termos da publicação, segundo a redação original de 1969, continuam válidos:

“Durante alguns anos, baseados no sintoma *desejo de bebidas alcoólicas* prescrevemos diversos medicamentos homeopáticos. O correr dos anos nos trouxe uma estranha afirmativa: todos casos que voltaram para proclamar bons resultados, haviam recebido doses infinitesimais do ácido sulfúrico. Assim, foi contornada a dificuldade da individualização medicamentosa num serviço superlotado de crianças doentes, mediante a prescrição exclusiva do *Sulfuricum acidum C 30* (trigésima diluição centesimal), na dose de dois comprimidos diários. O resultado passou a ser classificado em negativo – quando o alcoólatra continuava inalterado, *favorável* –

⁴⁴ KOSSAK, A. - Etilismo e as doses mínimas do ácido sulfúrico. Revista de Homeopatia da APH, mar. 1974, n.126 3-8

⁴⁵ KOSSAK, A. - Sulfuricum acidum e alcoolismo. Um mesmo assunto vinte anos depois: Etilismo e as doses mínimas do ácido sulfúrico. Gazeta Homeopática, IBEPH, v.2:4, dez.97 p. 4-11

quando a bebida se tornara moderada ou as fases de intoxicação mais espaçadas, *bom* – quando sobrevinha abstenção alcoólica completa, e *manutenção* – quando o indivíduo recomeçava a beber logo que a medicação era interrompida.

Grupo I. O primeiro grupo consistiu de 160 indivíduos, parentes de crianças matriculadas em serviço estadual de puericultura (Departamento Estadual da Criança), todos eles viciados no álcool etílico sob a forma de aguardente - a popularmente conhecida cachaça. Na maioria dos casos a família insistiu em administrar os comprimidos sem o conhecimento do alcoólatra ou sob o pretexto de outra finalidade, alegando relutância da parte do viciado em aceitar qualquer tratamento. O primeiro fato a chamar atenção foi o aparecimento de sintomas indesejáveis, objetivos e subjetivos, ausentes anteriormente e que passaram a constituir motivo à diminuição ou rejeição alcoólica. Não houve relato de reações acentuadas e a diminuição das doses foi notada entre um e noventa dias; foi freqüente a agravação inicial transitória, isto é, aumento do desejo pelas bebidas, sem relação com o resultado final posterior. Alguns casos substituíram, temporariamente, a habitual cachaça pelo vinho ou cerveja; algumas manifestações ocorriam logo após ingestão de pequena quantidade de álcool.

Não sendo dirigida a anamnese, muitas manifestações foram omitidas nos primeiros questionários. O “apetite aumentado”, por exemplo, foi notado após repetitivas informações de que os indivíduos engordaram muito.

Em ordem decrescente, foram seguintes as manifestações mais freqüentes no primeiro grupo: náuseas, nojo a bebidas alcoólicas, gastralgia, sonolência, apetite aumentado, vômitos, comportamento mais calmo, cefaléia, aumento do desejo de bebidas alcoólicas, diarréia, rubor de face, irritabilidade, tremores, mal-estar, hiper-sudorese, anorexia, arrepios, hipersalivação, alterações do paladar, insônia, tonturas, olhos congestionados, sensibilidade ao frio, prurido e ondas de calor.

Dois casos mencionaram abandono de maconha. Dos 27 alcoólatras atuais que já haviam sido submetidos a tratamento anterior alopático, 10 responderam de forma negativa, 8 responderam favoravelmente e 9 deixaram de beber.

Grupo II. Para comprovação dessa sintomatologia, passou a ser observado outro grupo de indivíduos, desta vez em instituição antialcoólica (Sociedade Nacional Pró-Temperança – Seção de São Paulo), onde eram ministradas aulas de esclarecimento médico e psicológico, com participação direta dos próprios alcoólatras. Durante dois meses foi distribuído o *Sulfuricum acidum C 30*, na dose de um comprimido diário, a um grupo de voluntários que, ignorando o nome e a natureza do medicamento, comprometeram-se em trazer semanalmente, escritos de próprio punho, os relatórios de sintomas que porventura aparecessem.

Grupo III. Um terceiro grupo de indivíduos, atendido, na maioria, através de familiares numa instituição de assistência social (Casa Transitória, na Vila Maria), caracterizou-se pelo emprego exclusivo da fórmula:

Uso int.

Sulfuricum acidum C 30 XX gts
Água destilada 100 ml

Tomar 1 colher das de chá 2 vezes ao dia.

Este último grupo representou a classe social menos favorecida e menos constante, com retorno para controle inferior a 20%, contando, na maioria, apenas dois comparecimentos. O seu registro tem a finalidade de comparar as manifestações imediatas surgidas durante o uso de uma fórmula aquosa, as quais coincidem com aquelas constatadas nos outros grupos anteriores que fizeram uso de comprimidos e glóbulos.

A Tabela XIV relata os sintomas apresentados nos três grupos observados, no total 434 casos, mostrando a incidência e percentagem especificadas dentro de cada grupo. Nota-se que, excetuadas a *sonolência* e *aversão a bebidas alcoólicas*, os demais sintomas constam na patogenesia de *Sulfuricum acidum*. Outrossim, manifestações de caráter objetivo, a exemplo de “rubor de face”, “comportamento mais calmo” e “tremores”, não foram mencionados na Associação Pró-Temperança onde os próprios etilistas foram os informantes, enquanto que aqueles de caráter subjetivo como “tonturas” e “arrepios” foram muito freqüentes neste grupo.

Houve informações sobre a persistência do desinteresse ao álcool, longo tempo (muitos meses) após terminadas séries de 40 ou 100 comprimidos.”

TABELA XVI – SINTOMAS APRESENTADOS PELOS ALCOÓLATRAS DURANTE O EMPREGO DE SULFURICUM ACIDUM C 30

SINTOMAS	Grupo I 160 casos Incidência-%	Grupo II 34 casos Incidência-%	Grupo III 240 casos Incidência-%	TOTAL 434 casos Incidência-%
Sonolência.....	42..... 26,2	16 47,2	57 23,7	115 26,4
Aversão a bebidas alcoólicas	44..... 27,5	10 29,4	31 12,9	85 19,5
Náuseas	4729,3	9 26,4	28 11,6	84 19,4
Apetite aumentado	36 22,5	11 32,3	33 13,7	80 18,4
Comportamento calmo	23 14,3	0 0	46 19,1	69 15,8
Vômitos	34 21,2	2 5,8	27 11,2	63 14,1
Gastralgia	42 26,2	3 8,8	14 5,8	59 13,5
Aumento desejo para bebidas	19 11,8	1 2,9	36 15,0	56 12,9
Diarréia	16 10,0	8 23,5	32 13,3	56 12,9
Irritabilidade	16 10,0	4 11,6	21 8,7	41 9,4
Cefaléia	21 13,1	8 23,5	11 4,5	40 8,9
Mal-estar	14 8,7	8 12,5	12 5,0	34 7,8
Rubor de face	16 10,0	0 0	3 1,2	19 4,3
Tremores	15 9,3	1 2,9	3 1,2	19 4,3
Arrepios	5 3,1	8 23,5	5 2,0	18 4,1
Tonturas	3 1,8	12 35,2	2 0,8	17 3,9
Sem desejo de beber	0 0	14 41,1	0 0	14 3,2
Anorexia	6 3,7	0 0	6 2,5	12 2,7
Hipersudorese	8 5,0	0 0	3 1,2	11 2,5
Insônia	4 2,5	2 5,8	4 1,6	10 2,0
Hipersalivação	5 3,1	0 0	3 1,2	8 1,8
Alteração do paladar	5 3,1	0 0	1 0,4	6 1,3
Olhos congestionados	4 2,5	2 5,8	0 0	6 1,3
Fraqueza	1 0,6	4 11,6	0 0	5 1,1
Obstipação	0 0	4 11,6	0 0	4 0,9
Prurido no corpo	2 1,2	2 5,8	0 0	4 0,9
Ondas de calor	1 0,6	0 0	2 0,8	3 0,7
Distúrbios urinários	1 0,6	2 5,8	0 0	3 0,7
Prurido de olhos / secreção	0 0	3 8,8	0 0	3 0,7
Palpitações	1 0,6	2 5,8	0 0	3 0,7
Sede	0 0	0 0	3 1,2	3 0,7
Tosse	1 0,6	2 5,8	0 0	3 0,7
Sem sintomas	16 10,0	4 11,6	4 1,6	24 5,5

Sobre os resultados finais

O Grupo I, do serviço de puericultura, onde a presença constante dos familiares permitiu observações prolongadas, foi o único a ser levado em conta para fins práticos. Dos 160 casos fichados, 70 tiveram seguimento inferior a um ano, 49 durante mais de um ano e 42 superior a 2 anos, entre estes, incluídos os de 3 a 4 anos.

Foi sempre prescrito *Sulfuricum acidum C 30*. Em alguns casos que referiam agravação, o tratamento foi prosseguido na dinamização C 5 com resultado favorável e outros, que permaneciam estáveis, beneficiaram-se após C 200. Diante de alguns resultados negativos onde pareciam adequados outros medicamentos, foram prescritos *Aurum metallicum*, *Ledum palustre*, *Phosphorus* e *Selenium*, mas nenhum deles contribuiu para a desistência de bebida alcoólica.

Cinco casos exigiram continuidade do medicamento porque recomeçaram a beber logo nos primeiros dias após a interrupção do medicamento, sendo mantidos com uma dose cada dois ou três dias; o mais antigo desta categoria não se embriagava havia 2 anos e 4 meses.”

QUADRO XVII - Alcoólatras tratados com Sulfuricum acidum C 30. Grupo I.

Duração do tratamento. Número de casos. RESULTADO Incidência. Percentagem	0 – 1 ano	1 a 2 anos	> 2 anos	TOTAL
	70 pacientes	48 pacientes	42 pacientes	160 pacientes
NEGATIVO	20 28,57 %	5 10,41 %	3 7,14 %	28 17,50 %
FAVORÁVEL	33 47,13	4 8,33	4 9,52	41 25,62
BOM	13 18,55	34 70,83	27 64,28	74 46,25
MANUTENÇÃO	1 1,43	2 4,16	2 4,75	5 3,12
RECIDIVA	3 4,28	3 6,25	6 .. 14,28	12 7,50

QUADRO XVII - Esquema dos resultados obtidos com o emprego de *Sulfuricum acidum C 30* em 160 alcoólatras. Resultado NEGATIVO = sem resposta ao medicamento. FAVORÁVEL = diminuição das doses de álcool ou espaçamento das fases de intoxicação. BOM = abstenção completa de álcool. MANUTENÇÃO = exigiram continuidade do medicamento. RECIDIVA = voltaram a se embriagar ou beber após meses ou anos de abstenção.

“Comentário geral

Grande é a semelhança entre os efeitos do *Sulfuricum acidum*, do álcool etílico e aqueles do antabus ou bissulfeto de tetra-etil-tiuram, considerado o medicamento antialcoólico mais eficiente, porém que exige vigilância médica constante devido às reações desencadeadas. O antabus dificulta o metabolismo do álcool, acarretando aumento do teor do acetil-aldeído no sangue, responsável pelas reações que aparecem após ingestão alcoólica: vermelhidão de face, palpitações, cefaléia, náuseas, vômitos, taquicardia, hipersudorese e, com uso prolongado, sonolência, cansaço, obstipação, diarreia, fraqueza sexual e, raramente, eclosão de psicoses. Cada alcoólatra necessita de dosagem pessoal, própria, para que as reações apareçam atenuadas, sendo que a

hipersensibilidade (ou intolerância) ao álcool ocorre três a quatro horas após uma dose única de antabus e persiste durante 24 horas; a droga é mantida durante meses ou anos, na dependência do tempo necessário para reabilitação social e orientação psiquiátrica.

Todos os medicamentos usados são considerados apenas recursos auxiliares de planos de tratamento, em que a psicoterapia é imprescindível. Decepcionante é a percentagem de cura, seja pela emetina, a apomorfina ou pelo antabus, mesmo quando associados a tranqüilizantes e com o paciente internado. Grandes centros especializados de diferentes partes do mundo fornecem estatísticas variáveis entre 25 a 60 % de abstenção alcoólica de seus pacientes, durante um período de doze meses.

Conclusões gerais

O emprego de *Sulfuricum acidum C 30* em alcoólatras fez aparecer sintomas novos, alguns desagradáveis, suficientes para desencorajar os viciados da ingestão de bebidas. O desaparecimento simples da vontade de beber caracterizou o grupo da associação antialcoólica.

No primeiro grupo de 160 indivíduos, o resultado BOM no início do tratamento alcançou 46 % e nos 90 com observação superior a um ou dois anos, a percentagem do resultado bom subiu a 67 %. Ora, se em hospitais especializados, onde o paciente é internado, onde recebe tranqüilizantes e aversivos, sob orientação psiquiátrica, a abstenção durante um ano em 60 % dos casos é considerada um índice dos mais satisfatórios, justifica-se no alcoolismo o emprego da "homeopatia" não individualizada.

Outrossim, se alcoólatra *recuperado* significa aquele que passa em abstenção de álcool dentro do prazo de *dois anos*, em nosso trabalho o *Sulfuricum acidum C 30*, empregado sistematicamente, conseguiu o índice de 16,8 % de *recuperações*."

A terceira etapa. Um projeto no sistema de saúde.

Em 1986 uma equipe multidisciplinar do Posto de Assistência Médica *Maria Zélia*, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, na Capital de São Paulo, implantou um *Projeto de Recuperação de Alcoolistas*, baseado no trabalho transcrito.

Participaram do projeto médicos, farmacêuticos e assistentes sociais. O acompanhamento médico foi programado para retornos em 30, 60, 90 e 180 dias após a primeira consulta. A iniciativa coube a um dos integrantes do Curso de Formação de Especialistas do Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Homeopatia, o médico Adelson José Fontes Santos⁴⁶, que tão bem soube conglutinar uma competente equipe de Colegas e funcionários para o cumprimento do projeto.

Resultados

Dos 250 alcoolistas inscritos em 12 meses, 116 abandonaram o tratamento após a entrevista com o assistente social e a consulta médica, sendo estudados 134 pacientes. Em 75% dos casos o

⁴⁶ SANTOS A.J.F., ANDRADE L.E.C., ABRAMOVICTS O. - Tratamento do alcoolismo crônico com doses mínimas de *Sulfuricum acidum*. *Gazeta Homeopática* 2, 4:6, 1987

seguimento dos pacientes foi abordado através da família, atendendo à opção desta, não tendo o alcoólatra tomado conhecimento do tratamento.

Foram acompanhados 134 casos. Destes, **64,2 %** apresentaram respostas positivas, assim discriminadas:

- I - *Sucesso terminado (15 casos ou 11,2 %).*
- II - *Sucesso em andamento (22 casos ou 16,4 % dos casos).*
- III - *Melhora parcial terminado (5 casos ou 3,7 %).*
- IV - *Melhora parcial em andamento (14 casos ou 10,5 %).*
- V - *Abandono com melhora (30 casos ou 22,4 %).*

Os outros 82 pacientes perfizeram **35,8 %** de respostas negativas, distribuídas em *Abandono sem Melhora (24 casos), Fracasso em Andamento (15 casos) e Fracasso Terminado (9 casos).*

Sobre as conclusões da experiência do INAMPS

Importantes coincidências caracterizaram o trabalho da equipe do INAMPS.

- A proximidade dos índices favoráveis: 64,2 % de respostas positivas no Projeto de Recuperação dos Alcoolistas da equipe multiprofissional (1986) e de 67 % naquele da autora (1969).
- A constatação da eficácia de altas diluições, a C 30 ou 100⁻³⁰, dinamizadas, do ácido sulfúrico, lembrando que desde a diluição 100⁻¹², teoricamente, não mais existem moléculas do fármaco.
- A possibilidade da aplicação deste tipo de tratamento em outros postos do sistema de saúde pública.

Hipóteses interpretativas.

O modo de atuação do ácido sulfúrico no tratamento aversivo do alcoólatra é desconhecido. Algumas hipóteses são aventadas:

- a) *Competição de natureza não química ao nível dos receptores, celulares ou neurosensoriais, ao modo de uma sideração devida à semelhança cruzada, interferindo na captação e metabolização do álcool etílico circulante. Nesta possibilidade, estaria criada uma situação equivalente aos fármacos aversivos tradicionais, entervando o metabolismo do álcool etílico.*
- b) *Indução patogenética. A ultradiluição de Sulfuricum acidum C 30, teoricamente destituída de moléculas, porém carreadora de mensagem farmacodinâmica, após atuar na condição de estímulo energético efêmero, desaparece do organismo, enquanto as conseqüências da informação persistem. A anteposição da informação dinâmica, patogenética, em indivíduo alcoólatra, condicionaria estado de sensibilização, sob influência da semelhança cruzada interfarmacodinâmica (álcool etílico x ácido sulfúrico).*
- c) *A aversão específica decorreria de fenômenos acionados no domínio do efeito secundário das drogas. A situação de semelhança interfarmacodinâmica enquadrar-se na Similterapia, mas não na Homeopatia propriamente dita.*

Interpretações descartadas

Cada indivíduo possui limiar definido e fixo de eliminação do álcool, *que não é ampliado*, correndo a eliminação da maior quantidade do tóxico ingerido por conta de maior tempo necessário ao seu desaparecimento da corrente sanguínea. Enquanto isso, prevalece a propriedade destrutiva direta do álcool circulante, irritando estruturas orgânicas em nível da atuação primária direta, afetando o sistema nervoso central e causando fenômenos indesejáveis capazes de assustar e desestimular o viciado à bebida.

Em tubos de ensaio e em modelos animais, foi descrita a inversão de ação das drogas segundo a dose, tornando famosos os estudos de Lise Wurmser, demonstrativos de alto índice de detoxicação conseguido através de doses reduzidas dos tóxicos respectivos (arsênico, bismuto). A capacidade de eliminação na inversão simples das drogas, situada em nível primário, tem sido atribuída a diluições abaixo do número de Avogadro e as experiências não valorizam, devidamente, o tempo decorrido entre a interrupção do tóxico e o momento da colheita de amostras para dosificação e, equivocadamente, estas pesquisas vêm servindo de argumento na atividade curativa das ultradiluições.

Alguns fatos descartam das interpretações aversivas a chamada inversão simples de ação, tal como esta vem sendo apresentada:

- *Os fenômenos atinentes à cinética das eliminações não se adaptam ao fenômeno aversivo antialcoólico* porque, à primeira vista, o alcoólatra que recebeu um estímulo prévio representativo do ácido sulfúrico, deveria, segundo os ensaios sobre a cinética das eliminações, apresentar algum grau de tolerância ou maior capacidade detoxicante, ou eliminatória, tanto frente ao ácido sulfúrico quanto ao álcool etílico, em função da semelhança interfarmacodinâmica cruzada. Entretanto, na prática, *não há indícios de nenhuma das duas eventualidades.*

- *A tolerância e a hipossensibilização imunitárias não se adequam ao comportamento aversivo.*

- *A mimetização ou mitridização, própria ao uso prolongado de doses reduzidas ponderáveis, tende a instalar situação de acostumância, antes que de aversão, não se adequando ao caso.*

- *A inversão simples de ação decorre da seqüência crescente continuada da droga, e não retrocessiva.*

Diferentes tipos de inversão de ação acontecem em nível primário, abaixo do número de Avogadro, porém existe um único efeito secundário, exclusivo do nível imponderável, representativo de fenômenos contrários àqueles primários de determinado tóxico, ou primários da doença, e que representa expressão de defesa de sentido paralelo à força vital. A interpretação do fenômeno aversivo acontecerá quando estiverem melhor esclarecidos os diferentes tipos de inversão de ação dos fármacos e mais detalhados os mecanismos de influência das ultradiluições sobre o complexo orgânico.

Comunicações recentes substituem a expressão “drogas aversivas” por “dissuadores do alcoolismo”, entretanto o idioma português correto recomenda os termos *dissuasivo* ou *dissuasório*.

Anteposição patogénica ou farmacodinâmica

Na interpretação da autora, o *Sulfuricum acidum C 30* imprime no organismo a informação agressora tóxica específica, na qualidade de estímulo energético ou dinâmico, que se dissipa em

seguida, deixando remanescentes os estigmas da natureza tóxica dessa mensagem gravados no sistema de defesa.

Uma realidade deve ser destacada: os resultados desejados, aversivos, são proporcionados por fármaco administrado em ultradiluições C 30, atuantes no domínio do efeito secundário, reacional ou de defesa, de alguma forma conectados a diferentes sistemas complexos da economia.

Ao ser ingerido álcool etílico em dose tóxica, pelo indivíduo estigmatizado pela prévia informação *semelhante*, não igual, dotada de afinidades químicas ou farmacodinâmicas, ao modo “como se fosse o tóxico”, estaria instaurada neste indivíduo a situação forçada de coexistência de uma segunda doença, *semelhante*, de natureza dinâmica medicamentosa. O organismo reage como pode, duplamente, acionando mecanismos fisiológicos para se liberar - da agressão intrusa dinâmica e mais aquela maciça preexistente em nível químico - servindo-se para isso dos recursos normais representados por eliminações, emunctórios, reações de defesa inespecífica e, por acréscimo, mobilizando funções extraordinárias caracterizadas por congestões, náuseas, vômitos, diarreia, hiper-sudorese, etc.

Porque não o *simillimum*

O *simillimum* tende a conduzir o organismo doente, de modo gradual, ao equilíbrio satisfatório, sem influenciar diretamente os seus vícios. Como sói acontecer após internamentos hospitalares desintoxicantes, nos moldes “alopáticos” internacionais, também no tratamento homeopático bem sucedido sob o ponto de vista do equilíbrio da totalidade, o viciado etílico restabelecido sente-se encorajado para novas bebedeiras.

A prática ensina que um alcoólatra somente começa a pensar no abandono do álcool, quando percebe sinais de risco. Para tanto, *precisa* sentir que a bebida está lhe fazendo mal. À medida que o mal-estar se repete, o entusiasmo pelo álcool vai arrefecendo. Entram em cena os reflexos condicionados e tudo indica que a teoria de Pavlov se faz realidade presente.

A ética médica proíbe a ministração de remédio aversivo sem o consentimento do alcoólatra. Muitos médicos insistem em qualificar o viciado como um pobre doente e o cercam de compaixão. Pensa de forma diferente o médico calejado na assistência dos filhos e da esposa do alcoólatra.

A SEMELHANÇA NO CONTEXTO TERAPÊUTICO

O reducionismo na prática das terapêuticas segundo o princípio da semelhança. A estratégia de Tarsicio Escalante. Similterapia. A semelhança na totalidade e semelhança parcializada. Homeopatia sintética e Homeopatia reducionista. O âmbito das semelhanças reduzidas. A integração dos procedimentos. Argumento de limite e preservação dos critérios de prescrição segundo a semelhança. Vantagens da Homeopatia como sistema terapêutico autocrático. A extrapolação gráfica das idéias de Escalante. O trinômio: ultra-diluições, semelhança e efeito secundário das drogas. Microterapias. Situações de aplicação de semelhanças parciais.

O reducionismo dentro da terapêutica segundo a semelhança

Desde 1840, graças à vinda ao Brasil do médico francês Benoit Mure, a Homeopatia vem sendo utilizada pelo povo, estimulada por manuais que tiveram penetração nos lares e instituições assistenciais e propulsão na qualidade de recurso terapêutico preferido, graças à eficácia, preço acessível, fácil administração e atoxicidade.

Obviamente, a maioria dos seus usuários desconhece a complexa e original semiotécnica hahnemanniana, imprescindível para a identificação do *simillimum* curativo, adaptado à globalidade sintomática de cada doente. Os fatos levam a supor que a natureza dispõe de formas mais simples, ainda que menos perfeitas, capazes de permitir o usufruto de benefícios advindos do princípio da semelhança.

Assim é. Ao revisar a literatura, constata-se a existência de circunstâncias, onde o objetivo máximo desta terapêutica não acontece na plenitude científica, cabendo ao médico servir-se das possibilidades disponíveis, do jeito que puder. Na prática, são comuns as situações de diferentes tipos de semelhança e de reduzido número de sintomas. Muitas vezes mostra-se impossível a obtenção da desejada totalidade por razões da *doença* (doenças agudas, sofrimentos isolados, doenças mono e oligossintomáticas, traumatismos), *do doente* (incomunicabilidade), de *fatores sociais* (distância e consultas improvisadas) e *do médico* (impossibilidade de individualização em doenças coletivas).

No sistema vigente de saúde pública acresce a modalidade do tratamento truncado, conseqüente à troca repetida e desnecessária do local de assistência, assim como as consultas exclusivas nas crises recorrentes de doenças crônicas as quais, no tumulto crítico, impedem e não justificam o apanhado da totalidade sintomática universal.

A semelhança reduzida, ou isolada, constitui situação circunstancial conexas à Homeopatia e existente em função desta, sendo aplicada por médicos nela qualificados. A experiência casual de um alopata com o princípio da semelhança poderá acontecer em situação de semelhança parcial, entretanto o seguimento do paciente estimulado dentro desta semelhança parcial requer maiores conhecimentos sobre a dinâmica evolutiva do organismo em reação. A prescrição, como ato isolado,

não é inexoravelmente definitiva e não pode ater-se a um distúrbio aparentemente estanque. A doença, tanto a sistêmica quanto a localizada, é um processo dinâmico contínuo e, uma vez superado o episódio agudo, o paciente merece que o profissional faça por ele algo mais além da prescrição paliativa do momento crítico, para obter um equilíbrio mais estável. Ao médico homeopata a integração do parcial ao total sucede de forma automática, consumando-se a prescrição do *simillimum* adequado para o *doente* com base na universalidade sintomática, em tempo hábil. Se não for assim, a opção pela especialidade homeopática não passou de um embuste. As prescrições parciais repetitivas, para mesmo distúrbio local, acontecem à revelia, em balcões de farmácia através de folhetos populares e certos disquetes de computador, dispensando a figura do médico.

Uma contribuição mexicana

O professor Tarsicio Escalante Plancarte, uma autoridade da Escuela Nacional de Medicina Homeopática de México, confessa em 1974, que precisou vivenciar alguns lustros para compreender o grande erro de considerar qualquer terapêutica subordinada a algum tipo ou a algum grau de similitude, como sendo a própria Homeopatia; desesperado, denuncia seus erros pelo muito que falou e escreveu sobre o que considerava ser Homeopatia – mas que não era. Admite o fato da prescrição dentro do princípio da semelhança ser benéfica, na proporção direta ao grau de semelhança dos sintomas. Considera que a prolixidade dos requisitos derivados ou de postulados impostos por Hahnemann acabaram por eclipsar e desviar a atenção da condição essencial - a *lei da semelhança, sem a qual a Homeopatia não existe*. Sem inventar nada, serve-se de recurso etimológico e compõe a palavra híbrida *Similterapia* (do latim - *símile*, do grego - *therapeia*) para designar o conjunto dos procedimentos terapêuticos subordinados ao princípio da similitude. Reconsidera definições e critérios terapêuticos e posiciona, de um lado, todos os recursos terapêuticos vigentes na Medicina atual - alheios ao princípio da semelhança; de outro lado, posiciona os procedimentos vinculados ao princípio da semelhança, conferindo-lhes a denominação lata de *Similterapia*; dentre estes procedimentos diferencia, destaca e isola a Homeopatia como sistema terapêutico autocrático, original único, criado por Hahnemann, consolidado sobre regras rígidas – quase uma doutrina. De *Similterapia*, designa tudo o mais relacionado ao *princípio da semelhança*, mas *que prescind* da *totalidade sintomática obrigatória que caracteriza a Homeopatia* (Diagramas XVIII a XXIII). Cauteloso e lacônico, lamenta a incursão de práticas intrusas, alheias ao princípio da semelhança, sem qualquer similitude – nem total, nem parcial, nem isolada – e que se atêm, por conveniência, às doses reduzidas e à nomenclatura latina dos medicamentos.

O texto de Escalante permite as seguintes distinções:

- a) Domínios da ciência terapêutica: :
 1. Domínio dos procedimentos subordinados ao princípio de semelhança, sob todos os aspectos, denominado *Similterapia*;
 2. Domínio de todas as demais práticas terapêuticas existentes, alheias ao princípio da semelhança, incluindo Alopatria e Enantiopatia.

- b) No domínio da *Similterapia* diferenciam-se duas eventualidades:
 1. *Homeopatia* como *sistema terapêutico* autocrático, representada pela *metodologia hahnemanniana*, sintética, *obrigatoriamente subordinada à totalidade dos sintomas do doente*.
 2. *Similterapia*, simplesmente, extensiva às prescrições circunscritas a semelhanças regionais, locais, parciais, ou reduzidas, *sem o cumprimento da totalidade sintomática*.

Homeopatia sintética e Homeopatia reducionista

Conforme exposto, tanto as prescrições baseadas na semelhança de síntese, da totalidade, ou global, quanto aquelas parciais ou reduzidas, são exercidas por médicos homeopatas - os únicos sabedores do fenômeno de condicionamento entre *semelhança de sintomas* e o *efeito secundário das drogas*. Daí a necessidade da correta caracterização e legitimação do ato homeopático e das situações conexas.

Hahnemann admite dois critérios, quando se refere à necessidade de prescrição homeopática *verdadeira* após superado um episódio febril epidêmico medicado com base nas manifestações gritantes da crise. A sua afirmação subentende uma prescrição anterior episódica que é diferente da outra posterior à crise, ditada pela totalidade sintomática.

Na verdade, as doenças agudas de diferente natureza – *acidentais traumáticas, acidentais inflamatórias, infecciosas, tóxicas, alérgicas, psíquicas e aquelas episódicas de condições crônicas subjacentes* - representam um parêntese na vida do indivíduo, tudo valendo dentro deste parêntese, no objetivo de aliviar ou salvar o doente, desde a penicilina, a cirurgia e, por que não, a Similterapia; esse procedimento emergencial e transitório, não necessariamente compromete as condutas paralelas e subseqüentes. A realidade clínica proporciona momentos para a Homeopatia dogmática, em função da semelhança da totalidade dos sintomas e outros momentos em que esta semelhança escapa ao rigor matemático e não pode ser cumprida. Na doença aguda, assim como na descompensação de um *locus minoris resistentiae*, importa aliviar e salvar o doente hoje, sem se preocupar com a universalidade dos sintomas e os acontecimentos do amanhã. Dentro do bom senso, estas condutas devem ser legitimadas, considerando que a prescrição sob semelhança parcializada, supostamente mais cômoda, tende a se generalizar como rotina, extrapolar aos casos crônicos e se deteriorar, atraindo adeptos de outras práticas e dando margem aos *homeopatas ecléticos*, não dispostos à observância de qualquer linha rígida de pensamento.

Entretanto, sob visão panorâmica, o problema surpreende pela simplicidade das soluções, nada mudando para o homeopata que já é, importando apelar à auto-disciplina de cada profissional e considerar os seguintes aspectos:

1. É verdade patente que a prescrição em certos episódios – acidentes, indisposições, doenças agudas infecciosas – tem caracter parcializado, ou reducionista, sem por isso o médico assistente deixar de ser homeopata.
2. As prescrições episódicas baseadas em semelhanças isoladas não curam o doente em profundidade, mas atendem à recomendação milenar: *primeiramente aliviar, sem prejudicar*.
3. O fenômeno de cura condicionado pela semelhança, ainda que parcial - existe por si mesmo, porém a sua concretização como método terapêutico faz parte da Homeopatia; fora desta realidade, o fenômeno continuaria desconhecido pela Medicina, sufocado pela intransigência e pela ignorância.
4. A prescrição reducionista, ou parcializada, limitada a um parêntese no decurso evolutivo de um doente, beneficia-o sem iatrogenizar, preservando-o para ulterior tratamento na totalidade.
5. Sendo Homeopatia uma corrente médica de síntese, cabe-lhe o qualificativo de *Homeopatia sintética*, quando estiver em jogo a sua comparação científica diferencial das situações desprovidas da totalidade de sintomas.
6. Em contrapartida, existiria a “Homeopatia reducionista”, dirigida à doença, baseada em semelhanças parcializadas.
7. O termo *reduccionismo* adequa-se à Homeopatia como sistema complexo, dentro do qual está presente uma *via holística*, de integração ou síntese, segundo escala do mais simples ao complexo, e uma *via reducionista*, de análise ou subdivisão, no sentido do complexo ao mais simples segundo a escala: o *cosmo*, a *terra*, a *sociedade*, o *homem*, o *órgão*, a *célula*, a *molécula*, o *átomo*, o *núcleo* e o *quark*.

8. A prescrição parcializada, chamada de *Similterapia* por Escalante, corresponde à *Homeopatia reducionista*, enquanto a Homeopatia “verdadeira” de Hahnemann, corresponde à *Homeopatia sintética*, ou *Homeopatia*, propriamente dita, em sua plenitude metodológica.
9. O termo *Similterapia* é menos vulnerável a confusões. Tecnicamente adequado, presta-se a etiqueta em esquemas explicativos, caracterizando uma estratégia didática.
10. A condição morfológica de constituição ou biotipo, como único componente inalterável do terreno, pelo menos no decurso de geração isolada, depende de fatores subjacentes, em especial do metabolismo e do temperamento, não se enquadrando, por si só, no domínio do princípio de similitude. Sua importância é retrospectiva, reveladora de tipos sensíveis, tendo caráter estatístico.
11. Os componentes fixos do terreno – constituição, temperamento e miasmas – acrescidos pelos conceitos de diátese e metabolismo – costumam ser ricos em sintomas que, entretanto, não justificam prescrições estereotipadas ou preestabelecidas.
12. Os nosódios miasmáticos, assim como certos fármacos protótipos, não se enquadram na Homeopatia. De certa forma se parecem aos *gênios medicamentosos epidêmicos*, cuja interposição patogenética se enquadra na *Similterapia*.

Os sinônimos “similar” e “semelhante”

Os dicionários clássicos de português, espanhol, francês e inglês fundem os conceitos de *similar* e *semelhante*, sob uma mesma interpretação, na qualidade de sinônimos. Incoerente é o seu uso isolado a pretexto de situações distintas, a exemplo do vício em chamar de *similar*, o *simillimum imperfeito* e, de *semelhante*, o *simillimum perfeito*. Nenhum dos dois termos significa igualdade e ambos derivam do latim *similis*. Além disso, para a indicação do *simillimum basta razoável número de sintomas, desde que sejam eles característicos e individualizantes*, pertencentes a níveis diferentes, não importando que haja de permean manifestações desprovidas de correspondência patogenética. Estas diferenças são inevitáveis. Hahnemann afirmava que a segunda doença, medicamentosa, deve ser semelhante, sem ser exatamente igual. Este esclarecimento é decisivo para a compreensão dos mecanismos de cura e da moderna interpretação dos sistemas complexos orgânicos. Os termos *similar* e *semelhante* encerram por si mesmos o significado de “não igualdade”. O termo *análogo*, por sua vez, traz embutida a idéia de semelhança, não de identidade absoluta.

Convém assinalar que: a) a mensagem de Hipócrates recebeu a expressão latina *similia similibus curantur = o semelhante cura o semelhante*; b) Hahnemann preferia a expressão *similia similibus curentur = seja o semelhante curado pelo semelhante*; c) por sua vez, alguns autores modernos consideram mais apropriada a expressão *similia similibus curabuntur = seja o semelhante curado pelo mais semelhante*.

O trinômio: ultradiluições, correlação de semelhança e efeito secundário das drogas

A Homeopatia, como metodologia terapêutica, foi criada mediante proposição de preceitos inovadores bem definidos; estabelece normas de trabalho, sempre dentro da lei da semelhança e da totalidade sintomática, no sentido da cura ideal do doente. As diretrizes da sua metodologia estão sintetizadas no “*Organon da Medicina*”.

A determinação da área da Homeopatia, como especialidade terapêutica, é regida pela *lei da semelhança*. O séquito de condutas satélites, de semelhanças defectivas e não totalizantes, faz parte da mesma especialidade e são praticadas por homeopatas.

A Isoterapia representa procedimento terapêutico definido no âmbito das ultradiluições, com vistas ao nível de influência dos efeitos secundários, em cujo domínio se desenvolvem os mecanismos de cura condicionados pela identidade. Não estando baseada no princípio da semelhança,

automaticamente não representa Similterapia e muito menos a Homeopatia. Os demais procedimentos distribuem-se no universo das terapêuticas em geral, aguardando daqueles que os praticam a valorização argumentada da parte de cada um deles.

Nos textos homeopáticos a referência aos termos diluição, ultradiluição, potência, dinamização, automaticamente subentende o seu estado dinamizado através de sucussões no decurso da escala centesimal hahnemanniana. A homeopaticidade de um fármaco em diluição se consuma no momento da tomada pelo doente para o qual foi ele individualizado. A administração simples, ao acaso, de produto diluído adquirido em laboratório homeopático, não significa que a Homeopatia está acontecendo. Este fato simples, nem sempre é compreendido devido ao não discernimento das finalidades de cada conduta e está na origem da proliferação das “práticas inovadoras” paralelas. O laboratório de Farmácia Homeopática providencia o preparo prévio das soluções hidroalcoólicas dos principais fármacos destinados à aplicação dentro do princípio da semelhança e os conserva em estoque, sob supervisão de profissional qualificado.

Lei da semelhança e individualização de medicamento

A consulta homeopática tem por objetivo individualizar determinado doente dentro da doença, diferenciando-o de outros portadores do mesmo diagnóstico nosológico. Um mesmo medicamento é capaz de coincidir com diferentes pacientes, diferentes diagnósticos e causas; inversamente, determinada entidade nosológica poderá reclamar medicamentos diferentes, dotados de patogenias distintas. A estas conjunturas chamamos de individualização. Com o tempo, o médico constata que os fármacos possuem personalidade, cada qual se distinguindo dos demais graças aos detalhes, modalidades ou características, evidenciáveis através do recurso da experimentação em grande número de indivíduos e não de apenas um. Manifestarão sintomas os organismos pré-“sensibilizados” de alguma forma, nem sempre pelo mesmo agente, mas ao modo de determinado agente, proporcionando a soma das manifestações experimentais um conjunto harmonioso, apto a retratar determinada “personalidade” farmacodinâmica. Um razoável número de sintomas característicos identifica cada um dos medicamentos, ao modo de um retrato patogenético. Em um grupo de doentes costumam ocorrer coincidências vinculadas a uma mesma patogenia, em nível de setores orgânicos diferentes. Existem patogenias que apresentam dezenas de sintomas; outras, algumas centenas, até milhares deles. Os sintomas escolhidos não possuem valor matemático, valendo cada qual pela originalidade, raridade, coerência do conjunto, enfim, pela força identificadora.

O critério da semelhança da totalidade confere à Homeopatia especificidade ao indivíduo doente, com inespecificidade em relação ao nome da doença ou do antígeno.

O critério da lei da igualdade, da identidade ou analogia, confere à Isoterapia a especificidade válida para determinado alérgeno, determinado tóxico ou toxina. Proporciona benefício parcial ao doente. A eventual cura do indivíduo na totalidade, acionada por similitude coincidental, constitui fato raro.

Dois noções dinâmicas importantes, referentes ao fator etiológico e ao fator terapêutico, interessam à similitude em geral:

- *uma doença dinâmica no organismo vivente é vencida e destruída de forma duradoura, por outra mais forte, sempre que esta, sem ser da mesma espécie, se lhe assemelhe muito na maneira de manifestar-se (§ 26 do Organon).*
- *o fator etiológico e o fator terapêutico, ainda que de natureza diferente, podem assemelhar-se devido ao fato de suscitarem, nos organismos, respostas parecidas.*

No âmbito da Similterapia importa o fato de ambos, o fator curativo e o agente morbífico,

serem capazes de produzir respostas semelhantes em organismos humanos. Ainda que a cura global do doente não seja alcançada, o princípio da similitude ao nível de tecidos, órgãos ou sistemas isolados, apresenta grande importância, nele interessando três aspectos básicos:

1. Semelhança isolada de sintomas.
2. Semelhança dos mecanismos fisiopatológicos.
3. Analogia de alterações anatomopatológicas.

Figuram entre os variados tipos de semelhança parcial ou reduzida: os quadros defectivos comuns de sofrimentos regionalizados agudos, as doenças agudas infecciosas, os aspectos fisiopatológicos e histo-anatomopatológicas, as semelhanças e afinidades tóxicas, as afinidades interfarmacodinâmicas, as afinidades intermicrobianas, as afinidades relacionadas a etapas evolutivas específicas, certos tropismos topográficos, as situações de indução patogénica, os “gênios” medicamentosos, etc. Entre elas estão integradas as propriedades excepcionais de algumas drogas. Todos os tipos citados visam a doença (Diagrama XXII).

Restrições da Isoterapia.

A Isoterapia, originariamente restrita ao idêntico biológico, foi estendida aos produtos químicos em geral, aos tóxicos e medicamentos, estando baseada no aproveitamento da inversão de ação em nível de efeito secundário reativo; não é Homeopatia, diferindo radicalmente desta pelo fato de não considerar os sintomas do doente e não estar subordinada à “lei da semelhança” no sentido da totalidade hahnemanniana. Também não considera na prescrição as manifestações da doença.

Na Isoterapia a correlação de analogia tem por base a estrutura do fator causal.

A capacidade de produzir, nos organismos, através de mecanismos intrínsecos, as mesmas manifestações inerentes a outro elemento tóxico ou alergênico, a exemplo da semelhança interfarmacodinâmica entre o fósforo e o tetracloreto de carbono, constatada em experiências animais através do fenómeno cinético de eliminação, adequa-se, mais apropriadamente, ao domínio do princípio de similitude, ou Similterapia, mas não à Homeopatia.

O termo *igualdade* guarda significado absoluto somente em matemática, não existindo no universo dois seres ou dois corpos inanimados, químicos, naturais ou artificiais, exatamente iguais. Este fato explica porque a Isoterapia, baseada na natureza do alérgeno, não deve ser julgada de modo absoluto, permitindo margem a parencenas que podem ser chamadas de *semelhanças cruzadas*. (Gráfico XXVII).

Importa ressaltar que a própria resposta imune secundária, resultante de memória imunitária e considerada específica em relação ao antígeno responsável pelo primeiro contato sensibilizante, admite situações de semelhança aproximada e não de identidade absoluta do alérgeno inicial.

Integração à Homeopatia de situações de Similterapia e de Isoterapia

Em ambas eventualidades – Homeopatia e Similterapia – convirá sempre aperfeiçoar a complementação ou totalização dos sinais e sintomas recentes e atuais, capazes de melhor configurar os quadros de semelhança, no objetivo de acionar ressonância mais abrangente do complexo sistema de defesa. Em suma, quanto maior o contingente de sinais e sintomas, maiores serão as chances para o restabelecimento de determinado doente.

A caracterização diferencial entre doente (objetivo da Homeopatia) e doença (objetivo da Similterapia), devido ao fato de ambas estarem na dependência da resposta do organismo e ser traduzida por sinais e sintomas, defronta-se com situações ambíguas, ou limítrofes, porém a prescrição

estará sempre, sem exceção, vinculada à premissa da semelhança de sinais e sintomas frente a uma determinada patogenesia.

A integração se realiza no sentido *Similterapia* → *Homeopatia*, ou mesmo *Isoterapia* → *Similterapia* → *Homeopatia*, nunca no sentido inverso. Não acontece fora do princípio da semelhança, ou fora do princípio da identidade.

Do contexto surge um problema crucial de ordem prática: o médico viciado em prescrições “nosológicas”, pela sobrecarga do sistema assistencial de saúde, ou por negligência pessoal, entra em estado crescente de dificuldade no manuseio da Homeopatia de síntese; seu consultório estará repleto de pacientes, que sempre melhoram sem nunca se curarem. Pelo contrário, ao homeopata disciplinado na totalidade sintomática universal, a prescrição similterápica representa um esforço menor emergencial e sua atenção automaticamente se direciona ao terreno como predisposição mórbida.

A aceitação da conceituação genérica de Similterapia, ou Homeopatia reducionista

O discernimento da Similterapia não precisa ser aceito pelos médicos homeopatas veteranos, pois o termo, por si, nada modifica ou acrescenta ao método hahnemanniano; para estes, basta a informação taxionômica. Ao jovem, a diferenciação de situações representa recurso indispensável na interpretação de qualquer situação dentro do domínio da similitude e, principalmente, para descartar as práticas situadas fora deste domínio. Sobretudo, presta-se para identificar práticas paralelas que nada têm em comum com o princípio de semelhança e que insistem em se proclamarem “homeopáticas” sob pretexto da farmacotécnica e da nomenclatura latina.

A finalidade do esquema mexicano, longe de distanciar Homeopatia e Similterapia, pretende aproximar e fortalecê-las pelo fenômeno comum da semelhança, integrando e salvaguardando-as. Confere crédito e legitimidade à Similterapia, por força das dificuldades e possibilidades clínicas. Por definição, o recurso discernitivo-integrativo presta-se a finalidades didáticas e serve de argumento lógico contra as práticas intrusas, caracterizando e excluindo-as de forma automática. Por acréscimo, tranqüiliza e situa o profissional estudioso, quando encurralado dentro de suas limitações humanas, poupando-o de execrações da parte de eventuais e intransigentes colegas ortodoxos e iluministas.

O que é preciso fazer dentro do procedimento condicionado à totalidade sintomática ou Homeopatia

1. Averiguar sua autenticidade a fim de permitir confronto correto de outros procedimentos.
2. Debater e solucionar as dificuldades das prescrições de rotina.
3. Justificar a complexidade dos requisitos ou corolários decorrentes da lei da semelhança.
4. Julgar as impossibilidades no cumprimento de requisitos.
5. Avaliar a suposta estagnação metodológica por autocoerção da classe médica.
6. Avaliar a fuga de profissionais dos projetos de pesquisa, propondo novas diretrizes.
7. Analisar a supervalorização filosófica dos mecanismos de doença e de cura, que causam detrimen- to da lei da semelhança como fenômeno em si.
8. Ratificar a importância humanitária da Homeopatia, com base na eficácia e baixo custo.
9. Validar a importância científica da Homeopatia como sistema terapêutico autocrático.
10. Racionalizar o fato da Homeopatia visar o doente como unidade reacional.
11. Discernir da Homeopatia verdadeira, a prescrição baseada em semelhança parcial.
12. Em qualquer circunstância, considerar fator *sine qua non* para a cura, o condicionamento do conjunto de sintomas às manifestações de determinada patogenesia.

Conseqüências positivas do reconhecimento das situações de Similterapia ou Homeopatia reducionista:

1. Admitir a existência do vasto domínio de procedimentos segundo o princípio da semelhança, com e sem as regras e prolixidade da Homeopatia, propiciando o seu usufruto pela classe médica em geral, em prol da humanidade.
2. Alertar para os graus de semelhança em diferentes níveis orgânicos, úteis quando a elaboração de conjunto sintomático coerente for difícil ou impossível.
3. Admitir a conveniência de um recurso emergencial de estímulo, episódico, sem adulterar a adequação posterior do *simillimum*, dirigido à totalidade orgânica.
4. Proporcionar ao especialista, acessorado por colega homeopata, a oportunidade de testar a validade de um procedimento de estímulo dinâmico, acessível e oficializado, citado na Medicina há quase 2.400 anos.

OS PRINCÍPIOS TERAPÊUTICOS NA HISTÓRIA DA MEDICINA

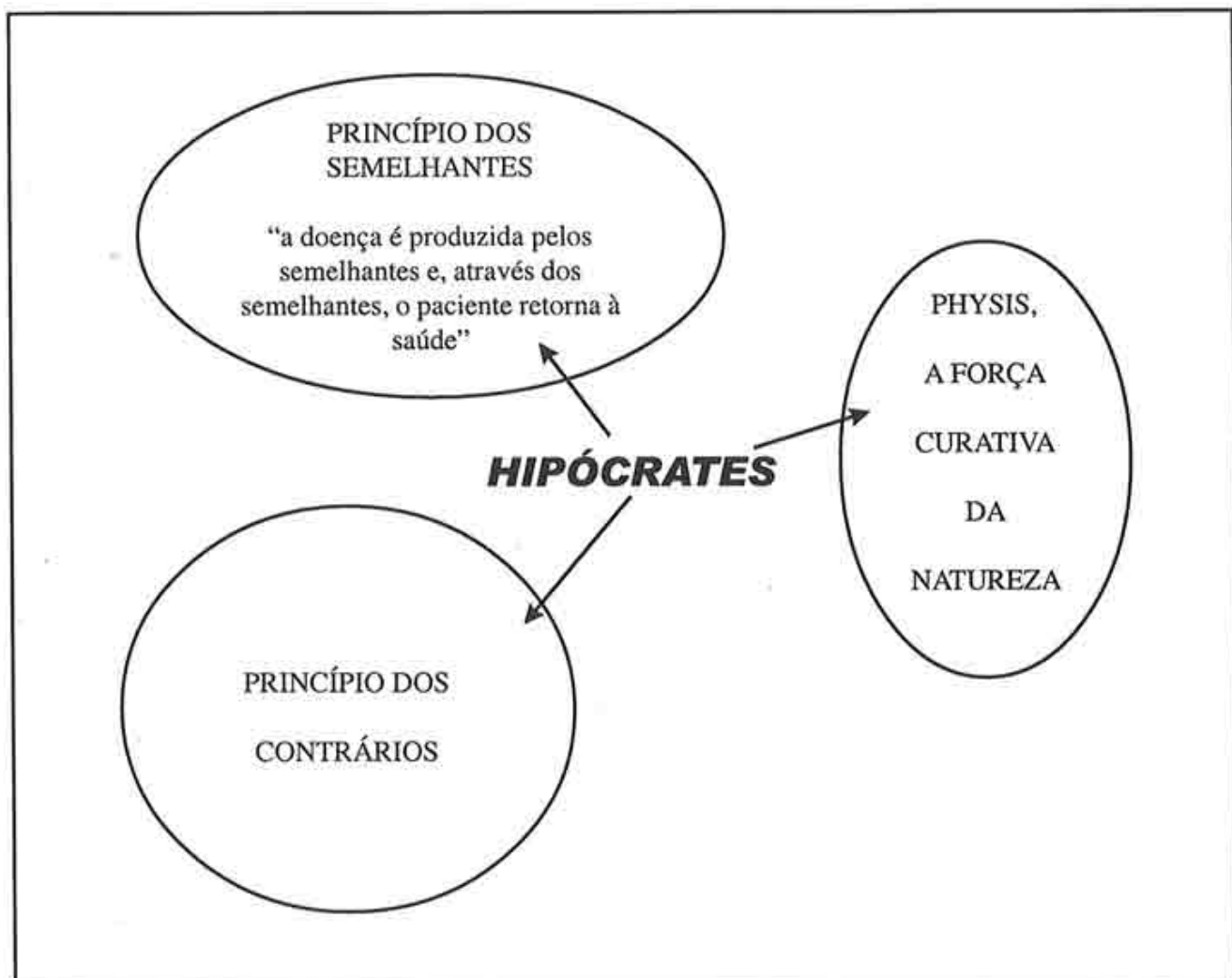


DIAGRAMA XVIII – Hipócrates (460-377 a.C.) e as possibilidades terapêuticas da época. O Pai da Medicina admite a possibilidade terapêutica vinculada ao princípio da semelhança. Não relaciona dependência do fenômeno à dose nem ao tempo decorrido após a administração de determinada substância; entretanto, os exemplos de inversão das ações, por ele citados, coadunam com o efeito secundário reacional. Adota recursos no intuito de favorecer a reação já iniciada pela natureza, sem estabelecer normas nem delinear qualquer método, o qual teve que aguardar para ser instaurado por Hahnemann.

DOMÍNIO DAS TERAPÊUTICAS.

Diagrama da autora baseado em texto de Tarsicio Escalante Plancarte.



DIAGRAMA XIX. Tarsicio ESCALANTE Plancarte (1974), professor mexicano, ao reconhecer os procedimentos não hahnemannianos prejudiciais à compreensão da Homeopatia, separou a Terapêutica em dois domínios: 1) domínio dos procedimentos alheios ao princípio da semelhança, incluindo Enantiopatia e Alopátia; 2) Procedimentos subordinados ao princípio da Semelhança em geral, conferindo-lhes denominação híbrida latino-grega, etimologicamente adequada, de Similterapia (**similis + therapeia**).

METODOLOGIA TERAPÊUTICA HAHNEMANNIANA

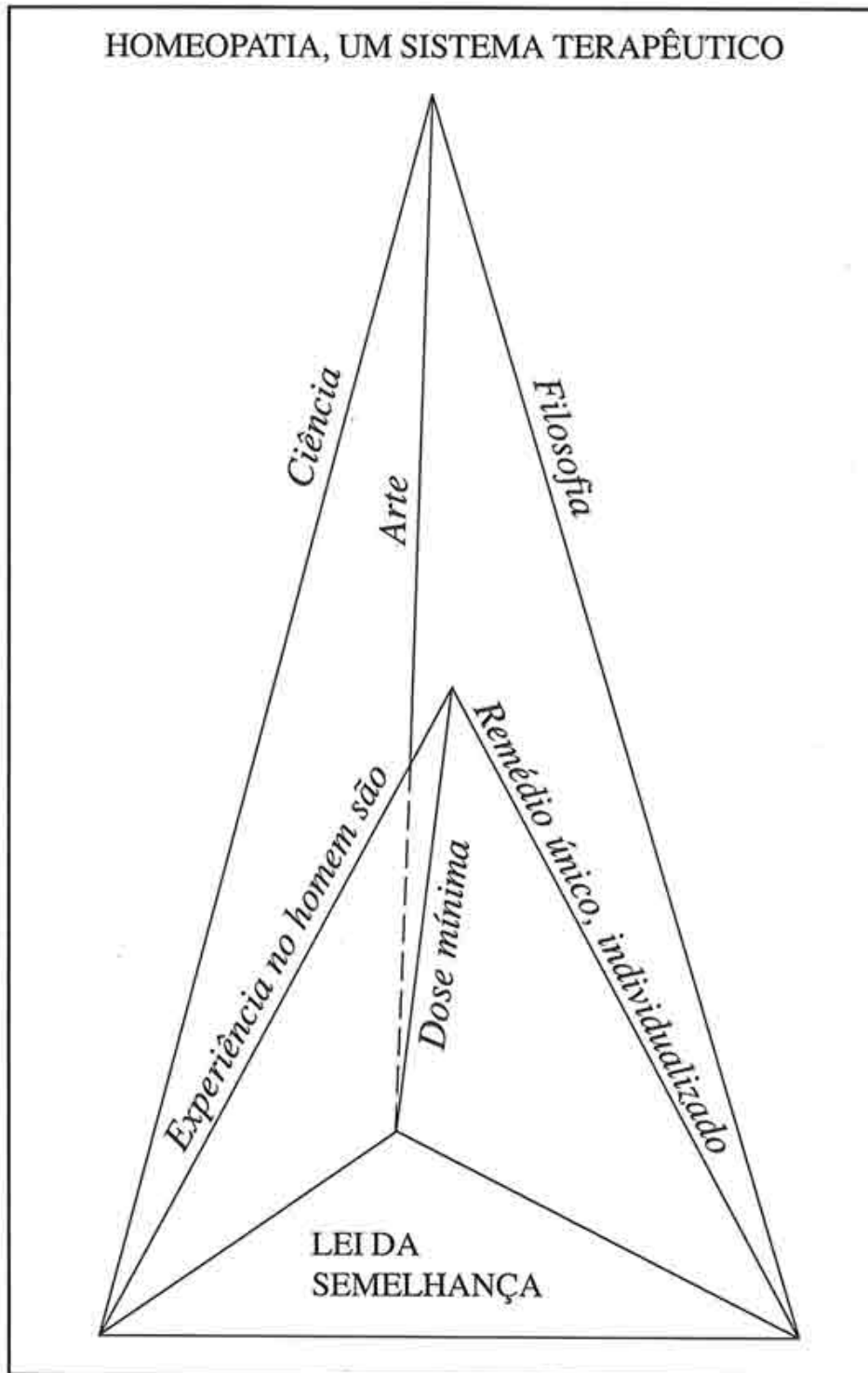


DIAGRAMA XX - Samuel Hahnemann (1755-1843) cria um sistema terapêutico, que chama de Homeopatia, fundamentado na correlação de semelhança entre sintomas: aqueles do doente na totalidade e aqueles de determinado quadro farmacodinâmico. Em função desta intersemelhança, derivam os corolários: a experiência no homem são, a individualização farmacodinâmica ou remédio único, e a dose mínima. Complementam a metodologia: na Arte - a semiotécnica individualizante e a Farmacotécnica original; na Filosofia - a concepção vitalista ternária; na Ciência - o efeito secundário reacional das drogas, a pesquisa acerca das doses imponderáveis e as leis universais dos sistemas complexos.

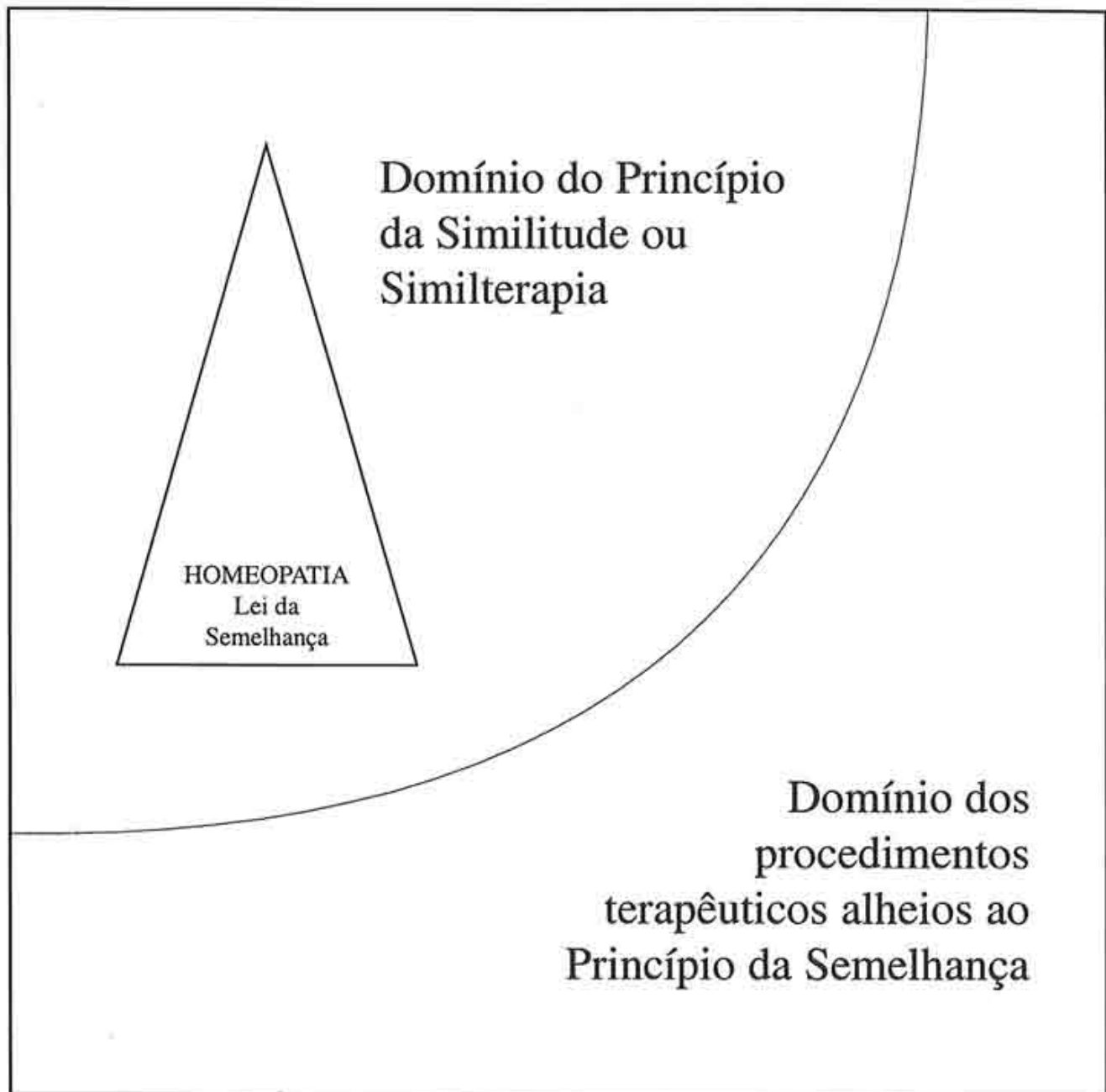


DIAGRAMA XXI. Didaticamente, T. Escalante faz discernimento das terapêuticas em dois domínios, sob o critério da subordinação ou não, ao princípio da semelhança. Sem nada acrescentar, subtrair, ou modificar, delimita a Homeopatia no domínio da Similterapia lata, destacando-a na qualidade de único sistema metodológico terapêutico consolidado, regulamentado, independente e autocrático. Ratifica a lei da semelhança como fundamento imprescindível e imutável do método hahnemanniano, obrigatoriamente relacionado à correlação de semelhança entre a totalidade dos sintomas do doente e os sintomas farmacodinâmicos experimentais de determinado fármaco. A Similterapia abarca os procedimentos dependentes de semelhanças diversas de sinais e sintomas, parciais ou isoladas, que não atendem à totalidade sintomática.

Escalante não prossegue além da Similterapia. O seu discernimento terapêutico presta-se a estratégia ampla; permite afirmar o que a Homeopatia realmente é, delimitando-a; ao valorizar e fortalecer o significado das similitudes reduzidas, propicia um argumento lógico acessível que barra, automaticamente, as práticas intrusas destituídas da similitude de sintomas.

DOMÍNIO DAS TERAPÊUTICAS DEPENDENTES DO PRINCÍPIO DA SEMELHANÇA.

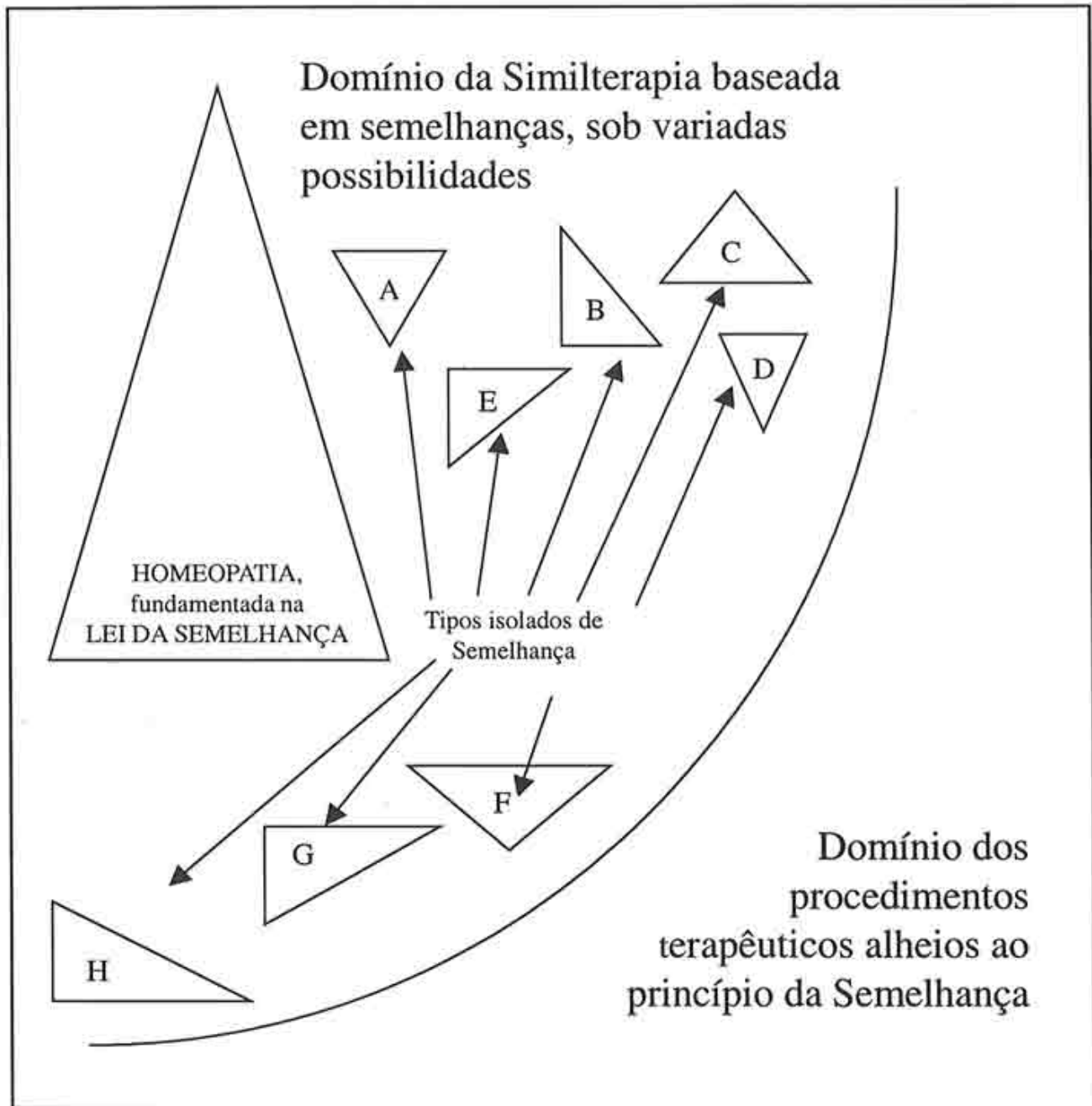


DIAGRAMA XXII. Gráfico explicativo. Conceitos terapêuticos diferenciais e seus objetivos.

Similterapia inclui os procedimentos que utilizam o princípio da semelhança, em seus aspectos reduzidos ou parciais. Os triângulos menores simbolizam, no gráfico, algumas variantes de similitude isolada ou parcial, cujas letras de A até H corresponderiam a diferentes situações de semelhança.

Homeopatia está fundamentada na lei da semelhança. Representa sistema terapêutico autocrático, condicionado à correlação sintomática obrigatória entre doente e determinada farmacodinamia.

Esta diferenciação constituiu estratégia didática para definir fronteiras, não entre Homeopatia e Similterapia, mas entre estas e as práticas intrusas, destituídas de qualquer tipo de semelhança, apesar de adotarem medicamentos preparados segundo farmacotécnica homeopática e nomenclatura latina.

Nos procedimentos dependentes da correlação de semelhança, parcial ou total, os fenômenos de cura dependem do efeito secundário reacional, justificando doses imponderáveis. (Diagrama da autora)

DOMÍNIO DAS TERAPÊUTICAS, SEGUNDO A DEPENDÊNCIA OU NÃO DA SEMELHANÇA. CONEXÕES.

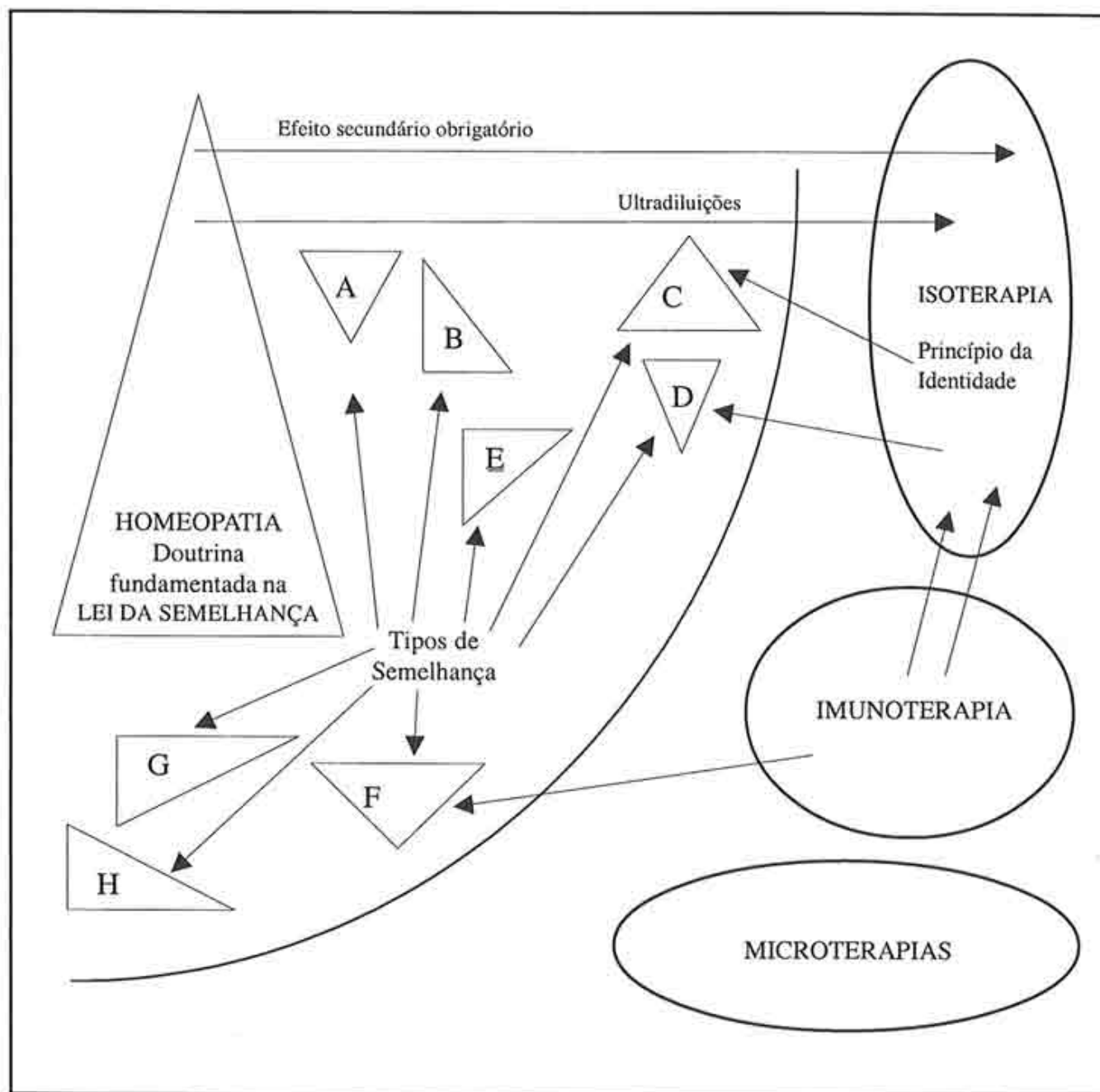


DIAGRAMA XXIII. Conexões terapêuticas. Gráfico explicativo da Similiterapia, Homeopatia, Isoterapia e Imunoterapia. Nos procedimentos alheios ao princípio da semelhança ocorrem situações de exceção que tendem ao vinculamento. A Isoterapia, em situações de afinidade estrutural química e semelhança interfarmacodinâmica, tende, excepcionalmente, a se confundir com a Similiterapia (triângulos C, D) mas, por definição, jamais pode ser confundida com a Homeopatia; depende do efeito secundário.

A Imunoterapia, ao utilizar o agente causal em doses mínimas, parece aproximar-se da Isoterapia. Considerando que na dessensibilização polivalente e na indução de resposta imune secundária já se admite a similitude, em vez da igualdade absoluta, abre-se a possibilidade de vínculo entre Imunoterapia e Similiterapia.

As Microterapias (Fito, Organo, Gemo, Opo e Homotoxiterapia), a drenagem vannieriana e os medicamentos dos tecidos de Schussler, por definição, estão excluídos do domínio da Similiterapia e, obviamente, da Homeopatia. (Diagrama da autora)

Homeopatia, ou Homeopatia sintética	Similterapia, ou Homeopatia reducionista	Isoterapia.
Semelhança na totalidade dos sintomas do doente	Semelhanças da doença.	Igualdade ou identidade do agente desencadeante.
<p>Sistema terapêutico único, autocrático, baseado na Lei da Semelhança.</p> <p>Corolários ou requisitos: Experimentação em homem são. Semiologia original → totalidade sintomática → individualização medicamentosa → remédio único. Farmacotécnica original. Ultradiluições obrigatórias. + Filosofia. Ciência. Arte.</p> <p>Cura global. VISA O DOENTE na totalidade.</p>	<p>Tipos: - fisiopatológica; - anátomo-patológica; - topográfica; - evolutiva ou resolutive local; - similitude interfarmacodinâmica; - microbiana e outras.</p> <p>Ultradiluições obrigatórias.</p> <p>Resultado clínico parcial, episódico.</p> <p>VISA A DOENÇA.</p>	<p>Dependente de: - estrutura química; - propriedades intrínsecas; - afinidades farmaco-tóxicas, - afinidades microbianas.</p> <p>Anamnese dirigida ao fator causal: alérgeno, tóxico ou toxinas.</p> <p>Ultradiluições obrigatórias.</p> <p>Resultado específico ou parcial. Fenômenos cinéticos de eliminação. Hipossensibilização.</p> <p>VISA O FATOR CAUSAL.</p>

QUADRO XXIV. Objetivos e relações entre Homeopatia, Similterapia e Isoterapia.

Aspectos práticos Categoria Procedimentos	Critérios ou base	Grau das diluições.	Natureza do medicamento.	Nível Farmacológico	Decorrência. Hipóteses.
Propriedades excepcionais. a = Apis mellifera b = Sulfanilamida c = Cadmium sulfur.	a, b) Fotossensibilidade. c) Bloqueio pós radioterapia.	Ultradiluições obrigatórias.	Vegetal. Mineral. Animal.	Secundário.	a) Fotoproteção. b) Fotoproteção. Resolução de edemas. c) Desbloqueio reacional. Mecanismos ignorados.
Hemoterapia	Toxinas e fatores mórbidos circulantes.	Baixas e médias diluições.	Sangue, por definição.	Secundário.	Detoxicação. Detoxinação. Mecanismo ignorado.
Drenagem de Vannier	Toxinas circulantes e fixas nos tecidos	Ponderáveis. Diluições baixas.	Vegetal dominante.	Primário.	Estímulo de células, tecidos e órgãos. Desintoxinação.
Microterapias a. Microfitoterapia. b. Micrógemoterapia c. Microorganoterapia d. Homotoxoterapia	a. b. Cito, histo e organotropismo. c. Estímulo de órgãos. d. Tóxicos, toxinas.	a. b. = ponderáveis e baixas. c. = ponderáveis a altas. d. = desde baixas a altas.	a. b. = veg. c. = anim. d. = veg., miner., anim.	Primário. Às vezes secundário.	Estímulo de células, tecidos, órgãos e aparelhos. Detoxicação. Desintoxinação.

QUADRO XXV. Situações de emprego de doses preparadas segundo Farmacotécnica homeopática, não subordinadas a correlações de semelhança entre farmacodinamia e a totalidade sintomática do doente.

Microterapias dinamizadas

Por falta de definições ou conceitos adequados, surgiram diferentes práticas que insistem em proclamar sua filiação à Homeopatia. Entre elas, as variantes microterápicas, a drenagem específica, os florais de Bach, os remédios dos tecidos de Schussler, a prescrição de oligoelementos, a desintoxicação e a desintoxinação, etc. Isso sem falar nos modismos importados injetáveis e a propagação dos medicamentos pseudo-homeopáticos, à custa de corruptelas terminológicas.

Schussler, ao estudar os medicamentos dos tecidos, não pretendeu criar uma “linha”, na qual alguns partidários a transformaram. Este autor fixou 12 medicamentos bioquímicos correspondentes a corpos minerais orgânicos, prescrevendo-os conforme necessidades químico-fisiológicas, em doses reduzidas, não necessariamente imponderáveis, sem atender a qualquer correlação de semelhança. Anos depois, os medicamentos da lista de Schussler foram submetidos à experimentação patogénica e passaram a ser prescritos segundo a lei da semelhança, com base na totalidade sintomática, ao modo dos demais fármacos dotados de patogenesia, sem considerar a classificação original baseada nos tecidos orgânicos.

O mesmo aconteceu quanto aos medicamentos das constituições, as quais representam um dos componentes do terreno mórbido e cujas predisposições hereditárias favorecem o desenvolvimento de modos metabólicos individuais e a exteriorização dos temperamentos, complicados pelas impregnações morbíficas tóxicas (miasmáticas), estigmatizando o organismo no decurso das gerações, conforme as concepções de Lamarck sobre caracteres adquiridos.

Bach, ao expor os florais, declara que os únicos vínculos comuns entre ele e a Homeopatia eram as amizades pessoais que sempre manteve junto aos médicos homeopatas.

O.A. Julian publica em 1977 o texto “*Traité de Micro-Immuno-thérapie Dynamisée*”. Esta designação, que bem poderia abarcar variantes terapêuticas não hahnemannianas, estabeleceu confusão maior do que aquela a ser remediada.

Nas contingências atuais, são convenientes as denominações simples de Microtoxoterapia, Microhomotoxiterapia, Microgemoterapia, Microopoterapia, Microorganoterapia, considerando que as doses habituais empregadas nestes procedimentos estão situadas no nível ponderável e não obedecem ao princípio da semelhança. Fora da matemática, onde a anteposição do termo a um algarismo significa redução de um milhão de vezes, o termo micro, na linguagem geral, significa pequeno ou reduzido, que atende às práticas descritas, sem necessidade de recorrer à farmacotécnica hahnemanniana. Nessas terapias, as siglas decimais da escala de Hering, D 1, D 2... D 4, deveriam ser substituídas por deci, centi ou miligramas, considerando que a energetização nestes níveis quantitativos não é elevada e não constitui preocupação central dos procedimentos citados. Os alergologistas, no processo das diluições sucessivas dos alérgenos, atingem a desconcentração 10^{-9} , homogeneizando-as, obrigatoriamente, através de agitações; deste modo, ultrapassam as concentrações usadas pelas práticas microterápicas, porém não as chamam de “homeopáticas”.

Semelhança fisio e histopatológica. Situações de especificidade farmacodinâmica

Entre as especificidades celebradas pelo povo, consta aquela fisiopatológica acionada pelos princípios ativos da *Arnica montana*, útil em ferimentos cortantes, traumatismos por compressão, contusões e equimoses. A fisiopatologia desta planta revela a capacidade de reproduzir, experimentalmente, as etapas inflamatórias que seguem após as contusões agindo, portanto, segundo semelhança fisiohistopatológica, isolada ou local. O efeito secundário desta substância, acionado em nível imponderável, representa o fator responsável pelos fenômenos de defesa, promovendo a recomposição tecidual. A administração oral repetida de doses ponderáveis da mesma *Arnica*, em ritmo não controlado, sem tempo de ser metabolizada ou eliminada, agravará as conseqüências da injúria traumática, por acréscimo de segunda doença medicamentosa induzida. O potencial curativo

da *Arnica montana* prevalecerá desde que administrada em C 6 ou C 12, concentrações estas distanciadas da ação primária injuriante e mais próximas do domínio secundário, onde a defesa se desenvolve. Após administradas as doses ponderáveis, subtóxicas da substância semelhante, competirá ao organismo promover a sua eliminação, de modo a conduzir e ajustar a concentração humoral capaz de despertar, por sintonia, as estruturas responsáveis pela homeostase e cura do doente. Para tal acontecimento é preciso esperar até que o limiar humoral baixe até onde o organismo sabe discernir, o ideal para a reverberação da resposta. Tudo indica que o organismo consegue estabelecer, na qualidade de sistema complexo, o grau de desconcentração que melhor convém ao mecanismo de reequilíbrio.

Ao exemplo da semelhança fisiopatológica de *Arnica montana*, junta-se a interpretação sobre a especificidade de *Hamamelis virginica* e do *Aesculus hippocastanum*, este já referido em capítulo anterior, que tanto aliviam os pacientes varicosos e hemorroidários, apesar de serem tóxicos em doses excessivas. Estas drogas, de aplicação supostamente alopática, constituem exemplos de resultados terapêuticos paradoxais.

Existem outras especificidades famosas conhecidas, graças à experimentação patogenética e resultados clínicos repetitivos inesperados, constituindo contribuição clínica à Matéria Médica Homeopática, a exemplo de *Lachesis trigonocephalus* na menopausa, da *Heckla* lava nas exostoses e da *Vipera torva* nos processos erisipelatosos renitentes.

Algumas especificidades de conhecimento popular não são verdadeiras. O *Rhus toxicodendron*, considerado específico no herpes zoster, nem sempre proporciona o sucesso esperado, sendo substituído com vantagem por *Mercurius solubilis*, *Kalmia latifolia*, *Graphites* ou *Ranunculus bulbosus*, conforme os sintomas presentes, não necessariamente patognomônicos da diagnose nosológica. O mesmo quanto às verrugas cutâneas que o vulgo trata com tintura de *Thuya occidentalis*, havendo vários medicamentos capazes de solver formações verrucosas, entre eles *Dulcamara*, *Causticum*, *Baryta carbonica*, *Ferrum picricum* e *Antimonium crudum* - desde que coexistam as respectivas manifestações patogenéticas no portador da dermatose. Enquanto os parágrafos anteriores consideram a *semelhança fisiopatológica, inerente à farmacodinamia da substância medicamentosa* (Similterapia) circunscrita à doença, o parágrafo presente considera o resultado dentro da prescrição baseada na totalidade, condicionante da melhora ou cura conjunta de vários setores orgânicos (Homeopatia); nesta eventualidade, a regressão das verrugas pode, inclusive, acontecer por último, após normalizados outros distúrbios, na dependência da homeostase. Repetindo: *a Homeopatia visa o doente, enquanto a Similterapia visa a doença.*

Constituem fato estabelecido os tropismos topográficos característicos de determinados medicamentos, a exemplo das erupções circunscritas à reborda frontal do couro cabeludo em *Natrum muriaticum*, do psoríase das junções cutâneo-mucosas de *Chrysarrobinum*, do cloasma centro-facial de *Sepia succus*, do cloasma parietal de *Phosphorus*. A lateralidade preferencial é de conhecimento antigo em Medicina e o estudo experimental das drogas demonstrou a realidade desta curiosa característica fazendo parte de certas farmacodinamias. As raridades importam na Medicina interna e existem textos exclusivos dedicados aos chamados “sintomas-chaves” ou “key-notes” os quais, embora não decisivos, contribuem para o direcionamento ao simillimum.

Semelhança induzida por anteposição de medicamento.

A anteposição de patogenesia mediante a sua administração prévia ao indivíduo sadio é válida, tendo sido praticada pelo próprio criador da Homeopatia durante certas epidemias. Constitui um recurso paralelo derivado, no propósito da indução antecipada de *informação patogenética*, concordante ao quadro clínico dominante dos portadores da epidemia vigente, subentendendo fenômeno de memória imunológica. Enquadra-se na Similterapia, segundo estratégia de Escalante.

A anteposição da mensagem patogénica ou farmacodinâmica, pode obedecer a critérios fisiológico, fisiopatológico, tóxico, etc. Neste raciocínio, abre-se um leque de possibilidades: o *Graphites* no pré-operatório a fim de contornar formações queloidianas; o *Cocculus indicus* ou *Petroleum* na prevenção de vertigens dos aviões; *Nux vomica* nos transtornos inevitáveis da gula e *Gelsemium* nas crises de asma brônquica em véspera de provas escolares. Nestas eventualidades especiais, entram em jogo as ultradiluições, geralmente C 12, ou acima, e o conhecimento de Matéria Médica. O emprego do *Sulfuricum acidum C 30* como aversivo alcoólico seria uma variante de indução patogénica, criando situação de memória ou sensibilização semelhante contra o álcool etílico ingerido em dose maciça, assinalando-se o fato de ambos, o álcool etílico e o ácido sulfúrico, possuírem quadros tóxicos semelhantes.

CONTRIBUIÇÃO DA DERMATOLOGIA À MEDICINA GERAL E ÀS ESPECIALIDADES ABRANGÊNCIA DAS ULTRADILUIÇÕES HAHNEMANNIANAS.

Os conhecimentos básicos. Contribuição da Dermatologia. Ultradiluições condicionadas ao fator desencadeante e à totalidade sintomática do doente. Eczema infantil e do adulto. Sobre o tempo da avaliação da resposta favorável. Ultradiluições hahnemannianas e tipos de hipersensibilidade. Propriedades farmacodinâmicas induzidas. Propriedades especiais do veneno apídeo. Efeitos fotoprotetores da Sulfanilamida. Ensaio com Sulfato de cádmio em pacientes irradiados.

Antes de entrar na parte ilustrativa, oportuno é referenciar alguns aspectos básicos, cujo conhecimento é imprescindível à compreensão das sinopses clínicas e das condutas adotadas:

- 1) Zonas de atividade farmacológica.
- 2) Efeito secundário das drogas na base do tratamento específico causal, do tratamento dirigido à doença e do tratamento do doente na totalidade.
- 3) Situações de dependência da prescrição ao alérgeno, ao tóxico e ao microorganismo identificado.
- 4) Vantagens do condicionamento da cura à totalidade sintomática atual no doente.
- 5) Lei da semelhança e a delimitação da Homeopatia como sistema terapêutico autocrático; sua caracterização e originalidades.
- 6) Conceituação e diferenciação das práticas alheias ao princípio da semelhança.

Contribuição da Dermatologia à Medicina

A objetividade caracteriza a Dermatologia. Os ensinamentos que ela proporciona, os critérios de conduta, as ponderações, os resultados e as conclusões finais aplicam-se à clínica geral e a maioria das especialidades. De forma excepcional, permite ela testemunhar os fenômenos de imunomodulação pertencentes a modelos imunitários já estabelecidos.

As sinopses clínicas foram agrupadas em categorias:

1. Reações a drogas. Dermatites de contato. Situações de condicionamento do medicamento ao fator causal → Isoterapia → ultradiluições imponderáveis obrigatórias.
2. Reações a drogas. Dermatites de contato. Situações de condicionamento dos sintomas patogénéticos do medicamento aos sintomas do doente, sob duas possibilidades: a) forma global ou da totalidade; b) forma parcial ou reduzida.
 - a) Semelhança da totalidade global → Homeopatia → ultradiluições imponderáveis obrigatórias. Vantagens: cura do doente, abrangência de manifestações concomitantes e influência favorável sobre predisposições mórbidas do terreno.
 - b) Semelhança isolada, regional ou episódica da doença → Similterapia → ultradiluições hahnemannianas obrigatórias. Alívio do doente através da influência favorável do medicamento sobre a doença. Cura local ou episódica, não extensiva ao indivíduo na totalidade ou suas predisposições.

3. Eczema atópico infantil e eczema do adulto. Situações de condicionamento do medicamento à totalidade dos sintomas do doente, sem considerar o fator desencadeante. Homeopatia, em todos os casos, como terapêutica de eleição → ultradiluições obrigatórias. Vantagens da influência favorável sobre manifestações concomitantes e sobre o terreno como predisposição mórbida.
4. Situações de aproveitamento de propriedades farmacodinâmicas excepcionais induzidas ao organismo, por *interposição patogenética*:
 - a) *Apis mellifera* na fotoproteção e resolução de edemas.
 - b) *Sulfanilamida* e seus derivados na fotoproteção.
 - c) *Cadmium sulfuricum*, na suposta capacidade desbloqueadora em pacientes irradiados não reagentes.

1. Ultradiluições medicamentosas condicionadas ao alérgeno. Isoterapia. Reação a drogas. Dermatite de contato.

Portadores de reação a determinada droga ou tóxico são beneficiados pela indução de estado de tolerância, através da administração oral de ultradiluições hahnemannianas do respectivo fator desencadeante. Esta eventualidade permite ao profissional, ainda desconhecedor do assunto, testemunhar, de maneira objetiva, a influência das doses imponderáveis sobre as reações do organismo. A droga em pauta constará ou não na listagem dos laboratórios homeopáticos, sob forma de soluções diluídas e dinamizadas, na dependência de haver sido experimentada em organismos sadios. Quando rara a substância, será indispensável o fornecimento de amostra pelo paciente.

As epidermorreações são importantes e decisivas, tanto quanto as informações detalhadas corretas. A Isoterapia, um método aparentemente cômodo, não funciona em bases hipotéticas. O alergologista conhece quão problemáticos se apresentam certos testes cutâneos, as multipositividades, as positivities transitórias e as falsas negatividades.

Inexiste padrão evolutivo único. As exacerbações imediatas da dermatose ocorrem em reduzida percentagem de casos, significam prognóstico favorável e suficiência do estímulo, recomendando suspensão do medicamento. A administração do alérgeno ultradiluído e dinamizado não aliviará outros sofrimentos concomitantes ao distúrbio local, devido à falta de ressonância sistêmica ou generalizada do estímulo. A resposta localizada ao tratamento isoterápico é rápida, estando o paciente normalizado em poucas semanas, segundo a natureza do alérgeno. No caso das reações ao petróleo, a hipossensibilização é imediata e duradoura. Nas reações ao níquel, ao contrário, o plano terapêutico com frequência precisa ser repetido, devido à possibilidade de recidiva.

A dúvida comum diz respeito à necessidade, ou não, de ulterior tratamento. Neste aspecto impõem-se três explicações: a) sendo a Isoterapia específica ao alérgeno, não ao doente, e considerando que os fenômenos de hipersensibilidade costumam estender-se a outros produtos do meio ambiente, será sempre vantajosa a seqüência de um tratamento homeopático capaz de abranger as predisposições mórbidas do terreno. O médico optará pela conduta mais duradoura e benéfica. Tal atitude não é tão simples na prática. O paciente, que não estudou Medicina, não sabe valorizar a cura e não deve ser forçado a um tratamento acerca do qual não ouviu falar. b) Pode suceder que o doente volte a apresentar outra reação, de causa ignorada; neste caso, compete ao médico de confiança instruí-lo sobre a conveniência de tratamento sistêmico. c) Resolvido o problema atual, o paciente será orientado no sentido de evitar o contato nocivo, durante um período razoável e tal recomendação, ainda que desnecessária, será sempre oportuna. Em geral, mostra-se suficiente um único plano terapêutico específico.

2. a) Situações de reação a droga, sob tratamento condicionado à correlação de semelhança na totalidade, ou lei da semelhança, com ultradiluições obrigatórias = Homeopatia.

b) Situações condicionadas a conjuntos regionais de sintomas ou semelhanças parciais, com ultradiluições obrigatórias = Similterapia.

Nos portadores de reação a fatores ignorados e testes indefinidos, prevalece a praticidade da lei da semelhança ou Homeopatia, nos moldes de qualquer outra situação de clínica geral, impondo interrogatório individualizante. Este tipo complexo de anamnese preocupa a maioria dos especialistas. Para os alergologistas, acostumados a longos e monótonos interrogatórios de investigação dos prováveis alérgenos, o interrogatório homeopático parecerá interessante e até mesmo mais prático do que as repetidas séries dos testes cutâneos sujeitos a resultados questionáveis.

A vantagem da prescrição individualizada consiste no reequilíbrio final do organismo como unidade, regressão de distúrbios pertencentes a diferentes aparelhos e desaparecimento de queixas que o paciente omitiu ao considerá-las inoportunas ou desnecessárias. Os transtornos de hipersensibilidade - cutâneos ou não - regredem na vigência de estímulo específico ao doente.

Nos quadros agudos a anamnese homeopática costuma ser abreviada, considerando que os sintomas psíquicos não tiveram tempo para se instalarem e que a história pregressa pessoal e familiar, em seus detalhes, pouco ajuda ao paciente em crise de exacerbação. A anamnese, no quadro agudo, valoriza sobremaneira o agente causal de qualquer natureza – física, mecânica, biológica, fisiológica, climática, social, emocional e, obviamente, drogas e produtos industriais. A história clínica, imprescindível e necessária, costuma estar defectiva, devido à emergência e limitações do doente e, além disso, dificuldades circunstanciais forçam o médico homeopata a atuar na área das similitudes parciais, a bem do doente em sofrimento.

No processo agudo o sistema imunitário costuma estar no auge das possibilidades de defesa e a instigação medicamentosa dinâmica adicional, através de estímulo baseado em aspectos de predisposições mórbidas do terreno, poderá contribuir no sentido de descompensar, por excesso, a duração e a amplitude da resposta de defesa, aumentando o sofrimento. Os momentos de reação à droga não constituem ocasião propícia para o médico homeopata se preocupar com a gota, o diabetes, a bronquite crônica recidivante, nem com o terreno predisposto. Se o paciente estiver em seguimento de condição crônica subjacente, o remédio de fundo será interrompido para dar lugar ao tratamento episódico dos fenômenos agudos; a preocupação maior do profissional será livrar o paciente da crise.

No quadro agudo o fator causal – nem sempre um alérgeno – costuma aflorar facilmente. Estando a causa obscura, valerão os sinais gerais e locais característicos capazes de denunciar determinada farmacodinamia. Nestes casos, o médico homeopata tentará obter do doente o conjunto sintomático episódico, atual e recente, vinculado a este episódio agudo, competindo-lhe investigar detalhes concomitantes a fim de completar o quadro local, estabelecer diferenciações e então, prescrever o medicamento mais parecido ao quadro clínico atual; quando isto for impossível, restringir-se-á ao conjunto parcial, sendo a prescrição válida enquanto durar a crise.

Verifica-se do exposto, que na prescrição para processos agudos localizadas, tanto cutâneos quanto aqueles da árvore respiratória, do aparelho digestivo, do aparelho genital e do sistema urinário, *como exceção*, terão que bastar poucos sintomas e sinais representativos de outros setores orgânicos. Entretanto, quando o doente estiver apto a informar, e o médico atento, quase sempre será possível compor um conjunto harmonioso da totalidade, considerando que no decurso da exacerbação existem sempre, de permeio, manifestações simultâneas ao processo crítico. As expressões psíquicas prevalecerão quando forem de instalação *concomitante ao episódio agudo*, adquirindo, então, hierarquia máxima. No critério de prescrição isoterápica os problemas da totalidade sintomática são contornados, persistindo as dificuldades relacionadas à identificação do fator causal.

3. Casos clínicos de eczema infantil e eczema do adulto. Tratamento condicionado à totalidade sintomática e ultradiluições obrigatórias.

A criança é sobremaneira sensível ao medicamento prescrito dentro da lei da semelhança e, quando em sofrimento, apresenta numerosas e importantes alterações objetiváveis, notadamente gerais, relacionadas ao comportamento, órgãos dos sentidos, desejos alimentares, sede, febre, atitude e sono. As alterações psíquicas simultâneas à instalação do eczema agudo, quando existem, possuem caráter prioritário; quando ausentes, a elaboração do conjunto sintomático basear-se-á em sintomas gerais, os concomitantes e aqueles locais individualizados ou “totalizados” - cada qual *per se*. Em suma, a conduta médica será a mesma daquela adotada nos processos agudos em geral.

O *simillimum* de determinada crise não servirá às crises seguintes, principalmente quando houver sido feito seguimento terapêutico intercalar da acalmia, capaz de minimizar e modificar o aspecto dinâmico do terreno atópico. No decurso de surtos agudos, o eventual *simillimum* global, sempre de caráter episódico, será passível de substituição por outro também *simillimum* global, distinto, em virtude das modificações clínicas que costumam ocorrer dentro de poucas horas e reclamar atualização do medicamento.

O tratamento agudo recorrente não visa o terreno mórbido. O médico obriga-se, a bem da criança que não sabe escolher, a instruir a família no sentido de ulterior tratamento de base do problema atual – a Homeopatia, por eleição. Portanto, uma vez superada a crise e transcorridas duas ou três semanas, mesmo que não haja sofrimento aparente, proceder ao interrogatório atento no intuito de individualizar o *simillimum* – o *único recurso* capaz de atenuar, em ritmo gradual, a diátese dominante, concretizando o almejado sonho dos alergologistas – o tratamento de interfase, ou de acalmia. Nos indivíduos atópicos a crise aguda traduz esforço máximo de defesa o qual não deve ser sobrecarregado com estímulos desnecessários, convindo aguardar a quietação e estimular depois. A criança atópica apresenta outros transtornos além do eczema, da rinite e da asma brônquica. Sendo hábito da família procurar o médico somente na crise, torna-se oportuna, em serviços coletivos, a existência de equipe de apoio treinada para motivar o seguimento da criança atópica nos intervalos de acalmia. Tal conselho aplica-se, em especial, aos portadores de bronquite asmática.

As crianças aceitam muito bem os medicamentos preparados sob forma de glóbulos, a serem ministrados via oral. Para contornar infecção secundária cutânea, convêm as aplicações tópicas de água boricada, enquanto no prurido mostra-se útil a pasta d'água, medidas estas que não interferem no tratamento sistêmico em andamento.

Ao adulto com eczema, vale tudo o que foi dito a respeito da criança. Nele prevalecem os processos subagudos e crônicos, que perduram meses ou anos e se impõe a anamnese completa nos moldes de qualquer outra doença sistêmica. No enfoque hahnemanniano não existem doenças localizadas e cujos tratamentos habituais, paliativos, devem ser evitados. Por esta razão, nenhum dos doentes apresentados recebeu aplicação tópica no propósito de cura, a não ser no intuito anti-séptico ou de alívio do prurido, quando justificado.

Uma vez reconhecido o fator desencadeante, deve ele ser afastado (§ 7 do Organon). No decurso dos anos, os alérgenos responsáveis perdem importância e cedem lugar a outros. No adulto iatrogenizado, viciado em fármacos ou dependente de imunossuppressores, a história clínica será longa e pormenorizada. A atenção será direcionada ao terreno, ao psiquismo, ao passado mórbido pessoal e familiar, sendo pesquisados os diferentes aspectos dos sofrimentos do paciente, inclusive aqueles esquecidos ou não relatados, compondo-se a *universalidade dos sintomas*.

A hipossensibilização e a tolerância, quando condicionadas à lei da semelhança, acontecem *simultaneamente* a antígenos diferentes.

O tratamento bem conduzido, dentro da lei da semelhança, não raro, faz reaparecer distúr-

bios somáticos antigos que o organismo ocultou durante anos, em algum lugar e de alguma forma, através de mecanismos ainda ignorados. Enquanto alguns pesquisadores rebuscam a origem dos sintomas no complexo principal de histocompatibilidade, em outros estudos recentes a epífase dá sinais de participação sistêmica como repositório da história biológica de cada indivíduo.

Sobre a leitura, significado e duração da resposta clínica

O medicamento correto, dentro da correlação de semelhança, ou da analogia, suscita melhora desde os primeiros dias, ou primeiras horas, tendo caráter durável, ainda que nem sempre definitivo, diferente da resposta efêmera, comum dos procedimentos alopáticos.

História de recidivas habituais significa predisposição do terreno e requer, após superado o quadro atual, a continuidade de um plano terapêutico, sempre com base na totalidade sintomática presente, em todos os setores orgânicos, nos moldes da semiótica hahnemanniana. Mediante o tratamento do terreno, as recorrências se modificam: diminuem em intensidade, prolongam os intervalos e acabam por se extinguirem.

As ultradiluições condicionadas pela semelhança ou pela igualdade, não provocam supressão de sintomas, tão comum no uso dos recursos convencionais. A melhora imediata, não justifica o receio de reativação após suspenso o medicamento; a possibilidade de piora não é cogitada sendo, inclusive, ideal a prescrição do remédio em *dose única*. Este detalhe torna válido e de prognóstico favorável qualquer grau de melhora instalado imediatamente após administração do medicamento semelhante, ou idêntico, e justifica os registros clínicos breves ou aparentemente incompletos.

Nas intensificações clínicas imediatas, caracterizadas como agravações homeopáticas, não ocorre a fase inicial imediata de melhora, a qual se instala de forma natural após dissipada, de forma espontânea, a fase de exacerbação, sempre de bom prognóstico. A agravação patogenética, de instalação tardia, decorre da persistência desnecessária do medicamento, começando a regredir após suspenso o estímulo e, tal como a agravação homeopática, indica bom prognóstico. Ambas eventualidades recomendam abstenção medicamentosa, até que o estado do doente se estabilize e surjam novos sinais de atividade, o que pode ou não acontecer.

4. Situações de aproveitamento de propriedades farmacodinâmicas específicas induzidas ao organismo.

A vivência clínica surpreende o médico frente a situações inéditas, tornando-o testemunha ocular de influências inimagináveis das doses infinitesimais, a exemplo da hipo ou dessensibilização, dos estados imediatos de tolerância, da atuação cruzada de alérgenos química ou fisiopatologicamente relacionados, da indução patogenética, etc. No consultório, o médico presencia fenômenos de registro impossível em experimentações patogenéticas. Graças à observação e iniciativa privada, acabam sendo elaborados importantes acervos que, aos poucos, vão sendo incorporados ao capítulo das “*Contribuições clínicas à Matéria Médica Homeopática*”.

A versatilidade específica do veneno apídeo: a fotoproteção.

A influência favorável de qualquer *simillimum* - *Kali bichromicum*, *Petroleum*, *Sepia succus*, *Rhus toxicodendron*, *Sulfur*, etc. - em portadores de fotossensibilidade, constitui fato comum comprovado. Entretanto, *Apis mellifera* representa o chefe de fila dos resultados fotoprotetores e numerosas pesquisas, em modelos animais, comprovam o efeito fotoprotetor específico de doses imponderáveis

ECZEMA ATÓPICO

Definição. Eczema atópico ou dermatite eczematosa atópica é manifestação eczematosa peculiar associada à asma, rinite e, eventualmente, à urticária, acompanhada de prurido e caracterizada por erupção polimorfa constituída por eritema, vesículas, crostas e descamação. Reflete predisposição hereditária, vinculada à hipersensibilidade do Tipo I, apresentando anticorpos circulantes, demonstrados na sua transferência passiva a outro indivíduo não sensível, através de inoculação via intradérmica de soro sanguíneo (Prova de Prausnitz-Küstner).

Conduta de eleição: Homeopatia. Representa recurso único capaz de influenciar predisposições do terreno.

Abordagem semiológica do portador do eczema atópico em Homeopatia. Aspectos mais importantes:

1. Diagnóstico nosológico obrigatório o qual, entretanto, não decide o *simillimum*.
2. Circunstâncias ou fatores de instalação: clima, ambiente, emoções, alimentação.
3. Fatores de melhora e de agravação.
4. História pregressa pessoal e familiar.
5. Sensibilidade. Órgãos dos sentidos.
6. Características alimentares: desejos e aversões.
7. Peculiaridades do sono.
8. Modalidades das eliminações fisiológicas.
9. Comportamento. Aspectos psíquicos.
10. Manifestações concomitantes.
11. Descrição detalhada. Caracterização das lesões elementares, distribuição, tendências ao sangramento, à supuração, etc. Avaliação do prurido. Detalhes de cada componente da dermatose.
12. Interrogatório dirigido a outros sistemas.
13. Exame físico.

Nas agudizações e infecções secundárias a prescrição se limita ao período atual e recente. Importa o fator desencadeante, de qualquer natureza. Na anamnese merecem atenção especial a febre, a dor, o choro, a sudorese, o estado geral, a sede e o prurido. Ultrapassado o episódio agudo, a atenção será voltada ao tratamento de base ou de intercrise.

O eczema atópico constitui exemplo de dermatose clássica, sem inovações terapêuticas. O médico enfrenta, diariamente, situações difíceis:

- Associação de eczema e asma refratária a tratamento.
- Paciente inadequadamente tratado, sob influência de corticóides prescritos por profissional não habilitado ou por automedicação.
- Uso indiscriminado de testes intradérmicos e de vacinas dessensibilizantes.
- Decisão sobre seguintes aspectos: psicoterapia, balneoterapia, problemas dietéticos, mudança de ambiente e adoção de barbitúricos em razão do prurido.

Em Homeopatia, quando houve uso anterior de corticóides, considerar as possibilidades:

- Fenômeno rebote em desenvolvimento.
- Fenômeno rebote iminente.
- Adulteração da totalidade sintomática.
- Falta de resposta ao *simillimum*, supostamente incorreto.

Tipo de reação	Causas: extrínseca ou intrínseca	Procedimento de eleição	Condicionamento	Observações. Objetivo terapêutico.
<i>Reação local à droga.</i>	Alérgeno, simples ou complexo.	1. Isoterapia. 2. Homeopatia.	1. Identidade ou afinidade Dose mínima. 2. Totalidade sintomática.	1. Específico. 2. Inespecífico.
<i>Reação geral à droga.</i>	Alérgeno, simples ou complexo.	1. Isoterapia. 2. Homeopatia.	1. Identidade ou afinidade de alérgeno. Dose mínima. 2. Totalidade sintomática.	1. Específico. 2. Inespecífico.
<i>Doenças atópicas.</i>	Predisposição do terreno.	Homeopatia, recurso de eleição. Válidos outros recursos.	Lei da semelhança. Dose mínima.	Visa o doente. Indépende da natureza do alérgeno.
<i>Hipersensibilidade imediata tipo I.</i>	Exposição ao alérgeno.	1. Mediadores diluídos (Imunoterapia). 2. Efeito secundário de fármacos causais de espasmo e edema. (Similiterapia)	1. Modulação da resposta imunitária. 2. Similitude parcial, fisiopatológica.	Paciente em risco, internado, com plantonistas em rodízio, receberá atendimento clássico.
<i>Interfase. Acalmia.</i>	Predisposição do terreno.	Homeopatia, recurso de eleição.	Lei da semelhança. Sempre totalidade sintomática.	Visa o doente. Não depende da natureza do alérgeno.

QUADRO XXVI - Ultradiluições hahnemannianas, moduladores de resposta em doenças de hipersensibilidade.

deste medicamento²⁶, preparado a partir do inseto triturado. O medicamento *Apis virus*, representado pelo veneno exclusivo, manifesta as mesmas propriedades.

Em 1978 foi publicado entre nós, o primeiro trabalho sobre o assunto intitulado “*Efeito protetor de Apis mellifica em Homeopatia*” relatando quatro pacientes tratadas pelo veneno apídeo e nas quais, não obstante algumas coincidências patogénicas constatadas, a prescrição teve base exclusiva nas reações actínicas. O texto adverte para o fato das prescrições sob critério monossintomático exclusivo, não garantirem resultados definitivos.

Em 1976, na tese “*Agravações homeopáticas em Dermatologia*”, consta uma portadora de rosácea evoluindo há 5 anos, com grande desfiguramento facial e cuja administração de *Apis mellifera C 30*, em doses diárias, desencadeou exacerbação da dermatose; após superada a crise, sobreveio resultado favorável relativo, que a paciente considerou satisfatório.

A picada de abelha é seguida por séquito de manifestações agudas gritantes, de grande interesse prático pelo fato de permitir, através do confronto da similitude local e geral, a aplicação do veneno apídeo em numerosos quadros agudos, inclusive reações a drogas, fotossensibilidade actínica, urticárias e picada de certos insetos.

²⁶ BASTIDE P.J., AUBIN M., BARONNET S. - Étude Pharmacologique d'une préparation d' Apis 7 CH vis-à-vis de l'érythème aux rayons u.v. chez le cobaye albinos. Comptes Rendus. (In: XXX Congrès International de la Médecine Homéopathique, p. 1-9. Rotherdam, 1975)

A propriedade fotoprotetora do veneno apídeo está comprovada sendo o mesmo, inclusive, adotado coletivamente em colônias de férias infantis. O seu uso extrapola a Dermatologia, visto que numerosas drogas úteis em clínica geral são fotossensibilizantes. A comum fenolftaleína, que faz parte de fórmulas antiobstipantes e emagrecedoras, sob designações de fantasia, constitui poderoso fotossensibilizante e, após ingerida, o seu desaparecimento do organismo demora alguns meses para se consumir; nas conseqüências indesejáveis dos respectivos produtos, proporcionará bons resultados o uso oral de *Fenolftaleína C 30*, disponível no comércio. Na ausência desta, poderá ser útil o *Apis mellifera C 30* em doses diárias, exemplificando eventualidade de propriedades intrínsecas cruzadas.

Propriedades excepcionais de *Apis mellifera*: a anúria e a resolução de edemas.

Em 1980 a autora acompanhou um idoso hipertenso que desenvolveu acidente vascular cerebral grave; internado e assistido em serviço de urgência, o doente foi se agravando para, no terceiro dia, entrar em estado de anúria e coma; o prognóstico sombrio foi fechado para as horas próximas; notificado o desfecho, foi solicitada ao cardiologista responsável a vênua para administração de "homeopatia", sendo providenciado *Apis mellifera C 12*, que passou a ser instilado, em intervalos de minutos, sobre a mucosa lábio-gengival do doente; em menos de 1 hora a urina voltou a gotejar no coletor; paulatinamente o paciente saiu do coma; aos poucos, superou as seqüelas paralíticas e viveu mais 15 anos.

A composição química do veneno apídeo é complexa, contando algumas dezenas de princípios ativos. As suas virtudes anti-reumáticas e resolutivas de edemas eram conhecidas pelos povos antigos que se faziam picar por abelhas presas à pele, sobre as regiões em sofrimento. Melhor do que palavras, as Figuras 71 ilustram exemplo de influência deste veneno sobre edemas.

Efeito fotoprotetor de ultradiluições da Sulfanilamida.

O efeito fotoprotetor da *Sulfanilamida* está omitido na literatura, embora a fotossensibilização pela droga conste entre os efeitos indesejáveis do produto. Houve época em que o uso da *Sulfanilamida* esteve em voga no tratamento de úlceras de perna e, nas maternidades, o seu emprego sobre o coto umbilical constituía rotina, à guisa de anti-séptico.

Um primeiro trabalho sobre ultradiluições da *Sulfanilamida* foi publicado em 1972, com apresentação de paciente portadora de erupção medicamentosa devida à para-amino-fenil-sulfonamida complicando dermatite de estase e úlcera varicosa; a dermatose regrediu em 14 dias e o problema vascular venoso de membros inferiores assumiu curso favorável.

A adoção sistemática da documentação fotográfica permitiu, graças à análise retrospectiva, detectar vários fenômenos, até então despercebidos nas imagens isoladas. Ficou evidenciado o efeito antiactínico e anticeratósico da *Sulfanilamida C 30*, evidenciado pela impressionante melhora das lesões faciais e regiões fotoexpostas em pacientes idosos portadores de úlceras de perna tratados topicamente com pomadas à base de sulfanilamídicos. O uso sistemático de ultradiluições da sulfanilamida foi então extrapolado aos portadores idosos de hiperkeratose actínica, de lucites e de rosácea. Os resultados foram compensadores.

A clorpromazina é um derivado da sulfoniluréia, oriunda por sua vez das sulfonamidas, via sulfadiazina, derivada da sulfanilamida. Por este motivo, considerando que os medicamentos diabotógenos atuais, a exemplo da clorpromazina, derivam primariamente da sulfanilamida, o procedimento foi adotado nestas situações. Todavia, nos últimos anos, o cerceamento ético à fotografia e as andanças do doente em meio de numerosas opções de atendimento, não permitiram a complementação fotográfica dos casos. Restou a possibilidade de comunicar simplesmente, que os pacientes fotoalérgicos à clorpromazina, ou portadores de outro tipo de hiperssensibilidade, beneficiaram-se pelas ultradiluições C 30 da *Sulfanilamida*.

A prática da fotoproteção através de um derivado longínquo da Sulfanilamida, prescrito fora das normas da Homeopatia, autoriza a enquadrá-la na Isoterapia indireta ou cruzada, cujo parentesco químico força, por sua vez, a sua inclusão no domínio da Similterapia, na categoria de semelhança interfarmacodinâmica. Exemplifica o princípio de semelhança parcial e adota ultradiluições hahnemannianas, sem considerar a totalidade sintomática do doente.

Possível e útil é o aproveitamento exclusivo da propriedade fotoprotetora da *Sulfanilamida*, isolada, conforme vem sendo feito com o veneno apídeo.

Cadmium sulfuricum e desbloqueio de pacientes irradiados.

O *Cadmium sulfuricum* ou sulfato de cádmio, de fórmula $Cd SO_4$, é confundido na literatura com o *Cadmium sulfuratum*, de fórmula $Cd S$. Constantino Hering refere-se ao sulfeto de cádmio quando cita os estudos de Burdock (1827), de Petroz (1854) e de Hardenstein (1878). O texto de *Matéria Médica* de autoria de Henry Duprat (ano 1947), de natureza compilatória, insere no capítulo referente ao *Cadmium sulfuricum*, as “*Conseqüências de aplicações de radium e de raios X*”. Voisin (1949) relaciona a este sal as úlceras e câncer, de estômago e duodeno. Vijnovsky situa na patogênese de *Cadmium iodatum* as queimaduras dolorosas decorrentes de radiações.

Na lide pediátrica, não são raras as crianças renitentes a tratamentos bem conduzidos, principalmente quando portadoras de diátese linfática e que sofrem de bronquite, rinite e infecções continuadas. Certa vez, chamou atenção uma das mães que se referia ao “monte de radiografias” que a filha de 6 anos acumulara no período em que freqüentou hospitais, devido à bronquite asmática; a mesma mãe informava haver exagerado na tomada de radiografias durante a gestação da mesma filha, na finalidade de conhecer a posição do feto. Outras mães já haviam feito referência ao excesso de radiografias tiradas no decurso de pneumonias repetidas em filhos problemáticos. As informações coincidiam com crianças de reduzida capacidade de defesa e portadoras de problemas intermináveis, de preferência da árvore traqueobrônquica.

A observação de Duprat induziu-nos à prescrição de *Cadmium sulfuricum C 6* a tais crianças, durante algumas semanas, antes de administrar o *simillimum* identificado na entrevista inicial. Os resultados surpreenderam.

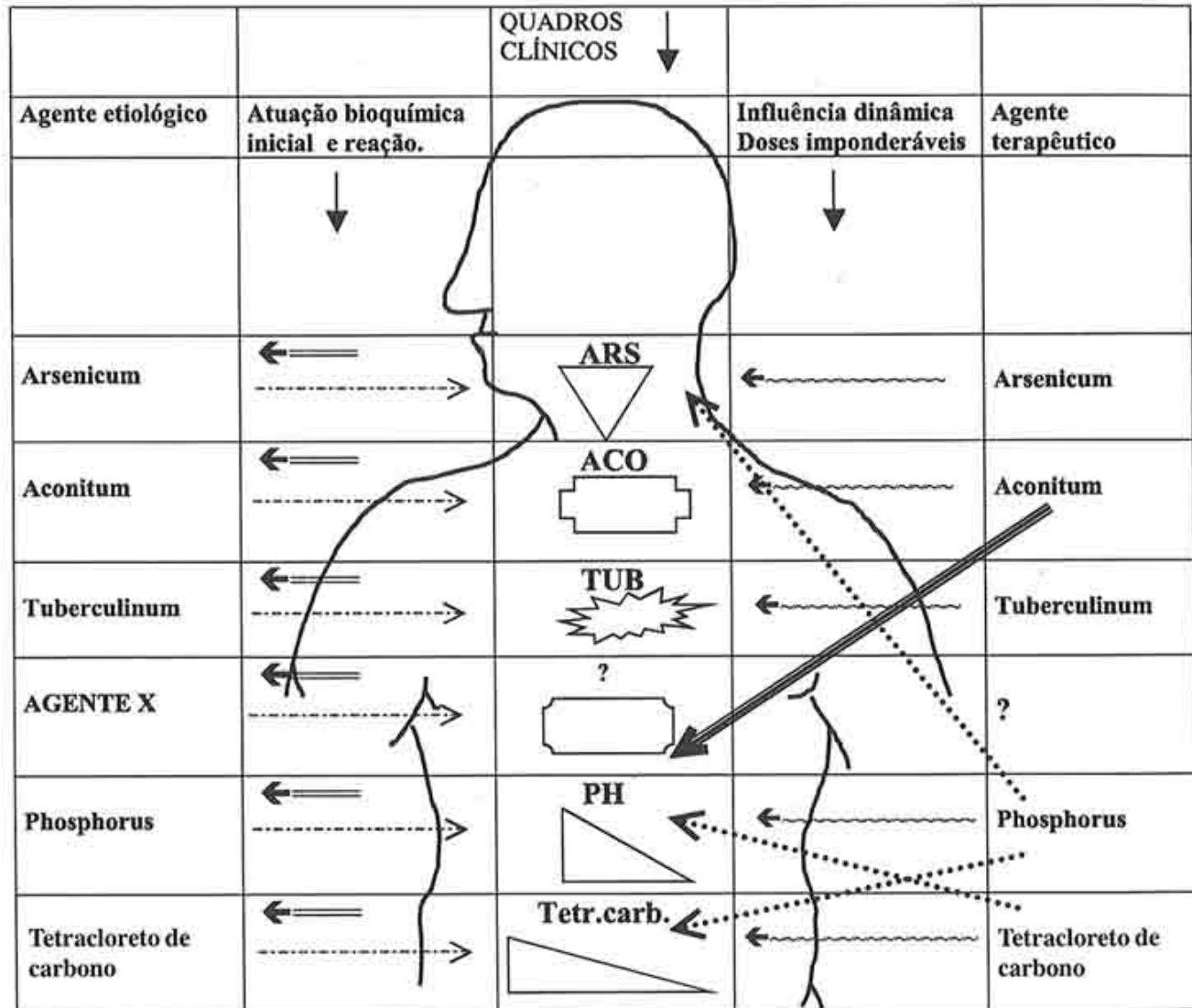
Em Dermatologia, foram observadas dermatoses tórpidas de caráter destrutivo de tecidos, de atrofia e de descamação, caracterizadas pelo denominador comum de sofrimento desproporcional às lesões e história de aplicações locais abusivas de radioterapia. Houve época, na Medicina, em que as aplicações locais de raios X eram comuns, inclusive nas disidroses palmares e plantares, nas cicatrizes quelóides, nas micoses renitentes e até no acne vulgar. Um idoso japonês de 75 anos contava que, tendo apresentado fissuras plantares após gastrectomia e transfusões de sangue 8 anos antes, recebera 20 aplicações de radioterapia nas regiões plantares, reforçadas após 4 meses por outras 30, aplicações estas efetuadas no Brasil e no Japão; por fim, apresentando ambas as regiões plantares ulceradas, tamanha era a dor nas pernas, que somente conseguia alívio transitório, mediante doses maciças de corticosteróides injetáveis a curtos intervalos; a administração de *Cadmium sulfuricum* propiciou sinais regressivos importantes das lesões destrutivas crônicas, todavia o alívio dos fenômenos dolorosos não correspondeu à expectativa deste paciente, que abandonou o tratamento.

As dermatoses influenciadas ou desencadeadas pelos raios X são muito dolorosas e tornam seus portadores instáveis. Jamais conseguimos documentar um caso concluído ou controlado durante período razoável. Muitos foram os pacientes medicados e aliviados, simplesmente.

Em 1984 foram apresentados ao Congresso Brasileiro de Homeopatia em Salvador, 5 pacientes dermatológicos através de documentação fotográfica, com história de exposição e aplicações abusivas de raios X, aos quais foi prescrito *Cadmium sulfuricum* em ultradiluições. Os cinco apresentaram evidências de melhora, sem cooperarem no tratamento. Três deles chegaram a declarar, de modo espontâneo, estarem aliviados e satisfeitos, para em seguida desaparecerem de nossas vistas.

Obviamente, o procedimento da interposição patogênica foi empírica. Talvez ensaios padronizados futuros comprovem as reais propriedades do sulfato de cádmio, enquadrando-as, ou não, no domínio da Similterapia. Para tanto, as conseqüências biológicas do citado sal de cádmio teriam que ser semelhantes às conseqüências provocadas pelos raios roentgen.

Decidiu-se pela informação dos trabalhos esboçados, pelo fato de serem tangentes a uma área desarmada do iatrogenismo de natureza física.



QUADRO XXVII. Aplicação clínica da inversão das ações das drogas, no domínio do efeito reacional secundário: a) semelhança global de sintomas ou Homeopatia. B) atuação dentro da analogia direta e da analogia cruzada que caracteriza a Isoterapia.

- Linha traço-ponto (-----) - Ação primária. Doses ponderáveis. **Farmacologia.**
- Linha dupla (====) - **Efeito secundário** reacional orgânico. Farmacologia.
- Linha ondulada (-----) - Atuação por identidade específica. **Isoterapia direta.**
- Linha pontuada (.....) - Analogia interfarmacodinâmica: **Isoterapia cruzada.**
- Linha tripla (=====) - Atuação por semelhança global de sintomas. **Homeopatia.**



PARTE II

Sinopses Clínicas

SITUAÇÕES CLÍNICO-TERAPÊUTICAS E ULTRADILUIÇÕES HAHNEMANNIANAS

Para melhor compreensão, as sinopses clínicas foram reunidas em grupos.

I - Reações a drogas. Dermatites de contato. Situações de condicionamento do medicamento ao fator causal → Isoterapia. Ultradiluições imponderáveis obrigatórias.

II - Reações a drogas. Dermatites de contato. Situações de condicionamento a diferentes tipos de semelhança:

a) Semelhança entre a totalidade sintomática global do doente e sintomas de determinada patogenesia → **Homeopatia**. Ultradiluições imponderáveis obrigatórias. Influência sobre o doente como unidade, abrangendo manifestações concomitantes e predisposições mórbidas do terreno.

b) Semelhança parcial entre aspectos da doença e manifestações patogénicas de determinado medicamento → **Similterapia**. Ultradiluições hahnemannianas obrigatórias. Influência sobre a doença, ou sofrimentos isolados, e não sobre o doente na totalidade.

III - Eczema atópico infantil e eczema do adulto. Situações de condicionamento à lei da semelhança entre a totalidade dos sintomas do doente e determinada patogenesia medicamentosa - alheias ao fator desencadeante → Homeopatia. Ultradiluições obrigatórias. Influência favorável sobre manifestações concomitantes e o terreno como predisposição mórbida.

IV - Situações de utilização de propriedades farmacodinâmicas excepcionais induzidas ao organismo. Ultradiluições obrigatórias. Influência favorável relacionada a situações específicas, a exemplo de:

- a) Especificidade de *Apis mellifera* na fotossensibilidade e nos edemas inflamatórios.
- b) Especificidade da *Sulfanilamida* e seus derivados na fotossensibilidade e em processos hiperkeratóticos actínicos e senís.

**Relação das Sinopses clínicas e referência às figuras correspondentes,
na ordem de seqüência.**

I. Situações clínicas de correlação de identidade do alérgeno: Isoterapia.

Ordem	Registro	Sexo e Idade	Diagnóstico clínico. Fator desencadeante.	Sede principal	Medicamento	Observação.
01	3195	F 68	Hipersensibilidade ao cloro.	Cabeça, colo, memb.inf.	Chlorum	Detergentes.
02	3592	F 08	Reação cutânea ao cloro.	Mãos.	Chlorum	Piscina.
03	5286	F 36	Eczema crônico desencadeado pelo cloro.	Mãos.	Chlorum	Produtos clorados.
04	6500	M 26	Disidrose pustulosa eczematizada.	Mãos	Chlorum	Professor de natação.
05	5754	M 38	Dermatite de contato a calçados.	Pés.	Kali bi.	Couro. Cromados.
06	7438	F 49	Dermatite de contato a calçados.	Pés.	Kali bi.	Couro.
07	7353	F 26	Eczema crônico.	Mãos.	Kali bi.	Cromados.
08	5973	F 44	Eczema crônico. Fotossensibilidade.	Generalizado.	Kali bi.	Couro.
09	4913	F 20	Dermatite de contato ao couro.	Pés.	Extemporâneo. Isoter.	Couro.
10	6776	F 26	Eczema crônico.	Mãos.	Kali bi.	Detergentes.
11	6293	M 33	Dermatite de contato à armação de óculos. Positividade ao dicromato e ao níquel.	Pálpebras.	Niccolum Kali bi.	Armação de óculos.
12	3400	F 48	Reação de contato ao acrílico	Face.	Petroleum	Armação de óculos
13	5058	F 31	Reação a sandálias havaianas.	Pés.	Petroleum	Plástico.
14	5604	F 31	Reação a sandálias havaianas.	Pés.	Petroleum	Plástico
15	5074	M 60	Líquen rubro plano.	Antebraços.	Petroleum	Lubrificantes.
16	6958	M 34	Reação à gasolina. Fotossensibilidade.	Antebraços.	Petroleum	Posto de gasolina.
17	5676	F 28	Intolerância à poeira contendo resíduos plásticos.	Cabeça.	Petroleum	Indústria.
18	7527	F 17	Foliculite disseminada, por contato ao náilon.	Membros inferiores.	Petroleum	Meias-calça.
19	5152	F 19	Hipersensibilidade à bijuteria e botões niquelados.	Orelhas. Abdômen.	Niccolum	Brincos. Botões de calças "Jeans".
20	6264	F 05	Dermatite de contato eczematizada, provocada por produto niquelado.	Mãos.	Niccolum	Bijuteria.
21	5569	M 58	Dermatite de contato a metal. Eczema crônico generalizado em acalmia.	Colo.	Niccolum	Corrente metálica niquelada.
22	7691	M 09	Eczema agudo de mão desencadeado por argila.	Mãos.	Alumina silicata	Arte de moldagem.
23	5632	F 55	Hipersensibilidade ao iodo.	Perioral.	Iodum	Xarope para tosse.
24	7066	F 33	Reação ao sulfato ferroso, com fotossensibilidade.	Áreas foto-expostas.	Ferrum metallicum	Sulfato ferroso em comprimidos.
25	5696	F 19	Reação à distância, a produto formolado.	Colo.	Formol	Desodorante.
26	5498	F 36	Reação a produtos formolados	Generalizada.	Formol	Achado de teste.
27	6390	F 56	Eczema de contato, desencadeado por tintura de cabelos.	Bordas couro cabeludo.	Argentum nitricum	Alérgeno provável, o nitrato de prata.
28	5055	M 27	Eczema recidivante de mãos, desencadeado por giz escolar.	Quirodáctilos.	Calcarea ostrearum	Professor secundário.
29	7032	F 09	Reação aguda a produto mercurial.	Face. Mãos	Mercurius solubilis	Anti-séptico local. Timerosal.
30	7308	F 37	Verrugas impetiginizadas de mão, complicadas por uso tópico de mertiolato.	Mão E	Mercurius solubilis	Anti-séptico local. Timerosal.
31	7077	M 68	Dermatose crônica provocada pela árvore canela.	Mãos.	Cinnamomum ceylanicum	Trabalhador em corte de árvores.
32	4923	M 30	Reação de contato à hidrocortisona. Fotossensibilidade.	Tórax e braços.	Cortisone	Spray hidrocortisonico.

33	6909	M 60	Reação a produto cortisonico local, com eczematização.	Membros inferiores.	Cortisone	Spray hidrocortisonico.
34	5138	F 48	Urticária crônica. Edema palpebral. Uso enteral prolongado de betametasona.	Generalizada. Pálpebras.	Betameta-sona	Tratamento sintomático.
35	5856	F 39	Dermatite de contato ao esmalte de unhas.	Face. Colo.	Esmalte.	Profissão manicura.
36	6446	F 43	Eczema de mão atribuído a esmalte de unhas.	Mão D.	Esmalte	Base em informação. Poluição ambiental.
37	4949	F 63	Farmacodermia aguda desencadeada por pomada sulfanilamídica. Úlcera crônica de perna. Erisipela em resolução.	Membros inferiores. Face. Orelhas.	Sulfanil-amida	Tratamento local de úlcera de perna.
38	5879	M 51	Úlcera crônica de estase. Varizes. Epitelioma baso celular de face.	Perna D. Nariz.	Sulfanil-amida	Tratamento de úlcera de perna.
39	6405	M 61	Reação medicamentosa generalizada.	Face, dorso, antebraços, pernas.	Sulfameto-xazol (provável)	Intoxicação grave por peixe. Muitas drogas em uso.
40	6916	M 50	Eczema de extremidades.	Pernas.	Clorpro-mazina.	Tratamento de diabete.
41	6401	M 53	Dermatofitose em placas.	Coxa D.	Trichophy-ton rubrum	Auto-nosódio. Isoterápico.
42	6340	F 41	Dermatofitose.	Hemiface D.	Trichophy-ton rubrum	Auto-nosódio. Isoterápico.
43	5278	M 39	Candidose cutânea crônica, em placa.	Região supra-maleolar D.	Candida albicans	Auto-nosódio. Isoterápico.
44	4056	F 17	Candidose crônica.	Orofaringe.	Candida albicans	Auto-nosódio. Isoterápico.
45	3135	F 65	Onicomicose.	Polegares.	Fungos contami-nantes	Auto-nosódio. Isoterápico.
46	5350	M 34	Ginecomastia por inalação de valerinato de estradiol.	Mamas.	Folliculi-num	Isoterapia. Sarcódio de estoque.
47	5441	F 11	Psoríase.	Generalizado.	-	Hemoterapia.

II - Reações a drogas. Dermatites de contato. Situações de condicionamento à semelhança.

Correlações de semelhança: a) total (Homeopatia) ou b) parcial (Similterapia), entre as manifestações do paciente e um dos quadros farmacodinâmicos experimentais ou patogenias que compõem a Matéria Médica Homeopática.

Ordem	Registro	Sexo e Idade	Diagnóstico nosológico.	Sede das lesões	Fator desencadeante	Medicamento	Procedimento
48	5464	F 23	Reação urticariforme por contato.	Braço.	Mercúrio	Apis mell.	Homeop.
49	7688	F 28	Eczema de contato cronificado.	Mãos e punhos.	Mercúrio	Lycop.	Homeop.
50	5735	F 28	Vascularite necrotizante.	Memb. inf.	Pirazolona	Merc.sol.	Homeop.
51	6114	F 28	Edema pós picada de inseto.	Pálpebras.	Formiga	Apis mell.	Similter.
52	7298	F 56	Reação a drogas hospitalares. Fotossensibilidade.	Face. Áreas expostas.	Não identificado	Apis mell.	Homeop.
53	5515	F 46	Fitofotodermatose.	Mão.	Limão Tahiti	Cantharis	Similter.
54	3081	F 55	Reação tóxica.	Generalizada	Tetraciclina	Antim. crud.	Homeop.
55	7547	M 05	Reação de contato.	Nádegas Memb. inf.	Roupa de náilon	Lachesis trigonoc.	Homeop.
56	4885	F 61	Reação de contato.	Couro cabeludo.	Componente de tintura.	Argent. nitr.	Homeop.

III - Situações de dermatite atópica e de eczema, em crianças e adultos. Tratamento condicionado à correlação de semelhança entre o conjunto global dos sintomas do doente e determinada patogenesia, independente do alérgeno causal.

a) Crianças.

Ordem	Registro	Sexo e Idade	Diagnóstico nosológico.	Sede	Fator desencadeante	Medicamento	Procedimento
57	4415	F 3 meses	Eczema infantil.	Generalizado.	Atopia	Calc. ostr.	Homeop.
58	6241	M 7 meses	Eczema infantil.	Generalizado.	Atopia	Calc. ostr.	Homeop.
59	6914	M 1 a.	Eczema infantil.	Generalizado.	Atopia	Graph.	Homeop.
60	7293	F 2 a. 9 meses	Eczema infantil.	Face. Pregas cutâneas.	Atopia	Dulcam.	Homeop.
61	7244	M 5 a..	Dermatite atópica.	Generalizado.	Atopia	Pulsat.	Homeop.
62	6511	F 2 a. 10 meses	Dermatite atópica.	Face. Extremidades.	Atopia	Ars. alb.	Homeop.

b) Adultos.

Ordem	Registro	Sexo e Idade	Diagnóstico nosológico.	Sede	Fator desencadeante	Medicamento	Procedimento
63	7236	F 27	Eczema numular crônico.	Antebraços.	Não identificado.	Sulfur	Homeop.
64	5409	F 53	Eczema numular crônico.	Generalizado.	Não identificado.	Natr. sulf.	Homeop.
65	6491	M 75	Eczema crônico.	Extremidades.	Não identificado.	Ars. alb.	Homeop.
66	0029	F 29	Eczema crônico.	Mãos.	Não identificado.	Sulfur	Homeop.
67	6732	M 26	Eczema crônico.	Mãos.	Não identificado.	Caustic.	Homeop.
68	5635	F 23	Eczema numular.	Generalizado.	Não identificado.	Dulcam.	Homeop.
69	6217	M 63	Eritema polimorfo crônico.	Generalizado.	Neoarsfenamida	Merc. sol.	Homeop.

IV – Situações de aproveitamento das propriedades farmacodinâmicas específicas excepcionais, através de ultradiluições hahnemannianas.

Ordem	Registro	Sexo e Idade	Diagnóstico nosológico.	Sede	Fator causal	Medicamento
70	5638	F 35	Fotossensibilidade.	Face	Luz solar.	Apis mellifera C 12
71	7148	F 46	Leucoflegmasia. Elefantíase de membros inferiores.	Pernas	Erisipelas repetidas.	Apis mellifera C 30
72	6396	M 83	Ceratose senil. Hiperceratose actínica. Fotossensibilidade.	Antebraços. Face.	Luz solar. Idade.	Sulfanilamida C 30
73	5052	F 73	Ceratose senil. Hiperceratose actínica. Hipertensão arterial.	Hemiface D	Luz solar. Idade.	Sulfanilamida C 30
74	6713	M 52	Epitelioma basocelular.	Nariz	Luz solar como agravante.	Sulfanilamida C 30 → <i>simillimum Pulsatilla</i>
75	5728	F 73	Ceratose actínica avançada. Fotossensibilidade. Eczema crônico.	Cabeça. Mãos	Luz solar. Prováveis alérgenos	Sulfanilamida C 30

I - Reações a drogas. Dermatites de contato. Situações de condicionamento restrito do medicamento ao fator causal → Isoterapia.

Dermatite de contato ao cloro. Medicamento: Chlorum C 30. Isoterapia.

CASO 01 Fem. 68a. Em 13.5.75, queixa de eritema e prurido nos membros superiores e cabeça, evoluindo há alguns meses. O início coincidiu com pintura da casa. Há 1 mês, após prolongado contato a detergente (hipoclorito de sódio com 2,5 % de cloro ativo), irrompeu o quadro atual (Figs.01-a, 01-b). Estado geral conservado. Cãimbras ao nível do pescoço. Tratamentos anteriores consistiram em corticóides tópicos e antihistamínicos via oral.

Exame Ao exame, lesões generalizadas sobre o colo, cabeça e membros superiores, sob forma de placas de cor vinhosa, infiltradas, coalescentes, de superfície irregular e bordas anfractuadas.

Diagnóstico Dermatite de contato. Reação de hipersensibilidade ao cloro.

Conduta *Chlorum C 30*, duas doses diárias de 6 gotas. Sem medicamento tópico.

Seguimento No 3º dia, constatada grande melhora. As placas eritemato-violáceas do rosto regrediram e clarearam, estando reduzidas as lesões de antebraços (Figs.01-c, 01-d). Mantido *Chlorum C 30* em doses diárias. No 11º dia, regressão satisfatória das lesões (Figs.01-e, 01-f). Conduta expectante.

Eritema palmar fixo. Medicamento: Chlorum C 200. Isoterapia.

CASO 02 Fem. 8a. 3.5.72. Há 1 mês, após prolongada permanência em piscina, aparecimento de rubor acentuado e persistente, assintomático, nas regiões palmares.

Exame Superfícies palmares de aspecto apergaminhado, com alterações maculares eritematosas de limites imprecisos. Rubor difuso envolvendo quirodáctilos e sinais de fissuramento transversal ao longo dos dedos mínimo e anular D (Fig.02-a).

Diagnóstico Dermatite de contato. Eritema palmar fixo. Provável fator desencadeante: cloro.

Conduta *Chlorum C 200*, dose única. Hábitos conservados.

Seguimento 7 dias após *Chlorum C 200*, palmas de aspecto normal; vestígios do fissuramento nos quirodáctilos direitos (Fig.02-b). Reexaminada um mês depois, criança assintomática e pele íntegra.

Dermatite de contato eczematizada. Medicamento: Chlorum C 30. Isoterapia.

CASO 03 Fem. 36a. doméstica. Em 13.01.76 queixa de eczema durando 8 anos, em surtos frequentes de exacerbação exsudativa e pruriginosa. Intolerância a sabões, detergentes e produtos clorados; uso preventivo de luvas duplas, de pano e de borracha, no serviço doméstico. Aplicação ininterrupta de pomadas cortisônicas. Obstipação crônica, boca amarga, cefaléia e vômitos esporádicos. Choro constante atribuído ao problema cutâneo.

- Exame** No dorso das mãos presença de lesões eritemato-papulosas disseminadas, sinais de descamação e erosões puntiformes. Palmas sem alterações aparentes. Na região anterior do punho E presença de lesão única em placa, tendo área central apergaminhada e rebordas circinadas parcialmente demarcadas por pápulas eritematosas ativas (Fig.03-a).
- Diagnóstico** Eczema crônico de mãos complicando dermatite de contato a produtos clorados. Alérgeno provável: cloro.
- Conduta** *Chlorum C 30*, doses diárias, sem recurso tópico.
- Evolução** No 25º dia, paciente sentindo-se bem. Mão D sem lesões ativas; superfície dorsal lisa e brilhante, destacando-se algumas áreas discretamente eritematosas. Mão e punho E sem lesões. Nítido o aspecto residual uniforme e apergaminhado da placa eczematosa inicial do punho. Ambas extremidades denunciam sinais de atrofia, provavelmente decorrentes do abuso de corticóides tópicos (Fig.03-b). Sem medicamento. Mantidas medidas de precaução. No exame 4 meses depois, ausência de qualquer alteração.

Disidrose eczematizada pustulosa. Medicamento: Chlorum C 30. Isoterapia.

CASO 04 Mas. 26a. Professor de natação. Em 10.01.80 queixa de “alergia nas mãos” há 1 ano, sob
Reg. 6500 tratamento de corticóides tópicos e injetáveis. Piora ao contato da água. Também apresenta seborréia e queilite por cítricos. Trabalha em estado de constante ansiedade.

Exame Em ambas regiões palmares, grupamentos irregulares de lesões confluentes eritemato-pustulosas, algumas exulceradas (Fig.04-a).

Diagnóstico Disidrose pustulosa eczematizada, tendo o Cloro como fator desencadeante.

Conduta *Chlorum C 30*, uma dose diária.

Evolução No 7º dia, discretos sinais de involução, sendo mantido *Chlorum C 30*. No 46º dia, estando a dermatose estacionada, foram prescritas quatro doses de *Chlorum C 200*, em intervalos semanais. No 60º dia, ausência de lesões (sem fotografia). Retorna após decorridos mais de 3 meses relatando recidiva recente após episódio de abuso do contato à água clorada de piscina; ao exame das regiões palmares, áreas de discreta descamação, sem pápulas e sem exsudação. Considerando a abstenção de tratamento neste longo intervalo, a evolução apresenta-se relativamente satisfatória quando comparada ao aspecto pregresso (Fig.04-b).
Conduta: duas doses intervaladas de *Chlorum C 200* e moderação no contato ao cloro.

Dermatite crônica de contato ao couro. Medicamento: Kali bichromicum C 30. Isoterapia.

CASO 05 Mas. 38a. Comerciante de material hidráulico. Em 17.2.78 presença de dermatose circunscrita
Reg. 5754 aos pés, evoluindo há 10 anos, com surtos de exacerbação. Uso contínuo de pomadas cortisônicas e de antihistamínicos orais. Informa intolerância ao couro dos sapatos.

- Exame** Dorso de ambos os pés comprometidos simetricamente, em áreas coincidentes ao contato dos calçados. Lesões eczematosas, secretantes e exulceradas. Pododáctilos sensíveis e comprometidos (Fig.05-a).
- Diagnóstico** Dermatite crônica de contato eczematizada, desencadeada pelo couro.
- Conduta** *Kali bichromicum* C 30 em doses diárias.
- Evolução** Retorno após 54 dias, com melhora parcial; dorso dos pés apresentam áreas dispersas descamativas e sinais remanescentes de atividade pápulo exsudativa; algumas lesões exulceradas no pé E (Fig.05-b). Paciente insiste no uso dos mesmos calçados. Prescrito *Kali bichromicum* C 200, 4 doses quinzenais. Retorno no 7º mês, apresentando extremidades normais (Fig.05-c).
- Comentário** A escolha desse sal de potássio, como medicamento, foi motivada pelo fato do mesmo fazer parte no processo de curtimento do couro, impregnando-o. Por outro lado, o paciente mantém contato direto com material hidráulico, comumente revestido de material cromado. A repetição do mesmo medicamento, em potência mais elevada, foi motivada pela resposta inicial favorável, porém ainda não satisfatória,

Dermatite crônica de contato a couro. Medicamento: Kali bichromicum C 12. Isoterapia.

- CASO 06** Fem. 49a. Assistente social. (11.2.82). Há 5 anos apresenta dermatose nos pés, iniciada por prurido e eczematização, relacionada a contato ao couro.
Reg.7438
- Exame** Regiões distais de ambos os pés estão ocupadas, de modo simétrico, por placas espessadas, irregulares, de limites imprecisos, cor vinhosa, compreendendo numerosas lesões de forma variada e diferentes estádios evolutivos, constando de cicatrizes, pápulas, vesículas, escamas e exulcerações. Distrofia ungueal no hálux E (Fig.06-a).
- Diagnóstico** Dermatite de contato ao couro.
- Conduta** *Kali bichromicum* C 12, doses diárias, durante 3 semanas.
- Evolução** Retornou após 4 meses, assintomática, com cicatrizes residuais (Fig.06-b). Em uso dos mesmos calçados.
- Comentário** A instalação de tolerância imediata não é regra nos casos de hipersensibilidade ao couro, podendo exigir alguns meses para se estabilizar.

Eczema crônico de mãos. Reação a anéis de bijuteria. Kali bichromicum C 12. Isoterapia.

- CASO 07** Fem. 26a. (19.11.81). Queixa de disidrose de mãos há 15 anos e “problema” nas virilhas. Obesidade. Passado de eczema infantil, apendicectomia e exérese de nódulo mamário. Apresenta bronquite alérgica, pior no inverno, atualmente em acalmia. Crises esporádicas de urticária, fazendo uso preventivo de hidroxizina. Toma anticoncepcionais e anorécticos. Interrogatório dirigido constata que as lesões cutâneas tiveram início na infância após uso de anéis cromados, dos quais jamais prescindiu, até hoje. Nunca fez testes cutâneos e refuta a etiologia aventada.
Reg.7353

Exame	Todos quirodáctilos estão eritematosos e secos, apresentando lesões eritemato-pápulo-vesiculosas. Palmas com eritema e descamação junto à inserção dos dedos (Fig.07-a). Ambas virilhas ocupadas por placas de superfície cruenta e lesões pápulo-vesiculosas exsudativas.
Diagnóstico	Eczema crônico de mãos. (A disidrose não se enquadra no caso). Reação de contato a metais, provavelmente o cromo (bijuterias). Micose crônica reativada nas virilhas (monilíase).
Conduta	<i>Kali bichromicum</i> C 12, doses diárias. Água boricada a 3% para uso tópico nas virilhas.
Evolução	No 20º dia (10.12.81) quadro inicial exacerbado, em “agravação isoterápica” (Fig.07-b). Adotada conduta expectante, sem medicamento. Retorno 9 meses depois, para tratar de cloasma facial e fotossensibilidade. O quadro anterior regrediu completamente e não mais houve problema de mãos, nem micose de virilhas (Fig.07-c). Em uso a mesma bijuteria. Prescrito <i>Graphites</i> , na qualidade de <i>simillimum</i> . Retorno 8 meses depois, com queimadura no braço D em acidente doméstico. Sem problemas cutâneos, a paciente tolera bem qualquer objeto cromado.

Eczema generalizado crônico e fotossensibilidade. Medicamento: Kali bichromicum C 12. Etapas de integração Isoterapia → Similiterapia → Homeopatia. Discrepância reacional.

CASO 08 Fem. 44a. contadora (27.6.78). Trabalha em escritório de tinturaria e tecelagem. Há 4 anos apresenta eczema crônico generalizado, desencadeado por calçados de couro. Faz uso contínuo de medicamentos, inclusive corticóides injetáveis. Comenta que nestes 4 anos, a soma das fases de acalmia não alcançou 6 meses. Possui alergia a picada de insetos e ao contato de certas madeiras. Fotossensibilidade. Epidermorreações recentes resultaram positivas para dicromato de potássio, gasolina, parafenilenodiamina e novalgina.
Reg. 5973

Exame	Lesões eczematosas, pápulo-exsudativas, distribuídas ao longo dos membros inferiores. Tronco, cabeça e extremidades superiores ocupadas por lesões papulosas, exulceradas, sangrantes, com descamação. Atividade mais evidente nas áreas fotoexpostas. Chama atenção o eritema generalizado (Fig.08-a).
Diagnóstico	Eczema crônico generalizado. Fotossensibilidade.
Conduta	<i>Kali bichromicum</i> C 12, em doses diárias. Conduta baseada no fator inicial desencadeante e no teste cutâneo.
Evolução	No 17º dia (14.7.78) constata-se significativo clareamento da face e normalização das regiões orbitárias. Enquanto o colo e região torácica apresentam evidente melhora, chamam atenção numerosas lesões eczematosas ativas recentes, distribuídas na periferia e além dos limites da área inicialmente comprometida (Fig.08-b). Prescrito <i>Kali bichromicum</i> C 30. Após 2 meses (24.8.78), restam áreas de hiperpigmentação residual (Fig.08-c). Prescrito <i>Kali bichromicum</i> C200, em doses semanais. No 5º mês de seguimento (22.11.78) é constatada a recidiva parcial, circunscrita ao colo (Fig.08d) e concomitantes queixas pré-menstruais caracterizadas por cefaléia. Prescrita <i>Belladonna</i> C 6 como recurso episódico de alívio e <i>Calcarea sulfurica</i> C 30 na condição de <i>simillimum</i> . Retorno no 14 mês (14.8.79) sem problemas cutâneos (Fig.08-e); o conjunto de várias queixas sistêmicas justificou a prescrição de <i>Nux vomica</i> C 12, na qualidade de <i>simillimum atualizado</i> . Um ano e 5 meses após consulta inicial, em 7.11.79, restam discretos distúrbios pré-menstruais, estando a paciente livre de alterações cutâneas (Fig.08-f).

Comentário Vários aspectos caracterizam a evolução deste caso:

1. A adaptação de dinamizações crescentes do isoterápico, conforme as condições da paciente; a experiência clínica decide esta conduta.
2. Não fosse a feitura recente de epidermorreações, a identificação do fator desencadeante dependeria exclusivamente da informação da paciente, situando o fator alergênico no passado de 4 anos.
3. Metamorfose de lesões, com transformação evidente do aspecto cutâneo em toda região torácica superior. Concomitância de lesões em desaparecimento e surgimento de outras ativas.
4. A regressão da fotossensibilidade.
5. A estabilização cutânea, permitindo a identificação do *simillimum* e o tratamento global da paciente segundo a lei da semelhança.

Dermatite de contato eczematizada atribuída a sapatos de couro, simplesmente. Isoterápico extemporâneo preparado a partir do produto industrializado.

CASO 09 Fem. 20a. (10.2.77). Vem apresentando “eczema” no dorso dos pés há 4 anos, relacionado ao uso de calçados de couro. Atualmente, reação especial a um determinado par deles.
Reg. 4913

Exame Comprometimento cutâneo eritemato-pápulo exsudativo envolvendo as porções distais de ambos os pés, preferencialmente os pododáctilos (Fig.09-a). A recente área de exacerbação concide com o traçado dos calçados em causa.

Diagnóstico e conduta Dermatite de contato ao couro. Neste caso, sem epidermorreações, porém dispondo do produto seguramente causal – um tipo determinado de calçado - foi decidido um procedimento excepcional, visando o preparo de isoterápico, a partir de fragmentos do próprio couro carreador dos componentes alergênicos. O laboratório responsável, antes da técnica de trituração e diluição, procedeu à maceração e dissolução do material-base através de embebição prolongada em solventes apropriados e forneceu o produto/medicamento após 20 dias, sob forma de solução alcoólica C 12, a ser tomada em doses diárias, durante 3 semanas.

Evolução Paciente retorna após 6 meses (12.9.77) e afirma fazer uso habitual de calçados de couro, inclusive aqueles especialmente alergênicos, sem reação (Fig. 09-b). Apenas sandálias plásticas despertam discreto prurido. A volta ao consultório é motivada por problemas menstruais sendo prescrito, após anamnese adequada, na qualidade de *simillimum*, o *Natrum muriaticum*. Consulta seguinte ocorre em 10.5.78 (quinze meses após a consulta inicial). Paciente informa fazer uso contínuo de calçados de couro e que problemas cutâneos não a preocupam (Fig.09c). Em 12.12.79 relata alergia a roupas de náilon, sob forma de eritema e prurido. Extremidades normais. A totalidade sintomática justifica *Lycopodium*, prescrito em C 12.

Comentário Não fosse a evidência do fator causal de contato, a cooperatividade e a curiosidade profissional, esta paciente talvez tivesse sido beneficiada com *Kali bichromicum* ou *Petroleum*, medicamentos representativos dos alérgenos-chaves lembrados diante de tais quadros clínicos. O caso atesta que, quando o alérgeno é seguramente identificado, independente da complexidade química, ele sempre será útil, desde que dele não seja exigida a solução de todos os problemas. O bom resultado foi possível graças à disponibilidade de laboratório bem equipado (Almeida Prado, de São Paulo) disposto a se entrosar com o médico e a dispensar atenção aos detalhes que constituíam problema importante para a paciente; superada a dermatose, foi possível atender a outros aspectos de suas predisposições mórbidas.

Eczema de mãos devido a detergentes. Medicamento: Kali bichromicum C 12. Isoterapia.

CASO 10 Fem. 26 a. Estudante de Farmácia. Pronunciado eczema de mão direita, evoluindo há 8 anos, sem causa desencadeante provável. Hipotensão (80/40 mmHg). Sob tratamentos sucessivos. Reg. 6776
Paciente não cooperativa.

Exame Mão D: superfície palmar seca, descamativa, apegaminhada e com fissuramento reticulado (Fig.10-a). O interrogatório detalhado permite admitir a influência de detergentes, progressa e atual, no desencadeamento e manutenção do processo. Mão oposta, menos comprometida, apresenta lesões de mesma natureza.

Diagnóstico e conduta. Dermatite de contato eczematizada. Prescrito *Kali bichromicum C 12* durante 15 dias, em doses diárias de 6 gotas. Recomendada elaboração de diário para registro de outros contactantes eventuais.

Evolução Em retorno no 18º dia, constata-se melhora global, com presença de lesões residuais (Fig.10-b). Mantido mesmo medicamento durante mais 10 dias.
Retorno no 7º mês. Mãos de aspecto normal (Fig.10-c). Sem tratamento no intervalo. Não houve mudança de hábitos.

Comentário Nos eczemas de mãos femininas torna-se obrigatória a investigação de sabões e detergentes, difíceis de serem evitados na rotina cotidiana doméstica. Na impossibilidade ou relutância de testes epidérmicos, justifica-se a opção pelo dicromato de potássio, um dos principais componentes alergênicos dos produtos de limpeza. A sua adoção representa, por si mesma, um teste terapêutico.

Dermatite de contato à armação metálica de óculos. Testes positivos para níquel e dicromato de potássio. Após insucesso do Niccolum, é obtido resultado satisfatório mediante Kali bichromicum C 12. Isoterapia.

CASO 11 Mas. 33a. médico. Em 29.6.79 apresenta reação de contato ao nível das pálpebras, evoluindo há 6 meses; a dermatose teve início após a adoção de novos óculos de armação metálica. Reg. 6293
Trabalha também em indústria de plásticos. Apresenta prurido intolerável, inclusive durante a noite, a ponto de perder o sono. Submeteu-se a epidermorreações e, dentre os numerosos produtos do teste, apenas três evidenciaram positividade: dicromato de potássio +, hexaclorofeno + e sulfato de níquel ++.

Exame Bilateralmente, a superfície das pálpebras apresenta-se infiltrada e de cor vermelho-escura, mostrando tendência de propagação à região orbitária. Indícios de vesiculação e presença de pontos de sangramento (Fig.11-a).

Diagnóstico e conduta Dermatite de contato a óculos de armação metálica. Com base no principal alérgeno indicado pelas epidermorreações (sulfato de níquel ++) é prescrito *Niccolum C 30*, em doses diárias.

Evolução Retorno no 45º dia, sem melhora; persistência do prurido; pálpebras um pouco modificadas, de coloração violácea, infiltradas; descamação farinácea recobrendo ambas regiões orbitárias (Fig.11-b). Diante da falta de resposta, foi prescrito o dicromato de potássio, [positividade (+) no teste] sob forma do *Kali bichromicum C 12*, em doses diárias, sem medidas tópicas.

Retorno 44 dias após iniciado o segundo medicamento; paciente assintomático, em uso de mesmos óculos, sem outra alteração além de discreta e difusa hiperchromia residual nas regiões antes acometidas (Fig. 11-c). O paciente não mais necessita de medicamento de alívio. Segundo a totalidade sintomática registrada durante a anamnese inicial, foi prescrita *Staphysagria*, na qualidade de *simillimum* individualizado.

No retorno em 15.2.80, isto é, no 8º mês de seguimento, paciente sem queixas ou sinais.

Comentário A importância do caso diz respeito a diferentes aspectos: a) a frequência de uma condição de interesse dermatológico e oftalmológico, de solução problemática pelos recursos habituais; b) a indicação valiosa, mas não absoluta, dos graus de positividade das epidermorreações; c) a rapidez da hipossensibilização e tolerância induzida por ultradiluições do alérgeno realmente responsável.

Reação de contato à armação acrílica de óculos. Medicamento: Petroleum C 30. Isoterapia.

CASO 12 Fem. 48a. Em 28.7.75, sem lesões ativas. Há algumas semanas, ao adotar novos óculos, a paciente apresentou súbito eritema periorbitário e facial, acompanhado de ardor e prurido intenso. Foi atendida em serviço de emergência, com diagnose de eczema agudo de contato.
Reg. 3400

Diagnóstico Providenciados testes epicutâneos a variados tipos de acrílico, plástico, gasolina, petróleo bruto e, inclusive, ao esparadrapo comum, em prova isolada. A leitura das provas mostrou-se negativa para todas substâncias empregadas, inclusive ao esparadrapo comum, porém mostrou-se francamente positiva ao esparadrapo “anti-alérgico” (Fig. 12-a), empregado na fixação do material dos testes.

Atendendo à solicitação escrita, o fabricante do esparadrapo anti-alérgico forneceu relatório sobre a composição do produto, na qual figura a resina acrílica. Foi assim firmado o diagnóstico de dermatite de contato ao acrílico.

Conduta Prescrito *Petroleum C 30*, em doses diárias, durante 20 dias. Justificativa: o petróleo bruto dá origem a múltiplos derivados industriais, entre eles o acrílico.
O produto dinamizado de estoque é preparado a partir do petróleo branco.

Evolução No 47º dia, ao ser refeita a prova de contato ao esparadrapo responsável, a mesma resultou negativa (Fig. 12-b). Conduta expectante.
No 103º dia (10.11.75) o teste cutâneo específico foi repetido (Fig. 12-c), com leitura negativa (Fig. 12-d). A paciente faz uso habitual dos mesmos óculos anteriormente não tolerados, sem problema.

Comentário O petróleo bruto, fonte básica do medicamento *Petroleum*, representa exemplo de dessensibilização oral polivalente, no âmbito da Isoterapia, válido para o acrílico, a gasolina, óleo diesel, borracha sintética, náilon, plásticos, vaselina, etc.

Dermatite de contato a sandálias “havaianas”. Medicamento: Petroleum C 30. Isoterapia.

CASO 13 Fem. 31a. lavradora. Em 11.3.75 apresenta feridas no dorso dos pés evoluindo há 20 dias. Alérgica desde os 4 anos, relata alternâncias de bronquite e eczema. Já teve problema de regiões plantares (provavelmente disidrose).
Reg. 5058

Exame Presença de formações eritemato-pápulo-pustulosas no dorso de ambos os pés, distribuídas em faixas coincidentes às áreas de contato das tiras de material plástico das sandálias (Fig. 11-a).

Diagnóstico Dermatite de contato a sandálias plásticas, modelo "havaianas", eczematizada e impetiginizada.

Conduta *Petroleum C 30*, em doses diárias. Localmente, água boricada a 3%, com finalidade anti-séptica.

Evolução No 3º dia, 14.3.75, lesões em franca regressão (Fig.11-b). A paciente, acomodada provisoriamente na cidade, dispõe apenas das sandálias alergizantes para calçar. No 6º dia, prossegue a involução. Sem cuidados locais (Fig.11-c). No 9º dia, ausência completa de lesões ativas. Processo cicatricial residual (Fig.11-d). Sandálias mantidas.

Comentário Exemplo de recurso polivalente de dessensibilização baseado no petróleo bruto, a partir do qual é preparado o medicamento de estoque que se presta ao uso isoterápico. A instalação quase imediata de estado de hipossensibilização e de tolerância ao alérgeno, comum nos pacientes hipersensíveis aos subprodutos do petróleo, nem sempre acontece de forma tão rápida, não se prestando a parâmetro comparativo frente a outros alérgenos.

Dermatite de contato a sandálias "havaianas". Medicamento: Petroleum C 30. Isoterapia.

CASO 14 Fem. 31a. Queixa de lesões em ambos os pés, evoluindo há 4 anos. Otite supurada desde a infância.
Reg. 5604

Exame Porção distal do dorso dos pés, inclusive os pododáctilos, apresentam lesões espessadas, descamativas e algumas áreas exulceradas. As alterações se insinuam e expandem no sentido dos espaços interdigitais, especialmente entre o hálux e o 2º pododáctilo. Pé E mais comprometido. A disposição do conjunto das alterações esboça, de modo grosseiro, os contornos das sandálias de dedo, popularmente chamadas de havaianas (Fig.14-a).

Diagnóstico Dermatite de contato a sandálias plásticas, corroborada por anamnese dirigida.

Conduta *Petroleum C 30*, doses diárias durante 2 semanas.

Evolução No 7º dia, as áreas antes comprometidas apresentam-se discretamente espessadas, havendo vestígio de descamação no interdígito do hálux e o 4º pododáctilo (Fig.14-b). Conduta expectante.

Líquen rubro plano. Medicamento: Petroleum C 30. Isoterapia.

CASO 15 Mas. 60a. mecânico de empresa gráfica (19.3.75), há 8 meses sofre de erupção pruriginosa nos antebraços, mais marcante à esquerda. Trabalha na mesma firma há 4 anos, em ambiente poluído por xilol, benzol, gasolina, querosene, tintas, ácido sulfúrico e lubrificantes para máquinas em geral. Toma medicamento à base de prometazina há muitos meses. Habitado a analgésicos, para cefaléia occipital.
Reg. 5074

Exame Lesões típicas de líquen rubro plano envolvem os antebraços, preferencialmente o esquerdo, que se apresenta recoberto em toda extensão por placa única, superfície homogênea constituída de lesões eritemato-pápulo-vesiculosas (Fig.15-a). Sem outras anormalidades ou sintomas.

Diagnóstico Líquen rubro plano.

- Conduta** A história indicadora de hipersensibilidade, ou talvez toxicidade, de produtos derivados de petróleo, leva a admitir a probabilidade dos mesmos constituírem produtos suspensos na poeira de ambientes industriais, representando um fator precipitante na instalação de diferentes dermatoses, neste caso o líquen rubro plano. Prescrito *Petroleum C 30*, em duas doses diárias.
- Evolução** No 8º dia de tratamento com *Petroleum C 30*, ausência de lesões ativas; alterações remanescentes residuais (Fig. 15-b). O paciente retornou após 4 meses, estando bem, sem tratamento e continua trabalhando no mesmo ambiente.

Dermatite de contato à gasolina. Medicamento: Petroleum C 30. Isoterapia.

CASO 16 Mas. 34a. trabalhador em posto de gasolina há 14 anos. Em 22.12.80 conta que há 2 anos vem apresentando problemas de pele, com "bolinhas", prurido, queimação e febre. Alivia pelo banho e no inverno. Toma antihistamínicos (isotipendil) há muitos anos. Foi internado duas vezes na condição de alcoólatra.
Reg. 6958

Exame Antebraços e 1/3 inferior dos braços com eritema difuso e discreta infiltração, mais evidente à E. Lesões eritemato-papulosas exsudativas exulceradas e crostas sero-hemáticas esparsas (Fig.16-a).

Diagnóstico Dermatite de contato à gasolina, com fotossensibilidade.

Conduta *Petroleum C 30*, doses diárias. Sem recursos tópicos.

Evolução Retorno após 15 dias. Desaparecimento das lesões (Fig.16-b). Paciente assintomático.

Blefarite. Dermatite atribuída à poeira em fábrica de plásticos. Medicamento: Petroleum C 30. Isoterapia. Hipossensibilização polivalente.

CASO 17 Fem. 28a. secretária em fábrica de plásticos. Queixa de "alergia" facial há 1 ano, quando iniciou o atual emprego na indústria. Faz uso de pomadas cortisônicas.
Reg. 5676

Exame Eritema violáceo, discreto grau de infiltração e descamação das pálpebras, mais à D. Eritema difuso na face, de média intensidade (Fig.17-a).

Diagnóstico Blefarite. Dermatite de contato a ambiente industrial impregnado por componentes plásticos.

Conduta *Petroleum C 30*.

Evolução Retorno após 2 meses, completamente normal. Trabalha no mesmo ambiente. A melhora foi imediata, desde as primeiras horas do tratamento (Fig.17-b).

Foliculite eczematizada. Alérgeno provável, o náilon. Medicamento: Petroleum C 30. Isoterapia.

CASO 18 Fem. 17a. auxiliar de escritório. Em 7.5.82 queixa de prurido, pele áspera e equimoses disseminadas nos membros inferiores, especialmente coxas. Passado de eczema atópico. Hipóteses aventadas: alergia a vaselina, plásticos, detergentes, tecidos sintéticos, náilon, acrílico e sulfas (de uso vaginal pregresso). Anamnese difícil em paciente não cooperativa e excessivamente preocupada com a aparência pessoal.
Reg. 7527

- Exame** Nas coxas: processo disseminado de foliculite e evidentes alterações eritematosas, maculares, irregulares, de aspecto fragmentado, de cor variável entre o tom vermelho vivo ao púrpura-violáceo, persistentes à vitropressão (Fig.18-a).
- Diagnóstico** Foliculite. Reação de contato ao náilon, o material das meias-calças, de uso obrigatório pela paciente quando em serviço; na composição do náilon entram derivados do petróleo, passando este a representar o fator alergênico provável no caso.
- Conduta** A 1ª opção recaiu na prescrição de *Petroleum C 30*, em doses diárias, durante 2 semanas. A 2ª opção seria a *Sulfanilamida*, relacionada ao creme vaginal.
- Evolução** Paciente retorna no 11º dia (18.5.82) livre de lesões e passando bem (Fig.18-b). Volta à consulta após 3 meses relatando que, ao recomeçar o uso de creme vaginal à base de sulfato, desenvolveu lesões eczematosas exsudativas nas regiões poplíteas. Ainda que identificado o fator atual desencadeante, é realizada a anamnese detalhada completa, nos moldes hahnemannianos, a qual resultou no *simillimum Rhus toxicodendron*, cuja administração foi seguida de resultado satisfatório.
- Comentário** Exemplo de opção binária, em que poderiam ser adotados dois medicamentos isoterápicos distintos, em épocas diferentes. A primeira prescrição visou o alérgeno mais evidente, com resultado satisfatório, porém restrito. Na segunda ocorrência de hipersensibilidade ao creme vaginal, poderia ser empregada a *Sulfanilamida*, simplesmente, de alcance igualmente restrito ao alérgeno. A lei da semelhança oferece abrangência mais ampla. A prescrição do *simillimum*, ao acionar as defesas gerais do organismo, em uníssono, corrige tudo aquilo que precisa ser corrigido, independente da causa identificada. Nos pacientes polialérgicos, o *simillimum* consegue minimizar ou extinguir as reações de hipersensibilidade de modo geral, dizendo-se, por isso, que o remédio homeopático é inespecífico quanto à causa, porém sempre específico em relação ao doente. No caso desta paciente, se o *simillimum* fosse visado na consulta inicial, outro seria o tipo de anamnese, outro relacionamento médico-paciente e o *Petroleum* não teria sido prescrito a não ser que o mesmo, por coincidência, atendesse ao fenômeno de intersemelhança de sintomas. O caso clínico possui importância didática.

Dermatite de contato a bijuteria niquelada. Medicamento: Niccolum C 30. Isoterapia.

- CASO 19** Fem. 19a. (3.7.75). Queixa de “alergias” há alguns anos, desde que iniciou uso de bijuteria. Reg. 5152. Há 10 meses, após usar determinados brincos, ocorreu instalação de eczema nas orelhas, com simultânea reação no abdômen - na área de contato direto aos botões das calças “Jeans”. Passado de febre tifóide, rubéola e hepatite. Períodos de amenorréia até 5 meses.
- Exame** Pavilhões auriculares: lóbulos ocupados por placas irregulares, infiltradas, eritemato-descamativas, apresentando pontos de exulceração por coçagem (Fig.19-a). Na região supra-umbilical, presença de 3 lesões conglomeradas, irregulares, planas, em placa, pontilhadas por pápulas de cor vinhosa, cujas nuances correspondem a diferentes graus evolutivos de mesmo processo inicial (Fig.19-b).
- Diagnóstico** Dermatite de contato ao níquel por contato a bijuteria (orelhas). Dermatite de contato a botões niquelados (região supra-umbilical).
- Conduta** *Niccolum C 30*, afastamento temporário dos aventados fatores alergênicos.

Evolução No 7º dia, regressão satisfatória da dermatose auricular (Fig.19-c) e desaparecimento das lesões supra-umbilicais (Fig.19-d). No 23º dia, ausência completa de lesões (Fig.19-e). Recomendadas precauções de contato durante alguns meses.

Dermatite de contato eczematizada em mãos, atribuída à bijuteria. Niccolum C 30. Isoterapia.

CASO 20 Fem. 5a. Há 1 ano, eczema de mãos. A mãe relata a aplicação de “15 diferentes pomadas” sem resultado. A criança, em curso pré-escolar, manipula material de pintura. Interrogatório atento revela o uso constante de anéis de fantasia desde tenra idade.
Reg. 6264

Exame No dorso da mão D, ao nível de inserção dos dedos, presença de áreas com formações eritemato-pápulo-descamativas e esboço de fissuramentos. Mais comprometida a região interdigital dos dedos anular e médio. Unha do dedo anular distrófica com evidente processo inflamatório periungueal de média intensidade (Fig.20-a).

Diagnóstico Dermatite de contato eczematizada em mão, provocada por bijuteria niquelada.

Conduta Niccolum C 30, 2 doses diárias, durante 1 semana. Afastamento temporário do alérgeno implicado.

Evolução No 14º dia restam discretos vestígios cicatríciais do processo inicial. Regrediu processo inflamatório periungueal do dedo anular (Fig.20-b).

Comentário Nos processos devidos ao níquel são comuns as reações à distância, nem sempre da mesma natureza. Neste caso, a distrofia ungueal e o respectivo processo inflamatório adjacente, seguramente estão relacionados à reação de contato junto aos quirodáctilos. A atenção da família sempre esteve voltada para os materiais escolares de pintura, confundindo os médicos anteriores. No caso do níquel a hipossensibilização será ou não duradoura, podendo recidivar pela reexposição precoce ao alérgeno. O eczema ao níquel é renitente por natureza, justificando perseverança e repetição do isoterápico quando uma recidiva acontecer.

Dermatite de contato a metal niquelado. Niccolum C 30. Isoterapia. Discrepância de respostas.

Aspecto de interesse *Caso clínico ilustrativo sobre a incompatibilidade de coexistência entre duas doenças distintas: o eczema crônico diatésico e a dermatite de contato. O eczema crônico, na condição de primeira doença, silencia ao se instalar a segunda doença, a dermatite de contato, para ressurgir, reativado, quando esta segunda condição sobrevinda desaparece.*

CASO 21 Mas. 58a. Em 18.1.77 afirma ser portador de eczema crônico recidivante, iniciado há 10 anos, atualmente em relativa acalmia. A queixa presente consiste em erupções na nuca e no colo, com prurido intolerável, evoluindo há 3 anos.
Reg. 5569

Exame Lesões eritemato-pápulo-vesiculosas, isoladas ou agrupadas, em meio a outras alterações em placas irregulares, dispostas ao modo de colar, desde a nuca até a região esternal, coincidindo com o trajeto de grossa corrente metálica niquelada da qual o paciente diz nunca se separar (Fig.21a). No tronco e membros, lesões esparsas, eritemato-papulosas, isoladas ou aglomeradas, pouco pronunciadas e assintomáticas, às quais o paciente diz estar acomodado e as quais controla mediante uso tópico de pomadas diversas.

- Diagnóstico** Dermatite de contato a metal, provavelmente níquel. 2) Concomitante eczema crônico generalizado, em fase de acalmia relativa desde a instalação da segunda dermatose que motivou a consulta atual.
- Conduta** O paciente, vindo do interior, apresenta estado geral precário, sendo submetido à anamnese pormenorizada no intuito de individualizar o respectivo *simillimum*. A totalidade de sintomas resulta em *Sulfur*. Em razão deste medicamento ser essencialmente centrífugo e um habitual causador de agravações, e estando o paciente em sofrimento devido à dermatose ativa do colo e nuca, opta-se pela prescrição de *Niccolum C 30*, na qualidade de isoterápico, de atuação específica restrita porém imediata, em doses diárias, postergando-se o *Sulfur* para oportunidade ulterior. Adotado o recurso tópico de anti-sépticos na dermatose recente, a fim de contornar a possibilidade de infecção secundária.
- Evolução** Após 17 dias (4.2.77) o paciente está satisfeito em relação à queixa principal solucionada, livre de prurido. No pescoço e tórax as lesões iniciais regrediram, encontrando-se em processo cicatricial e desaparecimento (Fig.21-b). Contudo, enquanto acontecia o clareamento da nuca, do pescoço, dos ombros e das regiões escapulares, reativaram-se todas as lesões mais antigas do restante do tronco e dos membros, até então estagnadas e em acalmia; as mesmas irromperam, tornaram-se mais extensas, de cor vinhosa, com prurido acentuado e escoriações por coçagem. (Fig.21-c). Foi então instaurado o medicamento sistêmico – o *Sulfur C 6*, previamente identificado, sendo o paciente orientado para novos retornos amiúdes de controle, até conseguir o reequilíbrio orgânico. Entretanto, o paciente limitou-se a telefonar 3 meses depois, informando estar bem disposto e que as alterações gerais da pele encontravam-se em fase final de extinção. Não houve oportunidade de documentação suplementar.
- Comentário** Em portador de eczema crônico de natureza constitucional, instala-se uma reação de contato induzida por alérgeno extrínseco, coincidindo esta segunda doença com a regressão gradual da dermatose precedente e cuja acalmia relativa se mantém paralelamente à simultânea atividade da dermatite de contato sobrevinda a qual, por sua vez, também se cronifica, durando 3 anos. A administração de ultradiluições específicas do alérgeno implicado na segunda condição, suscita no paciente um estado de melhora imediata, progressiva, até o desaparecimento das lesões que motivaram a consulta. Uma vez silenciada a segunda dermatose, o eczema crônico antigo, de índole mais profunda, reativa-se e passa a constituir sofrimento ao paciente. *Niccolum*, na qualidade de isoterápico e portanto dotado de ação específica limitada ao fator causal, não seria capaz de, por si só, conduzir este paciente à cura global. *Sulfur* – o *simillimum* – ao atuar na base do desequilíbrio orgânico, ainda que provocasse uma exacerbação inicial transitória do quadro, seguir-se-ia pela cura na totalidade, radical, indiferente à natureza do fator alergênico. O paciente em questão, não instruído devidamente no sistema homeopático, não perseverou no seguimento. Mesmo assim, é provável que a cura duradoura tenha ocorrido.

Reação de contato à argila de moldagem. Alumina silicata C 30. Isoterapia. Indução de estado de tolerância.

CASO 22 Mas. 9a. Em 5.11.82, mãos em reação inflamatória crônica há 1 ano, desde que iniciou o manuseio da argila em arte de moldagem. Uso contínuo de pomadas à base de corticóides. Reg. 7691 Também reação de contato a sandálias de couro, contornada pela adequação de calçados especiais. Hipersensibilidade a picada de insetos.

Exame Lesões eczematosas ativas envolvendo dorso e palma de ambas as mãos (Fig.22-a).

Diagnóstico Eczema crônico em fase de agudização. Hipersensibilidade de contato à argila.

- Conduta** *Alumina silicata*, o componente químico principal da argila, na dinamização C 30, doses diárias, durante 2 semanas.
- Evolução** No 12º dia, constatada involução das lesões, ainda incompleta porém satisfatória (Fig.22-b). Adotado mesmo medicamento durante uma terceira semana. No 52º dia, as mãos estavam livres de alterações. A criança manteve-se nas atividades escolares habituais (Fig.22-c).

Dermatite crônica perioral, pós ingestão de xarope iodado. Iodum C 30. Isoterapia.

CASO 23 Fem. 55a. Em 14.4.77 apresenta erupção perioral evoluindo há 4 anos. Início após uso prolongado de xaropes iodados para problemas brônquicos. Hipertensão até 100/210 mmHg; crises esporádicas de asma brônquica. Tem alergia ao iodo e à penicilina. Passado de labirintite. Em uso de Aldomed há 13 anos. Esporadicamente, toma Cortisone.
Reg. 5632

Exame Região mentoniana, perioral e base do nariz ocupados por placa única infiltrada, eritematosa, descamativa, assimétrica, de contornos irregulares esmaecidos (Fig.23-a).

Diagnóstico Reação de hipersensibilidade desencadeada pelo contato cutâneo ao iodo.

Conduta *Iodum C 30*, doses diárias. Sal não iodado na dieta, temporariamente.

Evolução No 14º dia, clareamento e redução acentuada da área comprometida inicial, a qual apresenta contornos indefinidos (Fig.23-b). Mantido *Iodum C 30* em doses semanais. No 3º mês (7.7.77) ausência completa da placa inicial. Alimentação normal. Sem medicamento (Fig.23-c).

Erupção pós ingestão de produto ferruginoso, com fotossensibilidade em áreas descobertas. Ferrum metallicum C 30. Isoterapia.

CASO 24 Fem. 33a. (24.3.81). Há 2 meses, ao estar sendo preparada para cirurgia mamária, recebeu sulfato ferroso (fórmula comercial) em comprimidos de 525 mg, contendo, cada um, 105 mg de ferro elementar, prescrito na dose de 2 comprimidos ao dia; instalou-se de imediato erupção cutânea generalizada, principalmente no colo, tórax e membros superiores. Há 5 anos, tendo ancilostomose durante a gravidez, recebeu ferro via oral, sem problemas. Possui hemograma recente (5.3.81) que mostra 63 nanogramas de ferritina (n=24-155), hemoglobina 10,5 g. e uréia normal.
Reg. 7066

Exame Face com formações eritêmato-papulosas discretas, esparsas e pouco numerosas. Pescoço, membros superiores e tórax ocupados por diferentes alterações maculares que se caracterizam pela coalescência entre si: a) placas polimorfas eritematosas; b) lesões acrômicas, em placas, ou sob formas irregularmente circulares; c) lesões hiperacrômicas, melanóticas, em diferentes graus de tonalidade (Fig.24-a).

Diagnose Reação ao sulfato ferroso, com fotossensibilidade. Provável a reação fototóxica.

Conduta *Ferrum metallicum C 30*, doses diárias.

Evolução No 7º dia após iniciado *Ferrum metallicum C 30*, as lesões acrômicas estão ampliadas e seus contornos modificados. As áreas eritematosas persistem, esmaecidas. As lesões hiperacrômicas se acentuaram e, ao nível do colo, destacam-se numerosas lesões escuras minúsculas, simulando nevus. O entrosamento interlesional tornou-se confuso. Face ocupada por abundantes formações eritêmato-papulosas, salientes, em distribuição homogênea, contrastando com o aspecto inicial (Fig.24-b). Prescritas 3 doses de *Ferrum metallicum C 200*, em intervalos semanais.
No 32º dia, paciente sentindo-se ótima. Clareamento global e total das lesões (Fig. 24-c). Sem tratamento. Conduta expectante.

Comentário A prescrição de *Ferrum metallicum* baseou-se, neste caso, no fator desencadeante e no provável depósito deste metal nos tecidos, ainda que não circulante na corrente sanguínea. Resultados experimentais admitem a possibilidade de acionamento de mecanismos cinéticos eliminatórios, ao modo do que acontece em experiências animais realizadas com o arsênico, o fósforo e o bismuto. O quadro registrado no retorno de controle traduz agravamento ou intensificação de sintomas iniciais, indicadores de resposta favorável e de bom prognóstico, comuns após *simillimum* correto, e que, ocasionalmente, são também observados depois da administração de isoterápicos.

Reação de hipersensibilidade à distância, atribuído ao formol. Formol C 30. Isoterapia.

CASO 25 Fem. 19a. recepcionista. Em 21.7.77 relata história de prurido crônico no colo e axilas, iniciado há 1 ano. Sob tratamento local. Epidermorreação positiva ao formol.
Reg.5696

Exame Pescoço, colo e orelhas recobertos por placa reticulada única, sem limites definidos, formada por lesões eritêmato-maculares, de superfície lisa, contornos irregulares e confluentes; as regiões internas do terço superior dos braços estão ocupadas por extensa área constituída por conglomerado de formações eritêmato-papulosas, algumas esboçando vesículas. Nas axilas, sede inicial do processo e zona principal de prurido, as alterações constam de pregas cutâneas acentuadas que denunciam discreto grau de infiltração localizada (Fig.25-a).

Diagnóstico Hipersensibilidade à distância, causada pelo uso tópico, nas axilas, de produtos formolados. Teste cutâneo positivo para formol (componente de desodorantes e cosméticos).

Conduta *Formol C 30*, em doses diárias. Preparado sob prescrição, em laboratório homeopático especializado.

Evolução Tratamento iniciado no 5º dia. Retorno no 23º dia de uso de *Formol C 30*. Desaparecimento do prurido e regressão das alterações cutâneas. Antebraços de aspecto normal. Regiões laterais do pescoço livres (Fig.25-b). Recomendado intervalo medicamentoso de 14 dias, seguido de nova série de 10 dias de uso do respectivo isoterápico.

Eczema de mãos desencadeado por formol. Formol C 12. Isoterapia.

CASO 26 Fem. 36a. doméstica. Em 15.10.76 relata que há 1 ano sofre de prurido intenso generalizado. Apresenta surtos de prurido desde os 13 anos, após ida a cabeleireiro. É portadora de bronquite crônica e teve infecção urinária há 5 anos. Testes recentes positivos para formol. Não foi identificado, no ambiente, o produto responsável pela hipersensibilidade.
Reg.5498

- Exame** Eritema e prurido generalizado no corpo, com formações eritemato-papulosas em conglomerados mais ou menos homogêneos, sem eczematização, conferindo à paciente a coloração avermelhada global, com poucas áreas de aspecto normal (Fig. 26-a).
- Diagnóstico** Reação a produto formulado. Teste cutâneo positivo.
- Conduta** *Formol C 12*, durante 15 dias (preparação extemporânea).
- Evolução** Paciente vista no 27º dia após iniciado *Formol C 12*, o qual foi mantido durante 15 dias. Clareamento generalizado da dermatose, estando evidentes os conglomerados de lesões residuais; nenhum prurido (Fig.26-b). Foi adotada repetição durante 2 semanas do mesmo isoterápico; após outros 11 dias, a paciente estava assintomática, com remissão global do problema cutâneo, havendo alguns vestígios hipercrômicos em processo final de desaparecimento (Fig.26-c).

Reação a tintura de cabelos. Argentum nitricum C 30. Isoterapia.

CASO 27 Fem. 56 a. Erupções pruriginosas junto à inserção do couro cabeludo, há 3 anos.
Reg. 6390

Exame A totalidade da reborda do couro cabeludo, desde a frente à nuca, apresenta-se eritematosa, espessada e pruriginosa. Junto aos folículos de implantação dos cabelos, presença de erupções ativas polimorfas eritemato-pápulo-vesiculosas, descamantes, exsudativas e escoriadas, propagando-se ao couro cabeludo. Bordas auriculares comprometidas. (Fig.27-a).

Diagnóstico Eczema de contato a tintura de cabelo. Nitrato de prata, o mais provável fator causal de reação.

Conduta *Argentum nitricum C 30* (produto de estoque), em doses diárias.

Evolução Em retorno no 15º dia, ausência de lesões ativas (Fig.27-b). A persistência de prurido discreto justificou mais 4 doses isoladas, semanais, de *Argentum nitricum C 200*.

Comentário Nem todos indivíduos evoluem da mesma forma. Esta paciente, ao cronificar a dermatite de contato pela repetição do procedimento alergizante da tintura de cabelos, complicando-a pela coçagem, estava conduzindo o processo a uma neurodermite, nem sempre de fácil reversão. Neste caso foi imposta a proibição da tintura durante prazo indeterminado. A inconstância dos retornos não permite afirmar sobre tolerância induzida nestas eventualidades. Os acidentes agudos justificam o recurso isoterápico. Muito frequentes, as reações ao nitrato de prata constituem acidentes às vezes dramáticos, outras vezes hilariantes, quando as pacientes vêm ao consultório diretamente do salão de beleza. As situações, geralmente constrangedoras, desaconselham a fotografia.

Reação de contato desencadeada e mantida pelo giz escolar. Calcarea ostrearum. Isoterapia. Exemplo onde a prescrição do simillimum não representou a opção mais prática ao paciente.

CASO 28 Mas. 27a. professor secundário. Em 24.2.81, queixa de eczema de mãos por contato ao giz de lousa (Fig.28-a). Há 7 anos apresentou eczema de dedos, tendo sarado com *Baryta carbonica C 5*, que proporcionou acalmia de 5 anos.
Reg. 5055

- Exame** Todos quirodáctilos estão comprometidos. Formações macúliares eritematosas, pápulo-vesiculosas exsudativas e algumas pustulosas, concentram-se ao nível das últimas falanges.
- Diagnóstico** Eczema de mãos. Fator desencadeante e de piora: o giz escolar.
- Condução e evolução** 1ª etapa: Feita anamnese detalhada, nos moldes hahnemannianos, sendo prescrito *Sulfur iodatum* C 30, como *simillimum*. No retorno após 1 mês, paciente bem disposto, estando o eczema estacionado.
2ª etapa: Optado recurso isoterápico, considerando a persistência do fator alergênico no exercício da profissão. Em 4.3.81, a *Calcareea ostrearum* foi prescrita na dinamização C 200, em 5 doses intervaladas semanais. Paciente retorna 2 meses depois, sem dermatose e exercendo o mesmo trabalho.
- Comentário** A denominação de *Calcareea ostrearum*, ou *Calcareea carbonica*, não especifica o carbonato de cálcio, e sim um produto da concha de ostra, onde o carbonato de cálcio representa um dos componentes. Sob o ponto de vista técnico, foi procedida dessensibilização polivalente. A prescrição de *Baryta carbonica*, ou carbonato de barita, há 7 anos, por outro médico homeopata, seguramente beneficiou o paciente. O caso demonstra que nas reagudizações convém lançar mão de recursos cujo resultado promete ser imediato, ainda que paliativo, atendendo-se a seguir às necessidades do terreno mórbido.

Reação ao timerosal ou etilmercuritiosalicilato de sódio. Medicamento: Mercurius solubilis C 30. Isoterapia.

CASO 29 Fem. 9a. (20.2.81). Há alguns dias apresentou reação cutânea violenta sobre hemiface D após aplicação de fórmula contendo mercúrio (timerosal ou etilmercuritiosalicilato de sódio), com simultânea exacerbação de lesões eczematosas crônicas de mãos, até então controladas, das quais sofre há 4 anos. Prurido e dor local noturna, acompanhada de hipersudorese. Esporadicamente manifesta problemas plantares com fissuras dolorosas e surto de lesões secretantes pruriginosas. Não houve contato do alérgeno nas mãos e regiões plantares.

Exame Rubor e edema difuso da região infra-orbital e zigomática D ocluindo pálpebras, com erupções pápulo-vesiculosas exsudativas. Quirodáctilos edemaciados recobertos por pápulas, vesículas, bolhas e pústulas, intensamente secretantes; esboço de fissuramentos irregulares na área comprometida (Fig.29-a). Nas plantas, lesões crônicas representadas por fissuras secas, dominantes nos calcanhares e no terço distal. Algumas formações pápulo-vesiculosas disidróicas no côncavo plantar (Fig.29-b) e que, atualmente, não incomodam. Criança inquieta, mudando constantemente de posição e lugar. Apesar de doente, comporta-se de forma atrevida e contestadora.

Diagnóstico Dermatite aguda de contato, provavelmente ao mercúrio, um dos componentes do timerosal.

Condução *Mercurius solubilis* C 30 em 3 doses diárias, devido à acuidade do episódio. Sob vigilância. Anti-séptico local boratado.

Evolução No 4º dia, constatada regressão das alterações da face e das mãos. Desaparecimento do edema; pálpebras normais, estando as lesões iniciais infra-orbitárias reduzidas a pequena placa eritematosa, uniforme, bem delimitada, medindo cerca 35 mm de diâmetro máximo. As alterações dos quirodáctilos foram substituídas por abundante descamação (Fig.29-c). Família chama atenção à melhora das fissuras plantares (Fig.29-d). Sem outro retorno.

Comentário Este caso, ainda que breve, merece considerações. Na consulta inicial havia dados de caráter geral e local alheios ao problema agudo, porém exacerbados e coincidentes à patogênese do mercúrio: a tendência pustulosa, a dominância noturna da dor local, da sudorese e da agitação em criança instável, movediça e ousada. Eventualmente o alérgeno pode constituir o *simillimum* do caso, nem sempre possível de avaliação no decurso de um quadro agudo que reclama alívio imediato. A falta de informação a respeito, impediu que esta criança fosse melhor beneficiada em sua predisposição atópica.

Dermatite de contato a produto mercurial, complicando dermatose verrucosa. Medicamento: Mercurius solubilis. Isoterapia.

CASO 30 Fem. 37a. Em 24.9.81, verrugas disseminadas na mão E, em instalação sucessiva há 4 meses. Reg. 7308. Processo inflamatório de quirodáctilos (indicador e médio E) com pústulas entremeadas por verrugas. Há 4 dias ocorreu piora súbita pela aplicação tópica de mertiolato (etilmercuritiossalicilato de sódio, ou timerosal). Paciente relata que houve episódios anteriores de reação ao mertiolato e a detergentes. Passado de urticária. Portadora de calosidades plantares.

Exame Ao exame, verrugas vulgares dispersas na mão E, mais evidentes no dedo médio, onde formam um grupamento entremeado por pústulas. Existem algumas lesões pápulo-vesiculosas nas bordas digitais (Fig.30-a).

Diagnóstico Verrugas impetiginizadas de mão E. Disidrose palmar. Dermatose complicada por reação de contato a composto mercurial.

Conduta *Mercurius solubilis* C 30, em 2 doses diárias.

Evolução No 8º dia, as lesões apresentam-se alteradas; o processo pustuloso regrediu. As lesões verrucosas aumentaram de tamanho, coalescendo entre si (Fig.30-b). Mantido mesmo esquema terapêutico. No 20º dia, todas lesões verrucosas iniciais da mão desapareceram, deixando em seu lugar pequenas cavidades crateriformes, fazendo supor um súbito esvaziamento ou deprendimento do seu conteúdo (Fig.30-c).

Comentário A exacerbação das formações verrucosas expressaria de certo modo uma agravação da dermatose inicial provocada pelo acréscimo do estímulo farmacodinâmico análogo do mercúrio.

Dermatite de contato à madeira canela. Medicamento Cinnamomum ceylanicum. Isoterapia.

CASO 31 Mas. 68a. corretor. (8.4.81); há 1 ano sofre de lesões pruriginosas tendendo ao sangramento, que predominam na palma D; sendo corretor e residente no litoral do Estado de S. Paulo, tem trabalhado no corte de árvores de canela, a cujo contato atribui o seu problema. Teve eczema aos 20 anos, em várias localizações, que perdurou alguns anos. Em uso atual de corticóides orais e tópicos. Reg. 7077

- Exame** Região palmar D espessada, hiperkeratósica, descamativa, fissurada e superfície esgarçada, deixando entrever fundo cruento. Palma E hiperkeratósica, sem evidentes soluções de continuidade (Fig.31-a). Erupções eritemato-papulosas estão densamente distribuídas nos braços e tórax.
- Diagnóstico** Eczema crônico de mão D. Fator desencadeante e mantenedor: madeira da árvore canela, da espécie *Cinnamomum ceylanicum*.
- Conduta** *Cinnamomum C 30* (medicamento de estoque), em doses diárias.
- Evolução** 20 dias depois, ausência de lesões ativas. Presente hiperkeratose residual (Fig.31-b). Sem outras anormalidades.
- Comentário** Pio Correia descreve no seu tratado de Botânica, 50 variedades de canela no Brasil. A procedência do paciente indica a variedade *ceylanicum*, que figura na Farmacopéia brasileira e na mexicana. Estranhamente, a Matéria Médica de Vijnovsky, compilativa, não traz referência patogénica aos tegumentos, mas chama atenção à tendência hemorrágica, não expressada no paciente em questão. Entre os óleos essenciais contidos nesta árvore, destaca-se o óleo essencial de cânfora.

Reação ao hidrocortisone tópico. Medicamento: Cortisone C 30. Isoterapia.

CASO 32 Mas. 30a. cor preta, almoxarife. Em 23.10.74 foi enviado por colega com diagnóstico de Reg. 4923 eczema agudo. O interrogatório dirigido detectou história recente de lesão única, supostamente micótica ao nível do ombro E, a qual recebeu aplicações locais de produto à base de hidrocortisone em forma de "spray". Desde a primeira semana de tratamento, generalização de lesões de aspecto eczematoso, prurido, dor e ardor local intenso.

- Exame** Braço e antebraço edemaciados, eritemato-violáceos, recobertos por variadas lesões, incluindo crostas sero-hemáticas, pápulas, vesículas e bolhas, tendo de permeio pontos de sangramento e áreas de aspecto cruento. Reborda superior da placa lesional, junto ao ombro, mais ou menos definida; sem limites na porção inferior. Região do colo e tórax anterior medialmente ocupados por extensa placa de lesões análogas, sobre base de cor vinhosa. No membro oposto, eritema difuso discreto, sem outras alterações. Aspecto geral de reação aguda a droga, mais acentuada em regiões foto-expostas (Fig.32-a).
- Diagnóstico** Farmacodermia. Reação de contato a hidrocortisone. Fotossensibilidade.
- Conduta** *Cortisone C 30*, doses diárias. Uso tópico de pasta d'água para alívio do ardor.
- Evolução** Retorno no 5º dia. Sucedeu regressão imediata da dermatose. Placa lesional do braço E involuída e o tórax mostra resquícios de eritema e descamação (Fig.32-b). No 9º dia (1.11.74), aspecto da pele normal. Medicamento suspenso. Conduta expectante.

Reação de contato a produto hidrocortisônico complicando tratamento de feridas ulceradas de membros inferiores. Conduta: Cortisone C 30. Isoterapia.

CASO 33 Mas. 60a. mecânico (12.11.80). Há 8 meses, instalação de feridas nas pernas, as quais melhoraram pelo uso oral de antibióticos e compressas locais de água d'Alibour. Devido ao prurido persistente e intolerável foi adotado produto hidrocortisônico em "spray", após o qual apareceram lesões crostosas que evoluíram paulatinamente até o estado atual.
Reg. 6909

Exame Pernas globalmente comprometidas, infiltradas, com eritema difuso. Nas regiões internas da metade inferior, bilateralmente, grandes lesões em placa, de cerca 14 cm de diâmetro, cor castanho-vinhosa, superfície crostosa, limites nítidos à D, menos precisos à E. *Perna D*, mais comprometida, apresenta outras lesões maculares semelhantes à lesão principal estando, no conjunto, parcialmente recobertas por formações crostosas descamativas. A zona de atividade estende-se ao dorso do pé e sobe até a base do joelho. Na *perna E* a atividade lesional é menos extensa, representada por placa vinhosa sem limites definidos que, mais acima, conflui e se continua por outra placa semelhante (Fig.33-a).

Diagnóstico Reação de contato eczematizada devida a produto hidrocortisônico, em membros inferiores. Dermatite crônica de estase.

Conduta *Cortisone C 30*, em doses diárias.

Evolução Após 6 dias, lesões principais modificadas e reduzidas. *Perna D* apresenta clareamento global. Desaparecimento das escamas e das crostas. A placa da região interna encontra-se em franco processo de redução. Nas áreas intercalares, presença de numerosas pápulas avermelhadas (Fig.33-b). Na *perna E*, a lesão mediana, assim como as demais alterações, estão involuindo. Mantido *Cortisone C 30*.
No 48º dia, hiperpigmentação residual, sem sinais de atividade (Fig.31-c). O paciente foi acompanhado durante dois anos, devido às queixas intestinais e bursite, sem reapresentar problemas cutâneos.

Interferência de betametasona em portadora de urticária crônica. Conduta: Cortisone C 30

CASO 34 Fem. 48a. doméstica. Em 11.6.7 informa apresentar "urticária" há 3 anos, com acalmias máximas de 1 semana quando influenciadas por injeções intramusculares de acetato e fosfato de betametasona. Prurido intenso, pior pela manhã. Atribui o quadro atual a uma injeção de medicamento para menopausa (associação estro-androgênica de ação prolongada). Presentemente faz uso ininterrupto de betametasona enteral. Urina sem anormalidades e dosagem de uréia sanguínea em limites normais.
Reg. 5138

Exame Edema e rubor palpebral bilateral. Presença de lesões urticariformes disseminadas (Fig.34-a).

Diagnóstico Urticária crônica. Provável interferência cortisônica, em uma conjunção de fatores sem coerência aparente.

Conduta Fosfato dissódico de *Betametasona C 30*, preparado extemporaneamente, em duas doses diárias. Isoterápico baseado na provável impregnação orgânica pelos derivados cortisônicos durante os últimos 3 anos.

Evolução No 14º dia a paciente está assintomática (Fig.34-b). Apresentou intensificação de sintomas nas primeiras horas após iniciado o tratamento, com edema de rosto e das extremidades, assim como urinas escassas e palpitações - quadro este transitório e que se dissipou espontaneamente. Neste caso ocorreu agravação dos sintomas iniciais, não documentada, prenunciadora de evolução favorável. Paciente evoluiu satisfatoriamente, sem outros problemas, nos 5 meses de seguimento.

Reação alérgica ao esmalte de unhas. Conduta: Esmalte C 30. Isoterapia.

CASO 35 Fem. 39a. manicura. Queixa de manchas pruriginosas no rosto e no pescoço, evoluindo há 10 meses. Melhora por água fria, piora pela água quente. Devido à profissão manicura, mantém contato direto manual com esmaltes de unhas e, além disso, inala continuamente os seus odores. Atribui ao esmalte a causa determinante e complicadora da dermatose.
Reg. 5856

Exame Regiões laterais do pescoço apresentam placas espessadas eritemato-papulosas, de superfície homogênea, bordas irregulares descontínuas. Na face, lesões maculares menores, isoladas, irregulares, concentradas no mento e região perioral (Fig.35-a).

Diagnóstico Dermatite de contato ao esmalte.

Conduta *Esmalte* comercial padrão, dinamizado em C 30. Preparação extemporânea, em laboratório homeopático especializado. Prescrição sob critério isoterápico.

Evolução Após 21 dias, ausência de lesões (Fig.35-b). A paciente evita o contato manual com o alérgeno, porém permanece no ambiente impregnado pelo odor do mesmo. Mantido o isoterápico em doses semanais.

Reação ao esmalte de unhas, por uso local e inalação. Medicamento: Esmalte C 30. Isoterapia.

CASO 36 Fem. 43a. trabalha em laboratório fotográfico há 3 anos. Tem problema de mãos há 10 anos, com prurido intenso. Fez testes epidermorreativos cujos resultados foram inconclusivos. Relaciona as lesões ao contato e inalação de esmalte de unhas. Portadora de faringite crônica. Amigdalectomia aos 39 anos.
Reg. 6446

Exame Mãos secas e espessadas. Mão D apresenta lesões descamativas, pápulo-vesiculosas, exsudativas, algumas exulceradas e sangrantes; presença de crostas e fissuras; unhas distróficas (Fig.36-a).

Diagnóstico Eczema de mão D, tendo no esmalte de unhas a causa provável.

Conduta *Esmalte* de unha diluído e dinamizado, em C 30

Evolução No 8º dia, lesões assintomáticas e reduzidas a áreas eritematosas de limites imprecisos (Fig.36-b). Conduta: completar 2 semanas de uso do medicamento. Retorno após 3 meses, sem tratamento. Paciente relata longo período assintomático e que, recentemente, após episódio de prolongado contato com terebentina, em função do seu trabalho, apresentou eritema do polegar D e algumas lesões papulosas no dorso dos dedos da

mão oposta (Fig.36-c). Não houve recidiva das lesões eczematosas da 1ª consulta. Devido à provável ação primária irritativa da terebentina, foi adotada conduta expectante, com vistas à possibilidade de emprego da própria Terebentina em ultradiluições. A sua adoção foi aventada igualmente sob critério isoterápico, isto é, baseada no fator causal e não na semelhança de sintomas. O aguardado retorno não aconteceu.

Comentário A terebentina, ou *Terebinthinae*, dotada de quadro patogênico experimental, faz parte do estoque tradicional das farmácias homeopáticas, como preparado em diferentes dinamizações destinadas às prescrições segundo o princípio dos semelhantes. Na qualidade de um produto de uso industrial, pode ele ser utilizado em casos de intoxicação e de hipersensibilidade, fora da abrangência homeopática genuína, quer dizer, sob critério isoterápico, curando doenças por intoxicação ou por hipersensibilidade.

Eczema agudo. Farmacodermia. Medicamento: Sulfanilamida C 30. Isoterapia.

CASO 37 Fem. 63a. Em 22.11.74 apresenta ferida antiga na perna E que reabriu há 9 meses. Desde que adotou pomada à base de sulfa, há 1 mês, aparecimento de prurido generalizado insuportável, mais acentuado nas orelhas, pálpebras, pregas de cotovelo e pernas.
Reg. 4949

Exame *Perna E*: edemaciada, quente e dolorosa, apresenta ulceração supramaleolar lateral medindo perto de 25 mm de maior diâmetro, recoberta por secreção purulenta, estando cercada por halo de pele espessada, firme, vermelha, luzidia e seca; numerosas lesões polimorfas, avermelhadas e espessas, estão distribuídas ao nível do 1/3 superior; no 1/3 inferior da perna e no dorso do pé a superfície apresenta-se descamativa, seca e esbranquiçada devido aos resíduos da pomada de sulfa. *Perna D* hiperpigmentada em sua metade inferior, sem lesões ativas (Fig.37-a). Na face, e notadamente nas orelhas, descamação difusa discreta e fina (Fig.37-b). Lesões eritemato-papulosas exsudativas disseminadas pelo corpo, inclusive cabeça.

Diagnóstico Farmacodermia. Eczema agudo devido ao uso de pomada contendo derivados da sulfanilamida. Úlcera crônica de perna E. Erisipela em resolução.

Conduta *Sulfanilamida C 30* em doses diárias. A presença de fenômenos flogísticos na perna impôs a associação episódica, emergencial, de *Belladonna C 5* e *Hepar sulfur C 5*, em doses freqüentes. Localmente, água boricada 3 %.

Evolução Retorno 3 dias depois. O 1/3 superior da perna E está livre de qualquer lesão; a úlcera do terço inferior, o halo e o edema estão reduzidos (Fig.37-c). Desaparecimento das lesões dispersas do tronco, membros superiores e cabeça. Face sem descamação (Fig.37-d). Mantida *Sulfanilamida C 30*.

Retorno no 7º dia: *perna E* de aspecto normal em toda extensão, exceto ao nível da ulceração inicial, a qual se encontra em fase final de fechamento. Clareamento parcial importante da perna D. Recomendadas mais 10 doses diárias de *Sulfanilamida C 30*.

Comentário A paciente apresentada foi uma das primeiras a chamar atenção para a influência favorável da *Sulfanilamida* ultradiluída em alterações faciais hiperkeratóticas senís.

Úlcera crônica de perna complicada por reação a produto sulfanilamídico tópico. Medicamento: Sulfanilamida C 30. Isoterapia.

CASO 38 Mas. 51a. Em 21.2.78 paciente relata história de úlcera de perna com 2 anos de evolução, pós picada de inseto, sob muitos tratamentos; procurou nosso serviço devido à reagudização da úlcera, agora acompanhada de dor e prurido intolerável de toda perna, coincidindo com adoção de pomada contendo “sulfas”; informa ser portador de lupus eritematoso fixo no nariz e orelhas (não dispõe de laudos dos exames realizados) com 20 anos de evolução, usando topicamente fórmula com ácido oxálico.

Exame *Perna D* com lesão ulcerada na região ântero-interna do 1/3 inferior, anfractuosa, medindo cerca de 4 cm de maior diâmetro, recoberta por material de aspecto sanguinolento, contornada por extensa área irregular de cor violácea, limites pouco nítidos, que chega a circundar a perna; o restante desta apresenta numerosas alterações maculares hiperpigmentadas de contornos esmaecidos; chama atenção a presença de várias varizes vultosas. *Perna E* sem lesões ativas; presentes alterações difusas de hiperpigmentação e varizes (Fig.38-a). Dorso de *nariz* ocupado por lesão única, seca, de aspecto atrófico, com descamação furfurácea; na ponta, as bordas são circinadas, infiltradas e brilhantes; a região medial mostra-se lisa, vermelha e descamativa (Fig.38-b).

Diagnóstico Úlcera crônica de estase em perna D, reagudizada após contato a produto sulfamídico. Varizes. Epitelioma baso-celular de nariz, a esclarecer. O paciente afirma ser portador de lupus eritematoso fixo cujo diagnóstico, feito em outro serviço, estaria baseado em biópsia.

Conduta *Sulfanilamida C 30*, em doses diárias, durante 2 semanas.

Evolução Retorno no 18º dia. Na *perna D*, ausência de dor e prurido, clareamento global das lesões, estando a úlcera inicial sensivelmente reduzida e sem atividade inflamatória. *Perna E* livre de alterações ativas (Fig.38-c). *Nariz*: clareamento surpreendente da lesão; persiste descamação e estão inalteradas as lesões de ponta, sugestivas de atividade basocelular (Fig.38-d). Conduta expectante, sendo o paciente reencaminhado, com urgência, ao serviço hospitalar de origem.

Intoxicação aguda após ingestão de peixe, complicada por reação ao Sulfametoxazol. Conduta: Sulfanilamida C 30. Isoterapia.

CASO 39 Mas. 61a. Paciente com eczema agudo após intoxicação por peixe, quando apresentou distúrbios gastro-intestinais, comprometimento geral e foi obrigado a permanecer acamado durante 20 dias. Neste episódio recebeu numerosos medicamentos enterais e injetáveis, entre eles o cloridrato de tetraciclina (Tetrex), o sulfametoxazol e trimetoprina (Bactrim), a penicilina (Iso-Benzacyl), o cloridrato de lincomicina (Frademicina), a prometazina (Fenergan) em comprimidos; localmente, pomada de sulfato de neomicina (Nebacetin) e creme do corticosteróide fludroxicortida (Drenison), este ainda em uso continuado. Segundo informações do doente e dos familiares, o quadro cutâneo teve instalação súbita, há 3 meses, coincidente ao emprego do produto contendo sulfametoxazol e trimetropina, estando a dermatose caracterizada por prurido e ardor insuportáveis, agravados ao calor ambiente e local, acompanhados de estado de desespero.

Exame Eritema generalizado, mais acentuado na face, antebraços (Fig.39-a), dorso (Fig.39-b) e pernas (Fig.39-c), com pápulas, vesículas exsudativas, abundantes pontos de escoriação pós-coçagem e sangramentos.

Diagnóstico Reação medicamentosa súbita em paciente previamente intoxicado por peixe deteriorado. Os circundantes do doente forneceram dados precisos quanto ao produto desencadeante da dermatose. Ao sulfametoxazol, derivado da sulfanilamida, foi atribuída a responsabilidade pela indução da hipersensibilidade reacional. A *Sulfanilamida C 30* foi então prescrita, em doses diárias, durante 20 dias, via oral.

Evolução Paciente visto no 39º dia, sem medicamento, estando assintomático e eufórico, com regressão importante do quadro inicial (Fig.39-d, 39-e). Restam algumas alterações nos membros inferiores, em franca involução. Na perna E, ao nível do maléolo mediano, exulceração numular, circundada por halo eritematoso bem delimitado e, na perna D, ainda persiste alteração cutânea em placa ocupando a região anterior, sem prurido, sem exsudação, de contornos esmaecidos (Fig.39-f).

O paciente retorna após 2 anos e 4 meses, relatando que passou bem em todo período e que há 4 meses, tendo sofrido traumatismo por enxada na perna D, e haver sido tratado em hospital, surgiu eczema regional a partir do sítio do ferimento. A anamnese levou ao *simillimum Rhus toxicodendron*, o qual propiciou recuperação da intercorrência em 10 dias.

Reação à clorpropamida em paciente diabético. Medicamento: Sulfanilamida C 30. Isoterapia.

CASO 40 Mas. 50a. soldador. É diabético desde alguns anos e há 16 meses toma clorpropamina (antidiabético) e metildopa para hipertensão arterial, estando esta estabilizada em 160/120 mmHg. De 2 meses para cá surgiram “feridas” pruriginosas nas pernas e braços. Mãe e avô materno são diabéticos. Tendência à obesidade. Retraído, solitário, passivo e resignado.

Reg. 6916

Exame Ambas as pernas ocupadas por eritema, descamação e pápulas vesiculosas secretantes. Na região interna da perna D várias lesões circulares, planas, de superfície recoberta por secreção melicérica (Fig.40-a). Perna E apresenta erupções eritemato-pápulo-vesiculosas secretantes.

Diagnóstico Reação a droga (clorpropamida), tipo eczema. Hipertensão arterial.

Conduta *Sulfanilamida C 30*.

Evolução No 6º dia, paciente sente-se ótimo (Fig.40-b), sendo reencaminhado ao ambulatório de Clínica Médica. Após 2 meses informa continuar livre de alterações cutâneas.

Comentário A sulfanilamida (ou para-amino-benzeno-sulfonamida) desempenha no conjunto a fonte-mãe de numerosos produtos. Em ultradiluições hahnemannianas, atua como dessensibilizador polivalente, ao modo do *Petroleum* e seus derivados.

Dermatofitose crônica. Medicamento: Trichophyton rubrum C 9. Isoterapia.

CASO 41 Mas. 53a. construtor. Lesões em placas na região posterior da coxa D evoluindo há 1 ano, com sensação de “fervura” local. Crises de bronquite asmática desde a infância.

Reg. 6401

Exame Ocupando a região póstero-superior da coxa D, presentes duas lesões maculares alongadas oblíquas, de superfície lisa e cor acastanhada, de contornos anfractuados, demarcados por pápulas eritematosas e sinais de atividade inflamatória (Fig.41-a); pêlos conservados.

- Diagnóstico** Dermatofitose. Feita semeadura em meio Sabouraud. Amostra de mesmo material foi encaminhada a laboratório para preparação de isoterápico em C 9, a ser ministrado em doses diárias, via oral.
- Evolução** O isoterápico foi iniciado no 4º dia. A leitura da cultura no 28º dia resultou em *Trichophyton rubrum*. O paciente retornou após 3 meses com resquícios das lesões iniciais, em processo de desaparecimento (Fig.41-b). Programada continuidade do atual medicamento “em pulsos”, isto é, alternando períodos iguais de administração e outros de abstenção.
- Comentário** O próprio doente encaminhou o material para a elaboração do isoterápico. O medicamento foi iniciado antes do resultado da cultura, visando adiantar o tratamento, considerando que alguns fungos demoram no desenvolvimento das colônias, e porque tal conduta em nada prejudica o plano terapêutico. Sob aspecto científico, mostra-se mais racional a espera da cultura, para elaboração do medicamento a partir desta cultura.

Dermatofitose. Medicamento Trichophyton rubrum C 30. Isoterapia.

CASO 42 Fem. 41a. (16.8.79). Há 8 meses, “ferida” na face, com prurido. Psoríase generalizado desde Reg. 6340 8 anos de idade.

Exame Na região masseterina D presença de lesão constituída por pápulas e vesículas sediadas sobre base eritematosa espessada; contornos circinados, descontínuos (Fig. 42-a). Lesões psoriáticas disseminadas no tronco e membros.

Diagnóstico Tinha de face, de etiologia a esclarecer. Feita cultura em meio de Sabouraud.

Conduta Do mesmo material de raspado lesional, foi encaminhada amostra a laboratório especializado, para preparação de isoterápico na trigésima diluição centesimal, a ser ministrado em doses diárias via oral.

Evolução Tratamento iniciado no 5º dia. Ao retorno no 49º dia, ausência da lesão inicial (Fig. 42-b e 42-c). Aspecto macroscópico típico de colônias de *Trichophyton rubrum* em cultura, frente e verso.

Micose moniliásica crônica de região maleolar. Medicamento: Candida albicans C 9. Isoterapia.

CASO 43 Mas. 39a. Queixa de ferida na região maleolar E, evoluindo há 3 anos. Exsudação discreta e prurido intenso. Fez muitos tratamentos tópicos (mertiolato, mercúrio, sulfadiazine, terracortril, etc.) Reg. 5278

Exame Na região maleolar lateral E presença de lesão saliente, seca, superfície irregular, parcialmente recoberta por crostas sero-hemáticas. Pele circunvizinha pouco comprometida, apresentando eritema, pápulas dispersas e descamação (Fig.43-a).

Diagnóstico Dermatomicose a esclarecer. Coleta de material mediante raspagem da lesão, para semeadura em meio Sabouraud.

Conduta Providenciado nosódio em C 9, a partir da mesma amostra destinada à cultura de dermatófitos, a ser administrado em doses diárias por via oral.

Evolução A cultura resultou em colônias leveduriformes, compatíveis com gênero *Candida albicans*. Paciente visto no 27º dia da vigência do isoterápico: ausência de lesão. A remissão da dermatose foi imediata, desde as primeiras doses do auto-nosódio. Pele normal, sem sinais de atividade (Fig.43-b). Conduta expectante.

Monilíase orofaríngea e ungueal crônica. Medicamento: Candida albicans C 30. Isoterapia.

CASO 44 Reg. 4056 Fem. 17a. Lesões esbranquiçadas distribuídas na boca e garganta, durando 4 anos, sem acalmia apesar de numerosos tratamentos. Rouquidão contínua e faringe irritado. Presença de onicomicose, em todos os dedos, desde a infância. Manchas no corpo que aparecem e desaparecem. Resultados de exames anteriores de laboratório revelaram, no material colhido ao nível da mucosa bucal, levedura do gênero *Candida albicans*.

Exame Eritema difuso no orofaringe. Material esbranquiçado, de aspecto cremoso, esparso pela cavidade bucal, com depósitos espessos e salientes na úvula. Queilite. Unhas dos quirodáctilos médio e anular especialmente comprometidas, de aspecto distrófico, apresentando superfície irregular pontilhada por depressões brancas opacas (Fig.44-a).

Diagnóstico Clinicamente, o problema desta paciente enquadra-se na candidíase orofaríngea e ungueal. Amostras separadas para cultura foram colhidas dos pilares orofaríngeos anteriores e das unhas.

Conduta Parte das amostras colhidas foi encaminhada diretamente a laboratório farmacêutico especializado para preparação do isoterápico C 30, destinado ao uso oral diário, durante um mês.

Evolução Após 15 dias, ausência dos depósitos cremosos esbranquiçados na cavidade bucal (Fig.44-c); a paciente informa estar eliminando, continuamente, massas de material cremoso branco, através dos cantos da boca. Desde o 5º dia de semeadura do material orofaríngeo em meio Sabouraud, identificadas colônias leveduriformes. Conduta: completar os 30 dias programados ao isoterápico. A paciente retorna após 3 meses, sem sinais de atividade micótica no orofaringe. Unhas inalteradas, conservando as antigas disformidades. Não aconteceu novo retorno.

Onicomicose. Fungos contaminantes. Auto-nosódio. Isoterapia.

CASO 45 Reg. 3135 Fem. 65a. em 21.9.72 portadora de onicomicose progressiva, há 2 anos.

Exame Unha do polegar D enegrecida, com solução de continuidade na base, estando a região da lúnula ocupada por lesão crateriforme (Fig.45-a). Uso anterior de iodo e corticóides locais.

Diagnóstico Onicomicose. A cultura em meio de Sabouraud, de material subungueal, resultou em fungos contaminantes. Última leitura realizada após 77 dias (Fig.45-b).

Conduta Providenciado isoterápico em C 30, a partir do material de cultura.

Evolução Após 2 meses, a paciente encontra-se ótima, com unhas em fase final de recuperação (Fig.45-c).

Ginecomastia por inalação de valerinato de estradiol, como doença profissional. Isoterapia pelo valerinato de estradiol, sob forma do medicamento de estoque Folliculinum.

CASO 46 Mas. 34a. casado, foi encaminhado por uma indústria de hormônios, pelo fato de havermos recentemente resolvido, com sucesso, outro caso semelhante, da mesma fábrica. O paciente trabalha há 7 anos na secção de drageamento, em sistema de rodízio, sendo-lhe fornecido equipamento protetor. Há 2 meses, de modo súbito, apresentou nódulos em ambas as mamas, atribuídos pelo serviço médico da empresa à negligência no uso da máscara protetora. Foi afastado do trabalho e passou a receber tratamento de hormônio androgênico, visando a ação antagonística à foliculina; apesar do tratamento os nódulos, bastante dolorosos, prosseguiram aumentando.

Dados gerais Paciente psiquicamente equilibrado, cooperativo, minucioso e calmo; submeteu-se à gastrectomia por úlcera duodenal aos 24 anos, tendo sido alcoólatra até então; atual hemograma e provas de função hepática normais.

Exame Tipo longilíneo, peso 56 Kg, TA 120/80 mmHg, fígado a 1 cm da reborda costal na linha hemiclavicular D, perímetro torácico ao nível supramamilar medindo 98 cm em inspiração normal e 95 cm em expiração, no decúbito horizontal. Genitais externos normais.

MAMA D: abaulada, com superfície distendida, revelando à palpação tumor único, duro, doloroso, que em sua projeção cutânea demarca um círculo incompleto e irregular, na posição 6-15 horas, incluindo o mamilo; o diâmetro transversal máximo mede 100 mm e o vertical 56 mm (Fig.46-a).

MAMA E: a palpação revela tumor único, falciforme, ocupando posição 7-13 horas, contornando o mamilo, com diâmetro transversal máximo de 33 mm e vertical 58 mm (Fig.46-b).

Diagnóstico Ginecomastia por inalação de valerinato de estradiol. Suscetibilidade foliculínica. Doença profissional.

Conduta *Folliculinum C 200*, via oral, doses semanais. O preparo deste medicamento obedeceu à farmacotécnica hahnemanniana, devendo as diluições sucessivas acompanhadas de 100 succussões, obedecer a 200 procedimentos.

Evolução No 40º dia, paciente em ótimo estado geral físico e psíquico, sem mastodinia.
MAMA D: o tumor inicial está indolor, diminuído e fragmentado, com diâmetro máximo reduzido de 100 para 50 mm, estando o mamilo livre (Fig.46-c).
MAMA E: tumor inicial com diâmetro máximo reduzido de 58 para 33 mm (Fig. 46-d). Mantido como tratamento o *Folliculinum C 200*, uma dose cada 7 dias.

No 80º dia, perímetro torácico medindo 92 cm em expiração e decúbito horizontal.

MAMA D: presença de três nódulos irregulares, o maior com 26 mm de diâmetro (Fig.46-e). Medicamento suspenso.

MAMA E: embora em projeção cutânea alcance cerca de 30 mm de diâmetro, o tumor inicial apresenta-se irregularmente fragmentado, sem consistência e de difícil individualização (Fig.46-f). O paciente retornou ao trabalho, sob observação, devendo tomar estradiol ultradiluído - o *Folliculinum C 200* - cada 10 dias, durante mais 2 meses, para então interromper o medicamento.

Ao ser examinado no 6º mês, o paciente estava assintomático e trabalhando no mesmo cargo (Fig.46-g, 46-h). Continuava sem problemas quando reexaminado no 12º mês e 2 anos depois.

Comentário Complexa é a síndrome atribuída ao excesso de foliculina, podendo haver manifestações características de hiperfoliculinemia sem que a pesquisa possa detectar anormalidade hormonal ou, ao contrário, pode existir alteração hormonal acentuada sem ocorrência de manifestações clínicas evidentes.

O desenvolvimento mamário anormal no homem – a *ginecomastia* – decorre de causas diversas e o seu diagnóstico fundamenta-se na palpação do tecido glandular.

No caso apresentado o julgamento imediato faz supor hipersensibilidade glandular, enquanto a investigação detalhada tende a admitir um estado de hiperfoliculinemia por acúmulo gradativo, devido à displicência protetora na câmara de drageamento do hormônio, levantando a possibilidade de superdosagem causada pela inalação continuada.

Não foi encontrada na literatura nenhuma referência ao emprego de estrógenos em alta diluição (dinamizada ou não) como recurso terapêutico do hiperestrogenismo no sexo masculino. A mastectomia corretiva tem sido o único recurso preconizado.

O caso apresentado é o segundo ocorrido na mesma indústria de hormônios. No paciente anterior, um alcoólatra, foi conseguida a redução do tecido glandular mamário com o uso de doses imponderáveis do estradiol, havendo associação de tratamento hepatoprotetor homeopático e alopático, devido às provas hepáticas fortemente positivas; outrossim, o caso anterior prolongara-se além de 2 anos; ainda que conseguida a normalização hepática e redução do volume glandular, se impôs a cirurgia ampla bilateral, com finalidade estética; acrescentou-se nesse paciente um grande acúmulo de tecido adiposo sobre toda a região torácica superior. O resultado estético da cirurgia, feita em avançado centro europeu, foi decepcionante.

Os portadores de ginecomastia como doença profissional, não podem ser reintegrados ao trabalho (pelo risco de reativação do processo) nem aposentados, (sob risco de vultosas indenizações), criando situações insolúveis e sensacionalistas.

O procedimento isoterápico justifica-se nestas situações, onde a Terapêutica convencional encontra-se desarmada.

Psoríase infantil. Auto-hemoterapia.

CASO 47 Mas. 6a. Em 28.7.76 apresenta quadro de psoríase generalizada evoluindo há 12 meses, a partir dos cotovelos Tem diagnóstico histopatológico. Portador de bronquite asmática desde 1 ano de idade, com crises espaçadas em meses.
Reg. 5441

Exame Na cabeça, tronco e todos os membros, lesões generalizadas patognomônicas de psoríase, sob todas formas, tamanhos e disposição (Figs.47-a, 47-b).

Diagnóstico Psoríase.

Conduta *Auto-hemoterapia*, via oral, na 8ª diluição decimal ou D 8. Doses diárias.

Evolução No 8º dia (5.8.76) constatada reativação generalizada da dermatose. Na face, as lesões estão modificadas no aspecto, número, distribuição e contornos. Na região periorbitária chama atenção o aspecto espessado e crostoso das lesões iniciais. (Fig.47-c). Sinais de sangramento ao nível do antebraço E. Conduta terapêutica mantida.

No 22º dia (19.8.76): psoríase em processo de transformação, com coexistência de espessamento, de formação de placas crostosas de confluência, de desaparecimento de lesões iniciais e aparecimento de clareiras de pele de aparência normal (Fig.47-d, 47-e). A família avalia a melhora em 20 %.

No final do 2º mês (29.9.76), excelente estado psíquico. Sem problemas brônquicos desde o início do atual tratamento. Regressão importante das lesões (Figs.47-f, 47-g). Família avalia a melhora em 70 %. Adotada conduta expectante, sem medicamento.

Após 4 meses e meio da consulta inicial (17.11.76) lesões reduzidas a manchas hipocrômicas assintomáticas (Fig.47-h, 47-i). A regressão da dermatose prossegue. Conduta: *auto-hemoterapia* em D 9 (a partir da amostra inicial) durante 14 dias.

Após 6 meses (8.2.77) ausência de problema cutâneo (Figs.47-j, 47-k). Criança muito agitada. Feita anamnese individualizada, que resultou na prescrição de *Calcarea phosphorica C 12*, na condição de *simillimum*.

Após 9 meses (27.4.77) discreta descamação do couro cabeludo e região frontal. (Fig.47-l). Criança tranqüila. Readotada *auto-hemoterapia*, agora em D 10, a partir de nova amostra.

Próximo retorno aconteceu após 4 anos e 5 meses (4.9.81). Paciente com 11 anos, apresenta sinais recentes de recidiva, com discretas placas psoriáticas descamativas ao nível dos cotovelos (Fig. 47-m) e algumas erupções acnéicas na face. Não houve problemas pulmonares em todo período. Com base na anamnese, prescrito *Arsenicum iodatum C 12* em doses diárias, durante 14 dias.

Visto depois de 2 meses, paciente sem erupções acnéicas. Lesões de cotovelos reduzidas a manchas com discreta descamação (Fig.47-n). Prescrita dose única de *Arsenicum iodatum C 30*.

Comentário Não existem indicadores para a adoção da *hemoterapia*. Em dermatose de tratamento difícil, em criança de 5 anos, vale a intuição e a arte médica. A Homeopatia não representa a solução de problemas que envolvem alterações genéticas do sistema imunitário. O procedimento hemoterápico implica em dificuldades práticas que desestimulam a sua generalização. Neste paciente, uma vez conseguida a quietação do problema cutâneo, o prosseguimento homeopático representou a opção ideal.

A escala decimal de dinamização é pouco usada. O grau D 8 equivale, matematicamente, à C 4.

GRUPO II. Reações a drogas prescritas segundo a semelhança de sintomas do doente.

- a) *Similitude na totalidade de sintomas – psíquicos, gerais e locais – caracterizando a Homeopatia.*
- b) *Similitude parcial, baseada no conjunto das manifestações locais, agudas ou não, enquadradas no princípio da semelhança ou Similterapia, no intuito de alívio do sofrimento e solução de alterações isoladas da doença.*

Ambos procedimentos consistem em estimular o organismo, estando **condicionados** à intersemelhança mórbido-farmacodinâmica de sintomas e às ultradiluições dinamizadas (efeito secundário das drogas).

Reação de hipersensibilidade a produto mercurial, onde a semelhança de manifestações locais, acrescidas por algumas gerais, enquadrou o caso em *Apis mellifera* e na Homeopatia.

Aspecto de interesse *Reação aguda de hipersensibilidade, caracterizada como dermatite de contato ao timerosal onde o conjunto parcial prevalecente pôde ser totalizado por manifestações subjetivas e manifestações psíquicas concomitantes ao episódio agudo, possibilitando a prescrição de *Apis mellifera* de acordo com um conjunto sintomático de diferentes níveis orgânicos, ao modo de Homeopatia - ainda que esse conjunto tenha caráter instável. No domínio da similitude são frequentes as situações "border-line" ou de interface entre Homeopatia e a Similterapia.*

CASO 48 Fem. 23a. Há 20 dias, após contato com timerosal em traumatismo de perna, apresentou surto de lesões urticariformes distribuídas nos membros e tronco. Passou a tomar antihistamínicos e corticóides, sem alívio. Queixa de sensação de queimação local e picadas quentes, com intolerância ao toque e ao calor; febre, ausência de sede e acentuado mau-humor. Astenia.
Reg. 5464

Exame Extensas placas urticariformes recobrimdo braços, antebraços, coxas e tronco (Fig.48-a).
Paciente sub-febril.

Diagnóstico Dermatose de contato à droga timerosal (etilmercuritiossalicilato de sódio).

Conduta *Apis mellifica C 30*, uma dose diária. A similitude parcial, ou episódica, ao ser acrescida de manifestações gerais, possibilitou a prescrição dentro da lei da semelhança.

Evolução Alívio imediato com regressão paulatina e simultânea das lesões. No 4º dia, dermatose está reduzida a manchas eritematosas discretas nos ombros e tronco, assintomáticas (Fig.48-b).
Paciente afebril e bem disposta física e psiquicamente. Mantido *Apis mellifica C 30* em doses diárias até normalização cutânea total.

Comentário Exemplo de similitude local prevalecente em quadro agudo acidental desencadeado por contato a droga, constando de manifestações locais coincidentes com determinada patogenesia, porém acrescido de sinais e sintomas concomitantes atuais ao processo, possibilitando a prescrição do *simillimum Apis mellifera*, ao invés do respectivo *isoterápico*. Neste caso, de etiologia bem estabelecida – um composto mercurial – seguramente a prescrição de *Mercurius solubilis* em média potência (C 12 ou C 30) resultaria favorável. Entretanto, sendo o médico um homeopata experiente, de imediato ele detectará um “retrato” patogênico, alheio ao agente causal, cuja opção se justifica pela abrangência curativa mais profunda e duradoura, privilégio da lei da semelhança. Obviamente, na ausência destas coincidências, o doente, episodicamente curado, continuará com os eventuais problemas que não participaram diretamente do distúrbio atual localizado.

Reação a produto mercurial, onde o conjunto de sintomas do doente indicou *Lycopodium clavatum* como *simillimum global*, enquadrando a prescrição na Homeopatia.

CASO 49 Fem. 28a. Há 2 anos, após contato com mertiolato, apresentou eczema de mãos e punhos, com intenso prurido. Paciente agrava pelos detergentes em geral e pela menstruação. Sente-se indisposta ao entardecer. Há 5 anos manifestou episódio de prurido generalizado após tomar o produto bromazepan. Também apresenta crises frequentes de rinite. Teve hepatite aos 6 e aos 20 anos. É obstipada, sendo ávida por condimentos. Diz ser rígida no trabalho, sabendo o que quer e que jamais foi indecisa. Tem facilidade para a matemática.
Reg. 7688

Exame Mãos globalmente secas e ásperas. Região externa do punho D: presença de placa eczematosa única, espessada, papulosa, superfície irregular, sinais de liquenificação, medindo cerca 8 cm de maior diâmetro. Contorno constituído por conglomerado de pápulas eritematosas, que se dispersam nas áreas circunvizinhas. Região externa do punho E: esboço da lesão homóloga, sem contorno definido, reduzida a conjunto de formações pápulo-eritematosas, em disposição irregular (Fig.49-a).

Diagnóstico nosológico: Eczema de punhos e mãos.

Diagnóstico do *simillimum*: *Lycopodium*, C 30, em doses diárias.

Evolução Retorno no 9º dia: mãos e punhos de aspecto normal (Fig.4-b). Segundo retorno após 60 dias: tendo ingerido excesso de carne de porco apresentou prurido nas regiões antes acometidas, com discreto eritema e escassas pápulas isoladas (Fig.49-c). Prescrita dose única de *Lycopodium* C 200. Continuava bem 4 meses depois.

Comentário Mais um exemplo de processo eczematoso instalado a partir de reação de contato a produto mercurial. Neste caso, o transcurso de 2 anos tornou o processo crônico e possibilitou o tratamento pelo *simillimum*, devido à concomitância de outras manifestações capazes de, em conjunto, condicionar a resposta de cura em profundidade. Muitos medicamentos pareciam adaptar-se a este caso. Havia, inclusive, aspectos psíquicos contraditórios como a “facilidade pela matemática” e a afirmação de “jamais ser indecisa”. O aspecto repetitivo colocou em dúvida esta última informação, considerando que o indivíduo *Lycopodium* mostra-se mandão a fim de encobrir a sua extrema insegurança. Estava presente um raro “sintoma-chave”, detectado pela autora em *pacientes-Lycopodium* e nunca de outro medicamento: o eczema exclusivo de punhos. Este sinal reforçou a escolha do *simillimum*.

Vascularite alérgica necrotizante. Mercurius solubilis. Lei da semelhança. Correlação binária de totalidades. Homeopatia.

CASO 50 Fem. 38 a. compareceu com lesões ectimatosas disseminadas na face, antebraços, pernas e nádegas, com 1 mês de evolução (Fig.50-a), relacionadas ao uso de analgésicos (ácido acetil-salicílico, metilmelubrina) e de tetraciclinas, para tratamento de gripe; vem tomando, sem resultado, corticosteróides orais, vitamina K e clofezona; refere ingestão anterior de anorécticos (dietilpropiona + metilbrometo de homatropina). Apresenta inquietude psíquica e física; hipersudorese noturna fétida.

Reg. 5735

Exame Nas regiões posteriores das pernas, notadamente a E, presença de numerosas lesões em diferentes estádios evolutivos, as maiores, com cerca 10 mm de diâmetro, ulceradas, com bordas nítidas, irregulares, endurecidas e talhadas a pique; algumas destas lesões estão sangrantes, estando outras recobertas por material purulento amarelo fétido; intensa dor noturna. Algumas lesões esparsas pelo corpo guardam as mesmas características.

Diagnóstico clínico: Vascularite alérgica necrotizante. Etiologia provável: pirazolona.

Diagnóstico do *simillimum*: *Mercurius solubilis*, C 30, em 2 doses diárias.

Evolução Discreta agravação no 3º dia (Fig.50-b), objetiva e subjetiva, com intensificação do eritema circundante das lesões; paciente eufórica; após algumas doses de *Hepar sulfur* como recurso episódico de alívio, retomada do *Mercurius solubilis* em doses diárias. Paciente em franca recuperação no 8º dia (Fig.50-c) estando bem no 25º dia de seguimento (Fig.50-d); continuava assintomática no 42º dia.

Comentário O metal mercúrio possui tropismo pelos elementos do sangue em geral e das estruturas vasculares periféricas, de preferência o endotélio dos pequenos vasos. Ao nível da pele provoca todos os tipos de lesões, inclusive úlceras, sem localização típica; prurido intenso, queimação e dores nevralgias. No âmbito geral, produz fraqueza, prostração, tremores de músculos voluntários, odor fétido das secreções e, especialmente, do suor; agrava à noite, ao calor, durante a sudorese e o exercício físico.

Reação aguda inflamatória, por provável picada de formiga. Semelhanças dos tipos fisiopatológico e tóxico, compatíveis com *Apis mellifica*. Similiterapia.

CASO 51 Fem. 28a. Início súbito há cerca de 26 horas; acordou com dor e edema na região orbitária E, quando descansava numa casa de campo cheia de formigas. Atendida em pronto-socorro, recebeu prometazina injetável e corticóides em comprimidos. Na consulta, queixa de ardor e dor local em agulhadas que pioram por aplicações quentes e melhoram com compressas geladas. Sub-febril. Boca seca sem sede. Passado de alergia a qualquer picada de inseto, tendo sido internada por este motivo há alguns anos.
Reg. 6114

Exame Edema acentuado, róseo, da pálpebra superior E (Fig.51-a). Ausência de sinais de picada. Sem comprometimento sistêmico.

Diagnóstico Edema agudo de pálpebra esquerda, por picada de formiga (diagnóstico causal de probabilidade).

Conduta *Apis mellifera C 30*, 6 gotas cada 3 horas.

Evolução No 2º dia, paciente assintomática, sem sinais inflamatórios. Persiste edema, reduzido, também evidente na pálpebra superior oposta, conforme costuma ocorrer nos processos palpebrais (Fig.51-b). Medicação mantida, enquanto houver sinais de atividade. Paciente normal no 6º dia.

Comentário Vários aspectos práticos merecem ser considerados neste quadro:

1. A aplicação da semelhança parcial, fisiopatológica ou tóxica.
2. Ainda que a formiga picadora fosse identificada e aprisionada, e supondo a existência no local de um médico homeopata, impossível seria elaborar um medicamento a partir do inseto, devido à emergência do caso e pela simples falta de laboratório estruturado e de farmacêutico capacitado. Exemplo de situação onde o recurso isoterápico é impossível e incerto.
3. Na suposição da disponibilidade de laboratório, ou de um medicamento de estoque representativo do veneno da formiga, poderíamos, curar as conseqüências do veneno da formiga pela própria formiga. (Isoterapia propriamente dita, por analogia direta). Somente em grandes laboratórios de Homeopatia existe em estoque o medicamento *Formica rufa*, obtido pela trituração de formigas vermelhas e cuja toxicologia deve-se, na maior parte, ao ácido fórmico.
4. O veneno de *Apis mellifera* contém grande contingente de princípios ativos dotados de potencial farmacodinâmico bem estudado e está disponível em estoque das Farmácias homeopáticas, nos diferentes graus de dinamização, para uso imediato. Por falta de conhecimento sobre uma base estrutural química bem definida dos alérgenos da abelha e da formiga, o veneno de *Apis mellifera* não pode ser empregado como dessensibilizador polivalente, ao modo do *Petroleum*, ou a *Sulfanilamida*, em relação a seus derivados.
5. Coincidentemente, o edema da paciente apresentava algumas características compatíveis com a patogenesia do veneno de abelha - a exemplo da subitaneidade do processo inflamatório local, do edema róseo, do alívio subjetivo pelas aplicações frias e da sensação de agulhadas - justificando a prescrição nos moldes de similitude sintomática local, independente do fato de haver ou não uma formiga envolvida no caso. Nesta eventualidade houve prescrição segundo a correlação de semelhança entre as queixas da paciente e os conhecimentos da Matéria Médica Homeopática. A semelhança parcial, válida para situações agudas, não corrige predisposições mórbidas, nem cura doenças crônicas concomitantes, porém estimula o doente a superar o episódio crítico que, por vezes, torna-se fatal.
6. Exemplo de emprego de um *sarcódio*, isto é, do produto normal, ou fisiológico de um animal.

Reação provável a múltiplas drogas de identificação impossível. A anamnese forçada proporcionou uma totalidade sintomática de modo a permitir correlação binária de semelhança, enquadrando a prescrição na Homeopatia. Simillimum episódico: *Apis mellifera*. Situação de inviabilidade da Isoterapia.

CASO 52

Reg. 7298

Fem. 56a. enfermeira. Em 16.9.81, lesões eritemato-papulosas distribuídas na face e colo, pruriginosas, evoluindo há 7 meses. Exige doses repetidas de corticóides sistêmicos para se manter em serviço; as lesões são móveis, desaparecem e imediatamente reaparecem em área próxima. Queimação local, piora por água quente; alívio por aplicações frias. Ouviu da parte dos médicos, as hipóteses diagnósticas de dermatite seborréica, parapsoríase e micose fungóide. Além das drogas hospitalares, tem contato com inseticidas. Relaciona o quadro cutâneo atual à ingestão de peixes e crustáceos. Comportamento apático, pessimista, misântropo. Passado de bronquite asmática na 1ª infância. Apresentou testes cutâneos positivos para 17 produtos de uso hospitalar. Biópsia recente de lesão da nuca revelou “discreta hiperqueratose e acantose da epiderme, reação inflamatória crônica não específica na derme”, constando como diagnóstico histopatológico a “*Fotodermatose condicionada por alergia a drogas*”.

Exame Irregularmente distribuídas na face, colo e tronco, sem simetria, lesões eritemato-pápulosas, planas, de cor vinhosa, de forma e tamanho variáveis, contornos polimorfos, estando umas isoladas e outras confluentes. Pálpebras comprometidas (Fig.52-a).

Diagnóstico nosológico: Reação a drogas, com 17 epidermorreações positivas.

Diagnóstico do simillimum: *Apis mellifera*, C 30, em doses diárias, com base na totalidade de sintomas e sinais. Paciente mantida em seu ambiente de trabalho.

Evolução Retorno de controle no 8º dia: exacerbação do quadro; face densamente ocupada por lesões eritemato-pápulo-maculares, confluindo em placas nas regiões laterais e no maciço centro-facial (Fig. 52-b). Adotada conduta expectante, sem medicamento. Em retorno no 20º dia, ausência de lesões ativas; presentes vestígios cicatriciais em fase de desaparecimento (Fig.52-c). Estado geral ótimo. Sem interrupção das atividades no período de tratamento. Continuava bem quando vista 8 meses depois, sem corticóides e sem mudança dos encargos profissionais.

Comentário Aspectos de interesse:

1. Exemplo de doença ocupacional grave, refratária à terapêutica habitual.
2. Etiologia multifatorial.
3. Numerosos e simultâneos testes positivos, inviabilizando a opção isoterápica.
4. Presença de conjunto coerente de sintomas gerais físicos e psíquicos, de modo a permitir a correlação de semelhança com a patogenesia de *Apis mellifera*, sem subordinação à propriedade fotoprotetora do veneno apídeo.
5. Instalação de agravação homeopática imediata ao início do uso de *Apis*, com intensificação das lesões iniciais já presentes na primeira consulta.
6. Resultado satisfatório persistente, apesar do anterior uso maciço e prolongado de corticosteróides.

Fitofotodermatose por contato a limão Taití. Semelhança parcial fisio-histopatológica: Similiterapia. Medicamento: Cantharis.

CASO 53 Reg. 5515 Fem., 46a. Edema de mão E há 3 dias, com vermelhidão e bolhas, desencadeado por contato ao suco de limão Taití. Sensação local de queimação e picadas, alívio pelo frio local. Cefaléia com pontadas e vertigens. Sede intensa. Discreto ardor uretral e urinas “carregadas”.

Exame Paciente afebril. Edema global discreto da mão E. Os três primeiros quirodáctilos apresentam formações bolhosas confluentes, em disposição longitudinal, contornos irregulares, assentadas sobre base discretamente eritematosa (Fig.53-a).

Diagnóstico nosológico: Fitofotodermatose. Etiologia: limão Taití.

Diagnóstico medicamentoso: *Cantharis C 30*, três vezes ao dia.

Evolução No 2º dia, presença de eritema acentuado circunscrito às áreas inicialmente comprometidas, permitindo delimitar as formações bolhosas, um pouco modificadas em seus contornos (Fig.53-b). Urinas muito escuras. Mantida mesma medicação. No 4º dia, desaparecimento das lesões bolhosas. Área de base tornou-se vermelho-acastanhada, uniforme, seca, sem edema. Recuperada a mobilidade da aliança (Fig.53-c). Urinas claras e micção normal. Conduta: completar 7 dias de *Cantharis* e então suspendê-lo. No 17º dia, paciente sente-se bem (Fig.53-d). Discreta descamação local residual. Retorna após 8 meses com problemas menstruais.

Comentário Alguns livros, ao visarem a finalidade didática, apresentam a “família” ou categoria de medicamentos vesiculosos e bolhosos, onde se destacam o *Rhus toxicodendron*, o *Cantharis*, o *Ranunculos bulbosus*, *Iodium* e outros. Na realidade, qualquer um dos medicamentos existentes pode ser o mais adequado para determinado portador de doença bolhosa. Caracteriza o *Cantharis* a coexistência sistemática de transtornos urinários; as bolhas de *Cantharis* costumam ser volumosas, tendem a confluir, ardem e aliviam pelo frio local. Os sintomas psíquicos de *Cantharis* são muito especiais, todavia o caráter agudo e acidental de uma dermatose nem sempre consegue modificar o psiquismo do doente a curto prazo. A essência de bergamota representa o principal responsável pelos quadros agudos de fitofotodermatoses e os psoralênicos, do grupo dos furocumarínicos, representam o produto fotossensibilizante do limão. Notar a intensificação das lesões iniciais após o estímulo do medicamento, antes de ser iniciado o processo definitivo de cura.

Erupção a droga. Correlação binária de totalidades. Homeopatia. Simillimum episódico: Antimonium crudum.

CASO 54 Reg. 3081 Fem. 55a. Em 22.XI.77 relata: tendo tido inflamação de garganta na última semana, tomou medicamento à base de tetraciclina; desde então apresenta erupção cutânea generalizada, dolorosa e pruriginosa, em meio de eritema; sudorese excessiva; muita sede; não tolera banho frio. Estado nauseoso, sem vômitos, com mal-estar gástrico. Estado de mau humor e grande irritação. Há 5 anos teve neurodermite e varizes nos membros inferiores; recebeu *Arsenicum album C 30* e, a seguir, *Hamamelis C 12*.

Exame Pele com erupções papulosas, puntiformes generalizadas, em distribuição homogênea e obedecendo aos folículos pilosos, estando mais concentradas nos membros inferiores onde se destacam em placas de cor vinhosa e limites difusos (Fig.54-a). Orofaringe hiperhemidiado. Chama atenção a língua volumosa revestida por camada de material branco, espesso e aderente.

Diagnóstico clínico: Reação à Tetraciclina.

Diagnóstico do *simillimum*: *Antimonium crudum*, C 6.

Evolução Vista 2 dias depois, paciente bem disposta e com melhora geral. Pele livre de lesões (Fig.54-b). Sem queixas gástricas. Língua inalterada. Retornou 3 anos depois apresentando flebite, úlcera varicosa e hipertensão arterial.

Comentário *Antimonium crudum* é o sulfureto negro de antimônio. Foi estudado experimentalmente em indivíduos saudáveis. Na verdade, o estômago representa o centro de seus sofrimentos e as alterações cutâneas caracterizam-se por hiperkeratoses. A influência estende-se às glândulas sudoríparas, sem inflamação acentuada, porém dolorosas ao tato e que aliviam pelo repouso e calor local. Tropismo cutâneo sobre membros. Os sintomas gástricos, estado psíquico, modalidades e o sintoma-chave *língua branca como leite*, individualizaram o medicamento. O organismo desta paciente comportou-se como se estivesse em desequilíbrio há longo tempo, onde o acréscimo de qualquer agressão - microbiana, alimentar ou medicamentosa - acarretaria uma descompensação incidental. Somente o *simillimum* seria capaz de beneficiar esse organismo como unidade reacional, no sentido de equilíbrio estável.

Reação cutânea de contato ao náilon. Prescrição segundo correlação binária de semelhanças sintomáticas. *Simillimum*: *Lachesis trigonocephalus*. Homeopatia.

CASO 55 Masc. 5a. Há 18 dias, após uso de calças compridas de náilon, instalação súbita de erupções pápulo-vesiculosas muito pruriginosas, distribuídas nas áreas de contato, desde o quadril até os pés. Sente calor em todo corpo. Piora das lesões pelo calor. Sobressalta durante o sono e acorda mal humorado. Irritado ao dormir durante o dia. Agitado e falante; reage violentamente. Estes últimos sintomas, previamente existentes, exacerbaram-se com o episódio cutâneo atual. Sem história pregressa de hipersensibilidade. Teve furúnculo no joelho E há 1 ano. Em tratamento de sinusite. Tendência a terçóis. Sempre foi inclinado a fantasias, expressando-as sob forma de desenhos.

Exame Criança irritada. Ao exame, desde a cintura até os pés, em predominância esquerda, tegumento cutâneo ocupado por numerosos grupamentos, ao modo de placas mal definidas, de abundantes erupções eritemato-pápulo-vesiculosas, exulceradas e sangrantes pelo ato de coçagem. Na região pósterior inferior da coxa E, furúnculo em formação (Fig.55-b). Na face, predominantemente na bochecha E, presença de conglomerado de lesões eritemato-papulosas (Fig.55-a).

Diagnóstico clínico: Reação aguda de contato ao náilon.

Diagnóstico do *simillimum*: *Lachesis trigonocephalus* C 30.

Evolução Após 2 dias, grande melhora do prurido e sinais regressivos da dermatose inicial (Fig.55-c). Exteriorização do furúnculo da coxa, com esboço de outro na região anterior. No 8º dia, lesões em fase de desaparecimento (Fig.55-d). Paciente assintomático e bem disposto. O primeiro furúnculo apresenta vazão de abundante material sanguíneo-purulento, motivando a prescrição episódica de *Belladonna* C 6, 3 vezes ao dia; houve resolução do segundo furúnculo incipiente. No 20º dia, desaparecimento de todas lesões iniciais, sem vestígio de atividade. Na coxa D pequena área eritematosa, com 3 pápulas sangrantes, provocadas por traumatismo acidental. Face livre (Figs.55-e, 55-f). No 55º dia, consulta de controle. Criança bem, sem problema cutâneo. Aconselhado afastamento temporário do fator alérgico. Orientação para tratamento dirigido ao terreno.

Comentário Prescrição na totalidade sintomática, independente da natureza do alérgeno. Exemplo ilustrativo do curioso fenômeno de dominância de lateralidade, que caracteriza alguns doentes e que se evidencia durante a experimentação de algumas drogas nos indivíduos sadios. Assinale-se que os sintomas psíquicos em crianças representam contribuição da vivência clínica e extrapolação das experiências feitas em adultos.

Eritema multiforme agudo. Síndrome de Stevens-Johnson incipiente. Causa desencadeante: componente de tintura de cabelos. Coincidência de manifestações patogênicas inerentes ao fator causal provável, o nitrato de prata. Lei de semelhança de totalidades sintomáticas. Simillimum: *Argentum nitricum*.

CASO 56 Fem. 61a. Atendida em caráter de urgência com quadro mucoso-cutâneo evoluindo há 3 dias, após aplicação habitual de tintura para cabelos. Instalação simultânea de processo inflamatório doloroso orofaríngeo com dificuldade na deglutição, de prurido palpebral e de lesões cutâneas escuras esparsas na cabeça e membros superiores.
Reg. 4885

Exame Estado geral comprometido, estado vertiginoso, movimentos descoordenados e tremores esporádicos. Lesões cutâneas maculares dispersas, mais concentradas na face e dorso das mãos, variando no tamanho até 15mm, superfície plana, cor púrpura, halo rubro. Eritema orbitário bilateral difuso, com edema de pálpebras inferiores, conjuntivas com sinais inflamatórios e lacrimejamento contínuo. Lábios com algumas formações pápulo-vesiculosas. Língua espessada, dolorosa, encoberta por material de aspecto pseudo-membranoso de cor branca-encardida, ocultando formações pápulo-vesiculosas que predominam, em conglomerados irregulares, sobre a metade esquerda; metade direita da língua ocupada por placas confluentes de superfície erodada e áreas de sangramento (Fig.56-a). TA 140/100 mmHg. Temp. 38°. Sem lesões genitais.

Diagnóstico nosológico: Eritema multiforme agudo, esboçando síndrome mucoso-cutânea de Stevens-Johnson.

Diagnóstico do simillimum: *Argentum nitricum C 30*, a ser administrado cada 3 horas. Adotado anti-séptico bucal (Garsenyl).

Evolução No 4º dia, face e mãos sem lesões ativas, com regressão do processo inflamatório orbitário. Lesões cutâneas reduzidas, agora de cor acastanhada. Língua comprometida: na metade esquerda dominam lesões salientes, em placas de distribuição geográfica, recobertas por material branco-amarelado. Na metade direita dominam lesões erodadas confluentes (Fig.56-b). Paciente assintomática, afebril, com deglutição normal e estado geral satisfatório. CONDUTA: *Argentum nitricum C 30*, duas doses diárias.
No 11º dia, face normal; mãos com alterações descamativas residuais; língua parcialmente encoberta, deixando entrever formações hemisféricas, isoladas ou agrupadas, em fase resolutive (Fig.56-c). CONDUTA: dose única de *Argentum nitricum C 200*.
No 23º dia, estado geral e local satisfatório (Fig.56-d). CONDUTA expectante, sem medicação, sendo a paciente orientada para continuidade de tratamento de base, dirigido ao terreno.

Comentário 1) Evolução favorável e rápida de síndrome mucoso-cutânea que, embora passível de regressão espontânea, pode se complicar por problemas sistêmicos graves e desfecho fatal. 2) Eficiência de medicamento aplicado sob critério da semelhança entre a totalidade sintomática do doente e determinada farmacodinamia, em dose imponderável, não subordinada ao alérgeno desencadeante, mas que pode, não raro, coincidir com o alérgeno responsável.

A prescrição de *Argentum nitricum* foi baseada na totalidade sintomática, cujas manifestações constavam de: estado vertiginoso, incoordenação motora, tremores, processo inflamatório orofaríngeo, comprometimento inflamatório global da língua, tendência ulcerativa da mucosa bucal, processo inflamatório de conjuntiva, lacrimejamento e prurido local; edema palpebral; erupções cutâneas em placas de cor púrpura.

Coincidentemente, o nitrato de prata constitui componente comum nos produtos de tintura para cabelos, embora a natureza deste provável alérgeno em causa não tenha influenciado o critério global, integrado, de prescrição. Muito mais simples foi o critério de prescrição no CASO 26, ilustrativo de reação de tintura de cabelo, onde a prescrição do *Argentum nitricum* considerou exclusivamente o fator desencadeante, sem considerar manifestações concomitantes.

O diagnóstico de *eritema multiforme agudo*, já caracterizando uma *síndrome de Stevens-Johnson* incipiente, foi estabelecido por força da experiência na área dermatológica, após diferenciação dentro do grupo de outras síndromes igualmente cutâneo-mucosas. Esta síndrome, capaz de envolver por si mesma dentro de duas ou três semanas, com grande frequência exige hospitalização para rehidratação do paciente e a adoção de antibióticos no intuito preventivo de infecções secundárias responsáveis por lesões oculares graves e processos pneumônicos fatais. Sem tratamento, apresentaria mortalidade de 5 a 15% (ROOK).

A biópsia das lesões mucosas, devido à evolução tumultuada e rápida destes processos, nem sempre é viável na prática e nem sempre proporciona histopatologia conclusiva por si mesma.

GRUPO III. Situações de eczema atópico infantil e eczema do adulto, condicionadas à lei da semelhança binária, entre a totalidade dos sintomas do doente e os sintomas de determinada patogênese medicamentosa, independente do fator desencadeante → Homeopatia.

Eczema atópico infantil. *Simillimum: Calcareea ostrearum*

CASO 57 Mas. 3 meses, peso 5.780, talhe 59cm. Há 1 mês, lesões generalizadas eritemato-pápulo descamativas, pruriginosas. Início no tronco, com exsudação e formação de crostas. Maciço central livre. Intertrigo em ambas virilhas. Suor abundante na cabeça, de odor acre. Bebê alegre e sensível, com fases de choro fácil; chora ao ser banhado; nasceu com 2.950 grs.; recebeu vacinas BCG e tríplice (coqueluche, difteria e tétano). Mãe apresenta bronquite asmática.
Reg. 4415

Exame Criança robusta, com abdômen volumoso, intertrigo, lesões numulares esparsas nos membros superiores e flancos. Hemifaces recobertas por lesão única, em placa espessada e secretante, constituída por conglomerado compacto de formações eritemato-vesiculosas (Figs.57-a, 57-b).

Diagnóstico nosológico: Eczema atópico infantil.

Diagnóstico do *simillimum: Calcareea ostrearum* C 5, em doses repetidas.

Evolução No 14º dia, ausência de qualquer alteração cutânea. Estado geral satisfatório (Figs.57-c, 57-d). Medicação suspensa. Em observação.

Eczema atópico infantil. Simillimum: Calcareea ostrearum

CASO 58 Mas. 7 meses. Lesões eczematosas generalizadas, mais densas ao nível das pregas cutâneas, com 1 mês de duração (Fig.58-a). Criança friorenta, de aspecto balofo, obstipada, com suores profusos de odor acre na cabeça e assaduras contínuas; alegre, lenta, cansa facilmente. Avô paterno com psoríase.
Reg. 6241

Exame Lesões eczematosas de variados aspectos, mais pronunciadas ao nível do períneo, ombro e braço E.

Diagnóstico nosológico: Eczema atópico infantil, em fase aguda.

Diagnóstico do simillimum: *Calcareea ostrearum*, C 12, prescrita em doses diárias, durante 2 semanas.

Evolução Regressão imediata do processo. Lesões ausentes no 5º dia (Fig.58-b). Continuava bem em retorno após 45 dias.

Comentário Chama atenção nesta criança o reduzido período de 5 dias para a resolução de uma dermatose habitualmente renitente. Como em outros casos, não foram adotados recursos tópicos especiais.

Eczema atópico infantil. Simillimum: Graphites

CASO 59 Mas. 1 ano. Apresenta diagnóstico de eczema atópico desde os 4 meses de idade. Sob contínuo uso de cremes tópicos cortisonicos. Resfriado renitente. Períodos de obstipação. Apetite aumentado, ficando irritado ao sentir fome. Ciumento. Suporta mal qualquer corrigenda.
Reg. 6914

Exame Lesões disseminadas no corpo sob forma de lesões maculares eritematosas, planas, confluentes. Bochechas ocupadas por placas irregulares constituídas por erupções eritemato-papulosas, (Figs.59-a, 59-b), com fases de secreção melicérica.

Diagnóstico nosológico: Eczema infantil crônico.

Diagnóstico do simillimum: *Graphites*, C 12, doses diárias durante 15 dias.

Evolução No 9º dia, clareamento global do quadro cutâneo (Figs.59-c, 59-d), que se mantinha livre de lesões ao reexame no 40º dia e 2 meses depois.

Eczema atópico infantil. Simillimum: Dulcamara decandra.

CASO 60 Fem. 2a. 9m. Em 14.9.81 apresenta erupções eritemato-papulosas pruriginosas e exsudativas concentradas nas bochechas e outras disseminadas pelo corpo, conferindo à pele um aspecto rugoso e áspero à palpação. O quadro está evoluindo há 4 meses, tendo iniciado com tempo chuvoso e frio. Apresenta crises de bronquite asmática, sempre relacionada à umidade, vento e frio. Amigdalite desde os 7 meses. Criança inquieta, insuportável e colérica, dificilmente contente. Apresentou quadro cutâneo semelhante, menos pronunciado, há mais de um ano, na entrada do inverno.
Reg. 7293

Exame Erupções pápulo eritematosas disseminadas pelo corpo, especialmente nas pernas e antebraços. Bochechas ocupadas por lesões em placa constituídas por lesões compactadas, exsudativas e sangrantes por traumatismo de coçagem. Criança em sofrimento (Fig.60-a). À ausculta dos pulmões, presença de estertores sibilantes generalizados.

Diagnóstico nosológico: Dermatite atópica. Atividade asmática sub-clínica.

Diagnóstico do *simillimum*: *Dulcamara decandra C 12*.

Evolução No 4º dia (18.9.81) lesões em processo regressivo. Pulmões com raros estertores sibilantes. Criança mais dócil (Fig.60-b). Orientação mantida.
Em retorno no 11º dia, pulmões normais à ausculta. Superfície cutânea lisa à palpação, sem formações papulosas. Bochechas com discretas alterações residuais, sem atividade inflamatória (Fig.60-c). Prescrita dose única de *Dulcamara C 30*. Família orientada para continuidade do tratamento visando o terreno atópico, especialmente a predisposição aos processos brônquicos e amigdalianos.

Eczema atópico infantil. Simillimum: Pulsatilla

CASO 61 Mas. 5a. Eczema generalizado desde os 2 meses de vida, alternando com bronquite asmática; esta última instalou-se aos 2 anos de idade, coincidindo com o nascimento de irmão. Reg. 7244 Suscetibilidade ao frio. Sono agitado. Passado de amigdalite e de infecção urinária aos 18 meses. Criança inconstante e caprichosa, insatisfeita, nunca sabe o que quer; é retraída e faz tudo para passar despercebida; detesta festas de escola, com ansiedade de antecipação que exacerba seus males; é ciumenta e manifesta fobias por escuridão, fogo e animais (cães); carinhosa e emotiva, chora facilmente.

Exame Erupções eczematosas disseminadas, de variados aspectos, algumas secas e com descamação farinácea, outras secretantes e sangrando facilmente. Sede preferencial na face, regiões orbitárias e antebraços (Fig.61-a).

Diagnóstico nosológico: Eczema atópico infantil, crônico.

Diagnóstico do *simillimum*: *Pulsatilla*. Nesta criança, sob influência de uma tese de A.E.Vervloet, o *simillimum* foi prescrito em etapas de 12 dias em dinamizações ascendentes - C 6, C 12 e C 30 - a serem intervaladas por 14 dias de abstenção medicamentosa. Doses diárias e repetidas.

Evolução Após 2 meses, a criança apresenta as lesões em regressão lenta (Fig.61-b). Pulmões livres. A família informa que ocorreu piora das lesões na passagem à dinamização C 12, motivo porque retomou a C 6, a qual proporcionou resultado mais satisfatório. Ainda persiste prurido noturno e o mau humor constante, nada estando bom; a ansiedade, motivada pelas festas da escola, provoca vômitos. Orientação: manter C 6, com vistas à passagem para C 12, e depois a C 30, de forma cautelosa, uma dose diária, até a estabilização do quadro.
Reexame após outros 4 meses. Criança em estado geral ótimo, livre de lesões cutâneas ativas (Fig.61-c); tornou-se desinibida, comunicativa, sociável, exhibe seus deveres de casa, conversa com visitas por iniciativa própria e participa de festas da escola onde passou a cantar. Desapareceu a ansiedade de antecipação. Mãe eufórica, tendo trazido para consulta outro filho também portador de atopia.
Criança vista após outros 5 meses (9 meses após a consulta inicial) conserva um surpreendente comportamento psíquico favorável e não apresenta vestígio de lesões cutâneas (Fig.61-d).

Comentário Este caso ilustra a inviabilidade de esquemas rígidos pré-estabelecidos. Também argumenta sobre a necessidade eventual da manutenção da mesma dinamização, ainda que baixa, desde que o organismo esteja apresentando melhora. Tendo ocorrido agravação das lesões pela adoção de C 12, a conduta adequada seria suspender o medicamento e esperar até a estabilização do quadro – o que não aconteceu porque a família, longe do médico, tomou a iniciativa própria. O caso também argumenta sobre a conveniência, após episódio de agravação homeopática, da retomada da dinamização inferior àquela que induziu a agravação, porém somente após a dissipação espontânea completa desta e se houver outros sinais de sofrimento. A experiência clínica mostra que o fenômeno da agravação homeopática indica tratamento correto e suficiente, pelo menos a médio prazo. Interessante nesta criança é o fator desencadeante - o ciúme - uma característica de *Pulsatilla*.

Eczema atópico infantil. Simillimum: Arsenicum album.

CASO 62 Fem. 2a 10 meses. Eczema atópico evoluindo há 1 ano, sob tratamento local com preparados cortisônicos. Há 2 meses ocorreu impetiginização do mesmo. Criança com prurido noturno intenso, acorda coçando, até sangrar, em geral pelas 2 hs. Melhora por água muito quente; tem sede constante de pequenas quantidades de água fria; vive em “estado gripal” permanente; friorenta, inquieta, sempre em movimento; ansiosa, assustada, tem medo de tudo, principalmente do escuro e de ficar a sós; deseja tudo para si.

Exame Distribuição topográfica patognomônica do eczema atópico, com lesões de superfície irregular, eritemato-pápulo-vesiculosas, secretantes e sinais de sangramento (Fig.62-a), formando placas isoladas ao nível das bochechas, das pregas antecubitais e das regiões poplíteas. Pulmões e outros sistemas normais.

Diagnóstico nosológico: Eczema atópico infantil.

Diagnóstico do *simillimum*: *Arsenicum album*, C 12, em doses diárias.

Evolução No 11º dia, lesões modificadas: superfície menos irregular, pápulas menos evidentes. Continua prurido, cuja coçagem produz sangramentos (Fig.62-b). No 30º dia, ainda que em ritmo lento, a melhora prossegue (Fig.62-c), sendo suspenso o *Arsenicum album* e prescrito *Berberis vulgaris* C 3, diariamente – independente de similitude – no intuito exclusivo de contemporizar a impaciência incontida da família. No 5º mês após consulta inicial, a criança apresenta-se livre de qualquer lesão (Fig.62-d), sendo reencaminhada ao pediatra que a enviou.

Eczema numular disseminado em adulto. Simillimum: Sulfur

CASO 63 Fem. 27a. Eczema evoluindo há 4 anos. Prurido agravado pelo banho, aplicações quentes e à noite. Passado de furunculose e de acne. Também portadora de rinite alérgica desde a infância. Obstipada. Calorenta. Humor variável. Protela compromissos, deixa tudo para última hora e está sempre afobada. Amistosa, porém inconstante e negligente. Come demais. Em uso de anticoncepcionais.

Exame Lesões eczematosas numulares disseminadas pelo corpo, em distribuição irregular. Nos membros superiores as lesões estão agrupadas e tendem a confluir (Fig.63-a).

Diagnóstico nosológico: Eczema numular crônico.

Diagnóstico do simillimum: *Sulfur C 6*, doses diárias durante 3 semanas.

Evolução Retorno após 3 meses e 20 dias. Informa que, após haverem se exacerbado nas duas primeiras semanas de tratamento, as lesões entraram em regressão paulatina, estando a pele normal no 20º dia (Fig.63-b). Também ocorreu agravação transitória da rinite nos primeiros dias de tratamento. Atualmente, intestino regular, ausência de sinais de rinite e a paciente está calma. Prescrito *Sulfur C 12*, durante 1 semana, em função da natureza complexa e cronicidade do caso. Transcorrido mais meio ano, a paciente continuava bem.

Eczema numular crônico. Simillimum: Natrum sulfuricum

CASO 64 Fem. 53 a. Eczema evoluindo há 4 anos, sob uso contínuo de compostos cortisônicos. Também foi medicada com *Graphites*. Sem períodos de acalmia. As lesões agravam pela umidade, especialmente pelo tempo chuvoso. Intolerância por ambiente quente. Depressão psíquica acentuada pelo tempo úmido e pela chuva; aversão à conversa e concentração difícil. Mau humor pela manhã. Problemas hepáticos desde os 7 anos. Obstipada crônica, até alguns dias. Enxaqueca esporádica. Disposição à obesidade. Adora dias de sol.

Exame Disseminadas pelo corpo, numerosas placas de variados tamanhos, de superfície irregular, com pápulas descamativas e escassa secreção; no conjunto, as lesões oferecem aspecto superficial homogêneo. Comprometidas as pregas articulares (Figs.64-a, 64-b).

Diagnóstico nosológico: Eczema numular crônico.

Diagnóstico do simillimum: *Natrum sulfuricum C 6*, em doses diárias.

Evolução Retorno após 12 dias. Ausência de lesões. Informa haver piorado nos primeiros dias. Agora, “o eczema está tão melhor que não sabe dizer”. Ritmo intestinal normal. Psiqismo excelente. Ao exame, vestígios cicatriciais da dermatose inicial (Figs.64-c, 64-d).

Eczema crônico generalizado. Simillimum: Arsenicum album.

CASO 65 Mas.75a. (18.2.80) Empreiteiro de construção civil. Há 2 anos apresenta eczema de mãos e extremidades inferiores. Toma medicamentos para próstata, não sabendo informar quais. Tensão arterial 180 x 140 mmHg. Sem história cutânea pregressa. Gastrectomia aos 58 e cirurgia de hemorróidas aos 45 anos, perfazendo 8 internamentos hospitalares. Não consegue dormir devido ao problema atual: a queimação violenta e o prurido, piores pela madrugada, somente aliviam com água quente, quase fervendo. Muito cuidadoso, detalhista, exaspera-se com qualquer imperfeição. Zeloso por dinheiro, sofre por decepções financeiras. Reclamão e crítico. Vaidade no vestir.

Exame Lesões eritemato-crostosas, espessadas e fissuradas, com sinais de sangramento, concentradas nas extremidades, notadamente palmas e plantas (Fig.65-a). Algumas lesões esparsas discretas nos cotovelos e dorso.

Diagnóstico nosológico: Eczema crônico

Diagnóstico do *simillimum*: *Arsenicum album C 12*, em doses diárias durante 1 semana. Localmente, prescrita fórmula de uréia e ácido lático, para alívio local.

Evolução No 47º dia: relata melhora "dia a dia" (Fig.65-b). Sem aplicações tópicas há mais de 1 mês. Dorme bem. Tensão arterial 160/120 mmHg. Prescrito *Arsenicum album C 30* dose única. Retorno após 4 meses, com recidiva do prurido e discreta descamação (Fig. 65-c). Diz que o remédio inicial deu melhor resultado. Prescrito novamente o *Arsenicum album C 12*, em doses diárias até estabilização. Retorno seguinte em 4.2.81 (12 meses após consulta inicial), queixando-se que, após traumatismo dos pés em acidente de trânsito, passou a apresentar prurido intenso das extremidades inferiores, sem lesões evidentes, somente aliviado com água muito quente; melhora caminhando. Ansioso e agitado, toma calmante para dormir. Ao exame, regiões palmares um pouco espessadas; pés sem lesões ativas (Fig.65-d). Prescrito *Rhus toxicodendron C 6* em doses repetidas durante o dia, sob observação. Sem recursos tópicos. Após 5 dias, palmas melhoradas (Fig 65-e) e pés assintomáticos. Mantinha-se ótimo quando visto um mês depois.

Comentário Nos casos cronificados é comum a necessidade de adaptação de um novo *simillimum* após transcorridos alguns meses; o segundo medicamento é imprevisível. O retorno do doente pode ser motivado por nova queixa, cutânea ou não, totalizando novo conjunto sintomático, objetivo e subjetivo.

Eczema crônico. Simillimum: Sulfur.

CASO 66 Fem. 29a. Eczema crônico evoluindo há 1 ano, em distribuição generalizada, estando especialmente acometidas as mãos e a face Queilite. Em tratamento alopático ininterrupto, sem resultado. Reg. 0029 Obstipação crônica. Agravação geral pelo calor ambiente e local. Relapsa, desligada de problemas, sempre atrasada nos compromissos. Uricemia 5,9 mg. Glicemia 110 mg. Passado de sinusite e ancilostomose.

Exame Pele do dorso e palmas de ambas as mãos globalmente comprometidas. Superfícies palmares vermelhas, exsudativas, infiltradas, com numerosas pápulas e micro-pústulas, denotando processo inflamatório subjacente, e incapacitando a paciente para qualquer tipo de trabalho; quirodáctilos dolorosos ao menor movimento. Chama atenção a vermelhidão ao nível das junções muco-cutâneas (Fig.66-a). Face e tronco igualmente comprometidos. Placas eczematosas nas pregas antecubitais e poplíteas.

Diagnóstico nosológico: Eczema crônico, de natureza atópica.

Diagnóstico do *simillimum*: *Sulfur C 12*. Anti-sepsia local com água boricada a 1%.

Evolução Retorno no 14º dia. Pele normal, deixando entrever descamação residual e clareamento global da face (Fig.66-b) e das demais lesões do corpo. No 28º dia, apresentou episódio de edema e dor nas articulações dos pés, cotovelos e joelhos, tendo vivenciado igual episódio na adolescência. Sem lesões cutâneas.

Comentário O reaparecimento de sintomas antigos, já vivenciados pelo doente, caracteriza aspectos dos “fenômenos de cura de Hering”, indicando sempre excelente prognóstico. Nem todos pacientes manifestam o fenômeno.

Eczema numular. Simillimum: Causticum

CASO 67 Mas. 26a. médico. Eczema de dorso das mãos, pruriginoso, evoluindo há 2 anos, sob uso ininterrupto de corticóides tópicos. Teve eczema retroauricular aos 3 anos, enurese até os 5, amigdalectomia aos 6, sinusite desde os 18 e submeteu-se a cirurgia de nódulo tireoidiano (nódulo frio) aos 23 anos. Pessimista, deprimido, com melancolia ao entardecer; envolve-se com as desgraças alheias; sensível ao frio, com extremidades geladas. Resfriados fáceis; faringites recidivantes; obstipação. Sente-se bem, física e psiquicamente pelo tempo úmido, aliás a única condição que alivia o prurido de seu eczema.

Exame No dorso das mãos, lesões eczematosas, pouco exsudativas, com discretas gretas e pontos de sangramento (Fig.67-a). Concomitantes lesões características de eczema numular distribuídas nas coxas.

Diagnóstico nosológico: Eczema numular crônico, com dominância no dorso das mãos.

Diagnóstico do *simillimum*: *Causticum*, prescrito em C 30, durante 12 dias.

Evolução No 21º dia, evidente a grande melhora das lesões, calculada entre 40 a 60% (Fig.67-b). Retomada de *Causticum C 30* durante mais 15 dias.
No 70º dia, lesões numulares iniciais ausentes. Dorso de mãos sem lesões ativas (Fig.67-c). Prescrita dose única de *Causticum C 200*.
Paciente retornou depois de 6 meses quando, após exagerado contato com álcool iodado, apresentou lesões fissuradas no dorso dos quirodáctilos. Prescrito *Iodium C 200*, uma dose, com resultado imediato satisfatório.

Eczema numular crônico. Simillimum: Dulcamara decandra.

CASO 68 Fem. 23a. Estudante de letras (19.4.77). Queixa de eczema crônico disseminado evoluindo há 1 ano, tendo se iniciado pelo braço E; agravação pelo banho, contato da água, umidade e frio; portadora de amigdalite crônica, tendo tido surto agudo há 4 meses; tendência à obstipação, com evacuações insuficientes; usa anticoncepcional há 3 anos. Teve infecção renal há 1 ano por “coli” (sic). Em outro consultório homeopático fez uso de *Psorinum*, *Lycopodium*, *Calcarea carbonica* e *Natrum muriaticum*. Agitada, tensa, tende ao choro; agressiva, com impulso de atirar objetos, queixando-se de indefinível “falta de liberdade”.

Exame Algumas lesões numulares dispersas no tronco e braço E, de superfície plana eritêmato-descamativa, secas, bem delimitadas. Dorso das mãos ocupado por placas únicas, sem contornos precisos, superfície irregular eritematosa, apresentando pápulas exsudativas em meio de crostas de aspecto sérico. Alguns pontos de sangramento por traumatismo (Fig.68-a).

Diagnóstico nosológico: Eczema numular, com dominância de lesões no dorso das mãos.

Diagnóstico do *simillimum*: *Dulcamara decandra C 6*.

Evolução No 10º dia, processo em franca involução (Fig.68-b). Medicação mantida. Retorna após 4 meses (5.8.77) com erupções recidivantes pápulo-eritematosas, no dorso da mão D (Fig.68-c). Prescrita uma dose de *Dulcamara C 30*. Transcorridos mais 2 meses (11.10.77), mãos normais (Fig.68-d). Desapareceram todos resquícios das demais lesões, do tronco e braço E. Retorna 1 ano após consulta inicial por apresentar cervicite crônica, já diagnosticada e provida de resultados do teste de Schussler e biópsia. A pele mantinha-se íntegra. Prescrita 1 dose de *Dulcamara C 200*.

Eritema polimorfo crônico pós neoarsfenamina, mantido por derivados de pirazolona. Simillimum: Mercurius solubilis.

CASO 69 Mas. 63a., aposentado, ex-açougueiro. Em 30.03.79 descreve dermatoses generalizadas sucedendo-se, sem acalmia, há 33 anos, desencadeadas por injeções venosas de neoarsfenamina para lues, cuja dose total alcançou 7,5g; a reação cutânea inicial exigiu internamento hospitalar durante um ano e as várias biópsias levantaram hipóteses diversas, inclusive pênfigo foliáceo e psoríasis (sic); com melhora parcial, voltou a trabalhar; sob tratamento ininterrupto, sem jamais apresentar pele normal. Há 18 meses iniciou uso oral de betametasona na dose diária de 2,5 mg; apresenta crises frequentes de cefaléia desde os 20 anos de idade, estando habituado ao uso regular de compostos de pirazolona. Paciente robusto e estênico, ansioso e agitado, diz trabalhar em ocupações variadas, falando sem cessar sobre os compromissos assumidos; exigente e perfeccionista; anseia viajar; conhece muitos países; viaja sempre, a despeito das lesões bastante chamativas em áreas normalmente expostas. Hipersudorese profusa e fétida noturna, com prurido; hipersalivação contínua. Aftas frequentes.

Exame Lesões circinadas maculares eritemato-papulosas, confluindo em extensas placas de contornos mais ou menos nítidos, simétricas, com prurido noturno, em distribuição universal (Figs. 69-a, b, g-j).

Diagnósticos Diagnóstico *clínico*: eritema polimorfo prolongado ou crônico.
Diagnóstico *etiológico*: neoarsfenamina como desencadeante inicial. Derivados de pirazolona como prováveis fatores – de manutenção ou recidiva.
Diagnóstico *histopatológico* atual baseado em biópsia de lesão de antebraço D: “*Quadro compatível com dermatite crônica de tipo alérgico ou de contato*”.

Simillimum: *Mercurius solubilis* (mercúrio solúvel preparado por Hahnemann: nitrato neutro de protóxido de mercúrio dissolvido em água destilada e precipitado por solução de amônia), na trigésima dinamização centesimal (C 30) em doses diárias, com subtração gradativa da betametasona.

Evolução No 27º dia, lesões em regressão, com clareamento simultâneo do tronco e membros (Figs.69-c, 69-d); ainda em uso de 1 mg diário de betametasona; prescritas quatro doses de *Mercurius solubilis* em diluição C 200, com intervalos semanais; para a cefaléia, agora mais espaçada, *Bryonia alba C 6* como recurso episódico. Paciente não cooperativo.

No 3º mês, raras lesões remanescentes. Testes epicutâneos acusaram hipersensibilidade à pirazolona (+++); arseniato de sódio, gasolina, sulfato de níquel, bicloreto de mercúrio e violeta de genciana (++) ; parafenilenodiamina (+). Frente à instabilidade emocional do paciente e picos de hipertensão variáveis entre 150 a 200 mmHg foi prescrita *Ignatia amara C 12* como recurso episódico eventual. Repetida dose única de *Mercurius solubilis C 200*.

No 4º mês (126º dia de seguimento), paciente assintomático, eufórico, sem lesões cutâneas (Figs.69-e, 69-f), livre da cefaléia e com tensão arterial estabilizada. Prepara-se para prolongada viagem ao Canadá. Sem medicamento há quase um mês. Conduta expectante.
No 7º mês, assintomático. Sem medicamento.

Comentário O eritema polimorfo ou multiforme, habitualmente com duração de poucas semanas ou meses, apresentou-se neste paciente como processo cutâneo contínuo, cronificado, instigado pelo uso repetitivo da pirazolona; ainda que o início remoto da dermatose tenha sido provocado pela administração de neoarsfenamina, o conjunto sintomático atual encontrou na patogenesia de *Mercurius solubilis* as coincidências mais abrangentes. A manutenção do medicamento e a mudança de dinamização foram ditadas pela resposta individual.

Aspecto de interesse didático Frente à identidade conhecida do fator desencadeante inicial, os partidários da Isoterapia defenderiam a prescrição de *Arsenicum album*. Sabe-se que a Isoterapia se restringe ao domínio do alérgeno ou tóxico determinado. A história do paciente apresentado é rica em sintomas compatíveis com aqueles patogênicos próprios de *Mercurius solubilis*. O *simillimum* adequado vale para qualquer alérgeno atuante, presente ou passado, pois aciona no organismo um estado unitário de defesa. Ao médico homeopata, a prescrição de outro medicamento que não o *Mercurius solubilis*, constituiria falha lamentável.

GRUPO IV. Utilização terapêutica de propriedades farmacodinâmicas excepcionais, ou específicas, induzidas ao organismo. São apresentados exemplos de *Apis mellifica* na fotoproteção e resolução de edema, bem como da *Sulfanilamida e seus derivados*, também na fotoproteção e conseqüente atividade anticercatótica.

Ação fotoprotetora específica de Apis mellifera em ultradiluições hahnemannianas.

CASO 70 Reg. 5638 Fem. 35a. doméstica. Em 28.4.77 queixa de “alergia” evoluindo há 20 anos, em tratamento ininterrupto e intensivo nos últimos 2 anos, o qual inclui injeções de proteínas e de produto tri-hormonal para sintomas de menopausa. Passado de linfogranuloma venéreo, escabiose, aftas e hemorróidas. Intolerância ao calor. Comportamento apático, sem confiança no médico.

Exame Eritema e hiperpigmentação nas áreas expostas à luz: tórax superior, cabeça e antebraços. A face apresenta-se discreta e globalmente infiltrada (Fig.70-a).

Diagnóstico Dermatite por fotossensibilidade, tipo foto-alérgico.

Conduta *Apis mellifera C 30*, em doses diárias. Prescrição sob critério exclusivo da especificidade fotoprotetora.

Evolução No 34º dia, clareamento e desinfiltração evidente da face e colo, onde surgiram recentes erupções eritemato-papulosas na região medial (Fig.70-b). Orientação mantida. Em retorno após 3 meses (4.8.77), pele de aspecto normal (Fig.70-c). Sem prescrição. A paciente retorna 2 anos depois, estando ótima (Fig.70-d).

Comentário A grande melhora, completa e duradoura, surpreendeu pelo fato da prescrição do *Apis mellifera C 30* haver sido feita sob critério exclusivo da *especificidade fotoprotetora*. A intolerância ao calor e o pessimismo da paciente, embora comuns à patogenesia desse medicamento, não seriam suficientes para a qualificação de *simillimum*. Não houve interesse no tratamento do terreno, contentando-se a paciente com o excelente resultado em nível cutâneo que, segundo atestam as aparências traduzidas pelas fotos, transformou a sua vida.

Prescrição com base na propriedade específica de resolução de edemas constatada com *Apis mellifera*.

- CASO 71** Fem. 46a. Em 29.5.81 encaminhada por colega. Queixa principal de “inchaço” nas pernas. Reg. 7148 Referência de erisipela recidivante bilateral, em surtos repetidos cada 15-30 dias nos últimos 11 meses. Nas crises, a febre atinge 39°. Há 1 mês edema global dos membros inferiores, dificultando a deambulação. Sob tratamento alopático intensivo, sem melhora. Irritabilidade e desespero.
- Exame** Edema global de membros inferiores, em toda extensão. Pele rósea, luzidia, sensação de picadas e ardor, aliviada por aplicações frias (Fig.71-a). Peso 108 Kg. TA 150/80 mmHg.
- Diagnóstico** Leucoflegmasia. Elefantíase de membros inferiores por estase nos canais linfáticos, condicionada pelos freqüentes processos inflamatórios recorrentes e relacionados à erisipela.
- Conduta** *Apis mellifera C 30*, 2 vezes ao dia. Prescrição sob critério da especificidade resolutiva de edemas.
- Evolução** Ao ser reexaminada 2 dias depois, a paciente apresenta melhora geral e local, sendo mantido o mesmo esquema terapêutico. Volta em 23.6.81, isto é, no 25° dia após consulta inicial, queixando-se de diarréia aquosa e incontinência fecal pós-prandial; os membros inferiores apresentam aspecto normal (Fig.71-b) e a deambulação se efetua sem dificuldade. O quadro intestinal justifica a prescrição de *Aloe socotrina C 3*, repetida cada 3 horas, enquanto for necessário. Não houve outro retorno.
- Comentário** Exemplo de prescrição baseada na literatura homeopática, onde existem afirmações sobre a propriedade *específica* e excepcional do veneno de abelha na reabsorção de edemas inflamatórios. O conjunto de manifestações da doente, adulteradas pelos muitos fármacos alopáticos, assim como a acuidade da situação, não permitiram a identificação de um *simillimum*. Não fosse a ocorrência da crise diarréica, que forçou a paciente ao retorno, o sucesso terapêutico não teria sido documentado.

Prescrição com base na propriedade anti-actínica e anticeratósica de *Sulfanilamida C 30*.

- CASO 72** Fem. 83a. (21.9.79). Encaminhada por colega alopata para tratamento de hiperkeratose actínica. Reg. 6396 “Já operou mais de 20 epitelomas basocelulares nos antebraços” e um da face. Há 7 meses surto de erupções em face e antebraços, tendo sido medicada com *Rhus toxicodendron e Psorinum*. Passado de bronquite asmática.
- Exame** Lesões hiperkeratósicas, espessas, avermelhadas, de contornos irregulares e de variados tamanhos, densamente distribuídas nas áreas fotoexpostas (Fig.72-a).
- Diagnóstico** Hiperkeratose actínica. Ceratose senil. Fotossensibilidade.
- Conduta** *Sulfanilamida C 30*, doses diárias, sob critério exclusivo de fotoproteção. Sem recursos tópicos.
- Evolução** Retorno de controle no 17° dia: regressão generalizada das lesões (Fig.72-b). Conduta: manutenção do mesmo medicamento, até clareamento completo.

Comentário A propriedade fotoprotetora da *Sulfanilamida* foi constatada nos pacientes que receberam este fármaco por variadas razões e que desenvolveram reações cutâneas de contato, com repercussão à distância. A *sulfanilamida* em doses maciças é fotossensibilizante por si mesma. No paciente relatado não havia referência de uso desta droga.

Prescrição baseada na propriedade fotoprotetora da Sulfanilamida em ultradiluições hahnemannianas.

CASO 73 Fem.73a. Em 13.4.75 relata manchas no rosto, desde jovem. Fez muitas aplicações com ácido tricloroacético. Tensão arterial 220/100mmHg; tomando diversos medicamentos. Tem lombalgia, câimbras nas pernas e sonolência.
Reg. 5052

Exame Discreto eritema difuso nas áreas fotoexpostas. Lesões maculares avermelhadas, descamativas e polimorfas, densamente distribuídas na face (Fig.73-a). Chamam atenção as lesões hiperkeratóticas salientes das rebordas auriculares. Presentes alterações hipercrômicas nas pernas.

Diagnóstico Hiperkeratose actínica. Ceratose senil. Hipertensão arterial.

Conduta Estando a paciente em uso de vários medicamentos alopáticos de sustentação, recém prescritos, considerou-se conveniente mantê-los prescrevendo-se, para o problema cutâneo de fotossensibilidade, a *Sulfanilamida C 30*. A conduta obedeceu ao critério da especificidade fotoprotetora e, em consequência, da propriedade anti-ceratótica das doses imponderáveis deste mesmo fármaco.

Evolução Retorno após 2 meses (22.6.75), com melhora geral. Clareamento parcial evidente em todas áreas antes comprometidas. Remissão das formações hiperkeratóticas periauriculares (Fig.73-b). TA 200/120 mmHg. Conduta mantida.

Prescrição baseada na propriedade fotoprotetora da Sulfanilamida em ultradiluições hahnemannianas.

CASO 74 Mas. 52a. Em 27.5.80 está com diagnóstico de epiteloma basocelular do nariz, aguardando agendamento para cirurgia ampla. A lesão no nariz é atribuída à exposição prolongada ao sol.
Reg. 6713

Exame Dorso nasal apresenta lesão de 8mm de maior diâmetro, contornos irregulares, superfície recoberta por formações crostosas melicéricas. Eritema difuso na face (Fig.74-a). Pálpebras da direita apresentam também crostas melicéricas. Feita anamnese completa e detalhada que resultou em *Pulsatilla* como *simillimum*.

Diagnóstico Epiteloma basocelular (no aguardo de cirurgia).

Conduta Considerando a cirurgia iminente, no objetivo de propiciar melhores condições ao doente, foi optada a *Sulfanilamida C 30*, em doses diárias, ficando para etapa ulterior o emprego de *Pulsatilla*.

Evolução Paciente visto 2 meses depois, ainda no aguardo da cirurgia. Dorso do nariz apresenta lesões papulosas salientes, de superfície brilhante, distribuídas ao longo da linha média (Fig.74-b). Pálpebras D livres. Adotada *Pulsatilla* em doses diárias, como medicamento do terreno, sem a *Sulfanilamida*. Paciente retorna em 31.10.80, com cirurgia protelada pelo serviço cirúrgico. Ao exame, clareamento da face e pálpebras livres. Minúsculas pápulas distribuídas sobre a linha mediana do nariz (Fig.74-c). Sob observação da equipe cirúrgica.

Prescrição sob critério exclusivo da especificidade fotoprotetora das ultradiluições hahnemannianas de Sulfanilamida.

CASO 75 Fem. 73 a. Hiperkeratose e eczema pruriginoso nas áreas fotoexpostas, mais pronunciada na face e mãos, evoluindo há 5 anos, sob tratamento intensivo. Intertrigo crônico nas virilhas e sulcos submamários. Há 1 ano fez biópsia de lesão de antebraço, tendo havido suspeita de linfoma (sic). Paciente muito nervosa, agitada (sempre foi) e calorenta. As lesões pioram pelo banho e calor.
Reg. 5728

Exame A pele das regiões fotoexpostas, em especial a face e mãos, apresenta-se espessada e infiltrada, estando recoberta por lesões isoladas ou confluentes formando placas constituídas de pápulas e máculas irregulares de cor vinhosa. De permeio, áreas de descamação furfurácea, formações ceratóticas, fissuras e sangramentos por coçagem (Figs.75-a, 75-b).

Diagnóstico Ceratose actínica avançada. Eczema crônico. Fotossensibilidade.

Conduta *Sulfanilamida C 30* em doses diárias. Enquanto necessário, pasta d'água tópica, para alívio do prurido e água boricada sobre as áreas de intertrigo.

Evolução Retorno no 12º dia. Importante modificação lesional, estando as superfícies inicialmente comprometidas, recobertas por material esbranquiçado de descamação. Chama atenção o aspecto uniforme da dermatose e o desaparecimento das zonas de sangramento (Fig.75-c); persiste o prurido; mantida *Sulfanilamida* em doses diárias.
No 60º dia: ausência de lesões ativas e de formações ceratóticas. Na face, presentes alterações hipercrômicas, de superfície lisa. As lesões das extremidades foram reduzidas a discreto eritema, com pele de aspecto íntegro (Fig. 76-d, 76-e). Paciente eufórica. Sem intertrigo. Sem prurido. Prescritas doses semanais de *Sulfanilamida C 30*, nos próximos dois meses.

PARTE III

DOCUMENTAÇÃO FOTOGRAFICA

Atenção:

As figuras guardam a mesma sequência das Sinopses Clínicas, conforme Tabelas das páginas 194, 195 e 196.

**Relação das Sinopses clínicas e referência às figuras correspondentes,
na ordem de seqüência.**

I. Situações clínicas de correlação de identidade do alérgeno: Isoterapia.

Ordem	Registro	Sexo e Idade	Diagnóstico clínico. Fator desencadeante.	Sede principal	Medicamento	Observação.
01	3195	F 68	Hipersensibilidade ao cloro.	Cabeça, colo, memb.inf.	Chlorum	Detergentes.
02	3592	F 08	Reação cutânea ao cloro.	Mãos.	Chlorum	Piscina.
03	5286	F 36	Eczema crônico desencadeado pelo cloro.	Mãos.	Chlorum	Produtos clorados.
04	6500	M 26	Disidrose pustulosa eczematizada.	Mãos	Chlorum	Professor de natação.
05	5754	M 38	Dermatite de contato a calçados.	Pés.	Kali bi.	Couro. Cromados.
06	7438	F 49	Dermatite de contato a calçados.	Pés.	Kali bi.	Couro.
07	7353	F 26	Eczema crônico.	Mãos.	Kali bi.	Cromados.
08	5973	F 44	Eczema crônico. Fotossensibilidade.	Generalizado.	Kali bi.	Couro.
09	4913	F 20	Dermatite de contato ao couro.	Pés.	Extemporâneo. Isoter.	Couro.
10	6776	F 26	Eczema crônico.	Mãos.	Kali bi.	Detergentes.
11	6293	M 33	Dermatite de contato à armação de óculos. Positividade ao dicromato e ao níquel.	Pálpebras.	Niccolum Kali bi.	Armação de óculos.
12	3400	F 48	Reação de contato ao acrílico	Face.	Petroleum	Armação de óculos
13	5058	F 31	Reação a sandálias havaianas.	Pés.	Petroleum	Plástico.
14	5604	F 31	Reação a sandálias havaianas.	Pés.	Petroleum	Plástico
15	5074	M 60	Líquen rubro plano.	Antebraços.	Petroleum	Lubrificantes.
16	6958	M 34	Reação à gasolina. Fotossensibilidade.	Antebraços.	Petroleum	Posto de gasolina.
17	5676	F 28	Intolerância à poeira contendo resíduos plásticos.	Cabeça.	Petroleum	Indústria.
18	7527	F 17	Foliculite disseminada, por contato ao náilon.	Membros inferiores.	Petroleum	Meias-calça.
19	5152	F 19	Hipersensibilidade à bijuteria e botões niquelados.	Orelhas. Abdômen.	Niccolum	Brincos. Botões de calças "Jeans".
20	6264	F 05	Dermatite de contato eczematizada, provocada por produto niquelado.	Mãos.	Niccolum	Bijuteria.
21	5569	M 58	Dermatite de contato a metal. Eczema crônico generalizado em acalmia.	Colo.	Niccolum	Corrente metálica niquelada.
22	7691	M 09	Eczema agudo de mão desencadeado por argila.	Mãos.	Alumina silicata	Arte de moldagem.
23	5632	F 55	Hipersensibilidade ao iodo.	Perioral.	Iodum	Xarope para tosse.
24	7066	F 33	Reação ao sulfato ferroso, com fotossensibilidade.	Áreas foto-expostas.	Ferrum metallicum	Sulfato ferroso em comprimidos.
25	5696	F 19	Reação à distância, a produto formolado.	Colo.	Formol	Desodorante.
26	5498	F 36	Reação a produtos formolados	Generalizada.	Formol	Achado de teste.
27	6390	F 56	Eczema de contato, desencadeado por tintura de cabelos.	Bordas couro cabeludo.	Argentum nitricum	Alérgeno provável, o nitrato de prata.
28	5055	M 27	Eczema recidivante de mãos, desencadeado por giz escolar.	Quirodáctilos.	Calcarea ostrearum	Professor secundário.
29	7032	F 09	Reação aguda a produto mercurial.	Face. Mãos	Mercurius solubilis	Anti-séptico local. Timerosal.
30	7308	F 37	Verrugas impetiginizadas de mão, complicadas por uso tópico de mertiolato.	Mão E	Mercurius solubilis	Anti-séptico local. Timerosal.
31	7077	M 68	Dermatose crônica provocada pela árvore canela.	Mãos.	Cinnamomum ceylanicum	Trabalhador em corte de árvores.
32	4923	M 30	Reação de contato à hidrocortisona. Fotossensibilidade.	Tórax e braços.	Cortisone	Spray hidrocortisonico.

33	6909	M 60	Reação a produto cortisonico local, com eczematização.	Membros inferiores.	Cortisone	Spray hidrocortisonico.
34	5138	F 48	Urticária crônica. Edema palpebral. Uso enteral prolongado de betametasona.	Generalizada. Pálpebras.	Betameta-sona	Tratamento sintomático.
35	5856	F 39	Dermatite de contato ao esmalte de unhas.	Face. Colo.	Esmalte.	Profissão manicura.
36	6446	F 43	Eczema de mão atribuído a esmalte de unhas.	Mão D.	Esmalte	Base em informação. Poluição ambiental.
37	4949	F 63	Farmacodermia aguda desencadeada por pomada sulfanilamídica. Úlcera crônica de perna. Erisipela em resolução.	Membros inferiores. Face. Orelhas.	Sulfanil-amida	Tratamento local de úlcera de perna.
38	5879	M 51	Úlcera crônica de estase. Varizes. Epitelioma baso celular de face.	Perna D. Nariz.	Sulfanil-amida	Tratamento de úlcera de perna.
39	6405	M 61	Reação medicamentosa generalizada.	Face, dorso, antebraços, pernas.	Sulfameto-xazol (provável)	Intoxicação grave por peixe. Muitas drogas em uso.
40	6916	M 50	Eczema de extremidades.	Pernas.	Clorpro-mazina.	Tratamento de diabete.
41	6401	M 53	Dermatofitose em placas.	Coxa D.	Trichophy-ton rubrum	Auto-nosódio. Isoterápico.
42	6340	F 41	Dermatofitose.	Hemiface D.	Trichophy-ton rubrum	Auto-nosódio. Isoterápico.
43	5278	M 39	Candidose cutânea crônica, em placa.	Região supra-maleolar D.	Candida albicans	Auto-nosódio. Isoterápico.
44	4056	F 17	Candidose crônica.	Orofaringe.	Candida albicans	Auto-nosódio. Isoterápico.
45	3135	F 65	Onicomicose.	Polegares.	Fungos contami-nantes	Auto-nosódio. Isoterápico.
46	5350	M 34	Ginecomastia por inalação de valerinato de estradiol.	Mamas.	Folliculi-num	Isoterapia. Sarcódio de estoque.
47	5441	F 11	Psoríase.	Generalizado.	-	Hemoterapia.

II - Reações a drogas. Dermatites de contato. Situações de condicionamento à semelhança.

Correlações de semelhança: a) total (Homeopatia) ou b) parcial (Similterapia), entre as manifestações do paciente e um dos quadros farmacodinâmicos experimentais ou patogenias que compõem a Matéria Médica Homeopática.

Ordem	Registro	Sexo e Idade	Diagnóstico nosológico.	Sede das lesões	Fator desencadeante	Medicamento	Procedimento
48	5464	F 23	Reação urticariforme por contato.	Braço.	Mercúrio	Apis mell.	Homeop.
49	7688	F 28	Eczema de contato cronificado.	Mãos e punhos.	Mercúrio	Lycop.	Homeop.
50	5735	F 28	Vascularite necrotizante.	Memb. inf.	Pirazolona	Merc.sol.	Homeop.
51	6114	F 28	Edema pós picada de inseto.	Pálpebras.	Formiga	Apis mell.	Similter.
52	7298	F 56	Reação a drogas hospitalares. Fotossensibilidade.	Face. Áreas expostas.	Não identificado	Apis mell.	Homeop.
53	5515	F 46	Fitofotodermatose.	Mão.	Limão Tahiti	Cantharis	Similter.
54	3081	F 55	Reação tóxica.	Generalizada	Tetraciclina	Antim. crud.	Homeop.
55	7547	M 05	Reação de contato.	Nádegas Memb. inf.	Roupa de náilon	Lachesis trigonoc.	Homeop.
56	4885	F 61	Reação de contato.	Couro cabeludo.	Componente de tintura.	Argent. nitr.	Homeop.

III - Situações de dermatite atópica e de eczema, em crianças e adultos. Tratamento condicionado à correlação de semelhança entre o conjunto global dos sintomas do doente e determinada patogenesia, independente do alérgeno causal.

a) Crianças.

Ordem	Registro	Sexo e Idade	Diagnóstico nosológico.	Sede	Fator desencadeante	Medicamento	Procedimento
57	4415	F 3 meses	Eczema infantil.	Generalizado.	Atopia	Calc. ostr.	Homeop.
58	6241	M 7 meses	Eczema infantil.	Generalizado.	Atopia	Calc. ostr.	Homeop.
59	6914	M 1 a.	Eczema infantil.	Generalizado.	Atopia	Graph.	Homeop.
60	7293	F 2 a. 9 meses	Eczema infantil.	Face. Pregas cutâneas.	Atopia	Dulcam.	Homeop.
61	7244	M 5 a..	Dermatite atópica.	Generalizado.	Atopia	Pulsat.	Homeop.
62	6511	F 2 a. 10 meses	Dermatite atópica.	Face. Extremidades.	Atopia	Ars. alb.	Homeop.

b) Adultos.

Ordem	Registro	Sexo e Idade	Diagnóstico nosológico.	Sede	Fator desencadeante	Medicamento	Procedimento
63	7236	F 27	Eczema numular crônico.	Antebraços.	Não identificado.	Sulfur	Homeop.
64	5409	F 53	Eczema numular crônico.	Generalizado.	Não identificado.	Natr. sulf.	Homeop.
65	6491	M 75	Eczema crônico.	Extremidades.	Não identificado.	Ars. alb.	Homeop.
66	0029	F 29	Eczema crônico.	Mãos.	Não identificado.	Sulfur	Homeop.
67	6732	M 26	Eczema crônico.	Mãos.	Não identificado.	Caustic.	Homeop.
68	5635	F 23	Eczema numular.	Generalizado.	Não identificado.	Dulcam.	Homeop.
69	6217	M 63	Eritema polimorfo crônico.	Generalizado.	Neoarsfenamida	Merc. sol.	Homeop.

IV – Situações de aproveitamento das propriedades farmacodinâmicas específicas excepcionais, através de ultradiluições hahnemannianas.

Ordem	Registro	Sexo e Idade	Diagnóstico nosológico.	Sede	Fator causal	Medicamento
70	5638	F 35	Fotossensibilidade.	Face	Luz solar.	Apis mellifera C 12
71	7148	F 46	Leucoflegmasia. Elefantíase de membros inferiores.	Pernas	Erisipelas repetidas.	Apis mellifera C 30
72	6396	M 83	Ceratose senil. Hiperceratose actínica. Fotossensibilidade.	Antebraços. Face.	Luz solar. Idade.	Sulfanilamida C 30
73	5052	F 73	Ceratose senil. Hiperceratose actínica. Hipertensão arterial.	Hemiface D	Luz solar. Idade.	Sulfanilamida C 30
74	6713	M 52	Epitelioma basocelular.	Nariz	Luz solar como agravante.	Sulfanilamida C 30 → <i>simillimum Pulsatilla</i>
75	5728	F 73	Ceratose actínica avançada. Fotossensibilidade. Eczema crônico.	Cabeça. Mãos	Luz solar. Prováveis alérgenos	Sulfanilamida C 30

I - Reações a drogas. Dermatites de contato. Condicionamento ao fator causal. Isoterapia.



Fig.01-a. Hipersensibilidade ao cloro. Aspecto inicial de antebraços e face, com dominância de lesões maculares infiltradas, de tonalidade vermelho-escuro. Prescrito *Chlorum C 30*.



Fig.01-c. Reação cutânea ao cloro. Aspecto no 3º dia de uso de *Chlorum C 30*. Clareamento parcial das lesões. Paciente sem queixas.



Fig.01-e. Aspecto no 11º dia em portadora de reação ao cloro, com uso diário de *Chlorum C 30*. Antebraços com discreto eritema residual. Algumas escoriações antigas em processo resolutivo.



Fig.01-b. Hipersensibilidade ao cloro. Aspecto aproximado da face, com visível dominância de lesões infiltradas eritematosas nas regiões orbitais.



Fig.01-d. Detalhes do rosto no 3º dia de tratamento. Regressão acentuada do quadro inicial. Mantido mesmo medicamento em doses diárias.



Fig.01-f. Aspecto da face no 11º dia após iniciado *Chlorum C 30*. Ausência de lesões ativas. Conduta expectrante.



Fig.02-a. Eritema palmar fixo. Reação ao cloro. Regiões palmares de aspecto apergaminhado, apresentam alterações maculares esparsas de limites imprecisos. Rubor de quirodáctilos e sinais de fissuramento transversal. Prescrito *Chlorum C 200* em dose única.



Fig.02-b. Aspecto no 7º dia após *Chlorum C 200*. Vestígios de fissuramento nos primeiros quirodáctilos direitos. Conduta expectante. Paciente sem alterações no 40º dia. Hábitos conservados.



Fig.03-a. Dermatite de contato eczematizada devida ao cloro (produtos de limpeza). Na região dorsal da mão D, punho e dedos, discreto eritema e lesões disseminadas eritemato-papulosas, sinais de erosão e exsudato. Região palmar E livre. Punho E com lesão única, de superfície apergaminhada, margens irregulares descontínuas alternando com segmentos demarcados por pápulas eritematosas ativas.



Fig.03-b. No 25º dia após iniciado *Chlorum C 30*, mãos sem lesões ativas, superfície lisa, brilhante, com áreas eritematosas remanescentes. Chama atenção o aspecto atrófico residual da lesão do punho.



Fig.04-a. Disidrose eczematizada pustulosa provocada por cloro, em professor de natação. Regiões palmares acometidas por lesões aglomeradas preferencialmente na região tenar D, mediana E, e base dos quirodáctilos. Prescrito *Chlorum C 30*.



Fig.04-b. Disidrose palmar atribuída ao cloro. Aspecto após decorridos 3 meses desde a primeira consulta. Sem resposta ao *Chlorum C 30*, o paciente reagiu ao *Chlorum C 200* e estava normal no 35º dia. Ficou sem tratamento por longo intervalo, até a recente recidiva por reexposição abusiva ao cloro. Mesmo assim, o aspecto mostrava-se vantajoso, sem comparado àquele inicial sob influência cortisonica.



Fig.05-a. Dermatite eczematizada por contato ao couro (calçados). Dorso dos pés e pododáctilos comprometidos, com lesões papulosas, secretantes e exulceradas. *Kali bichromicum C 30*. (17.02.78)



Fig.05-b. Reação ao couro. Aspecto no 2º mês de seguimento. Persistem raras e discretas lesões no dorso do pé E; cicatrizes residuais. Prescrito *Kali bichromicum C 200*, em 4 doses quinzenais. (12.04.78)



Fig.05-c. Reação cutânea ao couro, no 7º mês após iniciado *Kali bichromicum*. Pés sem anormalidades. Em uso de mesmos calçados responsáveis pela reação cronicada. (18.09.78)



Fig.06-a. Dermate de contato a calçados evoluindo há 5 anos. Regiões distais dos pés recobertas por placas espessadas, irregulares, de limites imprecisos, constituídas por lesões eczematizadas exsudativas, multiformes, em diferentes estádios evolutivos. Prescrito *Kali bichromicum C 12*.



Fig.06-b. Reação ao couro. Ausência de lesões ativas, 4 meses após receber *Kali bichromicum C 12*. Sem tratamento no intervalo. Em uso de calçados similares, de couro.

Fig.07-a. Reação ao cromo. Eczema de mãos evoluindo há 15 anos, desencadeado pelo uso de anéis cromados. Aspecto anterior ao *Kali bichromicum C 12*. Palmas eritematosas e descamativas secas. Quirodáctilos secos, eritematosos, com erupções pápulo-vesiculosas.



Fig.07-b. Aspecto no 20º dia de uso de *Kali bichromicum C 12*. Intensificação global das lesões iniciais, tornadas exsudativas e de cor eritemato-violácea. Palmas com eritema reticulado. Quadro caracterizando agravação isoterápica. Conduta expectante.



Fig.07-c. Mesma paciente 9 meses após consulta inicial. Mãos livres de alterações. Tolerância qualquer bijuteria.





Fig.08-a. Eczema crônico generalizado, iniciado por reação a calçados de couro. Aspecto de face e colo. Lesões exsudativas e sangrantes sobre base eritematosa infiltrada e sobre áreas secas de abundante descamação. Visibilidade prejudicada pelo edema orbitário. Prescrito *Kali bichromicum C 12*.



Fig.08-b. No 17º dia, clareamento da face e ausência de edema orbitário. Enquanto o colo e região torácica anterior apresentam melhora, destacam-se numerosas lesões eczematosas ativas, exulceradas, sero-sangüinolentas, dispersas na periferia e além das bordas da área comprometida mediana. Exemplo de metamorfose e discrepância reacional. *Kali bichromicum C 30*.



Fig.08-c. Após 2 meses, regressão satisfatória. Hiperpigmentação e erupções residuais. Prescrito *Kali bichromicum C 200*, em 5 doses, semanais.



Fig.08-d. No 5º mês, recidiva parcial, com lesões no colo. Queixas menstruais e cefaléia. Prescrita *Calcarea sulfurica* como *simillimum* atualizado.



Fig.08-e. Transcorridos 14 meses, ausência de problemas cutâneos. Cefaléia pré-menstrual. Prescrita *Nux vomica C 12*, como *simillimum*.

Fig.08-f. Em retorno 1 ano e 5 meses após a consulta inicial, paciente mantinha-se livre de problemas cutâneos.



Fig.09-a. Dermatite de contato a calçados, evoluindo há 4 anos. Regiões distais dos pés comprometidas por edema discreto, eritema difuso e lesões dispersas, antigas e recentes, pápulo-vesículo-exsudativas e pruriginosas. Evidente a coincidência de área de contato. Planejado medicamento isoterápico, de *preparação extemporânea*, a partir de fragmentos do produto industrializado – o couro do calçado – responsável pela reação cutânea atual. (*Isoterápico*)



Fig.09-b. Aspecto satisfatório dos pés, depois de 6 meses, apesar do uso de variados tipos de calçados de couro. Retorno devido a queixas menstruais. Prescrito *Natrum muriaticum*. (*Simillimum*)



Fig.09-c. No 15º mês, ausentes os problemas iniciais das extremidades inferiores. Conduta expectante. Três anos após consulta inicial, paciente retorna referindo recente “alergia” discreta ao náilon. Prescrito *Lycopodium C 12*, sob critério da semelhança binária das totalidades sintomáticas. (*Simillimum* atualizado)



Fig.10-a. Eczema de mãos atribuído a detergentes, evoluindo há 8 anos, antes de receber *Kali bichromicum*. Pele da mão D seca, descamativa e fissuras reticuladas. Mão E menos comprometida, apresenta alterações semelhantes.



Fig.10-b. Eczema crônico de mãos visto no 18º dia após iniciado *Kali bichromicum*. Regressão satisfatória do processo eczematoso, tornado assintomático. Programada continuidade do medicamento durante mais 10 dias.



Fig.10-c. Mesma paciente, vista no 7º mês. Apresenta mãos normais. Não houve mudança de hábitos nem tratamento complementar.



Fig.11-a. Dermatite de contato a óculos de aro metálico, evoluindo há 6 meses. Prescrito *Niccolum C 30* com base na positividade (++) das epidermorreações.



Fig.11-b. Reação de hipersensibilidade à armação metálica de óculos. Aspecto no 45º dia, sem resultado satisfatório. Adotado o segundo alérgeno destacado na lista das positivities, o dicromato de potássio (+), prescrito sob forma de *Kali bichromicum C 12*, em doses diárias de 6 gotas.



Fig.11-c. Aspecto no 44º dia após iniciado *Kali bichromicum C 12*. Ausência de atividade inflamatória. Discreta hiperpigmentação residual difusa. Sem medicamento específico.



Fig.11-d. Paciente visto no 8º mês após consulta inicial. Sente-se ótimo. Usa os mesmos óculos. Sem outro tratamento no intervalo.



Fig.12-a. História progressiva de reação a óculos de acrílico. Epidermorreação de contato positiva a esparadrapo anti-alérgico, em cuja composição consta a resina acrílica. Na leitura do teste, sinais inflamatórios ao nível de todas áreas de contato. Notar a negatividade ao esparadrapo comum. Prescritas doses diárias de *Petroleum C 30*.



Fig.12-b. No 47º dia, a prova de controle ao esparadrapo anti-alérgico tornou-se negativa. Paciente sem medicação.



Fig.12-c. 103º dia. Feitura de nova prova de contato ao esparadrapo anti-alérgico, que persiste negativa.

Fig.12-d. A leitura do teste ao esparadrapo anti-alérgico, feito no 103º dia de seguimento, é negativa. Paciente sem medicação há 80 dias, em uso de acrílico (lente e aros).



Fig.13-a. Dermatite de contato a sandálias havaianas. Forma eczematizada e pustulosa. Aspecto inicial. Prescritas doses diárias de *Petroleum C 30*.



Fig.13-b. No 3º dia após *Petroleum C 30*, evidente o processo regressivo das lesões.



Fig.13-c. No 6º dia após *Petroleum C 30*. Prossegue redução da dermatose inicial. Por circunstâncias sociais, mantido o uso das sandálias alergizantes.



Fig.13-d. No 9º dia de seguimento, restam lesões residuais em cicatrização. Alta, sem medicamento. Hábitos mantidos.





Fig.14-a. Dermatite de contato a sandálias havaianas, evoluindo há 4 anos, sob tratamento com corticóides locais. Prescrito *Petroleum C 30*.



Fig.14-b. Dermatite de contato a sandálias plásticas no 7º dia de *Petroleum C 30*. Processo reduzido à descamação residual em torno dos interdígitos do hálux e 4º pododáctilo. Conduta expectante.



Fig.15-a. Líquen rubro plano, como provável doença profissional. Poluentes aéreos derivados de petróleo. Antebraço E encoberto por placa única constituída por erupções eritemato-pápulo-vesiculosas. *Petroleum C 30*.

Fig.15-b. Aspecto de líquen rubro plano no 8º dia de vigência de *Petroleum C 30*. Conduta expectante. Continuava bem ao ser visto 4 meses depois.





Fig.16-a. Dermatite crônica de contato à gasolina. Antebraços e braços com eritema, infiltração, lesões pápulo-exsudativas e exulcerações. Crostas sero-hemáticas nas áreas comprometidas. Prescrito *Petroleum C 30*.



Fig.16-b. No 15º dia, ausência de lesões ativas. Paciente bem. Conduta expectante, sem medicamento. Permanência no emprego.



Fig.17-a. Reação a ambiente poluído por material plástico, durando 1 ano. Eritema facial. Edema palpebral discreto, eritema violáceo, descamação e prurido. *Petroleum C 30*.



Fig.17-b. Regiões orbitárias de aspecto normal em portador hipersensível a poluentes plásticos, 2 meses após *Petroleum C 30*.



Fig.18-a. Foliculite e reação ao náilon (meias-calças). Nas coxas, foliculite e formações maculares, polimorfas e confluentes, de cor variável - do vermelho ao púrpura-violáceo. Prescrito *Petroleum C 30*.



Fig.18-b. Foliculite a derivado do petróleo, vista no 11º dia de vigência de *Petroleum C 30*, sem atividade. Após 3 meses, sobrevieram erupções poplíteas eczematosas, atribuídas ao uso de gel vaginal, solucionadas pelo *simillimum Rhus toxicodendron*.



Fig.19-a. Reação ao níquel. Aspecto inicial. Lóbulo auricular D ocupado por placa irregular eritematosa infiltrada. Descamação furfurácea em torno do meato. *Niccolim C 30*.



Fig.19-b. Reação ao níquel. Aspecto inicial. Na região supra-umbilical, lesões agrupadas, de tamanhos e contornos variados, representando estágios evolutivos diferentes de um mesmo processo inicial. Evidente o contato direto entre pele e botões níquelados.



Fig.19-c. Reação ao níquel. Pavilhão auricular D no 7º dia de vigência de *Niccolim C 30*. Eritema circunscrito substituindo a lesão inicial.



Fig.19-d. Reação ao níquel, no 7º dia de tratamento. Ausentes as lesões supra-umbilicais. Mantido *Niccolim C 30*.



Fig.19-e. Aspecto normal de pavilhão auricular no 23º dia de seguimento. Ausência de atividade inflamatória. Cicatrizes residuais.



Fig.20-a. Dermatite de contato a bijuteria níquelada (anéis), em criança de 5 anos, evoluindo há 1 ano. Alterações eczematizadas de dorso de mão D junto à inserção dos dedos mínimo, anular e médio. Pápulas eritematosas, descamação e prurido. Distrofia ungueal e comprometimento cutâneo adjacente, no dedo anular. Prescrito *Niccollum C 30*.



Fig.20-b. Reação de contato ao níquel. Pele normal no 14º dia de emprego de *Niccollum C 30*.



Fig 21-a. (18.01.77) Dermatite eczematizada de contato a corrente metálica níquelada, de pescoço, em antigo portador de eczema crônico. Lesões em variados estágios evolutivos; destacando-se formações eritemato-pápulo-vesiculosas, isoladas ou grupadas. Hiperchromia em áreas fotoexpostas. Prescrito *Niccollum C 30*.

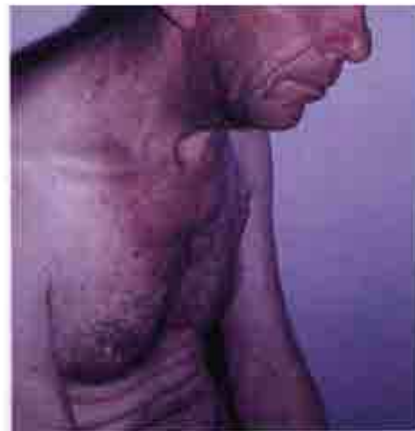


Fig.21-b. (4.02.77) Reação ao níquel. No 17º dia, tórax e pescoço, de aspecto normal, mostram regressão da dermatose que motivou a consulta inicial. Prescrito *Sulfur C 6*, como *simillimum*.



Fig.21-c. (4. 02.77) No 17º dia, aspecto lateral E do tronco e membros mostrando reativação de eczema crônico antigo, cujas lesões mantiveram-se escassas e assintomáticas durante os 3 anos de atividade da dermatite de contato superveniente. Lesões dispersas pelo corpo, irregulares, isoladas e confluentes, ativas, pruriginosas e escoriadas. Prescrito *Sulfur C 6*. Paciente ótimo 3 meses depois.



Fig.22-a. Dermatite de contato à argila, em criança de 5 anos, evoluindo há 1 ano. Mãos globalmente comprometidas na região palmar e dorsal, com discreto infiltrado, superfície eritemato-violácea, pápulas, vesículas exsudativas e exulcerações sangrantes. Prescrita *Alumina silicata C 30*. (5.11.82)

Fig.22-b. Reação à argila. Aspecto no 12º dia. Regressão da maioria das lesões desde os primeiros dias de vigência de *Alumina silicata*. Ainda persiste atividade na região hipotenar e últimas falanges. Medicamento mantido. (18.11.82)

Fig.22-c. Dermatite crônica de contato à argila, 52 dias depois de iniciada *Alumina silicata C 30*. Resta discreta descamação residual. Criança manteve suas atividades no decurso de todo período. (27.12.82)



Fig.23-a. Dermatose crônica perioral em portadora de hipersensibilidade ao iodo (ingerido sob forma de xarope), evoluindo há 4 anos. Placa infiltrada eritematosa e descamativa ocupando o mento, a região perioral e base do nariz. Prescritas doses diárias de *Iodum C 30*.



Fig.23-b. Reação a xaropes iodados, no 14º dia sob influência de *Iodum C 30*. Placa inicial reduzida, de contornos imprecisos. Mantido *Iodum C 30* em doses semanais.



Fig.23-c. Dermatose perioral de 4 anos de duração, desencadeada por produtos iodados. Aspecto no 3º mês após *Iodum C 30*.



Fig.24-a. Reação cutânea após injeção de ferro em doses elevadas, sob forma de comprimidos. Colo e região torácica superior mostra conglomerado compacto de lesões polimorfas, placas eritematosas, acrômicas e lesões melanóticas em diferentes graus de tonalidade. Na face, algumas formações eritemato-papulosas discretas. Prescrito *Ferrum metallicum C 30*.



Fig.24-b. Sensibilização ao ferro, no 7º dia com *Ferrum metallicum C 30*. O aspecto lembra agravação pós *simillimum*. Eritema discreto generalizado. Lesões eritemato-papulosas recentes na região mandibular, e outras lenticulares escuras aglomeradas em torno do pescoço. Metamorfose das lesões iniciais. Evidente a exacerbação facial. Prescritas 3 doses de *Ferrum metallicum C 200*, em intervalos semanais.



Fig.24-c. Aspecto no 32º dia de portadora de reação a composto ferroso. Clareamento global após uso de *Ferrum metallicum C 200*. Destaca-se o clareamento da face.



Fig.25-a. Reação ao formol, distante das áreas de contato (axilas). Região lateral do pescoço ocupada por lesões planas eritemato-acastanhadas e reticuladas. Região interna superior do braço E apresenta placa eritemato-pápulo-vesiculosa. Axilas, sede de prurido intenso, sem alterações importantes. Conduta: *Formol C 30*.



Fig.25-b. Aspecto no 23º dia após iniciado *Formol C 30*. Desaparecimento imediato do prurido. Presença de uma única mácula eritematosa no trajeto da prega infra-mandibular D. Outras alterações cutâneas ausentes. Antebraço normal. Discreto eritema ao longo das pregas axilares.



Fig.26-a. Reação cutânea generalizada ao formol. Presentes eritema e pápulas em distribuição densa e simétrica, com intenso prurido.



Fig.26-b. Erupção generalizada, em involução, vista no 27º dia sob influência do *Formol C 30*. Ausência de prurido.



Fig.26-c. Reação ao formol no 38º dia após iniciado *Formol C 30*. Clareamento total. Sintomas ausentes.

Fig.27-a. Reação a tintura de cabelos, evoluindo há 3 anos. Provável alérgeno: nitrato de prata. Dermatose pruriginosa reativada pela repetição da tintura. Comprometimento ao nível de inserção dos cabelos, sobre pele alterada por processos inflamatórios pregressos. Presença de eritema local e lesões em diferentes estágios: pápulas, vesículas e escoriações. Borda auricular comprometida. Prescrito *Argentum nitricum C 30*.



Fig.27-b. Dermatite de contato a tintura de cabelos, no 15º dia sob uso de *Argentum nitricum C 30*. Regressão completa da dermatose.



Fig.28-a. Eczema de quirodáctilos devido ao giz, em professor secundário. Eritema local, lesões pápulo-vésico-exsudativas e pustulosas, predominantes no dorso das últimas falanges. Prescrito *Sulfur iodatum C 30*.



Fig.28-b. Reação ao giz escolar, sem resposta ao *Sulfur iodatum*. No 8º dia, sob critério isoterápico, prescrita *Calcareea ostrearum C 200*, 5 doses, semanais. Resposta imediata. Na figura, aspecto normal, 2 meses após a segunda prescrição.



Fig.29-a. Reação aguda de contato a produto mercurial. Edema e rubor das regiões infra-orbitais e zigomática D, com vesículas exsudativas e dolorosas. Nos quirodáctilos, erupções e tendência ao fissuramento. (20.2.81)

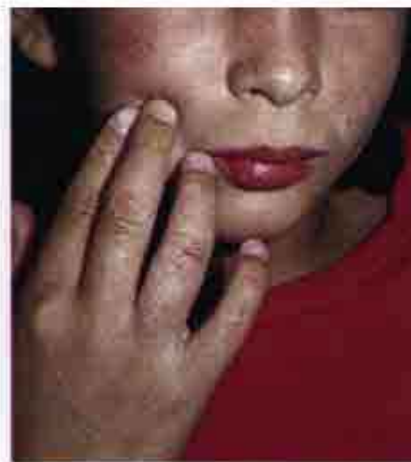


Fig.29-c. Reação de contato ao mercúrio, no 4º dia de uso de *Mercurius solubilis C 30*. Na face, discreta placa residual; nos quirodáctilos ausência de atividade inflamatória. Abundante descamação. (24.2.81)



Fig.29-b. Plantas esboçando fissuras reticuladas, assintomáticas, não relevadas no tratamento atual. Algumas lesões disidróticas nos recôncavos plantares. (20.2.81)



Fig.29-d. Regiões plantares surpreendem pela modificação favorável das fissuras. As erupções disidróticas desapareceram. (24.2.81)

Fig.30-a. Reação a produto mercurial, em portadora de verrugas disseminadas na mão E, evoluindo há 4 meses. No dedo médio, aglomerado de lesões pápulo pustulosas e verrucosas; duas lesões salientes na extremidade do dedo indicador. Prescrito *Mercurius solubilis* C 30. A área de cor castanha deve-se ao uso tópico recente de solução iodada.



Fig.30-b. No 8º dia, evidente metamorfose lesional. Ausência de processo pustuloso. As formações verrucosas se avolumaram, expandiram e coalesceram.



Fig.30-c. No 20º dia com *Mercurius solubilis*. Nítidas as formações escavadas, crateriformes, deixadas pelo desprendimento simultâneo das verrugas.





Fig.31-a. Reação à madeira canela. Palma D hiperkeratósica e espessada, com múltiplas fissuras e esgarçamentos traumáticos; fundo de aspecto cruento e pontos hemorrágicos. Hiperkeratose de palma E. No antebraço, pápulas distribuídas de forma densa e homogênea.



Fig. 31-b. Portador de eczema grave de mão D devido à canela, sem lesões no 20º dia após uso de *Cinnamomum ceylanicum* C 30.



Fig.32-a. Reação a produto cortisonico, propagada a regiões fotoexpostas. Braço E com eritema, edema global e lesões variadas: aglomerados de crostas sero-hemáticas, pápulas, vesículas, bolhas e pontos de sangramento. Colo e tórax anterior recobertos por eritema, placas de crostas escuras secas; formações ativas, pápulo-vesiculosas, ao nível da fúrcula esternal. Prescrito *Cortisone C 30*. Localmente, Pasta d' água.



Fig.32-b. Sob influência de *Cortisone C 30*, as lesões regrediram de imediato, estando inativas no 5º dia.



Fig.32-c. Aspecto normal de portador de reação aguda ao uso tópico de spray hidrocortisonico, visto no 9º dia após iniciado *Cortisone C 30*.



Fig.33-a. Reação a produto cortisônico. Perna D eritemato-vinhosa. Na região interna, lesão seca em placa delimitada e superfície descamativa. Lesões adjacentes variadas, constando de máculas, pápulas, crostas e vesículas. Na perna E, placa vinhosa de limites imprecisos, que conflui, mais acima, com outra semelhante de limites indefinidos.

Cortisone C 30.



Fig.33-b. No 6º dia sob influência de *Cortisone C 30*. Clareamento da perna D, destacando-se a lesão principal em cor púrpura, de superfície lisa uniforme. Abundantes pápulas eritematosas na região superior. Na perna E a dermatose está reduzida a placa única. Repetido *Cortisone C 30* durante mais 10 dias.



Fig.33-c. No 48º dia, já sem medicamento. Pernas livres de processos ativos. Áreas hiper-crômicas residuais.



Fig.34-a. Interferência cortisônica continuada em portadora de urticária crônica repetitiva nos últimos 3 anos. Lesões generalizadas urticariformes. Aspecto do dorso, com erupções disseminadas salientes, planas, em placas delimitadas, de cor róseo-avermelhada. Prescrita *Betametasona C 30* em doses diárias.



Fig.34-b. No 14º dia após iniciada *Betametasona C 30*, paciente livre de qualquer alteração cutânea. Conduta expectante. Continuava bem quando visto 4 meses depois.



Fig.35-a. Reação a esmalte de unhas. Hemiface D com formações maculares, de limites imprecisos, tamanho e forma variáveis. Maciço centro-facial apresenta eritema difuso discreto. Na região lateral D do pescoço, extensa placa eritematosa, homogênea, de aspecto intumescido e contornos irregulares. Indicado o próprio alérgeno - esmalte industrial para unhas - como isoterápico: *Esmalte C 30*.



Fig.35-b. Reação a esmalte, em manicura. Aspecto normal no 21º dia, após *Esmalte C 30*. A paciente permanece na profissão.



Fig.36-a. Reação de contato ao esmalte de unhas. Na mão D, lesões crostosas fissuradas, eritemato-pápulo-vesiculosas exsudativas, mais concentradas nas regiões laterais e dorso dos dedos. Mão E pouco comprometida. Distrofia ungueal. Isoterapia: *Esmalte C 30*.



Fig.36-b. No 8º dia de uso do medicamento, lesões iniciais involuídas, agora substituídas por outras eritematosas de variadas forma, tamanhos e limites imprecisos. Descamação residual. Mão E normal. Sem medicamento.



Fig.36-c. Três meses depois, a mesma paciente, tendo tido prolongado contato com terebentina, apresentou eritema e descamação ao longo do polegar D e raras erupções papulosas no dorso de quirodactílos E - atribuídos à ação direta irritativa da terebentina. Conduta expectante e cura espontânea.



Fig.37-a (22.11.74) Reação à Sulfanilamida. **Perna E** edemaciada, quente e dolorosa, com sinais flogísticos; úlcera secretante supramaleolar, de forma irregular, medindo cerca 25 mm de diâmetro; tecidos adjacentes espessados, com vestígios de pomada sulfanilamídica. Lesões de variados tamanhos e formas no 1/3 superior. **Perna D** hipererômica. Iniciadas doses diárias de *Sulfanilamida C 30*. Associação episódica de *Belladonna* e *Hepar sulfur* para erisipela residual.



Fig.37-b (12.11.74) Aspecto inicial da face e orelha D, apresentando descamação furfurácea difusa discreta, mal tolerada pela paciente.



Fig.37-c (25.11.74) Reação no 3º dia após iniciada *Sulfanilamida C 30*, acessorada por *Belladonna* e *Hepar*. **Perna E** sem vestígio de lesão no 1/3 superior. Ao nível da úlcera, o halo de contorno e o edema do 1/3 inferior estão reduzidos. Mantida a *Sulfanilamida C 30*.



Fig.37-d (25.11.74) No 3º dia, face sem descamação. Mantida *Sulfanilamida C 30* diária.



Fig.37-e (29.11.74) Aspecto no 7º dia sob influência de *Sulfanilamida C 30*. **Perna E** de aspecto normal em toda extensão, exceto ao nível da úlcera inicial a qual se encontra em fase final de fechamento. Programado o mesmo isoterápico durante mais 10 dias.





Fig.38-a. (21.2.78) Reagudização de úlcera crônica de perna após contato à sulfanilamida. **Perna D** apresenta úlcera no 1/3 inferior, anfractuosa e profunda, superfície recoberta por material sangüinolento, em meio a tecido de aspecto atrófico; placa hiperpigmentada circun-dada o membro. Máculas hiperocrômicas esparsas e varizes acentuadas. **Perna E** com manchas hiperocrômicas dispersas, sem sinais de atividade. Prescrita *Sulfanilamida C 30*.



Fig.38-b. (21.2.78) Aspecto inicial do mesmo portador de reação à sulfanilamida. **Nariz** ocupa-do por placa atrófica, lisa e pouco descamativa, vermelha na porção medial; bordas circinadas, salientes e brilhantes na região da ponta. Paciente informa sofrer de lupus eritematoso há 20 anos, sob tratamento em centro hospitalar.



Fig.38-c
(9.3.78) No 18º dia, sem dor nem prurido. **Perna D:** úlcera reduzida, com normalização dos tecidos adjacentes. **Perna E** em clareamento global. Suspenso o medicamento.



Fig.38-d
(9.3.78) Clareamento geral da lesão do **nariz**. Descamação furfurácea discreta. Inalteradas as bordas circinadas, espessadas e brilhantes da ponta, sugestivas de epiteloma basocelular. Retorno ao serviço de origem.



Fig.39-a. (28.9.79) Aspecto inicial de reação atribuída ao sulfametoxazol, evoluindo há 3 meses. Prescrita *Sulfanilamida C 30*.



Fig.39-d. (6.11.79) Aspecto no 39º dia após iniciada *Sulfanilamida C 30*. Face, tórax e antebraços, sem lesões ativas. Eritema discreto residual na frente. Paciente assintomático.



Fig.39-b. (28.9.79). Aspecto inicial de mesmo doente. Lesão em placa no dorso, vista antes de iniciada *Sulfanilamida C 30*.



Fig.39-e. (6.11.79) Dorso visto no 39º dia de seguimento. A melhora teve início desde os primeiros dias de vigência da *Sulfanilamida C 30*.



Fig.39-c. (28.9.79) Aspecto inicial. Extremidades inferiores apresentam eritema, infiltração cutânea, exsudação, crostas e pontos de sangramento.



Fig.39-f. (6.11.79) Membros inferiores vistos no 39º dia. Perna D ainda discretamente infiltrada e eritematosa. Lesão rasa, numular, eritemato-crostosa, em resolução, sobre o maléolo mediano E.



Fig.40-a. Reação à Clorpropamida. Aspecto inicial das pernas, com erupções eczematosas, em paciente diabético. Observar a atividade inflamatória das lesões maiores da região mediana da perna D, secretantes, confluentes e propensas a sangramentos. Indicada *Sulfanilamida C 30*.



Fig.40-b. Reação medicamentosa à Clorpropamida, no 6º dia de influência da *Sulfanilamida C 30*. Clareamento cutâneo evidente. Formações ectimatosas da perna D reduzidas a eritema difuso de média intensidade. Mantida orientação.



Fig.41-a. Dermatose crônica por *Trichophyton rubrum*. Lesões na coxa D, em placas de contornos anfractuados, pápulas eritematosas e sinais de atividade inflamatória. Superfície hipercrômica. Prescrito isoterápico *Trichophyton rubrum C 30*.



Fig.41-b. Aspecto de dermatofitose crônica, no 3º mês após iniciado *Trichophyton rubrum C 30*, estando reduzida a algumas pápulas em resolução. Área acastanhada de limites imprecisos substitui a lesão inicial. Aspecto da cultura no 86º dia de sementeira. Mantido o isoterápico até resolução final.



Fig.42-a. Lesão de hemi-face D por *Trichophyton rubrum*, evoluindo há 8 meses.



Fig.42-b. Aspecto no 49º dia de influência de *Trichophyton rubrum* C 30. Aspecto do meio de cultura.



Fig.42-c. Mesma lesão, junto ao reverso da cultura do dermatófito.

Fig.43-a. Micose crônica devida à *Candida albicans*. Aspecto inicial de lesão pruriginosa micótica de 3 anos de duração, sediada na região maleolar E, medindo 5 cm de maior diâmetro, contornos irregulares, superfície saliente apresentando pápulas e crostas sero-hemáticas. Conduta: *Candida albicans* C 9, na qualidade de isoterápico.



Fig.43-b. Aspecto após 27 dias de vigência da *Candida albicans* C 9. Pele livre. Conduta expectante.

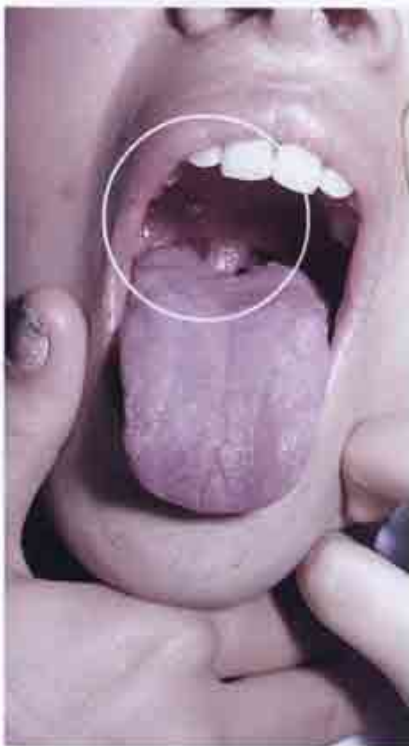


Fig.44-a. Candidíase crônica durando 4 anos. Orofaringe, pilares e úvula evidenciam lesões papulosas e enduto cremoso característico das monilíases. Fâneros comprometidos. Adotado isoterápico *Candida albicans* C 30, a partir da própria cultura.



Fig.44-b. Colônias leveduriformes no 20º dia de semeadura. Amostras colhidas do orofaringe e fâneros.



Fig.44-c. Paciente vista no 15º dia de uso do isoterápico moniliásico: ausência de depósitos fúngicos na mucosa orofaríngea. O aspecto orofaríngeo normal persistia 3 meses depois. Tratamento mantido.



Fig.45-a. Onicomicose evoluindo há 2 anos, antes do auto-isoterápico em C 30.



Fig.45-b. Cultura de material subungueal, avaliado no 77º dia. Presença exclusiva de *Fungos contaminantes*.



Fig.45-c. Unhas recuperadas, vistas no 70º dia de observação.

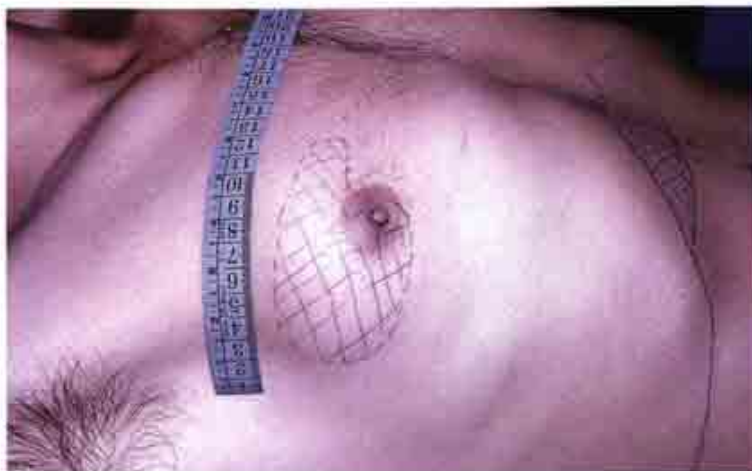


Fig.46-a. Ginecomastia causada pela inalação prolongada de valerinato de estradiol, em homem de 34 anos. MAMA D dolorosa, intumescida, sob forma tumoral firme, profunda e bem delimitada à palpação. Aspecto inicial. Prescrito *Folliculinum C 200* em intervalos semanais, na qualidade de isoterápico.



Fig.46-b. Aspecto inicial da MAMA E, delineada à palpação como formação tumoral firme e dolorosa. Perfil da ginecomastia evidente no decúbito horizontal.

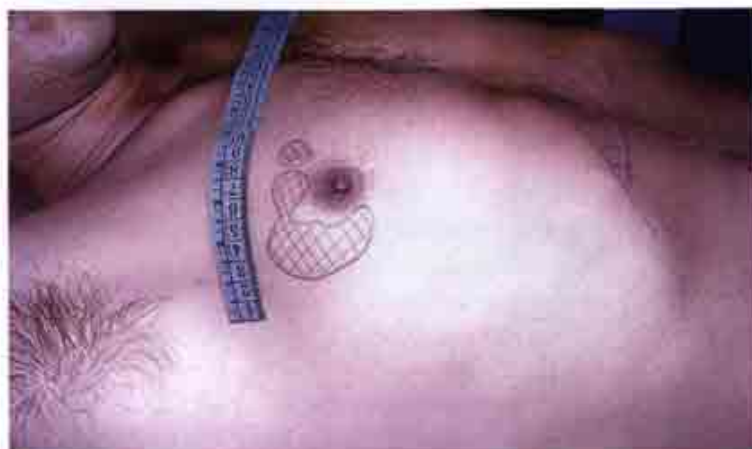


Fig.46-c. MAMA D no 40º dia da vigência da foliculina preparada em C 200. Indolor, estando o bloco glandular inicial reduzido e fragmentado.



Fig.46-d. MAMA E no 40º dia de tratamento. Apreciável redução do tumor inicial, com amolecimento. Patente a redução da ginecomastia.



Fig.46-e. MAMA D. Aspecto no 80º dia de seguimento. Resquícios do tumor inicial. Evidente a regressão da ginecomastia.

Fig.46-f. MAMA E. Tumor inicial reduzido a lâmina de tecido fragmentado, mole e sem profundidade. A demarcação cutânea representa a área de dispersão dos resquícios tumorais.



Fig.46-g. MAMA D. Aspecto do portador de ginecomastia no 6º mês após iniciado tratamento isoterápico com *Folliculinum C 200*. Resolução completa. Sem medicamento há 3 meses.

Fig.46-h. MAMA E. Resolução de ginecomastia como doença profissional, desencadeada por inalação de valerinato de estradiol, tratada com *Folliculinum C 200*. Aspecto após 6 meses, já sem medicamento.





Fig.47-a. (28.7.76) Psoriase. Aspecto inicial da face em criança de 6 anos, evoluindo há 1 ano. Formações crostosas de variadas formas, tamanho e disposição. Condução: auto-hemoterapia em D 8.



Fig.47-b. (28.7.76) Psoriase, aspecto inicial, em criança de 6 anos. Extremidades inferiores: lesões crostosas, cercadas por halo eritematoso, em diferentes dimensões, configuração e disposição.



Fig.47-c. (5.8.76) Aspecto da face e membros superiores, no 8º dia de uso do hemoterápico em D 8. Intensificação das lesões iniciais e surgimento de outras novas. Metamorfose das alterações periorbitais que se tornaram crostosas espessas e esbranquiçadas. Orientação mantida.



Fig.47-d. (19.8.76) Aspecto da face e membros superiores no 22º dia de atuação do auto-hemoterápico. Transformação de todas lesões. Clareamento e nivelamento considerável.



Fig.47-e. (19.8.76) 22º dia de seguimento. Áreas de espessamento, placas crostosas de confluência e clareiras substituindo as lesões anteriores.

Fig.47-f.
(29.9.76) Psoríase
no 2º mês de
seguimento
hemoterápico.
Dermatose da
face e membros
superiores reduzida
a manchas
hipocrômicas com
discreta
descamação.
Conduta expectante.



Fig.47-g.
(29.9.76).
Extremidades
inferiores em
criança portadora de
psoríase no 2º mês
de seguimento
hemoterápico.
Ausência de lesões
ativas. Conduta
expectante.

Fig.47-h.
(17.11.76) Psoríase
generalizado em
criança, após 4
meses e meio de
observação. Lesões
iniciais reduzidas a
manchas acrômicas
assintomáticas.
Adotada *auto-*
hemoterapia em
D 9.



Fig.47-i.
(17.11.76) Psoríase
generalizada 4
meses após adotada
auto-hemoterapia.
Lesões de membros
inferiores reduzidas
a manchas
acrômicas residuais.
Adotada *auto-*
hemoterapia D 9.

Fig.47-j.
(8.2.77) Criança
psoriática no 6º mês
de *auto-*
hemoterapia. Sem
problemas cutâneos.
O estado de grande
agitação justifica
prescrição de
Calcarea
phosphorica C 12.



Fig.47-k.
(8.2.77) Membros
inferiores de
aspecto normal, de
criança psoriática
no 6º mês de *auto-*
hemoterapia. Recebe
Calcarea
phosphorica C 12
para manifestações
não cutâneas.



Fig.47-l. (27.4.77) Psoríase em criança, 9º mês de seguimento. Discreta descamação do couro cabeludo e região frontal. Adotada hemoterapia em D 10, a partir de nova amostra.



Fig.47-m. (4.9.81) Criança psoriática, após 4 anos e 5 meses de acalmia, retorna com discretas lesões ao nível dos cotovelos, de instalação recente. Prescrito *Arsenicum iodatum C 12*, com base na totalidade sintomática, durante 14 dias, em doses diárias.



Fig.47-n. (13.11.81) Aspecto de criança psoriática que, após regressão da doença reapresentou, 4 anos e meio depois, discretas lesões nos cotovelos. Pele normal quando vista dois meses após administrado *Arsenicum iodatum C 12*.

II - Dermatites de contato e reações de hipersensibilidade, tratadas através da similitude total (Homeopatia) e da similitude parcial (Similterapia).



Fig.48-a. Dermatite de contato ao timerosal. Aspecto inicial de braço e ombro E, apresentando placas eritematosas, infiltradas, confluentes e bordas sinuosas. Paciente exibe o produto desencadeante. Prescrito *Apis mellifera C 30*, com base em semelhanças locais e algumas manifestações concomitantes gerais.

(Homeopatia)

Fig.48-b. No 4º dia de uso de *Apis mellifera C 30*, regressão das lesões do braço. Sobre a omoplata, presença de placa residual. Mantido o medicamento até normalização cutânea completa. Estado físico e psíquico melhorado.



Fig.49-a. Eczema de localização característica nos punhos, em paciente de *Lycopodium*, evoluindo há 2 anos.

(Homeopatia)



Fig.49-b. Aspecto no 8º dia de influência de *Lycopodium C 30*. Clareamento total.



Fig.49-c. Indícios de recidiva no 60º dia, devida a abuso alimentar. Prescrita dose única de *Lycopodium C 200*. Quatro meses depois, a paciente mantinha-se livre da dermatose.



Fig.50-a. Vasculite alérgica necrotizante, evoluindo há 30 dias. Na panturrilha E, ulcerações típicas do processo. Lesões pustulosas, crateriformes, de tamanhos e estádios evolutivos variáveis. Como *simillimum*, identificado o *Mercurius solubilis*.



Fig.50-b. 3º dia após iniciado *Mercurius solubilis C 30*. Lesões discretamente reativadas. Halo eritematoso ampliado. Secreção melicérica.



Fig.50-c. No 8º dia, processo em franca regressão. Adotado *Mercurius solubilis C 30* em dias alternados, cinco doses.



Fig.50-d. No 25º dia, ausência de atividade lesional. Conduta expectante. O aspecto persistia normal no 42º dia.



Fig.51-a. Reação inflamatória aguda por picada de formiga. Comprometimento acentuado de pálpebra superior E. Edema róseo de instalação súbita, sintomas subjetivos de agulhadas e ardor, alívio por aplicações frias. Prescrito *Apis mellifera C 30*, cada 3 horas. (*Similiterapia*)

Fig.51-b. Aspecto no 2º dia. Paciente assintomática. Persiste edema pálido, propagado à pálpebra D. Mantido *Apis mellifera C 30*, até normalização completa. "Alta" no 6º dia.



Fig.52-a. Reação a drogas evoluindo há 7 meses, em enfermeira. 17 testes positivos. Sobre face e colo, inclusive pálpebras, lábios e nariz, erupções papulosas eritemato-vinhosas, de contornos polimorfos, isoladas ou confluentes, sem secreção. Conduta: *Apis mellifera C 30*. (*Homeopatia*)



Fig.52-b. Reação de hipersensibilidade multifatorial, no 8º dia com *Apis 30*. Agravação homeopática das erupções iniciais e aparecimento de outras de mesma natureza. Prurido discreto. Medicamento suspenso. Conduta expectante.



Fig.52-c. No 20º dia, ausência de lesões ativas. Paciente ótima, sem medicamento. Não interrompeu os encargos de enfermeira em todo período. Continuava bem 8 meses depois.



Fig.53-a. Fitofotodermatose, antes de iniciado *Cantharis C 30*. Lesões bolhosas confluentes em distribuição longitudinal no dorso e bordas dos primeiros quirodáctilos E. (4.11.76). *Similterapia*.



Fig.53-b. Fitofotodermatose, no 2º dia de tratamento. Discreta reativação. Acentuado eritema na base das erupções. Mantido *Cantharis C 30*. (5.11.76)



Fig.53-c. Mesma paciente, com *Cantharis*, no 4º dia de seguimento. Eritema discreto da mão. Ausentes as formações bolhosas. Áreas vermelho-escuras demarcam as zonas alteradas iniciais. Suspenso o medicamento. (8.11.76)



Fig.53-d. No 17º dia paciente sentindo-se ótima. Descamação e eritema circunscrito. Fase final de cicatrização. (21.11.76)



Fig.54-a. Reação à tetraciclina. Antebraços, coxas e joelhos apresentam erupções papulosas punctiformes em distribuição homogênea, sobre base eritematosa, mais acentuadas ao nível dos joelhos, onde se concentram em placas de cor vinho. Prescrito *Antimonium crudum C 6*. (Homeopatia).



Fig.54-b. Reação à tetraciclina, 2 dias após *Antimonium crudum C 6*. Regressão global das lesões. Pontilhado residual de cor vinho coincidindo com os folículos pilosos inicialmente afetados.



Fig.55-a. Aspecto inicial. Criança de 5 anos, portadora de reação cutânea a calças de náilon. Dominância das lesões na bochecha E. Prescrito, como *simillimum*, o *Lachesis trigonocephalus C 30*. (1.6.82)



Fig.55-e. Face do paciente, no 20º dia da vigência de *Lachesis*. Pele normal.



Fig.55-b. Aspecto inicial. Reação ao náilon. Nas nádegas, coxas e pernas, conglomerados de erupções eritemato-pápulo-vesiculosas, exulceradas e sangrantes. Nítidos os limites das áreas de contato. Na coxa, furúnculo em formação. (1.6.82)

Fig.55-c. No 2º dia, sensível regressão das lesões papulosas. Esboço de 2º furúnculo na região anterior da coxa E. (3.6.82)



Fig.55-d. No 8º dia, prossegue regressão lesional, estando o 2º furúnculo, da região anterior, abortado. Abscedação do furúnculo inicial. (9.6.82)



Fig.55-f. No 20º dia, nádegas e coxas sem lesões ativas. Crostas hemáticas na coxa D pós traumatismo recente.





Fig.56-a. Síndrome muco-cutânea grave, desencadeada por tintura para cabelos. Síndrome de Stevens Johnson delineada. Eritema multiforme agudo. Lesões maculares purpúricas nas mãos e face. Processo inflamatório orbitário difuso e comprometimento da cavidade oral. (2.8.76)

Individualizado e prescrito *Argentum nitricum C 30*, como *simillimum*, em doses frequentes.



Fig.56-b. Aspecto no 4º dia (6.8.76) após iniciado *Argentum nitricum C 30*. Evidente regressão das lesões cutâneas. Língua: na metade D dominam lesões erosadas confluentes; na metade E dominam placas salientes, isoladas, revestidas por endoto aderente de cor branco-avermelhada.



Fig.56-c. Em 13.08.76, ou 11º dia. Regressão das alterações da face. Nas mãos, descamação residual. Continua processo involutivo oral. Conduta: *Argentum nitricum C 200*, em dose única.



Fig.56-d. No 23º dia, estado satisfatório.



Fig.57-a. Face.
Dermatite atópica em criança de 3 meses, evoluindo há 1 mês. Placas constituídas por erupções eritemato-pápulo-vesiculares exsudativas. Prescrita *Calcarea ostrearum C 5*, como *simillimum*.



Fig.57-c. Face normal no 14º dia após *Calcarea ostrearum*. Conduta expectante.



Fig.57-b Aspecto geral. Criança de 3 meses apresentando eczema atópico, antes de receber *Calcarea ostrearum C 5*.



Fig 57-d. Aspecto geral de criança portadora de eczema infantil, no 14º dia após medicada com *Calcarea ostrearum C 30*. Pele normal.



Fig.58-a.
Eczema atópico infantil generalizado. Prescrita *Calcarea ostrearum C 12*, como *simillimum*.



Fig.58-b.
Eczema infantil generalizado, no 5º dia de vigência da *Calcarea ostrearum C 12* em doses diárias. Ausência de alterações eczematosas.



Fig.59-a. Eczema infantil evoluindo há 8 meses, antes de *Graphites C 12* - o *simillimum* atual. No tórax anterior e face, lesões maculares eritematosas, irregulares e confluentes.



Fig.59-c. Eczema infantil. Clareamento global da dermatose. Aspecto no 9º dia de vigência de *Graphites C 12*.



Fig.59-b. Eczema atópico infantil. Aspecto inicial do dorso, ocupado por lesões reticuladas eritemato-maculares. As áreas comprometidas predominam sobre as áreas normais.



Fig.59-d. Região torácica posterior livre no 9º dia de *Graphites*.



Fig.60-a. Eczema atópico infantil. Presente conjunto de sintomas compatíveis com a patogenesia de *Dulcamara*. Sinais de bronquite asmática à ausculta. Estado de irritabilidade e sofrimento.



Fig.60-b. Eczema atópico, no 4º dia de tratamento. Sinais involutivos nítidos. Criança calma. estertores brônquicos ainda audíveis ao estoscópio.



Fig.60-c. No 11º dia na vigência de *Dulcamara C 12*. Nivelamento das lesões, ausência de atividade; manchas residuais nas bochechas. Pulmões livres. Psiquismo excelente.



Fig.61-a. Menino de 5 anos. (12.8.81) Eczema atópico infantil, antes de *Pulsatilla C 6*. Lesões recobrimo face, especialmente zonas orbitárias. Sobreveio piora à tentativa da dinamização *C 12*, obrigando à retomada daquela anterior, *C 6*, que foi mantida durante mais 2 semanas. Critério da totalidade sintomática.



Fig.61-b. (13.10.81) Eczema atópico. Retorno dois meses depois. Expressão tranqüila. Face livre de lesões. Manchas vermelho acastanhadas, residuais, nos braços. Conduta: *Pulsatilla C 6*, *C 12* e *C 30*, em etapas quinzenais, intervaladas, sob monitoramento telefônico.



Fig.61-c. (16.2.82) Eczema atópico no 6º mês de observação, sem medicamento. Franca melhora física e psíquica. Cicatrizes em processo de desaparecimento. Conduta expectante.



Fig.61-d. Eczema atópico nove meses após a 1ª consulta. Criança livre do eczema, vivenciando surpreendente metamorfose e progresso positivo no ambiente familiar, social e escolar.

Fig.62-a.
Eczema atópico em
criança de 2 anos e
10 meses, evoluindo
há 12 meses.
Prescrito como
simillimum – o
Arsenicum album,
C 12.



Fig.62-b. Eczema atópico. Aspecto no 11º dia. Sinais de melhora. Persiste prurido intenso, com sangramento pela coçagem. Medicamento mantido.



Fig.62-c. Eczema atópico. No 30º dia, a regressão continua de forma lenta e evidente. Suspensão o *Arsenicum album*.



Fig.62-d. Eczema atópico. Aspecto após transcorridos 5 meses. Pele normal. Estado geral e psíquico ótimos. Sem problemas cutâneos no intervalo.



Fig.63-a. Eczema numular disseminado evoluindo há 4 anos. Aspecto dos braços e antebraços, antes de *Sulfur C 12*. (*Simillimum*)



Fig.63-b. Retorno após 3 meses e 20 dias. Aspecto da pele normal. Sem outra terapêutica no intervalo.



Fig.64-a. (3.6.76) Eczema numular crônico, antes de *Natrum sulfuricum C 12*. Lesões de variados tamanhos, de contornos nítidos, em distribuição preferencial no dorso.



Fig.64-c. Eczema crônico, região dorsal, no 12º dia de uso de *Natrum sulfuricum C 12*. Ausência de lesões ativas. Conduta expectante.



Fig.64-b. Mesma paciente em 3.6.76. Região anterior do tronco. Eczema crônico, evoluindo há 4 anos, antes de *Natrum sulfuricum*. (*Simillimum*)



Fig.64-d. Eczema numular crônico. Região anterior do tronco, no 12º dia de uso de *Natrum sulfuricum C 12*. Sem lesões ativas.



Fig.65-a.
Aspecto inicial de eczema de extremidades, antes de *Arsenicum album*, C 12 - o *simillimum*. Observar o grau das alterações palmares, com acentuado espessamento, gretas e sangramento.



Fig.65-b.
No 47º dia, sensível melhora da dermatose. Eritema difuso das extremidades. Prescrita dose única de *Arsenicum album* C 30.



Fig.65-c. Depois de 4 meses retorno do prurido local e descamação discreta. Reiniciado *Arsenicum album* C 12.



Fig.65-d. Transcorridos 6 meses de acalmia, e após traumatismo nas extremidades, queixa de prurido. Ao exame, espessamento discreto das palmas. Com base na totalidade sintomática, prescrito *Rhus toxicodendron* C 6, em doses frequentemente repetidas.



Fig.65-e. Paciente assintomático quando visto 5 dias depois. Palmas favoravelmente modificadas. Conduta expectante, sem medicamento.



Fig.66-a. Eczema severo cronicado, incapacitante. Aspecto de mãos, colo e face, antes de iniciado *Sulfur C 6*. Infiltração edematosa, eritema pronunciado, pápulas, vesículas, exsudativas e micropústulas ocupando ambas as mãos. Importante comprometimento da face. Prescrição sob critério da semelhança da totalidade sintomática.

Fig.66-b. Eczema crônico severo visto no 14º dia de uso de *Sulfur C 6*. Ausência de lesões ativas. Clareamento cutâneo global. Ocorreu retorno transitório de manifestações reumáticas articulares vivenciadas na adolescência, caracterizando fenômeno de cura de Hering.

Fig.67-a. Lesões eczematosas ativas conglomeradas no dorso de mãos em portador de eczema numular, evoluindo há 2 anos. Prescrito *Causticum C 30*, na qualidade de *simillimum*.



Fig.67-b. Regressão importante de lesões eczematosas crônicas de dorso de mãos, no 21º dia de seguimento com *Causticum*.



Fig.67-c. Sem atividade lesional evidente no 70º dia após administração de *Causticum*. Prescrita dose única, em C 200, do mesmo medicamento.





Fig.68-a. Aspecto inicial de portadora de eczema numular disseminado evoluindo há 1 ano. Dominação de lesões no dorso das mãos. Prescrita *Dulcamara C 6* em doses diárias. Critério da totalidade sintomática.



Fig.68-b. Aspecto de lesões eczematosas crônicas de dorso das mãos, no 10º dia de vigência de *Dulcamara C 6*.



Fig.68-c. 4 meses após consulta inicial, e 3 meses de acalmia, reativação de lesões iniciais no dorso da mão D. Prescrita dose única de *Dulcamara C 30*.



Fig.68-d. Aspecto normal de eczema numular crônico, medicado com *Dulcamara C 30*, seis meses após consulta inicial. Paciente mantém-se livre da dermatose quando vista 1 ano depois.

Fig.69-a.
Eritema polimorfo
prolongado
generalizado, pós
neoarsfenamina
injetável, evoluindo
há 33 anos; uso
intensivo de
corticosteróides há
18 meses. Aspecto
de dorso e nádegas.
Dominam lesões
eritemato-papulosas
em placas confluentes
circinadas. Antes de
Mercurius solubilis
- o simillimum.



Fig.69-b.
Aspecto inicial da
região lateral D do
tórax, antes de
Mercurius solubilis
C 30. Dominam
lesões eritemato-
papulosas
polimorfas,
pruriginosas.

Fig.69-c.
Dorso. Lesões
esparsas residuais
de eritema
polimorfo crônico,
no 27º dia de
tratamento.
Discreto eritema
difuso com lesões
residuais na região
lombo-sacra
prescrito *Mercurius*
solubilis C 200, 4
doses, em intervalos
semanais.



Fig.69-d.
Aspecto do torax
no 27º dia do
tratamento. Prescrito
Mercurius solubilis
C 200, 4 doses, em
intervalos semanais.

Fig.69-e.
Aspecto normal do
tronco, no
126º dia de
seguimento; há um
mês, sem uso de
qualquer
medicamento.



Fig.69-f.
126º dia. Região
torácica. Ausência
completa de
alterações cutâneas.
Excelente estado
geral, físico e
psíquico.



Fig.69-g. Mesmo paciente. Aspecto inicial geral posterior mostrando a erupção polimorfa, evoluindo há 33 anos, antes de receber *Mercurius solubilis C 30*.

Fig.69-h. Mesmo paciente, aspecto geral. Erupção polimorfa com 33 anos de duração ininterrupta, visto no 27º dia de vigência do *Mercurius solubilis C 30*.



Fig.69-i. Detalhe inicial da região posterior das coxas. Eritema polimorfo prolongado.



Fig.69-j. Detalhe da região posterior das coxas, no 27º dia de seguimento com *Mercurius solubilis C 30*. Ausência de lesões ativas.

IV – Situações de aplicação clínica de propriedades farmacodinâmicas específicas.



Fig.70-a. Dermatose crônica, tipo foto-alérgico, evoluindo há 20 anos. Face eritematosa e discretamente infiltrada. Colo recoberto eritematosa e hiperpigmentado. Doses diárias de *Apis mellifica* C 30, durante 3 semanas.



Fig.70-b. No 34º dia, evidente desinfiltração e clareamento do rosto. Chamam atenção as pápulas eritematosas aglomeradas na região medial do colo, inexistentes na consulta inicial. Repetir orientação anterior.



Fig.70-c. Aspecto da face e colo, em portadora de dermatite fotoalérgica, 3 meses após iniciado *Apis mellifica* C 30. Pele de aspecto normal. Conduta expectante.



Fig.70-d. Documentação casual da mesma paciente, 2 anos e 2 meses após o tratamento com *Apis mellifera* C 30. Sem intercorrências cutâneas em todo período. Não houve terapia paralela ou complementar.



Fig.71-a. Elefantíase bilateral de membros inferiores, em portadora de erisipela recidivante, com surtos cada 15 a 30 dias, nos últimos 11 meses. Conduta: *Apis mellifica C 30*, em 2 doses diárias.



Fig.71-b. Portadora de elefantíase de membros inferiores, fotografada no 25º dia após iniciado *Apis mellifera C 30*. Intercorrência de quadro intestinal diarréico.



Fig.72-a. Predisposição hiperkeratótica em mulher idosa fotossensível. Aspecto inicial de antebraços. Lesões de variados tamanhos e formas densamente distribuídas ao longo dos antebraços. Prescrita *Sulfanilamida C 30*, sem recursos tópicos.



Fig.72-b. Aspecto parcial de portadora de hiperkeratose no 17º dia de uso de *Sulfanilamida C 30*. Ausência de lesões ativas. Presentes placas em processo cicatricial final. Mantida mesma conduta até a normalização desejada.



Fig.73-a. Hiperceratose actínica. Aspecto inicial. Lesões maculares densamente distribuídas na face, de variados tamanhos, formas e tons vermelho-acastanhados, algumas espessadas, outras em descamação discreta. Na reborda auricular, saliências hiperkeratóticas.



Fig.73-b. Aspecto de hiperceratose 2 meses do uso de *Sulfanilamida C 30*. Ausência de lesões ativas. Formações tornadas planas e em processo reversivo. Mantida mesma conduta, até clareamento satisfatório.



Fig.74-a. Epitelioma baso-celular de dorso nasal, em pré-cirurgia. Lesão mediana irregular, de 8 mm de maior diâmetro, recoberta por crostas melicéricas. Eritema facial. Iniciada *Sulfanilamida C 30*.



Fig.74-b. Clareamento da face, visto no 2º mês. Lesões nasais reduzidas a formações papulosas, brilhantes, de aspecto seborréico. Iniciada *Pulsatilla*, na qualidade de *simillimum* atual.



Fig.74-c. 5º mês de observação. Eritema ausente, pálpebras livres. Minúsculas pápulas ao longo da linha média nasal. Sem medicamento. Cirurgia protelada pelo serviço responsável de origem.



Fig.75-a. Paciente de 73 anos, com eczema crônico evoluindo há 5 anos e hiperqueratose senil pronunciada em áreas fotoexpostas. Aspecto inicial de face. Prescrita *Sulfanilamida C 30* em doses diárias.



Fig.75-b. Aspecto inicial do dorso de mãos, em portadora de eczema crônico e hiperqueratose senil. Antes da *Sulfanilamida C 30*.



Fig.75-c. Melhora global das mãos registrada no 12º dia de tratamento. Pele de aspecto mais uniforme, estando a dermatose reduzida a escamas esbranquiçadas, de aspecto farináceo. Mantida *Sulfanilamida C 30*.



Fig.75-e. Detalhe das mãos no 60º dia de acompanhamento.



Fig.75-d. Aspecto da face, no 60º dia de vigência da *Sulfanilamida C 30*, mostrando manchas residuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEN HC. *The Materia Medica of the Nosodes*, N. Delhi, Jain Publ., 1981
- ALMEIDA M. *L'Inibition et la Facilitation dans de Système Nerveux Central et Periphérique*, Rio, Ed. Atlantica, 1944
- ANCAROLA R. *Fundamentos da Teoria Homeopática*, Madrid, Miraguano ed., 1995
- ASTRÉA M. GIESBRECH. *Conceitos Básicos de Farmacologia Molecular*. In: *Farmacodinâmica*, de Corbett CE., 5ª ed., Rio, Guanabara-Koogan, 1977, p. 6-14
- AUBIN M. *Étude expérimentale de l'action d'un médicament homéopathique: Apis*. *Ann. Homeop. Fr.* 1975; 5:65-70
- AUBIN M, BARONNET S, BASTIDE P, BASTIDE J. *Étude pharmacologique d'une association d'Apis 7 CH et de Calendula CH vis-à-vis de l'érythème aux rayons u.v., chez le cobayes albinos*, *Ann. Hom. Franç.*, 1978; 4:287-92
- AULAS JJ. *Homéopathie et recherche pharmacologique de laboratoire*. In: *l'Homéopathie*. Paris. Éd. Médicales R.Bettex, 1985: 269-304
- BANDMANN HJ, DOHN W, ROMITI N. *Las Pruebas Epicutâneas*, Barcelona, éd. Cient. Méd., 1973. p. 134, 144-150
- BASSET A, MALEVILLE J. *Los eczemas y su tratamiento*, B. Aires, Lib. Ateneo, 1972. p. 36-41, 63
- BASTIDE M. *Immunological examples on ultra high dilution research*, p.27-33, in *Ultra High Dilution, Physiology and Physics*, Endler and Schulte Eds, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht, 1994
- BASTIDE M, BOUDARD F. *A novel concept of immunomodulation*. In *Forum sur l'Immunomodulation*, M.Guenou Ed, John Libbey Publishers Paris, 1995, p.303-316
- BASTIDE M, DAURAT V, DOUCET-JABOEUF M, PELEGRIN A, DORFMAN P. *Immunomodulatory activity of very low doses of thymulin in mice*. *Int. J. Immunotherapy*, 1987; 3:191-200
- BASTIDE M, DOUCET-JABOEUF M. *Action immunopharmacologique des préparations de thymus et d'hormones thymiques utilisées à des doses infinitésimales*. *Homeop. Fr.* 1983; 71: 185-9
- BASTIDE M, LAGACHE A, LEMAIRE-MISONNE C. *Le paradigme des signifiants: schème d'information applicable en Immunologie et en Homéopathie*. *Revue Intern. de Systématique*, 1995; 9:237-249
- BELLAVITE Paolo, SIGNORINI Andrea. *Homeopathy, A Frontier in Medical Science*. Berkeley, Ca, North Atlantic Books, 1995
- BELLAVITE Paolo. *Biodinamica - Basi fisiopatogiche e tracce di metodo per una Medicina Integrata*, Verona, *Techniche Nuove*, 1998
- BELLAVITE P. *Basic research on homeopathy. II. From "life force" to biodynamics and biophysics*. Conference "Homeopathy in the XXI century". Unicamp, Campinas, Br, 28 nov., 2000, p.45-63
- BELON P. *Effet de Dilutions Hahnemanniennes sur l'activation des basophiles et d'autres cellules immunologiquement compétentes*. *Journal of the OMHI*, n. 1, Vol. 11: 1218, Juillet 1997
- BENVENISTE J, HENSON PM, COCHRANE CG. *Leucocyte-dependent histamine release from rabbit platelets; the role of Ig E, basophils and platelet-activating factor*. *J. Exp. Med.* 1972; 136: 1356
- BENVENISTE J, LE COUEDIC JP, POLONSKY J, TENCE M. *Structural analysis of purified platelet activating factor by lipases*. *Nature* 1977; 269:170
- BERNARD H. *Doctrine Homéopathique*, Angoulême, éd. Coquemard, 1966
- BERNARD H. *Traité de Médecine Homéopathique*, Angoulême, éd. Coquemard, 1951
- BILDET J, GUERE JM, SAUREL J, AUBIN M, DEMARQUE D, QUILICHINI R. *Étude de l'action préventive de différentes dilutions de Phosphorus sur l'hépatite toxique du rat*. *Ann Homeop. Fr.* 1976; 3: 273-8
- BILDET J, SAUREL M, AUBIN M, CASAHOURSAT L. *Étude de l'action de diverses dilutions d'Ammanite phalloïde sur l'hepatite expérimentale du rat, déclenché par le tétrachlorure de Carbone*. *Ann. Homeop Fr.* 1978; 4:271-6
- BLAKISTON. *Dicionário Médico*, 2ª ed., S. Paulo, Org. Andrei Ed., 1982
- BLANCO M, MAZZINI MA. *Clinica Dermatológica e Sifiligráfica*, Rio. Ed. Guanabara, 1948. pp. 40, 149, 384 e 424

- BOIRON J, ABECASSIS J, PACHECO H, FONLUPT O, MARTINET M, CUEILLERON P, ASSAL M. Étude de l'action de la teinture de Gelsemium sur la capture de neuro-transmetteurs par des préparations synaptosomales de différentes fractions du cerveau du rat. *Ann. Homéop. Fr.*, 1980; 22:129-143
- BOIRON H, BAGROS M. Étude expérimentale de l'activité biologique de dilutions croissantes de Folliculine. *Actes de la Société Rhodanienne d'Homéopathie*, Juin 1955
- BOIRON J, MARIN A. Action de dilutions homéopathiques de Hg C12 sur la respiration du coléoptile de blé. *Annales homéopathiques françaises*. 19: 259 (avril 1965), 59: 635 (octobre 1965)
- BOIRON J, ZERVUDACK M. Action de dilutions infinitésimales d'arsenate de sodium sur la respiration de coléoptiles de blé. *Annales homéopathiques françaises* 1962; 10: 47-51
- BROTTEAUX P. *Homéopathie et Isopathie*, Paris, J.Peyronnet Éd., 1947, p.135-208
- BRUNINI, C. - *Aforismos de Hipócrates - Comentários*, São Paulo, Typus Ed. 1998
- BUARQUE DE HOLANDA FERREIRA, Aurélio. *Novo Dicionário Básico da Língua Portuguesa*, Rio, Ed. Nova Fronteira, 1995
- CARDOSO Licínio. *Dyniotherapia Autonósica*, Rio, Typ. Leuzinger, 1923
- CASTRO D, NOGUEIRA GMG. Uso do Nosódio Meningococcinum como preventivo contra a meningite, In: *Similia*, 1975, mai/jun; 16: 6-14
- CAVANI A, SEBASTIANI S, NASORRI F, ALBANESI C, GIROLOMONI G. Allergic Contact Dermatitis, Effector and Regulatory Mechanisms. *ACI Intern.*, 2002; Vol.14/4, July Aug.:156-160
- CHAVANON P. *Thérapeutique O.R.L.*, Paris, Éd. Dangles, 1935, p.728-744
- CIER A, BOIRON J. Pharmacologie homéopathique. Les possibilités de recherche sur animaux préalablement sensibilisés. *Ann. Homéop. Fr.* 1975; 4: 269-170
- CIER A, BOIRON J, VINGERT, BRAISE. Traitement du diabète expérimental par des dilutions infinitésimales d'Alloxane, *Ann.Hom.Franç.*, 64 NAY, 2: 57-137. Fév. 1966 e 4: -384, Juillet-Août, 1975
- CLARIS A. *Espaces Nouveaux de la Médecine*, Paris, Éd. Robert Laffont, 1977, p.141-198
- CLOVER AM. Hahnemann's theories of potentization. *Brit. Homoeop. Jour.* 1987, oct. 76:195-198
- CLOVES GHA. Stresses, Mediators, and Responses Survival. In: *Trauma, Sepsis and Shock*, Boston, Harvard Medical School Hosp., 1991, p.1-43
- COLLET TJM. *Isopathie, Méthode Pasteur par Voie Interne*, Paris, Libr. J.B. Baillière, 1898
- Consenso: Vacinas terapêuticas para as doenças alérgicas. *Revista bras.alerg.imunopatol.* Vol.23, nº 1, 2000
- CORBETT CE. *Farmacodinâmica*, 5ª ed., Rio, Guanabara-Koogan, 1977
- DAURAT V. Modulation de la réponse immunitaire de la souris par des doses infrapharmacologiques d'immunomédiateurs. Thèse Docteur Sciences Pharm. et Biol. Univ. Montpellier I, 1988
- DAVENAS E, POITEVIN B, BENVENISTE J. Effect on mouse peritoneal macrophages of orally administered very high dilutions of silica. *European Journal of Pharmacology*, 1987; 135: 313-319
- DAVENAS E, BEAUVAIS J, AMARA J, OBERBAUM M, ROBINZON B, MIADONNA A, TEDESCHI A, POMERANZ B, FORTNER P, SAINTE-LOUDY J, POITEVIN B, BENVENISTE J. Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE. *Nature* 1988; vol. 333(30) june: 816-818
- DEARBORN Henry M. *Diseases of the Skin*. New York, Boericke & Runyon, 1903
- DEMARQUE D. Interêt de la similitude anatomo-pathologique extraite des données toxicologiques dans la recherche du Simillimum, *Ann. Homéop. Fr.*, 1964, n. 1
- DEMARQUE D. Loi d'analogie et esprit de la méthode homéopathique. In: *Médicaments homéopathiques*, Galenica 16, Paris, Technique et Documentation, 1980, p.32-46
- DOUBLIER CM. Tentative de désensibilisation au chrome dans 14 cas de dermite du ciment. In: "Contribution au Bilan de la Recherche Experimentale en Homeopathie", Fac.Grenoble, 1968, p. 93-120
- DOUCET-JABOEUF M, PELEGRIN A, BASTIDE M, GUILLEMAIN J, TETAU M. Étude chronopharmacologique d'immunomodulateurs utilisés à doses infinitésimales chez la souris. *Cah. Bioth.*, 1985; 88: 41-3
- DUDGEON RE. (1853). *Theory and Practice of Homoeopathy*, N.Delhi, Jain Publ., 1982, p.212-41
- DUPRAT H. *Traité de Matière Médicale Homéopathique*, Paris, J.B. Baillière, 1935, p. 298-301
- EIZAYAGA FX. La realidad clínica y la Homeopatia. *Revista I.H.F.L.* jul. 1983: 92-98
- EIZAYAGA FX. *Tratado de medicina homeopatica*. Buenos Aires, Marecel, 1981
- ELLIOTT M. ROSS. *Farmacodinâmica: Mecanismos de Ação das Drogas e Relação Entre Concentração da Droga e seu Efeito*. In: *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*, 8ª ed. de Goodman & Gilman, Rio, Guanabara Koogan, 1991, p. 21-31

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE, éditée sur fascicules mobiles, Paris, Éd. Techniques, 1929-98

ENTRALGO Lain. História Universal de la Medicina, Vol. IV, Barcelona, Salvat ed., 1981, p.123

ESCALANTE, Tarsicio Plancarte. La Terapéutica por el Semejante, Mexico, Ed. España, 1974

FARMACOPÉIA HOMEOPÁTICA BRASILEIRA, 2ª ed., Parte I, S. Paulo, Atheneu Ed., 1997

FISCHER Peter e cols. Special Issue: The Bowel Nosodes. In: British Homoeopathic Journal, april 1988; Vol. 77:2

FISCHER A. Contact Dermatitis Due to American Parthenium Weed in India, Cutis, 1979; Vol. 23:2032

FITZPATRICK TB. Dermatology in General Medicine, 4th ed. N.York, , Mac Graw-Hill, 1993

FOUBISTER DM. Clinical Impressions of Carcinosis. British Hom. J. 44, IV, 1954

FORT QUER P. Plantas Medicinales, El Dioscórides renovado, Madrid, Ed. Labor, 1982

FÚHNER H, PHIL, WIRTH W, HECHT G. Toxicologia Médica. Trad. ao espan.A.F.Goicoechea, Barcelona, Ed. Científico Médica, 1956

GALENICA 16. Médicaments homéopathiques, éd. Technique et Documentation, 1980

GATTI JC, CARDAMA JE. Manual de Dermatologia, 5ª ed., B.Aires, 1965, p.41, 149, 424

GALHARDO, JEG. Iniciação Homoeopática, Rio, Typ. H.M. Sondermann, 1936

GOODMAN, Louis Sanford & GILMAN, Alfred. As Bases Farmacológicas da Terapêutica, 8ª ed., Rio, Guanabara-Koogan, 1991

GUILLEMAIN J, HUGUET F, SEGOUIN C, BAKRI-LOGEAS, TÉTAU M, NARCISSE G. Liaisons in vitro de dilutions d'Ignatia et Strychninum aux récepteurs glycinergiques: Démonstration de leur spécificité. In: XIX e Assises scientifiques homéopathiques, Lille, juin 1980

GUPTA AC. Organon of Médecine Homoeopathique, Part I, N. Delhi, Jain Publ., 1977, p.35-8

HAHNEMANN S. Lesser Writings. Trad. R.E.Dudgeon, New Delhi, B. Jain Publ., 1984

HAHNEMANN S. Organon der Heilkunst - Organon da Arte de Curar, 6ª ed., trad. Edméa Marturano Villela e Izae Carneiro Soares, Ribeirão Preto: Museu de Homeopatia Abrahão. Brickmann, 1995

HAHNEMANN S. (1818). Organon de l'Art de Guérir. Trad.Ernesto G. Brunnov, Dresde, 1824

HERING C. The Guiding Symptoms of our Materia Medica, V. III, Calcutta, Jain Publ., 1920, p.91-8

JAHR GHG.(1857). Princípios e Regras que devem guiar a prática da Homeopatia. Trad. M.A.M. Santos, Rio, Detalhes, 1987

HODIAMOND - Remèdes Végétaux en Homéopathie, Paris, Baillière, 1952

JOLY P. Recherche fondamentale en homéopathie, experimentations de laboratoire sur l'animal et le végétal. Encyc. Med. Chir. Homeopath. 38060 A 10, A 20, 1981

JULIAN A. Traité de Micro-Immunothérapie Dynamisée, T. I, Paris, Libr. Le François, 1977

JULIAN A. Biothérapies et Nosodes - Matière Médicale Homéopathique, Paris, Lib.Maloine, 1962

JUNKER H. Uberdie Wikung extrem vordinsester Urbgstrausen auf pharmacien. Biol. Zentrablatt 1925; 46:26

KAHN G e cols. Propyl Gallate-Contact Sensitization and Orally Induced Tolerance. Arch. Dermatol.1974; V. 109:506-509

KENT JT. Homeopatia, escritos menores, aforismos y preceptos. B.Aires, Ed.Albatros, p.179-88

KENT JT. La Science et l'Art de l'Homoeopathie, 2me éd. Fr., trad. P.Schmidt, Paris, Maisonneuve, 1969, p. 177-8

KENT JT. (1904) Lectures on Homoeopathic Materia Medica, New Delhi, B.Jain Publ., 1992

KLIGMAN AM. Poison Ivy (Rhus) Dermatitis. Archives of Dermatology, 77:142. 1958

KLIGMAN AM. Hiposensitization Against Rhus Dermatitis. Arch. Dermat., 78:47, 1958

KOSSAK A. Tratamento de Dermatoses pelos seus agentes: cloro, petróleo, sulfas e Pulex irritans. A Voz da Homeopatia. Rio. Jan.1974; 55-98: 26-33

KOSSAK A. Agravações Dermatológicas em Homeopatia. Tese apresentada à Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, 1976

KOSSAK A. Isoterapia pelo Petróleo em dermatoses desencadeadas por seus derivados. In: Acta VIII Congr. Ibero-Amer. Dermat., El Salvador, C.A., dez 1975 e Rev. Homeopatia, 2º sem.1977; 136:19-22

KOSSAK A. Dessensibilização por via oral. In: Anais do XIII Congr. Bras. Homeop., Rio, 1977. p. 73-79

KOSSAK A. Sulfuricum acidum no vício da embriaguês. Anais do 10º Congresso de Homeopatia. In: A Voz da Homeopatia, 1966; 82: 61-75

KOSSAK A. Etilismo e as doses mínimas do ácido sulfúrico. Revista APH, 1974; 126:3-8

KOSSAK A. Sulfuricum acidum e alcoolismo - Um mesmo assunto vinte anos depois. Gazeta Homeopática, 1987; v.2 (4): 4-11

- KOSSAK-ROMANACH A. Efeito Fotoprotetor de Apis mellifica. Revista. Ass. Paul. Hom., 1978; 137: 9-12
- KOSSAK-ROMANACH A. Possibilidades e Limitações de Cadmium sulfuricum nas seqüelas da radioterapia. In: XVII Congresso Brasileiro de Homeopatia, Salvador, Ba, set. 1984
- KOSSAK-ROMANACH A. Variantes Reativas dos Portadores de Acne sob Tratamento Homeopático. Tese prof. titular Univers. Rio de Janeiro, 1987
- KOSSAK-ROMANACH A. Homeopatia em 1000 Conceitos, 3ª ed., S.Paulo, Elcid, 2003, 630 p.
- KOSSAK-ROMANACH A. Estímulos e Respostas em Homeopatia, Ibirá, SP, Elcid, 1999. 224 p. il.
- LAPP C. Travaux sur le bismuth. Annales de Pharmacie Française, Paris, 1956; 14:448
- LAPP C, WURMSER L, NEY J. Mobilisation de l'arsenic fixé chez le cobaye sous l'influence de doses infinitésimales d'arseniate de sodium. Thérapie 1955; 10:625-38 e Thérapie 1958; 13:46-55
- LAPP C, WURMSER et NEY. Influence de doses infinitésimales sur la cinétique des éliminations. Homéop. Fr. 1957, 21 Cong de la L.H.I., Bordeaux, 1957
- LAPP C, WURMSER L, KAUTRELE J. Mobilisation du bismuth fixé chez le cobaye sous l'influence de doses infinitésimales d'un sel de bismuth. Thérapie 1958; 13:438-49
- LAROUSSE DE LA MÉDECINE, 2me tome. Domary A, Borneuf J et all. Canada, éd. Françaises Inc., 1972
- LAROUSSE DU XX e SIÈCLE, Tom. IV/VII, Paris, Libr. Larousse, 1918-1933
- LEITE AAC, LEITE RNS. Candidíase mucocutânea crônica: relato de um caso em acompanhamento por cinco anos. Ver. Bras. Dermatol, Rio de Janeiro, jan/fev. 2002; 77(1):71-77
- LITTRÉ E. Oeuvres Complètes d'Hippocrate, T. VI, Paris, J.B. Baillière, 1849, p.331
- LORENZ EN. Deterministic nonperiodic flow. J.Atmos. Sci. 1963; 20:130-41
- MAFFEI WE. Os Fundamentos da Medicina, Vol 2, 2ª ed., S.Paulo, Artes Médicas, 1978, p. 428
- MERSCH. Pourquoi étudier l'Homéopathie, Bruxelles, Éd. Terres Latines, 1952, p.15-93
- MOCKENHAUPT M, NORGAUER J. Stevens-Johnson Syndrome and Toxic epidermal necrolysis. ACI Intern, july-aug. 2002; 14/4: 143-150
- MOURIQUAND G, CIER A, BOIRON M, EDEL V, CHICHIZOLA R. Mobilisation de l'Arsenic fixé sous l'effet de doses infinitésimales et variations de l'indice chronologique vestibulaire. Comptes rendus de l'Académie des Sciences, Séance du 6 juillet 1959; t. 249, p. 18-20
- Annales Homoeopathiques Françaises, 64-NAY, Juillet 1960; 10:46/76
- NASSIF MRG. & cols. - Homeopatia (3 v.) S.Paulo, Robe Ed., 1995
- NEGREIROS EB. Metais como Causa de Doença Alérgica. Revista. Brasil. Alerg. Imunop. 1979; 1 (1):3-10
- NEGREIROS EB, ALMEIDA CA, UNGIER C. Alergia para Clínicos e Pediatras. S.Paulo, Liv. Atheneu, 1977
- NETIEN G. Action de dilutions homéopathiques sur la respiration du coléoptile de blé. Actes des deuxièmes Assises scientifiques homéopathiques (1962); p. 823 à 827
- NETIEN G, BOIRON J, MARIN A. Action de doses infinitésimales de sulfate de cuivre sur des plantes préalablement intoxiquées par cette substance. Action d'une 15e centésimale hahnemannienne". Ann. homéop. Fr., février 1966; p. 50-130
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Consenso "Imunoterapia com alérgenos": vacinas terapêuticas para doenças alérgicas. In: Rev. Bras. Alerg. e Imunopat. 2000; Vol.23 (1)
- PARROT R. Isothérapie dans sa forme individuelle. Auto-Isotherapie. Paris, éd. Doin, 1967
- PASCHERO P. El Remedio homeopático: su naturaleza y su finalidad. B.Aires, El Ateneo, 1983, p.28-33
- PEREIRA J.R. Manual de Pharmacologia, V.I., S.Paulo, Soc.Ed. Med., 1929; p. 38-42 e 144-198
- PHARMACOPÉE FRANÇAISE. 10 e éd., 1989
- PLAZY M. Pesquisa Experimental Moderna em Homeopatia, Rio, Ed. Hom. Bras, 1969
- POITEVIN B. Le Devenir de l'Homéopathie, Paris, Doin, 1987
- POITEVIN B. Relations générales entre homéopathie et immuno-allergologie, in Encyc. Médico-Chirurgiale, 7-1988. 1-38255 A 10
- POITEVIN B. Inversion dose-effet, quelques exemples en biologie et en pharmacologie Homeop. Fr.1985; 71:51-6
- POITEVIN B, DAVENAS E, BENVENISTE J. In vitro immunological degranulation of human basophils is modulated by Lung histamine and Apis mellifica. Br.J.Clin.Pharmac., 1988; 25:439-444
- REESE R. T, CEBRA JJ. Anti-Dinitrophenyl Antibody Production in Strain 13 Guinea Pigs Fed or Sensitized with Dinitrochlorobenzene, The Journ. of Immunol.,1974; V. 114:863-871

- REILLY David Taylor, TAYLOR Morag A, McSHARRY Charles, AITCHISON Tom. Is Homoeopathy a placebo response? Controlled trial of Homoeopathic Potency, with pollen in hayfever as model. Depart. Pathology, McMaster Univ., Ontario, Canada In: The Lancet, 18, 1986, p.881-5
- RIBEIRO FILHO, Ariovaldo. Efeito primário, secundário e alternante. In: Homeopatia, de M. Regina Galante Nassif, Vol I, S.Paulo, Edit. Robe, 1995, p. 267-279
- ROMEIRO Vieira. Terapêutica Clínica, 3ª ed., Rio, Ed. Guanabara, 1951, p. 1065
- RUIZ R. Da Alquimia à Homeopatia - um estudo sobre a teoria da dinamização. Tese doutoramento. Pontif. Un. Cat. S.Paulo, 1999
- RUPPERT LH. Imunoterapia Oral Funciona? Publ. Alerbras, Rio, abr/jun.1989; 4:3
- SALOGA J, ENK AH, ROSS A, RESKE-KUNZ AB, KNOP J. Dendritic Cells in the Allergic Immune Response. From a Key Player in the Pathological Process to a Potential Therapeutic Tool. ACI International, May/June 2001, Vol.13 (3): 107-112
- SAMPAIO, CASTRO, RIVITTI. Dermatologia Básica, 3ª ed., S.Paulo, Ed. Artes Médicas, 1985
- SANKARAN P. Some Notes on the Nosodes, 2me éd., Bombay, The Homoeopathic Medical Publ., 1970, p. 1-32
- SARKAR BK. Up-to-date with Nosodes. The materia medica of some important nosodes, sarcodes, bowel nosodes and provings of Penicillin, chloromycetin, etc. First Indian Pr., Calcuta, Roy Publ., 1964
- SANTOS, Adelson J. Fontes, ANDRADE LEC, ABRAMOVICTS e cols. Tratamento do alcoolismo crônico com doses mínimas de Sulfuricum acidum. Experiência em ambulatório do Inamps. Gazeta Homeopática 1987; v.2 (3):4-6
- SEITSCHKEK R. Granulocyte reactions after Homoeopathic high potencies. The Brit.Homoeop.J., 2: 111-121, 1962
- SCHMIDT P. Les Nosodes. In : El Arte de Interrogar, B. Aires, Impresur, 1976, 90-117
- SOARES, AAD. Farmácia Homeopática. S.Paulo, Organ. Andrei, 1997, p.169-171
- STEDMANN. Dicionário Médico. 25ª ed. Rio, Guanabara-Koogan, 1996
- STITES DP, TERR AI. Basic Human Immunology, New Jersey, Prentice Hall, 1991
- TEIXEIRA Hélio. Ação Primária e Secundária dos Medicamentos e suas Implicações na Terapêutica Médica. Tese à Univ. do Rio de Janeiro, 1990
- TEIXEIRA Marcus Zulian. O princípio da similitude na moderna farmacologia. Revista de Homeopatia. 1999; Vol. 64 (1,2,3,4): 45-58
- TEIXEIRA Marcus Zulian. Semelhante cura semelhante. S.Paulo, Ed. Petrus, 1998
- TEPPERMAN J. Endocrine Physiology. Th.ed., Chicago, Year Book Med. Publ., 1972, 7-32
- TETAU J et M. Pharmacologie et psycho-pharmacologie de Thuya. Ann. Homeop. Fr. 1975; 4:373
- VANNIER Léon. La Doctrine de l'Homoeopathie Française, 2me éd., Paris, G. Doin, 1949, p. 119-156
- VANNIER Léon. La Pratique de l'Homoeopathie, 3me éd., Paris, G. Doin, 1947, p. 484-491
- VERVLOET AE. Hahnemann e Pavlov, S. Paulo, Ypiranga, 1981
- VIJNOVSKY, B. Traducción y Comentarios del Organon de Hahnemann, B.Aires, 1983, p.115-8
- VIJNOVSKY B. Tratado de Materia Medica homeopatica, 3 Vol., B. Aires, Macagno, Landa, 1978, p. 305
- VISCHNIAC L. Influence des doses infinitésimales de plomb sur l'évolution de l'intoxication au plomb chez l'animal. Homeop. Fr. 1965; 1: 21-33
- VITHOULKAS G. Homeopatia: Ciência e Cura. Trad. port. S.Régis, S.Paulo, Ed. Cultrix, 1981
- VOISIN H. Matière Médicale Homéopathique Clinique, T. I. Amnecy, Imp. Moderne, 1949, p. 214-6
- WURMSER L. Influence des doses infinitésimales sur la cinétique des éliminations. Homeop. Fr., 1984; 72: 165-73
- WURMSER L. Evolution de la Recherche en homéopathie. Éd. Coquemard, 1967 et in: Documentat. Homéop., L.H.F., Fr., n.47
- WURMSER L. Influence des doses infinitésimales sur la cinétique des éliminations. Homeop. Fr., 1984; 72:165-73
- ZISSU R. Matière Médicale Constitutionnelle (4 vol.), Paris, Peyronnet, 1959-1964

GLOSSÁRIO

AÇÃO (Farmacologia) - Interferência direta das moléculas de um fármaco (droga ou medicamento) sobre certas estruturas do organismo que a recebem. Esta influência se traduz por uma ação, ou por várias ações.

AÇÃO COLATERAL - Aquela provocada pela droga, ainda que não visada pelo médico. Este significado é relativo e varia conforme o objetivo central da prescrição.

AÇÃO ELETIVA - Situação da droga que, embora distribuída em todo organismo, exerce ação apenas no órgão sensível. Ex. digital, que se deposita no miocárdio, fígado e músculos esqueléticos, mas cuja ação eletiva ocorre apenas no miocárdio.

AÇÃO FARMACOLÓGICA - Aquela desejada pelo médico e proporcionada pelo medicamento.

AÇÃO PRIMÁRIA - Resultado da interação droga-receptor, fisiológica e impositiva, cujos tipos estão na dependência das estruturas do organismo. Refere-se às propriedades bioquímicas das drogas. Interessa especialmente à Enantiopatia e Alopátia. Difere do efeito secundário reacional, inerente à resposta de defesa.

AÇÃO PRIMITIVA - Expressão habitual em textos antigos de Farmacologia, significando ação primária; às vezes, substituída por *ação positiva*.

AÇÃO SELETIVA ou ESPECÍFICA - Eventualidade em que a ação principal de uma droga está relacionada a determinada ação primária; esta seletividade pode ser dose-dependente.

ALÉRGENO ou ANTÍGENO - Molécula que induz a formação de anticorpos.

ALOPATIA - Do grego *allos* = diferente. Emprego de medicamentos que produzem no homem sadio efeitos farmacodinâmicos *diferentes* daqueles apresentados em determinado doente. Segundo o dicionário médico de Blakiston, "Sistema de tratamento médico, usando remédios que produzem efeitos sobre o organismo, diversos dos produzidos pela doença, ao contrário do sistema homeopático. Tem sido aplicado erroneamente pelos homeopatas, à profissão médica comum."

ATENUAÇÃO, DESCONCENTRAÇÃO ou PARTICULAÇÃO - Passagem do medicamento para outro estado ou concentração, subdividindo cada vez mais a substância ativa. Inicial. O fracionamento da droga é conseguido através de diluições ou triturações sucessivas.

AUTO-HEMOTERAPIA DINAMIZADA - Tratamento a partir do sangue diluído e dinamizado do próprio doente.

AUTONOSÓDIO - Medicamento oriundo de material patológico de um doente, para ele próprio.

BIOFASE - 1) Estado da zona próxima ao receptor de membrana. Nos capítulos da desintoxicação, hipossensibilização e tolerância, designa estado de alteração em que se encontra a região que envolve uma ligação receptor-tóxico ou receptor-alérgeno. 2) Estado de tolerância intrínseca que consiste na modificação dos receptores enzimáticos, sob influência de tóxico ou fatores mórbidos. 3) Estado induzido nas imediações de receptores, condicionado a concentrações reduzidas e continuadas de um agente agressivo, cuja informação facilitaria reversão da união enzimática ou tóxica.

C 6 ou CH 6 - Sexta dinamização centesimal, ou sexta potência centesimal hahnemanniana. Indica droga que foi diluída em água ou em álcool na proporção 1:99 e submetida a cem succussões, em seis operações consecutivas. Matematicamente corresponde a 100^{-6} . A mesma dinamização pode ser conseguida através da trituração progressiva em lactose, segundo normas da Farmacopéia homeopática.

C 30 ou CH 30 - Trigésima diluição ou potência centesimal hahnemanniana. Significa que a droga inicial foi diluída na proporção 1:99, sempre seguida de cem succussões, em trinta operações consecutivas. Matematicamente corresponde a 100^{-30} .

COROLÁRIO DE ROSS - a) uma droga é, potencialmente, capaz de alterar a velocidade na qual qualquer função corporal se processa. 2) as drogas não criam efeitos, mas apenas modulam uma função já existente.

CORRELAÇÃO DE SIMILITUDE HOMEOPÁTICA - Significa a correlação de duas síndromes semelhantes - uma natural do doente e outra experimental do medicamento.

CORRELAÇÃO SINTOMÁTICA PARCIAL - restrita, regional, episódica, ou sub-totalidade - aquela decorrente de dificuldades práticas ou inexistência de manifestações marcantes em nível geral físico ou psíquico, de modo a permitir a correlação apenas parcial de semelhança com uma patogenesia, caracterizando a Similterapia. Visa o sofrimento ou a doença, e não o doente em sua globalidade reacional.

DETOXICAÇÃO e DESINTOXICAÇÃO - Mecanismo espontâneo ou induzido, pelo qual o organismo mobiliza e elimina produtos nocivos nele produzidos ou acumulados.

DIÁTESE - Conjunto de afecções diferentes quanto à sede e sintomas, mas aparentemente da mesma natureza, que acometem o mesmo indivíduo simultânea ou sucessivamente. Passível de transmissão hereditária similar ou homóloga. Termo comum no capítulo dos miasmas, como predicativo.

DILUIÇÃO - Representa distribuição da fase *soluta* em outra fase *solvente*, permitindo subdivisão ou desconcentração da substância-base. Em Homeopatia, está obrigatoriamente vinculada ao procedimento das succussões, que conferem ao soluto novas propriedades energéticas ou farmacodinâmicas, motivo porque, na prática, aparece como sinônimo de *dinamização* ou *potência*.

DILUIÇÃO, DINAMIZAÇÃO, POTÊNCIA, ENERGETIZAÇÃO, DESCONCENTRAÇÃO ou ATENUAÇÃO - Nos textos de Isoterapia e de Homeopatia estas denominações guardam igual significado, subentendendo que o medicamento em questão representa determinada droga obrigatoriamente diluída numa série de procedimentos na proporção 1:99, sempre completados por 100 succussões.

DILUIÇÕES BAIXAS - Consideradas aquelas entre C 3 (ou D 6, matematicamente) e C 5 (D 10). A estas concentrações ainda ponderáveis, passíveis de serem medidas, a denominação genérica de *ultradiluições* não se justifica.

DILUIÇÕES MÉDIAS - Aquelas entre C 6 e C 12. Dificuldades de mensuração começam a partir da C 8.

DILUIÇÕES HAHNEMANNIANAS - Subentendem uma porção da substância base para 99 partes de solvente, em séries obrigatoriamente intercaladas por 100 succussões. Cada grau da escala exige novo frasco, sendo desprezado o anterior. Daí a designação de "método dos frascos separados". O mesmo que ULTRADILUIÇÕES HAHNEMANNIANAS.

DILUIÇÕES KORSAKOVIANAS - Subentende diluições e succussões seriadas com utilização de um único frasco para os graus sucessivos. Daí a denominação de "procedimento do frasco único". Adota 100 succussões, entretanto a proporção soluto-solvente 1:99 está baseada na *suposição* da quantidade residual. O método não se presta a pesquisas porque não permite aproximação matemática aceitável. Útil em situações de emergência e na preparação extemporânea de isoterápicos. Ver KORSAKOV, *procedimento*.

DINAMIZAÇÃO, ou **POTÊNCIA** - Divisão de determinada droga pelo procedimento de diluição + sucussões (quando substância solúvel) ou pela trituração em lactose (quando substância insolúvel). O termo provém do grego *dynamis = potência, força*, qualificando as substâncias que adquirem energia medicamentosa através do processo das diluições sucussionadas ou pela trituração. O resultado deste processo estaria relacionado ao fenômeno de fricção intermolecular.

DINAMIZAR, ou **POTENCIALIZAR** - Conferir energia e movimento. Processar um fármaco do estado ponderável ao imponderável, ou "infinitesimal".

DINIOTERAPIA AUTONÓSICA - Expressão original de Licínio Cardoso. Termo extensivo ao processo de dinamização dos produtos "patogênicos" em geral e, inclusive, sangue total.

DINIOTERAPIA AUTO-HÊMICA - O mesmo que *auto-hemoterapia dinamizada*. Terapêutica pelo sangue dinamizado do próprio doente. Expressão pouco conhecida.

DOENÇA, seg. Sydenham (1624-1689) - Reação insuficiente da natureza contra o agente que a prejudica.

DOSE - Quantidade de droga avaliada em peso ou em volume a ser administrada, seja de uma só vez, seja fracionadamente (J.R. Pereira). Em Farmacologia corrente designa a quantidade de gotas, glóbulos ou comprimidos administrados em cada tomada do medicamento, subentendendo a quantidade da droga empregada em gramas ou miligramas. Em Homeopatia o termo assume outro sentido, significando simplesmente o ato de tomada ou ingestão do medicamento dinamizado, sem considerar a quantidade.

DOSE MÍNIMA - Refere-se às doses exíguas ou imponderáveis do princípio medicamentoso empregadas no tratamento segundo a correlação da semelhança. Representa um dos corolários da lei da semelhança. Uma substância em *dose mínima, quando destituída de estudo patogenético, não viabiliza a prescrição homeopática*.

DOSE INFINITESIMAL - Termo consagrado pelo uso, referindo-se às quantidades imponderáveis das drogas de um modo geral, após diluídas e dinamizadas.

D 12 - Símbolo indicativo de desconcentração de determinada substância: em um solvente, obedecendo à proporção decimal 1:9, seguida de cem sucussões, ou segundo a técnica da trituração em lactose durante uma hora, em doze operações consecutivas. Foi inicialmente proposta por Hering, donde a sigla DH pretender significar decimal de Hering. Matematicamente equivale a C 6; sob o ponto de vista prático, de energetização, a equivalência é discutida.

DOCTRINA - 1) Significa ciência, saber, ensinamento. Conjunto de noções consideradas verdadeiras através das quais pretende-se elaborar uma interpretação de fatos, ou dirigir uma ação. Existem doutrinas religiosa, filosófica, política, etc. (*Dic. Robert, em francês*). 2) Termo oriundo do latim *doceo = ensinar*; um sistema particular de princípios ensinados ou aconselhados (*Dicionário Médico de Stedman, em inglês*). 3) Conjunto de princípios que servem de base a um sistema religioso, filosófico ou científico (*Dic. português de C.B. Holanda*). Alguns autores consideram Homeopatia uma doutrina, ao modo de muitas outras doutrinas já existentes em Medicina; contudo, o abuso do termo nas seitas religiosas, tornou-o inconveniente em textos científicos.

DRACMA - Medida antiga de peso. *Dracma alemão = 3,88 g; Dracma francês = 3,82 g.*

DRENAGEM - Fenômeno de mobilização e eliminação de produtos inúteis ou nocivos ao organismo, através de emunctórios.

DRENAGEM, PROCEDIMENTO DE - Consiste na utilização de medicamentos de origem vegetal, em baixa dinamização, em nível ponderável, no intuito de aliviar o estado de intoxicação habitual do organismo doente, estimulando especificamente, tecidos, órgãos e emunctórios. Não obedece à lei da semelhança no sentido hahnemanniano. Não é Homeopatia. Também não se enquadra na Fitoterapia.

DROGA - Qualquer substância simples ou composta, de variada origem e utilizada com variados fins que, administrada a organismos vivos em quantidades tão pequenas que não ajam como alimento, neles pode produzir alterações somáticas ou funcionais. Qualquer agente químico capaz de alterar as funções do organismo. Nesta concepção, seriam "drogas" os alérgenos industriais.

EFEITO - Conseqüência da ação. Resultante da intervenção das moléculas de uma droga - fármaco ou medicamento, passível de ser detectada pelo observador.

EFEITO REBOTE - Reação súbita do doente, ao ser suspensa de forma brusca determinada droga usada em doses maciças durante longo período e após haver decorrido intervalo razoável desde a sua interrupção. Representa uma faceta do efeito secundário reacional ocorrendo em alopátia. Também constatado na aproximação do restabelecimento em sobreviventes aos grandes envenenamentos. Não é curativo no sentido global, em razão da ausência da correlação de semelhança sintomática.

EFEITO SECUNDÁRIO - Reação orgânica à ação primária de determinada substância, caracterizada pelas manifestações inversas, de defesa. Na prática alopática, é confundido com efeito indesejável, consecutivo e colateral.

ELETIVIDADE - Propriedade de determinadas drogas em, a partir da corrente sangüínea, se depositarem preferencialmente em determinados órgãos.

ENANTIOPATIA - Do grego *enantios* = contrário, oposto. Método terapêutico com agentes cuja ação no homem sadio consiste em manifestações farmacodinâmicas contrárias ou antagônicas àquelas observadas no doente. Constitui terapêutica sintomática, episódica ou paliativa.

ENERGETIZAÇÃO, POTENCIALIZAÇÃO ou DINAMIZAÇÃO - Transferência do poder farmacodinâmico ao solvente, através do procedimento das diluições e succussões.

ESCALA CENTESIMAL - Consiste na diluição e dinamização do princípio ativo em água ou álcool, na proporção 1:99, através de succussões, em séries consecutivas. Designa igualmente a técnica das triturações seriadas em lactose. Existe uma única escala centesimal - a hahnemanniana, bastando o símbolo C, isolado, precedendo ou seguindo o número representativo do grau de dinamização centesimal. Ultimamente, a Comissão responsável pela Farmacopéia convencionou o uso da sigla CH para assegurar a originalidade (de Hahnemann) do método. Inovação desnecessária.

ESCALA CRESCENTE ou ESCALA PROGRESSIVA - Refere-se à conduta de prescrição do mesmo medicamento, em etapas sucessivas, nas potências crescentes C 6, C 12, C 30.

ESCALA DECIMAL de HERING - Diluições seriadas na proporção de 1:9, em peso ou em volume. A inovação substitutiva do símbolo D, por DH, (pretensamente o "H" de Hering) é incoerente.

EXPERIMENTAÇÃO - Prova, ou experimentação no homem são, consiste em administrar determinada substância em organismos sadios, com a finalidade de provocar desvios fisiológicos, permitindo deste modo conhecer os fenômenos característicos que as substâncias medicinais são capazes de despertar (Farmacodinamia). Idéia preconizada pelo fisiologista Haller (1708-1777) como única forma capaz de permitir o reconhecimento de novos remédios. Coube a Samuel Hahnemann (1755-1843) o pioneirismo na execução da Medicina experimental, antes de Claude Bernard (1813-1878).

EXTRATO ALERGÊNICO - Preparado de um alérgeno obtido pela extração dos constituintes ativos de substâncias animais ou vegetais, mediante métodos adequados.

FÁRMACO ou **MEDICAMENTO** - Droga, ou preparação efetuada com drogas que, atuando em organismo vivo, provoca efeitos benéficos ou úteis. Substância de estrutura química definida.

FARMACOCINÉTICA - Estudo daquilo que o organismo faz com a droga.

FARMACODINÂMICA - Estudo dos fenômenos que o fármaco é capaz de despertar no organismo.

FARMACOPÉIA HOMEOPÁTICA BRASILEIRA - Oficializada desde 1972 pelo Decreto 71.21. Anexa à Farmacopéia Brasileira.

FEED-BACK - Significa retroalimentação, aferentização de retorno ou auto-regulação. Termo válido em mecânica e em Medicina. Modulação de uma atividade dentro dos circuitos de sistemas complexos, graças à interdependência dos fatores integrantes.

FORÇA VITAL - Princípio dinâmico ou *forma de energia*, distinta do *corpo* e da *alma* (ou *espírito*), integrada na totalidade do organismo, regente de todos os seus fenômenos normais e anormais, e cujo desequilíbrio se traduz através de sensações desagradáveis e manifestações irregulares que constituem a doença. Princípio que, no estado de saúde, mantém as partes do organismo em harmonia. Preside a todas funções do ser vivo. Princípio biológico organizador. Inteligência formativa. Força de homeostase. Em traduções recentes, qualificado como "dynamis". Para outros, continuaria sendo a *Physis* hipocrática.

FUNDAMENTOS DA HOMEOPATIA: 1) Lei da semelhança; 2) Experimentação no homem são; 3) Dose mínima; 4) Remédio único.

FUNDAMENTOS DA ISOTERAPIA: 1) Princípio da identidade; 2) Analogia do agente causal, em sua natureza química ou orgânica; 3) Remédio único. 4) Dose mínima.

GAMA - Em Física, massa igual a um milionésimo de grama; 1/1000 de miligrama.

GLÓBULO - Forma farmacêutica constituída de sacarose, pura ou misturada à lactose ou ainda ao amido, em volumes variados. Dos três tamanhos existentes no Brasil, designados numericamente de 3, 5 e 7 e pesando, respectivamente, 30, 50 e 70 mg, o último é o mais empregado.

GRÂNULO - Forma farmacêutica esférica, constituída de sacarose pura, pesando em torno de 0,05 g. Os grânulos inertes são impregnados por imersão em diluição alcoólica do medicamento desejado sendo, após algumas horas, submetidos à secagem em temperatura inferior a 50° C.

GRÃO - Unidade de medida, representando valores variados. O grão alemão, adotado por Hahnemann, correspondia a 0,062 g. Em textos atuais a conversão é feita com base em 0,05 g.

HAHNEMANNIANO - Termo aplicado a tudo que se relaciona à terapêutica segundo a lei da semelhança - criada por Samuel Hahnemann, a exemplo da semiotécnica hahnemanniana, da farmacotécnica hahnemanniana, das ultradiluições hahnemannianas e da concepção hahnemanniana das doenças crônicas.

HOMEOPATIA - Palavra usada no sentido de tratamento homeopático, significa terapêutica baseada no sofrimento ou sintomas semelhantes (do grego *homós* = semelhante, *páthos* = sofrimento, doença). No significado prático completo designa a ciência terapêutica baseada na lei natural de cura "Similia similibus curen-

tur" ou "**sejam os semelhantes curados pelos semelhantes**". Consiste em adaptar para a totalidade sintomática de determinado doente, uma substância capaz de provocar sintomas semelhantes, ou parecidos, quando experimentada em indivíduos sensíveis aparentemente saudáveis. Representa uma metodologia no setor da Terapêutica, original de Samuel Hahnemann, criada em 1796. Não está subordinada ao diagnóstico nosológico.

IMAGEM PATOGENÉTICA - Expressão aplicada aos indivíduos portadores de conjunto coerente de sinais e sintomas que, pela peculiaridade marcante, lembram a totalidade patogenética ou experimental de determinada droga.

IMUNOMODULAÇÃO - Consiste na variedade de métodos para manipulação terapêutica da resposta imune (OMS).

IMUNOMODULADOR - Substância biológica ou não biológica que influencia diretamente uma função imune específica ou modifica um ou mais componentes dos mecanismos imuno-reguladores para obter um efeito indireto em determinada função imune específica (Fauce).

IMUNOTERAPIA com alérgenos (OMS, ano 2000) - Administração de quantidades gradualmente crescentes de uma vacina (extratos) de alérgenos em um paciente alérgico, até atingir uma dose efetiva capaz de reduzir os sintomas associados à exposição subsequente do alérgeno causal.

INDIVIDUALIZAÇÃO - Procedimento que visa, através do interrogatório minucioso, detalhar, qualificar, modalizar e detectar peculiaridades em cada sinal e sintoma de determinado doente, visando um conjunto global harmonioso e inconfundível do enfermo, independente do diagnóstico nosológico.

INDIVIDUALIZAR - Pesquisar e selecionar os sintomas que caracterizam determinado doente, a fim de distingui-lo entre outros portadores de igual diagnóstico clínico, buscando sobretudo estabelecer correlação aprimorada de semelhança através de uma imagem patogenética.

INFINITESIMAL - Termo não ideal porém consagrado pelo uso, refere-se à quantidade mínima, imponderável, do medicamento homeopático.

IRRITAÇÃO - Termo adotado por Cushny para designar um terceiro efeito das drogas, além da excitação e da depressão, traduzindo os efeitos sobre funções comuns às células vivas, em especial a nutrição e o desenvolvimento.

ISOPATIA - Termo superado, porém ainda em uso. Tratamento isopático significaria terapêutica pela própria doença ou seus produtos (*isos* = igual, *páthos* = sofrimento). Refere-se ao emprego de produtos patológicos do doente, após dinamizados. Impropriamente empregado para designar a prática da Isoterapia que, por sua vez, é sinônimo de Tautoterapia. Estes dois últimos termos subentendem o emprego de substâncias de qualquer natureza, inclusive aqueles patológicos antes chamados de isopáticos, desde que rigorosamente identificados, não obedecendo à totalidade sintomática e sim ao agente etiológico. Termo empregado por Hering, Lux e Gross ao se referirem aos nosódios. Os termos Isopatia, Isoterapia ou Tautoterapia, *não significam Homeopatia*. O termo Isopatia, repetido em dicionários leigos, deve ser entendido como *Isoterapia*. *Todo isopático é um isoterápico, mas o inverso não é verdadeiro*.

ISOTERAPIA - (*isos* = igual, *therapeia* = tratamento). Tratamento por igual causa que provocou a doença. Subentende agente etiológico identificado, de qualquer natureza. Termo etimologicamente correto que deve ser aplicado ao procedimento terapêutico dentro do princípio da identidade. Em definição de Landouzy (1845-1917): "*Método terapêutico que, considerando as igualdades de potência, de ação e de força, procura induzir os elementos, os homens, os animais e os vegetais - em uma palavra, as causas que produziram a doença - a promoverem a cura*".

KORSAKOV, procedimento de - Recurso grosseiro para obter diluições sucessivas em um mesmo frasco e denominado "procedimento de frasco único". A diluição 1:99 da substância-base medicinal e solvente é feita

mediante sucessivas operações de enchimento do frasco com determinado volume da solução, submetida a 100 sucussões, seguindo-se o esvaziamento simples e completo do frasco. Para o próximo grau de dinamização, segue a reposição do volume anterior do solvente, 100 sucussões, esvaziamento, outra reposição e assim sucessivamente. O autor admite que em cada processo de esvaziamento restaria, aderente às paredes do frasco, a centésima parte do volume dinamizado anterior, bastando simplesmente o acréscimo de solvente para a etapa seguinte. Procedimento inexato e anticientífico, somente justificável em situações desesperadoras de urgência. O médico precisa conhecê-lo para detectar os abusos de farmácias que o adotam como rotina. As equivalências matemáticas comparativas frente à escala centesimal hahnemanniana são disparatadas e inaceitáveis. Não constitui "método".

MATÉRIA MÉDICA HOMEOPÁTICA - Conjunto das patogenesias. Catálogo completo das manifestações obtidas através da experimentação das drogas em indivíduos sadios.

MEDICAMENTO ou **FÁRMACO** - Droga ou preparação feita com drogas que, atuando em organismo vivo, induz efeitos benéficos ou úteis. Na acepção geral, significa qualquer substância que modifica o equilíbrio funcional do organismo, proporcionando-lhe benefício.

MEDICAMENTO HOMEOPÁTICO - *Potencialmente*, toda substância experimentada em indivíduos sadios, dispendo de descrição das suas propriedades farmacodinâmicas ou patogénicas. A *homeopaticidade* da droga dotada de patogenesia é potencial, consumando-se dentro da correlação de semelhança a determinado quadro clínico (independente do diagnóstico nosológico), não existindo pela simples razão da diluição, estado energético potencial e da dose mínima.

MEDICAMENTO SEMELHANTE, simplesmente. Aquele que tem capacidade de desenvolver em indivíduos sadios, um conjunto de fenômenos que se assemelham àqueles apresentados pelo indivíduo doente que necessita de tratamento.

MOLÉSTIA (W.E.Maffei) - *"É o conjunto de alterações funcionais e orgânicas, de caráter evolutivo, que se manifesta em indivíduos atingidos por um agente exterior, contra o qual o organismo reage"*. Este conceito substituiria com vantagem a longa e tão repetida expressão *"totalidade dos sinais e sintomas apresentados pelo doente"*.

NEUROPATOLOGIA ou **PATOLOGIA CÓRTICO-VISCERAL** de PAVLOV - Estudo do transtorno das relações funcionais entre córtex cerebral e órgãos.

NOSÓDIO - Medicamento preparado a partir de produto patológico, vegetal ou animal.

OLIGODINÂMICO - Que atua em quantidade extremamente pequena. Referência ao efeito tóxico de quantidades muito reduzidas de uma substância, a exemplo de um metal, sobre células ou organismos.

ORGANON de Hahnemann - Livro que regulamenta, através de parágrafos, a prática da lei da semelhança. Compreende 291 parágrafos ou aforismos.

PARABIOSE - Alteração de reatividade nervosa ao nível das estruturas orgânicas comprometidas pelos fatores mórbidos. Comparada às fases intermediárias entre vigília e sono, da hipnose. Apresenta fases *igualmente, paradoxal e ultraparadoxal*. Justifica estados opostos.

PARADOXO - Que é ou parece ser contrário ao comum. Contra-senso, disparate, absurdo. Contradição.

PATOGENESIA - Conjunto dos sintomas obtidos pela administração experimental de determinada substância em indivíduos sadios porém sensíveis a esta substância. Equivale à "doença experimental", "doença artificial" ou "doença medicamentosa".

POLICRESTO - Que tem muitas aplicações.

POTÊNCIA - O mesmo que dinamização.

POTENCIALIZAÇÃO - Passagem de uma dinamização a outra mais elevada. Energetização.

PRINCÍPIO DA IDENTIDADE - *Aequalia aequalibus curentur*. Os iguais, ou idênticos, são curados pelos iguais.

PRODUTOS ALERGÊNICOS - Produtos biológicos que incluem extratos alergênicos e outros, administrados no intuito diagnóstico, preventivo ou terapêutico em doenças de hipersensibilidade alérgica. *Os componentes alergênicos são mais freqüentemente de natureza protéica.*

RECEPTOR - Molécula protéica estrutural, na superfície celular ou no interior do citoplasma, que se liga a um fator específico - hormônio, antígeno ou neurotransmissores. Também termo designativo para qualquer uma das várias terminações nervosas sensoriais na pele, em tecidos profundos, vísceras e órgãos especiais dos sentidos (Stedman).

RECEPTORES SENSORIAIS - São transdutores capazes de converter um tipo específico de energia em impulsos nervosos; estes são conduzidos para o sistema nervoso central, são transmitidos através de uma ou mais sinapses, e os impulsos coletados nas fibras dos nervos aferentes, após análise cortical, são então conduzidos aos órgãos efetores.

REMÉDIO - No sentido alopático ou enantiopático, representa tudo que o médico pode opor à enfermidade.

REMÉDIO HOMEOPÁTICO - Representa o medicamento homeopático ajustado a determinado doente, equivalendo ao *simillimum*. Muitos podem ser os prováveis medicamentos para um doente, todavia apenas um deles, aquele coincidente com a sintomatologia atual, será o seu remédio.

REPERTÓRIO - Coletânea de sintomas e sinais acompanhados dos medicamentos em cuja experimentação patogenética se manifestaram os respectivos sintomas.

SARCÓDIO - Medicamento preparado a partir de produto normal ou fisiológico, dos seres vivos em geral. Inclui venenos ofídicos e apídeos.

SIMILAR - 1) O mesmo que *semelhante*. 2) Dicionários nacionais e estrangeiros integram os termos *similar* e *semelhante* em mesma interpretação. 3) Termo usado de forma inadequada, pretendendo designar medicamento de *similitude imperfeita, incompleta* ou *parcial* a determinado quadro mórbido.

SIMILIA SIMILIBUS CURANTUR = Os semelhantes são curados pelos semelhantes.

SIMILIA SIMILIBUS CURENTUR = Sejam os semelhantes curados pelos semelhantes.

SIMILLIMUM - Medicamento cujos sintomas patogenéticos ou de experimentação no homem sadio coincidem com a totalidade sintomática característica atual de determinado doente. Representa o *remédio* adequado ao doente.

SIMILTERAPIA, ou TERAPIA PELO SEMELHANTE. Sigla TxS. Termo composto híbrido, oriundo do latim *simile* = o semelhante, o similar, e do grego *therapeia* = tratamento. Designa o conjunto dos procedimentos terapêuticos em geral que obedecem ao princípio da semelhança. Termo defendido por Tarsicio Escalante, no objetivo de diferenciar e destacar a Homeopatia verdadeira, hahnemanniana, sempre fundamentada na *totalidade dos sintomas do doente* - dos procedimentos igualmente situados no domínio da

Similiterapia e dependentes de semelhança de algum tipo - isolada, parcial, transitória, fisio-patológica, etc. - sem estarem obrigatoriamente condicionados à totalidade sintomática do doente ou "lei da semelhança" propriamente dita. Nestes procedimentos satélites, geralmente transitórios, sempre vinculadas à semelhança, importa identificar os diferentes tipos e graus de semelhança. Avaliada com cuidado, a denominação *Similiterapia* presta-se para argumento adequado e lógico, estratégico e didático, contra a intromissão de práticas alheias a qualquer aspecto de semelhança, mas que se proclamam de homeopáticas sob alegação de empregarem medicamentos preparados segundo farmacotécnica hahnemanniana, comprometendo a cientificidade da Homeopatia.

SIMILTERAPEUTA - Termo que designa os terapeutas que prescrevem dentro do princípio de semelhanças parciais, simplesmente. Todo médico homeopata é igualmente um similiterapeuta, mas um similiterapeuta nem sempre é um homeopata.

SOLUÇÃO - Operação pela qual um soluto se dissolve num líquido. Sinônimo de dissolução.

SOLUTO - Substância que, diluída num solvente, produz uma solução.

SOLVENTE - Líquido em que uma substância é dissolvida.

SUCUSSÃO - Do latim *succussio* = sucussão. Ato de agitar violentamente uma solução. Está intimamente ligada ao processo das diluições, sendo responsável pela energetização das mesmas e pela transferência de poder farmacodinâmico ao solvente. Entre as diferentes fases de dinamização são imprimidas 100 (cem sucussões) após cada diluição.

TAQUIFILAXIA (grego *tachis* = rápido, *phylaxis* = proteção) - Rápido surgimento de redução progressiva da resposta após administração repetitiva de uma substância farmacológica ou fisiologicamente ativa (Stedman). Interessa ao procedimento de urgência frente à necessidade do emprego de medicamento dotado de risco alergênico em potencial.

TAUTOTERAPIA - Do grego *tautó* = o mesmo, *therapeia* = tratamento. Representa tratamento pelo mesmo agente que provocou a doença, independente da sua natureza. Etimologicamente, traz o mesmo significado de Isoterapia, sendo sinônimos. Alguns autores reservam o termo Tautoterapia para reações adversas devidas a medicamentos e tratadas através deles próprios. O prefixo *tautó* é usado em outras áreas do conhecimento, a exemplo da mecânica.

TOLERÂNCIA - Diminuição progressiva do efeito da droga durante o curso de sua administração. Quando esta diminuição é rápida, chama-se *taquifilaxia*.

TOLERÂNCIA CRUZADA - Aquela que se desenvolve após uso de substâncias dotadas de atividade farmacológica semelhante (a exemplo do álcool e anestésicos). Existe tolerância de espécie e tolerância individual congênita.

TOTALIDADE PATOGENÉTICA - Representa o conjunto global das manifestações constatadas na patogenesia, ou seja, na experimentação de uma droga em indivíduos sadios e sensíveis.

TOTALIDADE SINTOMÁTICA DO DOENTE - Conjunto de todos os sintomas, objetivos e subjetivos, que expressam o seu estado mórbido.

TRITURAÇÃO - Procedimento farmacotécnico para desconcentração ou fracionamento de substâncias insolúveis, triturando-as em veículo lactose. A proporção final em cada operação é de 1:99. Fenômenos decorrentes da fricção intermolecular vem sendo responsabilizados pela energetização medicamentosa da substância-base.

ULTRADILUIÇÕES - Termo recentemente proposto pelos homeopatas desejosos de programas de mestrado e doutorado, para substituir as expressões "doses mínimas", "doses infinitesimais", "doses imponderáveis", nem sempre aceitas nos projetos universitários de pesquisa. O termo proposto, vago e indefinido, continua inadequado quando isolado. O aditamento qualificativo - *ultradiluições hahnemannianas* - torna-o mais aceitável.

ULTRADILUIÇÕES HAHNEMANNIANAS - Na Farmacopéia Homeopática as expressões *dinamização*, ou *diluição hahnemanniana* significam, automaticamente, que determinada droga foi submetida ao procedimento seriado das diluições crescentes, na proporção centesimal, sempre acrescidas de cem succussões. Não existe preparado homeopático, que não tenha sido submetido a estes procedimentos básicos e que o tornam, sistematicamente, energizado ou dinamizado. A aposição do adjetivo "*hahnemannianas*", se não ideal, parece a mais acertada, específica e explicativa, sendo apropriada para diluições acima de C 12, ou 10^{24} .

VACINAS ALERGÊNICAS AQUOSAS - A maioria das vacinas aquosas de alérgenos consiste em mistura de alérgenos com matérias não alergênicas.

VACINAS ALERGÊNICAS MODIFICADAS - Aquelas preparadas por meios capazes de reduzir ou eliminar sua alergenicidade, isto é, a capacidade de induzir reação mediada por anticorpos IgE. Estas modificações podem ser físicas ou químicas, preservando-se a sua imunogenicidade, isto é, a capacidade de modular o sistema imunitário e manter a eficácia clínica. Todas vacinas alergênicas são padronizadas quanto à potência alergênica total, a atividade biológica e a concentração do principal alérgeno em unidades de massa.

VIA PARENTERAL - Fora do intestino. Por outra via que não o trato alimentar, a exemplo da subcutânea, a intravenosa, a intramuscular e a intrasternal.

ÍNDICE REMISSIVO

OBSERVAÇÃO: Além dos números referentes à paginação, em caracteres arábicos, constam no índice os símbolos, **Cc** = caso clínico, ou sinopse clínica e respectivas figuras, **D** = diagrama, **Q** = quadro e **T** = tabela - os quais obedecem a uma seqüência numérica unificada, em algarismos romanos.

Ação(ões) das drogas,

- consecutiva, 20
- fenômenos nêuricos e, 81
- inversão simples da, 19, 21, 46
- paradoxais, 13
- pré-efetora, 24
- pseudo-secundária ou consecutiva, 20
- sinusoidais, 50
- terapêuticas, 18

Ação e reação,

- fenômenos nêuricos e, 79, 82
- lei da equivalência, 71, 72
- lei da semelhança como, 54, 69, 71, 72,

Ação(ões) primária(s),

- alternantes, 50, 51
- bifásicas, 49 D.III
- caracterização, 61 Q.VII
- definição, 18
- diferenciação do efeito secundário, 19, 20, 61 Q.VII
- inversão, seg. Huchard, 22
- morbífica e efeito secundário das drogas, 57
- natureza quantitativa, 21
- primária inversa, 21
- Pereira J.R., 20
- responsividade e, 20
- sinusoidais, 50
- Stokvis B.J., 20
- tipos de, 46
- trifásicas, 48, 49, D.III
- - atropina e, 48
- - definição, 46, 49 D.III
- - dependência e características, 47
- - diagrama explicativo, 49 D.III
- - dopamina e, 48
- - efeito secundário reacional e, 46
- - exemplos comuns, 48, 50
- - § 115 do Organon e, 51
- - seqüência e retrocesso, 49 D.III

Ações alternantes, 51

Ações sinusoidais, 50

Acoplamento de sistemas complexos,

- farmacodinamia-doente, 71, 74 D.X
- fatores interdependentes e, 74 IX

Aferentização de retorno,

- *feed-back* ou, 74 D.X, D.IX, 77, 92

Afinidades químicas e Isoterapia cruzada, 190 D.XXVII

Agravação homeopática (Ex), Cc.52

Agravação isoterápica (Ex), Cc.07, 24

Agravações clínicas pós prescrição,

- homeopáticas, 31, Cc.52
- medicamentosas, 30
- patogênicas, 30

Álcool etílico, aversivos ao, 153

Alérgenos, 35 Q.I, 181, 187 Q.XXVI, 307

- na Homeopatia e Isoterapia, 36 D.I, 120, 131 Q.XV
- ultradiluições hahnemannianas e, 36 D.I, 187 D. XXVI

Água, moléculas de, propriedades físicas, 40

Altas diluições ou ultradiluições,

- aplicações clínicas, 36 Q.I, 181
- - pesquisas, 39, 42

Anteposição patogênica, 39, 42, 97, 162, 179

Apis mellifera,

- fotoproteção, 185, 187
- resolução de edemas, 188

Aplicações clínicas da inversão de ações das drogas, 35, 181, 190 D.XXVII

ARNDT-SCHULTZ,

- enunciado, 22
- restrições, 23

Aversivo alcóolico em ultradiluições,

hahnemannianas, 153-163

- ácido sulfúrico C 30 como, 153-161
- campanha em saúde pública, 153-160
- - mesmo projeto 20 anos depois, 160
- comentário e conclusões, 159, 161-2
- interpretações, 161-2
- - anteposição patogênica, 162
- - indução patogênica, 155-159, 161
- manifestações patogênicas, 155-9, T.XVI
- porque não o *simillimum*, 163
- resultados e conclusões, 159,
- Sulfuricum acidum C 30 no *etilismo*, 153
- toxicologia do ácido sulfúrico, 155
- toxicologia do álcool etílico, 155, T.XVII

AVOGADRO, número de, 34

BELLAVITE Paolo, *ver sistemas complexos*

- características dos complexos, 75
- complexidade biológica e sistemas de homeostase, 75
- Homeopatia integrada na complexidade dos sistemas, 78

Biofase,

- conceito, 27, 307
- receptores e, 27

Bioterápicos, 128

Cadmium sulfuricum e pacientes irradiados, 189

CARDOSO, Licínio,

- atuação do *simillimum*, 57 D.V
- - fatores interdependentes, 74, D.XI, D. X
- - totalidade farmacodinâmica e, 74 D.IX
- - totalidade sintomática do doente, 74, D.IX
- hemoterapia, contribuição à, 146
- Homeopatia, lei da equivalência especializada, 71, 72
- lei da coexistência, 71
- lei da ação e reação, 68
- lei da equivalência, 71, 72
- lei da persistência, 70

CASOS CLÍNICOS (Cc), ou Sinopses clínicas

- Parte II, p. 191-243: relação e resumo clínicos, em ordem numérica.
- Parte III, p. 245 a 299, apresentação das figuras ilustrativas das sinopses clínicas, na mesma seqüência numérica das sinopses.

CASOS CLÍNICOS,

- Critérios de prescrição,
- - Hemoterapia, (Cc.47)
- - Homeopatia, (Cc.48-50, 52, 53-69)

- *Isoterapia*, (Cc.01-46)
- *lei da semelhança, Homeopatia*, (Cc. 48-50, 52, 53-69)
- *nosódio*, (Cc.41-45)
- *princípio da identidade*, (Cc.01-46)
- *propriedades específicas*, (Cc.70-75)
- *semelhança parcial, Similterapia*, (Cc.51,53)

Medicamentos prescritos,

- *Alumina silicata*, Cc 22
- *Antimonium crudum*, Cc.54
- *Apis mellifera*, Cc.51,52,70, 71
- *Argentum nitricum*, Cc. 27, 56
- *Arsenicum album*, Cc. 62, 65
- *Calcarea ostrearum*, Cc. 57, 58
- *Candida albicans*, Cc 43,44,
- *Cantharis*, Cc. 53
- *Causticum*, Cc.67
- *Chlorum*, Cc. 1-4
- *Cinnamomum ceylanicum*, Cc.31
- *Clorpromazina*, Cc.40
- *Cortisone e betametasona*, Cc.32-34
- *couro (preparado extemporâneo)*, (Cc.9)
- *Dulcamara*, Cc. 60, 68
- *Esmalte de unhas*, Cc. 35, 36
- *Ferrum metallicum*, Cc.24
- *Folliculinum*, Cc. 46
- *Formol*, Cc.25, 26
- *Fungos contaminantes*, Cc.45
- *Graphites*, Cc. 59
- *Iodum*, Cc. 23
- *Kali bichromicum*, Cc.5-7,10-11
- *Lachesis trigonocephalus*, Cc.55
- *Lycopodium*, Cc. 49
- *Mercurius solubilis*, Cc. 29, 30, 48, 50,69
- *Natrum sulfuricum*, Cc.64
- *Niccolum*, Cc. 19-21
- *Petroleum* Cc.12-18
- *Pulsatilla*, Cc. 61
- *Sulfametoxazol*, Cc.39
- *Sulfanilamida*, Cc. 37,38, 72-75
- *Sulfur*, Cc.66
- *Trichophyton rubrum*, Cc. 41, 42

Categorias medicamentosas, 127, 129, 131 Q.XV

Cinética das eliminações, 23, 41, 42

COLLET Thomas Jean Michel e Isoterapia, 118

- contribuição à inversão de ações, 24
- isopatia via oral, 118-120

Complexidade biológica e homeostase, 75, 77

Comunicação horizontal e vertical, 77

Conceitos farmacológicos básicos, 18

Condicionamento (s),

- alérgeno à totalidade sintomática, 36 Q.I, 184, 187 D.XXVI
- correlação global de semelhança, 36,82, 173
- correlação parcial de semelhança, 36, 183
- etiológico, 36, 182
- grau de semelhança, 36 Q.I, 183
- identidade do fármaco, alérgeno e tóxico, 36 Q.I, 181
- semelhança da totalidade nos eczemas infantís, e do adulto, 183-184
- semelhanças restritas, 195
- totalidade sintomática e modulação da hipersensibilidade, 187 Q.XXV
- tipos de, 36. Q.I, 178-9
- tóxico à totalidade, 36 Q.I, 182, 187 Q.XXVI
- ultradiluições sem semelhança, 176 D.XXIII

Condutas de dessensibilização, 101, 102

Conexões terapêuticas, 176 D. XXIII, 177 Q.XXIV

Conjunção,

- de sistemas complexos, 74, D.IX, D.X
- de ultradiluições, lei da semelhança e efeito secundário reacional, 167

Contribuição clínica à Terapêutica, 185-189

Corolário de Ross, 19, 21

Correlação de semelhança, 308

- dificuldades protocolares de pesquisa, 36
- Hahnemann e, 17
- semelhança semiológica, 17

Dermatite atópica, Cc. 61, 62

Dermatites de contato, reações a drogas,

- agudas, 182
- condicionamento à totalidade sintomática, 182
- dependência terapêutica ao alérgeno, 181
- Dermatologia, 185
- Homeopatia, 181
- Isoterapia, 181
- ultradiluições, 181 Cc.01-56

Dermatologia,

- *agravações homeopáticas*, Cc.52
- *agravações isoterápicas*, Cc. 07, 24
- *atopia*, Cc.57-62
- *Cadmium sulfuricum* e pacientes irradiados, 189
- contribuição às especialidades, 181
- contribuição à Matéria Médica Homeopática, 185
- critérios terapêuticos
 - totalidade sintomática semiológica,181
 - correlação parcial de semelhanças, 165
 - grau de similitude, 181
 - identidade ao fator causal, 181-2
 - ultradiluições hahnemannianas, 181
- efeito secundário das drogas, 56 D.V
- dermatites de contato, reações a drogas,181
 - agudas, 82, Cc.48-50, 52, 54-56
- *dessensibilização*,
 - doenças de hipersensibilidade 101 Q.XIII
 - duração do resultado imediato, 51, 56, 58, 85, 185
- eczema atópico, 186
- eczema do adulto, 184, Cc.63-69
- eczema infantil, 184, 186, Cc. 57, 62
 - abordagem semiológica, 186
 - intersemelhança *doente-patogenesia*, 184
 - totalidade sintomática, 184
 - recurso de eleição, 184
- fotossensibilidade e veneno apídeo, 185, 187
- hipersensibilidade tipos I e IV, 187 Q.XXVI
- micoses superficiais crônicas, Cc.41-45
- processos agudos, 183
- propriedades farmacodinâmicas excepcionais, 185-189

reações a drogas, 181

- tipos de modulação, 187 Q.XXVI
- ultradiluições hahnemannianas e, 181-190

Dessensibilização, ou hipossensibilização,

- atualização de conceitos, 90
- condutas citadas de dessensibilização,
 - específica ao alérgeno, seg. Urbach, 101
 - esquema misto de Pradez de Faria, 102
 - inespecífica de Gatti, 102
- homeopática polivalente, Ex. Cc. 52
- imunomodulação, 90
- imunoterapia, 133
- isoterápica polivalente, Ex. Cc.07, 24.
- normatização da OMS, 90
- paralisia imunitária, 103
- polivalente, 195

- homeopática, Ex.Cc.52
- isoterápica, Ex.Cc.11 a 18 (*petroleo*), Cc. 39, 40 (*Sulfanilamida*)
- taquifilaxia, 102
- tolerância imunitária, 103
- via oral de dessensibilização na literatura, 137-145

Diluições,

- baixas, 37
- cinética das eliminações, 23,41, 42
- de Korsakov, 307, 311
- dificuldades de pesquisa, 36
- fitoterapia e, 38
- graus de 37, 38
- microterapias e, 38
- pesquisas de laboratório, 39
 - biológicas, 41
 - físicas, 40
 - propriedades da molécula da água, 40
 - propriedades gerais dos solutos e solventes, 39
 - químicas, 39
- potencialização e, 30

Dinamização e termos equivalentes, 30, 308

Dinâmica do efeito rebote, 67 D.VIII

Discernimento das terapêuticas dependentes da similitude, 176 D.XXIII, 177 D.XXIV

Dissuasivos alcoólicos, 153-163, *ver aversivos*.

Doenças de hipersensibilidade e ultradiluições hahnemannianas, 187 XXVI

Doenças imunitárias, classificação, 101 Q.XIII

Doenças dessemelhantes, 86

- superposição, substituição, 86, 163, Cc.21

Domínio das terapêuticas subordinadas a semelhanças, 175 D.XXII

Domínios da ciência terapêutica, em função do princípio da semelhança, 172 D.XIX

Dose,

- conceitos, 29, 84
- homeopáticas, um conceito qualitativo, 28
- subtóxica, 30

Dose(s) mínima(s)

- alérgenos, 5, 31,35, D.XX
- agravações medicamentosas e, 30
- aplicações clínicas das, 35
- cinética das eliminações, 23,41
- condicionada pela semelhança, 34, 36 Q.I
- condicionamentos terapêuticos da, 34, 36 Q.I
- dificuldades de pesquisa, 36
- enunciados,
 - de Arndt-Schultz, 22
 - de Collet, 24
 - de Huchard, 22
- fatores desestimuladores do uso de, 114, 116
- Homeopatia sem dose mínima, 32
- homeopática, um conceito qualitativo, 29
- investigação, *ver diluições*
- oportunidades e restrições, 35
- requisitos omuns da Homeopatia e da Isoterapia, 31, 173, D.XX
- termos equivalentes, 30
- vantagens, 31,32

Drenagem vannieriana e Microterapias, 177 D.XXV

Droga(s)

- alimento, fármaco e, conceitos, 18
- dúvidas e busca de soluções, 168
- inversão simples de ação, 21, 46
- trifásicas, 47 D.III
- dependência e características, 47

- exemplos, 48

- inversão de ação e, 8, 46

- veneno - uma resultante quantitativa, 18

Duração do resultado clínico, 51, 56, 58, 85

- 185

Efeito inverso secundário de hipnóticos, 59 D.VI

Efeito rebote, 62-67

- interpretação dinâmica, 47,62, 67 Q.VIII
- literatura, 47, 67, 140
- natureza reacional do, 47, 67 Q.VIII
- parágrafo 112 do Organon e, 89
- representação gráfica, 67 D.VIII

Efeito secundário, reacional, das drogas, 49 D.III, 51-67, D.VI, Q.VII

- abrangência terapêutica, 190 D.XXVII
- ação primária e, 51, 61 Q.VII
- aspectos afins à resposta imune, 99 D.XII
- caracterização do, 53 Q.IV, 58-62 Q.VII
- contribuição do 1º Escrito de Hahnemann, 58, 59, 60
 - conclusões gerais sobre, 60
 - estudo comparativo, 53 Q.IV, 56 Q.V, 61 Q.VII, 63
 - defesa orgânica e, 23, 51, 54
 - diferenciação da ação primária, 61 Q.VII
 - diferenciação da resposta imunitária, 96 Q.XI
 - drogas trifásicas e, 49 D.III
 - efeito rebote e, 47, 67 D.VIII
 - caracterização, 65
 - exemplos terapêuticos, 64
 - mecanismo, 67 D.VIII
 - natureza reacional secundária, do, 67, Q.VIII
 - gráfico de atuação do simillimum, 56 D.V
 - gráfico de atuação dos hipnóticos, 59 D. VI
 - Hahnemann, e, 54, 55, 57, 58
 - escritos menores, 58, 59, 60
 - força vital, 54, 56 D.V, 311,
 - Organon, §§ 55, 57, 63, 64
 - hipnóticos e, 59 D.VI
 - Hipócrates e, 18
 - História da Medicina e, 57-8
 - hormese e, 25
 - Huchard e, 19
 - indesejável, 50, 59 D. VI, 85.
 - induzido, 42, 179
 - interpretação de Licínio Cardoso, 56, D.V
 - inverso pré-efetor, 24
 - isoterapia e, 61, Q.VII, 62, 131 Q.XV
 - limiar de resposta celular e, 58
 - Organon e, 55, 57 §§ 63, 64
 - primeiros ensaios, 85
 - pseudo - "secundário", 20
 - resposta imune secundária e, 95, 96 Q.XI
 - ultradiluições e indução do, 42
 - zonas farmacológicas e, 45 Q.II, 49 D.III

Efeitos inversos indesejáveis,

- café, 50, 85
- hipnóticos, 59 D.VI

Efeitos paradoxais das drogas, 13-17

Efeitos sinusoidais, 50

ESCALANTE *Plancarte, Tarsicio*, 7, 165-170

- autocratismo da Homeopatia e, 173 D.XX
- ciências terapêuticas e, 171 D.XVIII, 172 D.XIX
- contexto das semelhanças, D.XX, D.XXI
- contexto lato da Similiterapia, 175 D.XXII
- estratégias didáticas, 165,174 D.XXI
- procedimentos que adotam ultradiluições, 36 D.I, 187 Q.XXVI

- reducionismo do critério da totalidade sintomática individualizada, 164

- Similterapia, 165, 172 D.XIX

Escritos menores de Hahnemann, 83-86

Especificidade farmacodinâmica, 185

Estados de responsividade,

- parabióse, 28, 81, 313

- biofase, 27, 307

- defesa orgânica, 103 Q.XIV

- fase, 81

Experimentos,

- no homem são, 14, 15, 58, 309

- Haller e experimentos no homem, 14, 58

Farmacodinâmias - patogenias

- anteposição de farmacodinâmias, 42, 97, 162, 179

- como sistemas complexos, 74 D.IX

- excepcionais, induzidas ao organismo, 177 Q.XXV

Farmacodinâmica e Farmacocinética, 19

Fenômeno de Arthus, 104

Fenômeno de repercussão de Heckel, 25

Fenômeno rebote, ou efeito rebote, 47, 61, 67 Q.VIII

FIGURAS, referentes às Sinopses clínicas 01 a 75, ver p.245 a 299, na mesma ordem numérica.

Física dos solutos e solventes, 39, 40

- física da molécula da água, 40

Fitoterapia,

- doses ínfimas de,

- - *Aesculus hippocastanum*, 38

- - *Arnica montana*, 39

- - modo de atuação, 38

- efeito secundário reacional e, 38, 39

- ultradiluições hahnemannianas e, 38

- zona farmacológica alopatíca e, 45

Formas de tratamento, 83

Fotoproteção e veneno apídeo, 187, Cc.70, 71

Fotoproteção e sulfanilamida, 188, Cc. 72-75

Ginecomastia e ultradiluições, 222, Cc.46

GLOSSÁRIO, 307-316

HAHNEMANN,

- escritos menores de, 83-86

- legado literário de, 83

- Organon da Arte de Curar, §§ 63-68, 87, 112-114

- primeiro escrito, conclusões do, 58-60

HALLER, Albrecht von, 14, 58

HECKEL, fenômeno de repercussão de, 25

HELMONT Jan Baptist van, 32

Hemodinioterapia, 146-7

Hemoterapia, 146-152

- auto-hemoterapia autonósica, 146

- auto-hemoterapia dinamizada, 146

- auto-isoterapia sangüínea, 148

- contribuição da autora, 150, Cc. 47

- contribuição de Léon Vannier, 147

- contribuição de Licínio Cardoso, 146

- contribuições várias, 148

- dermatologia e, 150

- literatura médica e, 150

- sinopse de Parrot, 148

- técnica de Licínio Cardoso, 146-7

- terapia tecidual, 150

- variantes de isoterapia 148

HERING Constantino, 117

- iniciador dos nosódios, 118

- introdutor da Homeopatia nos EEUU, 118

Hipersensibilidade, tipos de reação, 101 D.XIII, 187 Q.XXVI

HIPÓCRATES e,

- ações paradoxais, 17

- critérios terapêuticos, 172 D.XIX

- efeitos inversos, 17, 18

Hipossensibilização via oral, literatura médica, exemplos, 132-145

- acetilcolina e miastenia grave, 142

- alérgenos da asma infantil, 139, 145

- alopurinol, 144

- anacardiáceas tóxicas, urushiol, 139

- avaliação geral da hipossensibilização via oral, 145

- dicromato de potássio, 140

- gramíneas, 137, 138

- níquel, 141

- penicilina, 143

- pó domiciliar e polinose, 139

- sulfadiazine, 144

- urina, 142

- veneno Rhus, 139

Hipossensibilização, via oral, aspectos práticos,

- conexões terapêuticas, 176 D.XXIII

- fenômenos néuricos na, 81

- normatização da OMS, 90, 132

- ultradiluições hahnemannianas, 187 Q.XXVI

- - aplicações clínicas, 35

Homeodinâmica e oscilações, 76, 77

- níveis organizacionais, 76, 77

Homeopatia,

- áreas integrativas, 173 D.XX

- conceito, 5, 310,

- conexões dependentes da similitude, 176 D.XXIII 177 Q.XXIV

- corolários ou requisitos, e suplementação, 173 D. XX

- correlações de semelhança entre doente e patogenesia, 307, 311

- dificuldades dos protocolos de pesquisa, 33,36

- discernimento, diferenciação, 177 Q.XXIV

- domínios da ciência terapêutica, 175 D.XXII

- dose mínima e, 5, 31

- efeito secundário das drogas, 34, 167

- especificidade ao doente, 98, 168

- individualização do doente e do remédio, 98, 168, 311

- inespecificidade quanto à doença, 98, 168

- integração de procedimentos afins, 169

- - integração de totalidades menos amplas, 169

- - inviabilidade de integrações reversas, 169

- lei da equivalência especializada, 71, 72

- lei da semelhança - a premissa maior, 17,173 D.XX, 311

- metodologia terapêutica hahnemanniana, 173 D.XX

- objetivos da Homeopatia, Isoterapia e Similterapia, 177 Q.XXIV

- originalidades.

- - experimentação no homem são, 309

- - semiotécnica individualizante, 98, 168

- pirâmide homeopática alegórica, 173 D.XX

- premissa básica, 173 D.XX

- princípio da similitude e, 17, 18, 172 D.XIX

- reflexoterapia néurica, 81, 82, 92

- relação com sistemas complexos, 73

- reducionista, 164-180

- requisitos,

- - - dose mínima, 173 D.XX

- - - experiência no homem são, 173 D.XX

- - - remédio único, 173, D.XX

- sem dose mínima, 32

- - desvantagens, 32

- semelhança,

- - totalidade semiológica obrigatória, 179
- - semelhança reduzida, 175, D.XXII
- - diferenciação da totalidade nosológica ou do diagnóstico, 179
- - terminologia do semelhante e do análogo, 167
- sintética, 164-180
- sistema terapêutico regulamentado autocrático
- 173 D.XX, 175 D.XXII
- ultradiluições e efeito secundário das drogas, 49 D.III, 53, Q.IV
- vantagens, 120
- Homeostase,**
- Bellavite P. e estudos sobre, 75
- comunicação horizontal e vertical na, 77
- homeodinâmica e, 75
- receptores e transdutores da, 76, 93
- sistemas complexos e, 68, 78
- Hormese ou hormologose, 25**
- HUCHARD, estudos de, 19**
- lei das doses de Huchard, 22
- Identidade do alérgeno ou tóxico na prescrição, 35**
- Imunoterapia e Imunomodulação, 90, 133.**
- Ver sistema imunitário.*
- alérgenos específicos como medicamentos, 116, 117, 135
- alérgenos inaláveis, 132-136
- aspectos clínicos, 133
- atualização de designações, 132
- conexões com Imunoterapia e Similiterapia, 176 D.XXIII
- contribuição de Brum Negreiros, 135
- contribuição de Kahn, 136
- contribuição de Ruppert, 134
- estados de resposta orgânica, 103 Q.XIV,
- fatores de risco na, 134
- imunomoduladores convencionais
- ultradiluídos, 110 Q.XXVI
- neurofisiologia pavloviana e, 136
- resposta inata de defesa, 93
- tolerância imunitária, 103
- via brônquica, 133
- via nasal, 133
- via oral segundo a OMS, 133
- via oral, 132, 133, 134
- via sublingual, 133, 134
- vias de administração, 133
- Imunoterapia por via oral,**
- acetilcolina e miastenia grave, em animais, 142
- alérgenos da asma infantil, 145
- alopurinol, reação ao, 144
- avaliação da via oral de hipossensibilização, 134
- conexões terapêuticas, 176 D.XXIII
- efeito auto-imune de urina não fervida, via oral, 142
- hipersensibilidade a gramíneas, 137
- hipossensibilização e tolerância ao níquel, 141
- hipossensibilização e tolerância ao urushiol, 139
- literatura médica e exemplos de, 134-141
- penicilina, reação à, 143
- pó domiciliar e polinose, 139
- pólen de videiro, 138
- sulfadiazina, reação à, 144
- tolerância ao dicromato de potássio, 140
- veneno de Rhus, 139
- ÍNDICE de DIAGRAMAS, QUADROS e TABELAS, 324**
- Individualização do medicamento, 172**
- Indivíduo sadio e sensível, 46, 96, 100**
- Inversão(ões) de ação das drogas, 46, 53 Q.IV**
- antecipada, ou pré-efetora, 24, 46, 53 Q.IV
- Collet e, 24
- drogas trifásicas e, 46, 53 Q.IV
- efeito rebote e, 47
- efeito secundário reacional e, 53 Q.IV
- efeitos paradoxais das drogas, 13
- estudo diferencial, 46, 53 Q.IV, 131
- História, 17, 19, 57
- interpretação dentro da complexidade dos sistemas, 78
- simples, 19, 21, 46, 53 IV
- tipos de, 46, 53. IV
- Isopatia, ver Isoterapia e Nosódios. 115-6, 312.**
- Isoterapia, 112, 116, 121, 312**
- alérgenos e tóxicos como medicamentos, 116, 117, 135
- características, 121
- conceitos básicos, 112, 116, 117
- conexões com Similiterapia e Imunoterapia, 120, 176 D.XXIII, 177 D.XXIV
- contribuição de Constantino Hering, 117
- contribuição de Johann Joseph Lux, 117
- contribuição de Johann Ernst Stapf, 118
- contribuição de Thomas Jean Michel Collet, 118-121
- definição de Landouzy, 113
- dependência ao alérgeno ou ao tóxico, 35
- diferenciação entre Isoterapia, Similiterapia e Homeopatia, 177 Q.XXIV
- diferenciação entre Isoterapia, Imunoterapia, e Homeopatia, 176 D.XXIII
- doenças agudas devidas a agentes específicos e, 121
- doses imponderáveis, empecilhos à adoção da, 114
- farmacotécnica dos isoterápicos, 113,
- história da, 117-119
- importância nas especialidades, 112
- isoterápico de preparação extemporânea, Ex.Cc. 9 (couro), 25, 26 (formol), 35, 36 (esmalte)
- isopatia, 115-116
- KORSAKOV, procedimento de, 307 e 311
- literatura existente, 115
- manipulação do remédio isoterápico, 113
- nosódios e, 122- 131
- objetivos e relações, entre Homeopatia e Similiterapia, 120, 177 Q.XXIV
- princípio da identidade na dessensibilização e na desintoxicação, 120
- razão da prevalência entre médicos homeopatas, 113
- terminologia, 115, 116 *ver glossário*
- vivência da autora, 114
- Lei das doses de HUCHARD, 22**
- limiar de resposta celular e, 58
- Lei da coexistência, 69,**
- Lei da equivalência e Homeopatia, 68, 69, 71, 72**
- Lei da persistência, 70**
- Lei da semelhança,**
- dificuldades protocolares de pesquisa, 25, 36
- mercúrio e, 15, 40, 60
- semelhança semiológica e não patológica, 17, 168
- LUX J.J.W., 7, 117**
- Mecanismo do simillimum, 56 D.V**
- Medicamento(s)**
- categorias, 127-131
- conceitos
- - alopático, 129
- - enantiopático, 129, 130-1, Q.XV
- - homeopático, 43, 52, 127,130-1, Q.XV
- - isoterápico, 52, 127, 129-31, Q. XV
- - nosódios, 130
- - - abuso dos, 130-1
- - vacina, 129-31, Q. XV

- nosódios, sub-categorias, 130
- - homeopático, 130
- - bioterápicos, 128
- - de estoque, com patogênese (homeopático) 130
- - de estoque, sem patogênese, 130
- - diferenciação conceitual, 131 Q. XV
- - individual ou auto-nosódio, 130
- subcategorias de nosódios, 130

Medicina córtico-visceral, 79, 82

Mensagem patogênica induzida, 27, 42, 97, 162, 179, 179

Microterapias,

- dinamizadas, 177-8, Q.XXV
- posição entre as ciências, 176 D.XXIII
- relações entre Similitéria e Isoterapia, 169 Q.XXIV
- variedades, 45 Q.II, 177 D.XXIII
- zona farmacológica das, 44, 45 Q.II

Moléculas da água, propriedades físicas, 40

Nervismo pavloviano, ou **Medicina córtico-visceral**, 79-82

- aferentização de retorno ou feed-back, 79-81
- argumentos do, 80
- atributos da atividade nervosa superior e, 80
- características do nervismo pavloviano, 79
- condutores da excitação, 80
- córtex e receptores sensoriais, 80
- doses mínimas via oral e, 81
- estados de fase, 81
- homeopatia, uma reflexoterapia via oral, 82
- medicina córtico-visceral ou, 79
- modo de atuação do medicamento homeopático segundo o, 81
- neurofisiologia pavloviana e, 79
- parabióse de Wdensky, 81
- receptores periféricos das vias aferentes, 80-1
- reflexoterapia nêurica, ou Homeopatia, 82
- teoria da atividade nervosa superior, 79
- via oral de administração e fenômenos nêuricos, 81,
- vias aferentes, 79-82

Neurofisiologia pavloviana, 79-82

Nosódios, 122-133

- abuso dos, 130
- aspectos práticos, 126
- conceito, terminologia, 122
- critérios de prescrição, 126
- - causal exclusivo, 126
- - correlação patogênica, 126
- - epidêmico etiológico, 127
- Matéria Médica dos, 123
- nosódio de estoque e *Trypanosoma cruzi*, 109
- nosódio individual ou auto-nosódio, 130
- nosódios de estoque, 130
- nosódios tuberculínicos, 125
- nosódios, segundo Collet, 119
- oportunidades de emprego, 126
- primeiros nosódios, 123
- problemas práticos de estrutura, 123
- *Secale cornutum*, um nosódio vegetal miasmático, 123, 124
- sistematização, seg. Parrot, 148
- sub-categorias de nosódios, 130
- terminologia, 122, 130

Número de Avogadro, 34

Objetivos das principais terapêuticas, 177, Q. XXIV

ORGANON da Arte de curar, 87-89

- conceitos precursores, 87, 89
- originalidades da homeopatia, 168
- os §§ 63, 64, 65, 66, 68, 112, 113 e 114

Parabióse, de Wdensky, 28, 81, 313

PARACELSO,

- cura pelos contrários, 17
- veneno e remédio, 17

Patogênese 313, *ver farmacodinamia*.

- primeiros ensaios, 14

Pesquisas,

- biológicas, 41
- - cinética das eliminações, 41
- dificuldades, 25, 36
- físicas, 40
- humanas, 14-15, 37, 58
- químicas, 39

Pesquisas clínicas e biológicas sobre ultradiuições, na literatura homeopática, 104-111

- alteração de fixação de corantes pelos neutrófilos após Sulfur, 106
- *Apis mellifica* e Pulmo histaminum na degranulação de basófilos, 110
- basófilos e inversão de ação da histamina, 107
- degranulação de basófilos e IgE diluída, 1131 fenômeno de Arthus, 104
- fenômeno de Schwartzman, 105
- imunomoduladores convencionais ultradiuídos, 110
- influência de *Gelsemium* sobre neurotransmissores, 108
- influência de *Ignatia* sobre receptores e neuromoduladores, 107
- isoterapia e *Trypanosoma cruzi*, 109
- macrófagos e sílica, 106
- nosódio de estoque e *Trypanosoma cruzi*, 109
- reação de Shick e toxina diftérica diluída, 107
- rinite alérgica a gramíneas, 110
- transformação linfoblástica e *Phytolacca*, 104

Pirâmide alegórica da Homeopatia:

fundamento, corolários e áreas suplementares, 173, D.XX

Possibilidades e limitações do princípio da semelhança, 175 D.XXII

Possibilidades terapêuticas segundo Hipócrates, 175, D.XVIII

Prescrição, normas, 33

Princípio da identidade, analogia ou igualdade, *Ver Isoterapia (112-121)*

- conceitos, 116
- dessensibilização segundo o, 120
- diferenciação do princípio da semelhança, 120
- formas de integração à Homeopatia, 169
- Isoterapia, 112- 121
- Lux J.J.W., 7, 117
- relações com princípio da semelhança, 120
- veterinária, em, 117

Princípio da semelhança,

- *China officinalis* e, 14, 15
- fundamentos da Homeopatia e, 17, 173, 311
- mercúrio e, 15. 40. 60
- primeiro ensaio sobre, 83

Princípios terapêuticos na história da Medicina, 171 XVIII, 175 D.XXII

Propriedades farmacodinâmicas excepcionais, ou específicas, induzidas, 177 D.XXV, 187, *Cc. 70 a 75*

Protocolos de pesquisas, impasses, 36-7

Reações a drogas, 181, *Cc. 01 a 46*

Rebote, efeito, 62

- aspectos característicos, 65
- interpretação, 67. Q.VIII
- literatura farmacológica sobre, 47, 63, 67, 140
- natureza reacional secundária do, 47, 67 D VIII

- Receptores e transdutores**, 76, 93
- Receptores farmacológicos**, 26, 91
- biofase e, 27
 - parabióse e, 28
 - receptores sensoriais, 93
 - receptores de membrana celular, 26
- Reflexoterapia nêurica**, 79, 82, 92
- Responsividade orgânica**, 20, 51, 56, 58, 185
- Resposta imune primária**, 96 Q.XI, 99 D.XII
- Resposta imune secundária**, 97, 99 D.XII,
- aspectos afins ao efeito secundário inverso reacional, 96 Q.XI
- Resposta inata de defesa**, 93
- componentes inespecíficos da, 93
- Resposta orgânica ao simillimum**, 56 D.V
- força vital, 88
- Respostas de defesa**,
- aspectos afins entre resposta primária e efeito secundário, 96, Q.XI 97, 99
 - aspectos da resposta defensiva, 103 Q.XIV
 - caracterização diferencial, 96 Q.XI
 - - entre resposta primária e secundária, Q.XI
 - - entre efeito secundário reacional, 96 Q.XI
 - células dendríticas de Langerhans, 98, 99
 - células dendríticas foliculares, 98, 100
 - respostas imunes e efeito secundário dos fármacos, 96 Q.XI, 99 Q.XII
 - resposta imune primária, 99 Q.XII
 - resposta imune secundária, 99 Q.XII
- Resultados terapêuticos paradoxais**, 13-17
- ROSS**, corolários de, 19, 21
- Secale cornutum**, um miasmático, 23, 124
- Seguimento clínico**, 185
- Semelhança**, lei da, *ver* Homeopatia
- Semelhança restrita**, parcial ou transitória, 35, 178
- Semelhança total**, global ou universal, 168, 173 D.XX
- Semelhante e similar**, 17
- Simillimum**, 57 D.V, 313
- Similiterapia**, 5, 164-180, 313,
- aspectos práticos da premissa da similitude totalizada, 5, 8, 164, 166-168, 173
 - benefícios práticos da semelhança restrita, 165-168
 - como ciência farmacológica, 170, 176
 - conceito, 165
 - concepção discernista dentro do critério de semelhança, 170
 - conexões terapêuticas, 176 D.XXIII
 - correlação de similitude, 79, 307
 - delimitação de procedimentos similiterapêuticos, 174 D.XXI
 - discernimento terapêutico, 169, 176 D.XXIII, 177 D.XXIV
 - domínio da Similiterapia, 174 D.XXI, 176 D.XXIII
 - domínio flexível do princípio da semelhança, 165, 174 D.XXI
 - domínio inamovível da lei da semelhança, como metodologia autocrática, 8, 173 D.XX
 - domínios da ciência terapêutica, 165, 171, 172 D.XIX, 173 D.XX
 - efeito secundário reacional, na base da, 167
 - epidemias e, 175 D.XXII
 - semiotécnica original, um requisito, 98, 168, 309
 - ESCALANTE *Plancarte, Tarsicio*,
 - - proposta taxionômica de, 7, 165, 171 D.XIX
 - - recurso discernitivo-integrativo, 171
 - - autenticação do conjuntos sintomáticos naturalmente defectivos, 171
 - - recurso para racionalizar e normatizar, prescrições baseadas em semelhanças restritas, 164-178
 - - estratégia, de preservação do domínio do princípio da semelhança, 176 D.XXIII
 - - expurgo taxionômico de práticas alheias à similitude, 176 XIII
 - especificidade farmacodinâmica, 178
 - - estratégia didática original, 168, 171-184
 - estratégia preservadora do princípio de semelhança, 176, 178
 - Fitoterapia, diferenciação, 179
 - grau de semelhança e, 164
 - Homeopatia, 164, 165
 - - sistema terapêutico autocrático e, 8, 166-173
 - Homeopatia reducionista, 166
 - Homeopatia, Similiterapia e Isoterapia, 171
 - inexequibilidade da totalidade ideal, 168
 - integração no sentido da totalidade ideal, 169, 170
 - isoterapia, 169
 - - diferenciação, 168
 - - relações entre Similiterapia e Isoterapia, 120, 167, 177 Q. XXIV
 - justificativas e soluções, 166-167
 - limitações na totalização sintomática e, 169
 - não Homeopatia, não Similiterapia, 178
 - objetivos da Similiterapia, Homeopatia e Isoterapia e, 174 XXI, 176, 177 Q.XXIV
 - objetivo doença, 35, 170, 313
 - objetivo doente, 51, 56, 58, 313
 - objetivo antígeno, 113, 314
 - obstáculos à totalidade universal de sintomas, 166
 - personalidade do medicamento na, 173
 - posicionamento de práticas intrusas, 176 D.XXIII, 177 Q.XXV
 - práticas intrusas, posicionamento, 178
 - princípio dos semelhantes e Hipócrates, 171 D.XVIII
 - procedimentos terapêuticos dependentes da similitude, 175 D.XXII,
 - reações a drogas e, *Cc.51,53*
 - relações entre Homeopatia, Similiterapia e Isoterapia, 177, Q.XXIV
 - requisitos comuns entre Homeopatia e similar e semelhante, 167
 - similitude restrita, parcial, episódica ou transitória 170
 - situações de semelhança parcializada,
 - - alterações anátomo-fisiopatológicas, 166, 178
 - - doenças agudas, 166
 - - doenças não dinâmicas (indisposições, traumas), 166
 - - propriedades excepcionais, 166
 - - sofrimentos localizados, 166
 - - semelhança induzida,
 - Taxionomia como recurso preservativo do princípio da semelhança, 176 XXIII
 - - vantagens do discernimento baseado no grau da similitude, 171
 - viabilidade prática das similitudes isoladas, 173 D XXI 179
- SINOPSES CLÍNICAS**, *Ver CASOS CLINICOS, PARTE II, p.191 a 243, FIGURAS p.245-299*
- Sintomas alternantes**, 50, 51
- Organon e, 51, §§ 115
- Sistema imunitário**,
- células apresentadoras de antígeno, 98
 - - células dendríticas de Langerhans, 98, 99
 - - células dendríticas foliculares, 98-100
 - - células exterminadoras, 95
 - - macrófagos, 94

- caracterização da resposta de defesa, 96, Q.XI
- classificação das doenças imunitárias, 100, 101 Q.XIII
- complexidade do sistema imunitário, 94
- conexões de interesse à Homeopatia, 90
- desenvolvimento do sistema imunitário, 100
- efeito secundário reacional, 97
- estados de resposta orgânica, 103, Q.XIV
- hipersensibilidade retardada tipo IV, 101, Q.XIII
- imunomoduladores convencionais ultradiluídos, 110
- pesquisa das ultradiluições, 104-111
- receptores de membrana, 91
- receptores sensoriais, 93
- resposta imune primária, 96 Q.XI
- resposta imune secundária, 99 D.XII
- resposta inata de defesa, 93
- respostas imunitárias, 95
- sistema imunitário, desenvolvimento, 100
- tolerância imunitária, 103
- *ultradiluições, pesquisas relacionadas ao sistema imunitário*, 104-111

Sistemas complexos, 68, 69

- Bellavite, estudos de, 75
- - características dos complexos, 75
- - complexidade biológica e homeostase, 75
- - integração via SNC, 76
- - oscilações homeodinâmicas, 76
- - receptores e transdutores, 76
- caos, teoria do, e, 78
- características dos complexos, 75
- Cardoso, Licínio, 69
- - complexismo, 69
- - Homeopatia, 72
- - lei da coexistência, 71
- - lei de equivalência especializada, 71, 72
- - lei da persistência, 70
- circuitos *feed-back*, 77
- complexidade biológica e caos, 75, 78
- complexismo seg. L.Cardoso, 68, 69
- comunicação vertical e horizontal, 77
- conjunção de dois sistemas, 74 D.IX, D.X
- correspondência de sistemas complexos, 74 D.IX
- estudos de P. Bellavite, 75
- estudos e conclusões de Lorenz, 78
- fatores interdependentes e possibilidades de conexão, 74 D.X
- fluxo determinístico não periódico, 78
- homeodinâmica, 75
- Homeopatia situada no contexto do paradigma complexo, 78
- integração horizontal e vertical, 77
- lei da coexistência, 69
- lei da equivalência e, 69, 72
- - Homeopatia, uma lei de equivalência especializada, 71, 72, 74 D.IX D.X
- lei da persistência, 70
- Lorenz, 78
- - fluxo determinístico não periódico, 78
- - paradigma biofísico da Homeopatia, 78
- papel integrador do SNC, 76
- solidariedade das forças energéticas, 69, 74 D.X
- teorias sobre sistemas complexos, 68, 75

Situações de condicionamento à semelhança, 44, 184

Situações de correlação de identidade do alérgeno, 182, Sinopses I a 46

STAPF Johann Ernst e Isoterapia, 118

STOKVIS, Barend Joseph, 20

- Sulfanilamida* e fotoproteção, 188. Cc.72-75
- Sulfuricum acidum C 30* no etilismo, 153-163
- Taquifilaxia, 102
- Técnica de L.Cardoso: hemodinioterapia, 146
- Teoria da atividade nervosa superior, 79
- Teoria do caos e sistemas complexos, 75, 78
- Terapia tecidual, 150
- Tipos de condicionamento pela semelhança, 36, Q.I
- Tipos de hipersensibilidade, 101, D.XIII
- Tipos de inversão de ação das drogas, 53, Q.IV 175 D.XXII
- Tipos de semelhança parcial, 166, 175
- Tipos de reações de hipersensibilidade, Tolerância imunitária, 103
- Totalidade farmacodinâmica, um sistema indutor estável e suficiente de reação, 74, D.IX
- Totalidade sintomática, um sistema em reação instável e insuficiente, 74 D.IX
- Tóxicos, conceito, 19
- Trinômio da cura: intersemelhança, ultradiluições e efeito secundário, 167
- Tuberculose e tuberculinismo, 126
- Ultradiluições hahnemannianas, 316
- aplicações clínicas, 35, 181
- condicionadas ao alérgeno, ou tóxico, 35
- condicionamentos terapêuticos, 35, 36 Q.I, 165
- - identidade causal ou Isoterapia, 35-120
- - semelhança global ou Homeopatia, 36
- - semelhança parcial ou Similiteração, 35, 36, 120
- indução do efeito secundário reacional e, 56 D.V, 158 *ver anteposição patogênica*
- doenças de hipersensibilidade e, 187, Q. XVI
- moduladores convencionais e, 110, 111
- nervismo pavloviano e, 136
- pesquisas laboratoriais homeopáticas, 41-42
- Vacina, conceito, 129, 130-131 Q.XV
- Vias não injetáveis, 133
- Veneno apídeo e fotoproteção, 187 Cc.52,70, 71
- Via oral de administração,
- neurofisiologia pavloviana e, 82, 136, 181, 136
- via oral, segundo a OMS, 132, 134
- vias aferentes e, 136
- Vias de administração, 134
- Via oral de dessensibilização na literatura, 137-163.
- Ver hipossensibilização.*
- contribuição de Brum Negreiros, 135
- fenômenos neuricos, 82, 136
- hipossensibilização na literatura, 137-145, 141-148
- homeopatia, uma reflexoterapia neurica, via oral, 82, 92
- literatura médica e, 137-145
- literatura relacionada à imunologia, 104-111
- neurofisiologia de Pavlov e, 136
- WDENSKY, parabióse de, 28, 81
- Zonas de atividade farmacológica e grandezas medicamentosas, 44, 45 Q.II

ÍNDICE SEQUENCIAL DE DIAGRAMAS, QUADROS E TABELAS

I - DIAGRAMA. Condicionamentos terapêuticos das ultradiluições hahnemannianas	36
II - QUADRO. Zonas de atividade farmacológica das drogas	45
III - DIAGRAMA. Ações primárias bifásicas e trifásicas	49
IV - QUADRO. Tipos de inversão das drogas. Caracterização e diferenciação	53
V - DIAGRAMA. Gráfico explicativo da influência do <i>simillimum</i>	56
VI - DIAGRAMA. Efeito secundário dos hipnóticos	59
VII - QUADRO. Caracterização comparativa da ação primária da droga e do efeito secundário reacional ...	61
VIII - DIAGRAMA. Efeito rebote. Interpretação	67
IX - DIAGRAMA. Conjugação de sistemas complexos: totalidade sintomática do doente e totalidade farmacodinâmica	74
X - DIAGRAMA. Sistemas de fatores interdependentes. Ação e reação. Lei da equivalência	74
XI - QUADRO. Caracterização diferencial das respostas: Imune primária, imune secundária e efeito secundário reacional	96
XII - DIAGRAMA. Resposta imune primária e resposta imune secundária	99
XIII - QUADRO. Reações de hipersensibilidade. Classificação de Gell Coombs	101
XIV - QUADRO. Aspectos da resposta orgânica de defesa	103
XV - QUADRO. Diferenciação conceitual dos medicamentos: enantiopático, homeopático, isoterápico e vacinas	131
XVI - TABELA. Sintomas apresentados pelos alcoólatras durante o emprego do Sulfuricum acidum C 30 ...	158
XVII - QUADRO. Tratamento de alcoólatras com Sulfuricum acidum C 30	159
XVIII - DIAGRAMA. Hipócrates e as possibilidades terapêuticas de sua época	171
XIX - DIAGRAMA. Os domínios terapêuticos, segundo o princípio da similitude	172
XX - DIAGRAMA. Homeopatia como sistema terapêutico autocrático	173
XXI - DIAGRAMA Posicionamento e delimitação da Homeopatia no domínio do princípio da semelhança, seg. Tarsício Escalante	174
XXII - DIAGRAMA. Posicionamento das situações de semelhança parcial	175
XXIII - DIAGRAMA. Conexões terapêuticas: Isoterapia, Imunoterapia e Homeopatia	176
XXIV - QUADRO. Relações entre Homeopatia, Similterapia e Isoterapia	177
XXV - QUADRO. Práticas que utilizam a farmacotécnica homeopática	177
XXVI - QUADRO. Ultradiluições hahnemannianas e reações de hipersensibilidade	187
XXVII - DIAGRAMA. Aplicações clínicas da inversão de ação das drogas no domínio de efeito secundário ...	190



DA MESMA AUTORA

1. HOMEOPATIA EM 1000 CONCEITOS - 3ª edição, 2003, Elcid, Ibirá, SP, 630 p.

O texto apresenta os tópicos essenciais à Homeopatia, de forma lacônica porém suficiente para garantir-lhe o significado. Ideal para orientação de aulas e prestação de concursos na área. Considerado clássico. Adotado em países de língua espanhola.

2. ESTÍMULOS E RESPOSTAS EM HOMEOPATIA. 1ª edição, 1999, Elcid, SP, 224 p. 18x25 cm.

Contém 85 sinopses clínicas, estando 43 delas complementadas por 151 ilustrações.

Texto baseado em vivência clínica própria, argumentada através da objetividade da Dermatologia, útil aos clínicos gerais e especialistas de todas as áreas. Ocupa-se dos fenômenos orgânicos imprevisíveis, pouco conhecidos e sempre de bom prognóstico - acionados pelo estímulo da semelhança. Apresenta aspectos inéditos referentes aos múltiplos modos reacionais imediatos e mediatos do doente. Argumenta e ilustra situações de agravações homeopáticas e patogênicas, fenômenos inflamatórios, metamorfoses cutâneas e traz contribuição original ao capítulo de retorno dos sintomas antigos, de capital importância no seguimento do doente. Indispensável para a avaliação da prescrição adequada.

3. MATÉRIA MÉDICA EXPLICADA de GILBERT CHARETTE - 2ª ed., 1998, Elcid, Ibirá, SP, 207 p.

Texto revisado e traduzido do francês ao português, a partir do original "*La Matière Médicale Homoeopathique Expliquée*", de Gilbert Charette, de Nantes, 1932.

Dedicado aos médicos principiantes na metodologia. A autora, ressentida pelas dificuldades que encontrou no aprendizado das patogenesias, considera que a apresentação dos núcleos fisiopatológicos de 95 medicamentos policrestos, desde que aconteça em momento oportuno, pode significar um grande começo.

A obra, por si só, não fará um homeopata; entretanto, não será homeopata o médico que desconhecer os perfis farmacodinâmicos elementares nela contidos.
