

mSimillimumSimillimumSimillimumSimillimumSimillimumSimillimumSimillimumSimillimumSimillimumSim

ESTÍMULOS E RESPOSTAS EM HOMEOPATIA

mSimillimumSimillimumSimillimumSimillimumSimillimumSimillimumSimillimumSimillimumSimillimumSim

ANNA KOSSAK-ROMANACH

ELCID

ESTÍMULOS E RESPOSTAS EM HOMEOPATIA

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*

1999

EDITORA ELCID

FICHA CATALOGRÁFICA

Kossak-Romanach, Anna

Estímulos e Respostas em Homeopatia, Ibirá:

Elcid, 1999.

228 pág.

1. Homeopatia 2. Dermatologia 3. Imunopatologia
4. Terapêutica 5. Farmacodinâmica

CDD 615.532

ÍNDICE GERAL

PARTE I - Teórico expositiva	Pág.
I - Introdução	9
II - Defesas orgânicas inatas e adquiridas	12
III - Eliminações orgânicas	20
IV - Toxinas.....	29
V - Fisiopatologia dos estados de doença.....	35
VI - Eventualidades reacionais pós-simillimum	39
VII - Contribuição da Dermatologia. Variantes reacionais	48
VIII - Manifestações concomitantes	55
IX - Eritemas	61
X - Supurações	63
XI - Retorno de sintomas antigos	66
XII - Instalação de episódios agudos recorrentes	74
XIII - Quadros clínicos novos: esporádicos, não agudos e intrusos	79
XIV - Agravações homeopáticas	82
XV - Agravações patogenéticas	90
XVI - Discrepâncias reacionais	95
XVII - Convergência de lesões remanescentes. Deslocamentos. Transposições	99

XVIII - Recidivas. Fatores influentes na resposta ao simillimum	103
XIX - Avaliação terapêutica dos primeiros 30 dias	108
XX - Dificuldades e erros freqüentes na clínica homeopática	111
XXI - Normatização de condutas. Procedimento repertorial dos sintomas preponderantes. Normas de prescrição	122

PARTE II - Contribuição prática: sinopses e citações clínicas.

QUADRO indicativo de CASOS CLÍNICOS e de FIGURAS ILUSTRATIVAS.....	129
---	-----

PARTE III - Documentação fotográfica.

QUADRO das FIGURAS, na ordem de apresentação, com referência aos principais aspectos de interesse	183
--	-----

Referências bibliográficas.....	217
Índice remissivo	219
Índice geral de Quadros, Tabelas e Diagramas	222

PARTE I

Teórico-expositiva

INTRODUÇÃO

O organismo doente, ao receber estímulo farmacodinâmico dentro da correlação de semelhança sintomática, torna-se passível de transformações não cogitadas em outros sistemas terapêuticos. A agravação homeopática constitui o fenômeno mais representativo destas transformações sob forma de resposta orgânica que, sendo favorável no propósito, se tornou excessiva na duração e amplitude. Além desta intensificação das manifestações iniciais ou de primeira consulta, ocorrem inúmeras outras modificações comportamentais resultantes da defesa acionada pelo estímulo da similitude. Estes fenômenos exigem documentação objetiva a qual, difícil em clínica privada, torna-se inviável no atendimento coletivo público e no sistema de clientela rotatória ou flutuante. Os fatores tempo, pessoal disponível, recursos técnicos, custo elevado, falta de assiduidade, não aderência dos pacientes e, sobretudo, a troca do médico assistente, constituem empecilhos ao acervo clínico científico.

A Dermatologia dispõe de recursos de objetivação úteis para a área homeopática. Em outros tempos, HAHNEMANN, sem ser dermatologista, argumentava os miasmas baseado em manifestações cutâneas e totalizava estas ao modo dos sintomas mentais isolados. As conclusões de HERING sobre mecanismos de cura adquiriram objetividade através de alterações evidentes ao nível cutâneo. Assim aconteceu na ciência médica em geral, a exemplo da Imunologia, cujos pioneiros foram dermatologistas. Dentre as especialidades, a Dermatologia apresenta os mais fortes vínculos com funções e alterações orgânicas profundas, interessando sobretudo ao profissional generalista. Também oriundo do ectoderma, ao modo do sistema nervoso, o órgão cutâneo se deixa influenciar por fatores emocionais.

Estas citações justificam-se frente a trabalhos publicados que tiveram ponto de partida em dermatopatias determinadas e que fazem supor um significado restrito à respectiva especialidade. Embora o organismo funcione unitariamente, as normas atuais de pesquisa impõem diagnósticos nosológicos referenciais. Incontestável é o fato da maioria das afecções bem caracterizadas sob aspecto nosológico, localizadas ou não, fazerem-se acompanhar de outras manifestações concomitantes, justificáveis de diagnósticos secundários ou mesmo de outros prioritários em relação à queixa central, diferenciando cada portador dentro do problema clínico atual em destaque.

Os parâmetros evolutivos são acessíveis ao médico atento e representam recurso de utilidade inestimável tanto ao profissional veterano quanto ao principiante no método e, fato importante, as variantes comportamentais de resposta ao simillimum se desenvolvem desde as primeiras semanas, dias ou horas após iniciado o tratamento, proporcionando ao médico, em curto prazo, a oportunidade para ajuste da dinamização e, eventualmente, para a correção do diagnóstico medicamentoso. Sobretudo, constituem experiência gratificante que merece ser vivenciada de perto.

De 1843 a 1900, quando KENT publicou sua principal obra doutrinária "*Lectures on homoeopathic philosophy*", nenhum outro homeopata se ocupou seriamente dos comportamentos seqüentes à prescrição. Desde 1900 até nossos dias, não houve contribuição original sobre o assunto, além de artigos avulsos de compilação.

O exercício da Dermatologia em caráter de especialidade, desde 1970, surpreendeu a autora pela alta incidência de agravamentos contrastando com a sua reiterada negação na literatura homeopática, fato que motivou sucessivas comunicações clínicas em eventos científicos de classe, no intuito de chamar a atenção dos colegas ao tão importante e fantástico assunto.

O enfoque global do doente, como unidade psicofuncional, é compartilhado pela maioria dos especialistas, que admitem estarem as entidades nosológicas sempre relacionadas a outros transtornos internos, nem sempre evidentes ao exame objetivo comum mas que, ao ser instigado o sistema de defesa, emergem das profundezas orgânicas, tornam-se visíveis ou fazem-se evidentes através de sintomas e sinais diversos.

A abordagem homeopática de alteração local, cutânea ou não, requer complementação semiológica sintomática coerente, harmoniosa, capaz de caracterizar o comportamento unitário do indivíduo no meio em que vive. Dentro da totalidade sintomática, importante pelos aspectos individuais do doente e não necessariamente vinculados ao diagnóstico patológico, o médico homeopata distinguirá um perfil personalizado dentro de cada caso, a síndrome mínima de valor máximo, integrada por manifestações locais e gerais, que será correlacionada a uma das muitas patogenesias existentes na Matéria Médica Homeopática. Uma lesão decisiva para determinado diagnóstico nosológico constitui, não raro, apenas *um* dos elos na cadeia de outros distúrbios concomitantes. Da aparente desvantagem prática deste complexo apanhado do caso clínico, que requer maior esforço, mais estudo e tempo mais dilatado, advém um vantajoso corolário: se cada sintoma coopera, a seu modo, para a totalidade sintomática integrada e harmoniosa que decide o medicamento *simillimum*, capaz de reverter o doente à cura, cada um deles recebe, por sua vez, a retribuição deste estímulo acionado por equipe, cujos benefícios são imprevisíveis, cabendo ao organismo ou, mais precisamente à força vital, decidir qual o setor prioritário no processo de reequilíbrio. Na totalidade individualizada que abrange manifestações da doença e sobretudo do doente, estarão sempre de permeio sinais e sintomas omitidos pelo doente ou não suficientemente valorizados pelo médico, ou despercebidos por ambos. Estes sintomas são passíveis de se tornarem os primeiros grandes beneficiados no contexto geral, em decorrência da resposta orgânica unitária. O consenso defensivo do doente decide por ele mesmo a direção ou seqüência das modificações convenientes para o reequilíbrio da saúde.

O mesmo acontece em Dermatologia e dentro de outras especialidades. O médico homeopata especializado em determinada área nem sempre consegue assegurar que a queixa, em razão da qual o paciente o procura, será a primeira a desaparecer. Os diferentes padrões reativos, as predisposições mórbidas hereditárias, as diáteses, os antecedentes pessoais e familiares, juntamente aos diferentes aspectos ectoscópicos precisam ser conhecidos em cada enfermo em particular, independentes do diagnóstico central. Se não for deste modo, o tratamento terá o risco de ser inadequado ou paliativo. Esta postura terapêutica exige preparo e paciência por parte do médico; da parte do doente, requer grau mínimo de esclarecimento para que colabore e não abandone o plano terapêutico no momento ou fase em que o organismo, corretamente estimulado, estiver no máximo da sua mobilização no sentido favorável.

O diagnóstico nosológico continuará a representar a meta máxima do médico para conhecimento da natureza do problema presente, a fim de prognosticar, orientar, opinar sobre a terapêutica conveniente e avaliar as melhoras ou mudanças que se forem processando. O especialista que se tornou homeopata não desprezará aquelas informações até então consideradas supérfluas ou bizarras, atribuídas à imaginação do doente ou ao simples modo de sentir do mesmo, que em nada influenciariam o diagnóstico central e, portanto, sem aparente importância ao tratamento. Agora, justamente as manifestações subjetivas, sentidas pelo doente, embora não percebidas pelo médico nem detectadas pelos exames laboratoriais, são aquelas que melhor demarcam a personalidade do doente, distinguindo-o de outros portadores de igual diagnóstico e decidindo o remédio, específico para o seu organismo, conquanto não específico para o diagnóstico nosológico.

Outra situação do especialista homeopata é saber interpretar os benefícios decorrentes da prescrição adequada que se desenvolvem em setor orgânico não vinculado à sua área específica, alheio à queixa que motivou a consulta e este é um fato fundamental sobre o qual o doente precisa ser informado ao iniciar tratamento homeopático. Fácil será deduzir que muitos problemas advirão quando o recurso terapêutico da lei da semelhança for generalizado aos serviços coletivos, exigindo então, ao modo dos postos de puericultura, equipes de apoio para orientação básica dos usuários do método hahnemanniano.

Um primeiro ensaio da autora, versando sobre agravações homeopáticas em Dermatologia foi publicado em 1976. O segundo trabalho, publicado onze anos depois, analisou os variados comportamentos orgânicos após o *simillimum* entre 400 portadores de um mesmo diagnóstico dermatológico - o acne vulgar - propiciando valiosas conclusões aplicáveis à Clínica Geral.

O caráter restrito das teses universitárias impediu que os homeopatas fossem devidamente informados sobre a experiência dermatológica vivenciada acerca dos modos comportamentais no decurso do tratamento dentro da lei da semelhança, razão porque foi elaborado o presente texto, em estilo simples, sucinto, explicativo e, por vezes, necessariamente repetitivo.

O registro fotográfico das lesões cutâneas constitui o principal indicador evolutivo em Dermatologia. As fotos permitem a análise retrospectiva e comparações seqüenciais, surpreendendo com detalhes e imagens inesperadas e desconhecidas, de grande significado para a Homeopatia e a Medicina, a reclamarem pesquisa de fenômenos equivalentes nas diversas especialidades.

A sinopse referente aos mecanismos imunitários restringe-se àqueles prováveis envolvidos nos processos de resposta de defesa. As citações e ilustrações clínicas visam melhor compreensão e sedimentação do assunto.

DEFESAS ORGÂNICAS INATAS E ADQUIRIDAS

Defesas orgânicas primitivas. Defesa inata. Sistema inflamatório. Depuração. Destruição e eliminação de substâncias estranhas e inúteis. Influência do *simillimum* sobre o sistema de defesa.

Defesas orgânicas primitivas

No estudo da integridade dos seres primitivos interessam agressões externas de todo tipo, notadamente aquelas provindas de outros seres. Desde que surge, o ser vivente é assediado por agressões que põem em risco a sua existência e, se não bastasse, seres uni e pluricelulares necessitam permanecer num meio exterior adequado e com ele manter intercâmbio no sentido de garantir a constância de seus próprios componentes, eliminando aquelas substâncias tornadas inúteis após cumpridas as finalidades de nutrição e metabolismo. O esforço depurativo sobressai dentre os requisitos condicionantes de sobrevivência. Segundo a maioria dos fisiologistas, inclusive Claude BERNARD (1865), as funções fisiológicas resultam de fenômenos físico-químicos, sendo a vida celular marcada por reações químicas cujos produtos de desintegração se tornam potencialmente tóxicos para ela mesma, devendo ser eliminados.

Em meio favorável, as funções celulares constam, fundamentalmente, de *absorção, secreção e multiplicação*. O processo de *absorção* consiste na captação de substâncias nutritivas a partir do meio externo, capazes de viabilizar a *síntese* do protoplasma celular. A energia consumida nesta síntese é proporcionada pela *oxidação* de parte destas substâncias absorvidas, graças a funções da *respiração*. Os produtos de desintegração oriundos destas reações são eliminados através do processo denominado *excreção*. Enfim, atingido o estágio de seu desenvolvimento máximo, a célula se torna apta a dividir ou *multiplicar*.

A membrana celular ou membrana plasmática é a principal responsável pelas trocas entre célula e meio externo, viabilizando a digestão intracelular. Esta membrana controla a penetração e saída de substâncias. Ao comportar-se à maneira de pequeno osmômetro, a célula modifica seu volume conforme a concentração da solução em que se encontra. Nas células eucariontes, isto é, dotadas de membrana separando cromossomas e citoplasma, existe em torno do núcleo um elaborado sistema de membranas - o envoltório nuclear, o retículo endoplasmático e as membranas do aparelho de Golgi - que determinam compartimentos celulares. Os mitocôndrios e cloroplastas também são envolvidos e subdivididos internamente por membranas, ampliando a compartimentalização e propiciando funções especializadas. Surgem muitos sistemas enzimáticos presos à membrana, permitindo ordenação

seqüencial de atividade destas enzimas. Nas células procariontes, destituídas da membrana separadora dos cromossomas e citoplasma, as funções se processam de maneira mais elementar.

Por difusão passiva e difusão ativa, certas moléculas do meio exterior atravessam individualmente a membrana plasmática e penetram no citoplasma. Contudo, maior quantidade de moléculas e inclusive partículas visíveis ao microscópio comum, são capazes de transferência, em bloco, para o interior celular pelo recurso de pinocitose e fagocitose. No primeiro processo, um movimento da membrana captura, envagina e internaliza uma gotícula líquida. Na fagocitose ocorre captação de partículas sólidas seguidas por série de fenômenos que levam à sua destruição: pseudópodos se fundem em torno da partícula englobada formando um vacúolo - o fagossoma - que, após engolfado e introduzido no citoplasma, aí sofre a influência e fusão com lisosomas que constituem estruturas ou organelas esféricas envolvidas por membrana contendo enzimas hidrolíticas, sintetizadas a partir do retículo endoplasmático granular. As enzimas lisosômicas digerem as partículas fagocitadas ou captadas, assim como as organelas envelhecidas. As próprias macromoléculas celulares estão sujeitas à destruição lisosômica.

Após a atividade das enzimas hidrolíticas restam depósitos de material remanescente que resistiu ao processo digestivo e que permanece nos lisosomas secundários resultantes da fusão de um ou mais lisosomas primários, cujo conteúdo consiste, por conseguinte, em mistura de enzimas e material a ser digerido. Estes lisosomas secundários contendo material resistente à digestão e que recebem o nome de corpos residuais, permanecem na célula por tempo variável e depois tendem a se direcionar à periferia, isto é, no sentido da membrana plasmática, onde acabam por se fundir a esta, eliminando o seu conteúdo para o exterior, ao modo de uma pinocitose ao contrário. A exteriorização ou expulsão de restos celulares não digeridos representa a “defecação celular”. Outras vezes, os corpos residuais não migram para a periferia e se acumulam no interior das células envelhecidas. Logo, nem sempre os lisosomas conseguem digerir os compostos resultantes do metabolismo celular ou da autofagia de organelas desgastadas. Os chamados grânulos de lipofucsina, por exemplo, são corpos residuais que se acumularam no decurso da vida nas células nervosas, hepáticas e musculares cardíacas. Por conseguinte, os lisosomas primários, os secundários e os corpos residuais são aspectos funcionais diferentes de uma mesma organela especializada na digestão intracelular, relacionada à alimentação (na ameba), à eliminação de componentes celulares degenerados, à eliminação de moléculas estranhas e a diversos outros processos celulares.

A fagocitose é fenômeno constante desde os protozoários até os mamíferos. Em alguns invertebrados os fagócitos chegam a secretar citoquinas que se parecem àquelas derivadas de macrófagos dos vertebrados. A rejeição de tecidos de transplante, constatada nos espongiários, seria mediada por células fagocitárias. Vários invertebrados são capazes de englobar e destruir micróbios e, ainda que não produzam imunoglobulinas nem proteínas do complemento, dispõem eles de moléculas solúveis que fixam e lisam micróbios; estas moléculas seriam proteínas tipo lectina que se ligam a carboidratos de parede da célula

microbiana causando aglutinação; esses invertebrados possuem outros fatores líticos e antimicrobianos do tipo lisozimas, atuantes ao modo daqueles produzidos por neutrófilos nos organismos superiores.

Em diversos invertebrados ocorre revestimento do “antígeno” por fatores humorais - aglutininas e bactericinas - à maneira de opsonização, facilitando a fagocitose. Entre artrópodes (límula) e anelídeos (vermes) existem fatores hemolinfáticos semelhantes aos componentes terminais do sistema complemento dos mamíferos e que entram em ativação, independentemente da participação de anticorpos. Em invertebrados protostômios, e também nos equinodermatas (estrela do mar), foi identificado um proativador C3, demonstrando que os genes do complemento têm origem remota na escala filogenética.

As células exterminadoras naturais aparecem nos anelídeos e faltam nos artrópodes. A sua instalação definitiva acontece a partir dos vertebrados, nos quais surge a imunoglobulina M, assim como linfócitos T e B. Contudo, somente a partir dos mamíferos passam a ser encontradas todas as imunoglobulinas hoje conhecidas.

Os linfócitos, exclusivos de algumas espécies de aves, estão presentes em todos os mamíferos. Nos seres superiores a fagocitose se organizou no sistema retículo-endotelial, onde o fagócito primitivo encontra seu equivalente no monócito e no macrófago.

Algumas pesquisas argumentam que os invertebrados expressam moléculas de superfície capazes de distinguir o próprio do não próprio, ao modo de precursoras das moléculas de receptores de histocompatibilidade dos organismos superiores. Portanto, a defesa nos seres invertebrados é mediada por células e moléculas que semelham os mecanismos efetores da imunidade natural nos organismos mais evoluídos.

As funções digestivas se aperfeiçoam a partir dos vacúolos digestivos dos protozoários e dos sacos digestivos providos de boca e tentáculos peribucais dos flagelados. As funções se tornam complexas no decurso evolutivo das espécies, no entanto, as propriedades iniciais elementares são conservadas nas escalas superiores. A absorção, a secreção e a eliminação assumem, paulatinamente, estruturas diferenciadas. As secreções se diversificam, com capacidade de atuação à distância, caracterizando os hormônios. A coordenação de funções, presente nos seres elementares, passa a obedecer, nos seres superiores, a um comando nervoso central. As eliminações passam a ser dotadas de mecanismos de depuração e de canalização ou drenagem para o exterior, ou de superficialização em direção à periferia imitando, numa dimensão gigantesca, aqueles fenômenos da membrana plasmática herdados dos seres uni e pluricelulares. Surgem sistemas sofisticados de secreção, nutrição e eliminação, nos diferentes níveis orgânicos, desde a estrutura minúscula dos dutos sudoríparos até as grandes vias ou canais emunctoriais presentes nos aparelhos urinário, digestivo e pulmonar.

Defesa inata ou imunidade natural

A imunidade constitui processo clinicamente silencioso, onde acontecimentos celulares se desenvolvem frente a agentes nóxios. Células e moléculas responsáveis pela resposta de defesa constituem o sistema imunitário, cuja ação coletiva e coordenada resulta na resposta imunitária ou imune. Esta resposta envolve múltiplos mecanismos, desde aqueles

persistentes remotos dos seres primitivos até o surgimento do *sistema imune especializado*, ou *específico, adaptativo* ou *adquirido, dotado de memória*, programado especificamente para diferentes e determinados tipos de agressão, fortalecido e aperfeiçoado pelas agressões repetidas, que distingue o próprio do não próprio e dotado de capacidade de auto-regulação.

O *sistema inespecífico, não adaptativo, inato* ou *natural*, persiste sempre como primeira linha de defesa, refreando a maioria dos possíveis agentes patógenos antes que estes se estabeleçam como causadores de doença ou infecção. Dispõe de barreiras físico-químicas (pele, mucosas), células do sangue (fagócitos e células exterminadoras naturais), moléculas circulantes (complemento) e mediadores solúveis ativos sobre outras células (citoquinas derivadas dos macrófagos). A defesa se diz inata no sentido de não haver sido afetada por contato anterior a antígenos; destituída de memória, não se modifica pela repetição e desenvolve-se de modo mais ou menos constante.

A pele íntegra constitui a principal barreira defensiva opondo-se, pela sua resistência, pela elasticidade e pela impermeabilidade, à invasão da maioria dos agentes infecciosos; além de barreira mecânica, dispõe de recursos inibitórios diretos sobre bactérias, pela presença de ácido lático, ácidos graxos do suor, das secreções sebáceas e do baixo pH.

Importa assinalar o grande papel eliminador e detoxicador da pele através das glândulas sudoríparas e das glândulas sebáceas. A corrente fisiológica mobilizadora das células basais em direção à camada córnea - um processo normal de renovação epidérmica - arrasta consigo numerosos tóxicos e fármacos. Ocasionalmente, substâncias estranhas depositadas em tecidos subjacentes são direcionadas à superfície através de simples permeamento das células epidérmicas, sem deixar vestígio de passagem e sem o mínimo comprometimento histológico: é o fenômeno da migração transepitelial (MEHREGAN).

As superfícies mucosas secretam manto protetor que impede a aderência de bactérias e partículas estranhas às células epiteliais, englobando-as e expulsando-as graças aos recursos mecânicos auxiliares, a exemplo do movimento ciliar e da tosse. Diferentes fluidos orgânicos contêm componentes bactericidas, a exemplo da lactoperoxidase do leite, da lisozima das lágrimas e da espermina do sêmen - ou ainda das secreções especiais, a exemplo do suco gástrico, das eliminações nasais e dos produtos salivares. Ao nível das mucosas acontece o antagonismo da flora bacteriana comensal, bem tolerada, que compete eficazmente com microorganismos patógenos em potencial. Colaboram neste processo, substâncias inibidoras da categoria das colicinas e ácidos.

Entre fatores humorais sobressaem as lisozimas, enzimas abundantes e difundidas que atuam sobre a parede de bactérias suscetíveis, clivando uniões moleculares e comprometendo sua estrutura. Outros componentes plasmáticos, chamados coletivamente de proteínas da fase aguda, capazes de aumentar rapidamente os seus valores de 2 até 100 vezes em lesões agudas, compreendem proteína C reativa, α_2 antitripsina, α_2 macroglobulina, fibrinogênio, ceruloplasmina, C 9 e fator B. A proteína C reativa, ligada à proteína C do pneumococo, promove a sua opsonização e captação pelo complemento. O sistema complemento tem capacidade de produzir lise direta da membrana celular de bactérias, favorecendo quimiotaxia e atraindo fagócitos ao local da reação inflamatória; seus componentes têm capacidade para revestir a superfície bacteriana e de mediar a

opsonização, facilitando aos fagócitos o reconhecimento da bactéria e o processo de fagocitose. Muitos agentes microbianos ativam diretamente o complemento por via alternativa, por intermédio de carboidratos (polissacarídios) de superfície, gerando atividade da C 2 convertase, cuja ativação resulta em lesão da membrana bacteriana pela mediação dos componentes terminais C 8 e C 9. A geração de processo inflamatório agudo envolve aumento da permeabilidade capilar e influxo de polimorfonucleares ao local da agressão; o próximo componente C 5 é poderoso peptídeo quimiotático e vasoativo, enquanto os componentes C 6 e C 9 são líticos.

As células exterminadoras naturais (NK, ou natural killer cells) são leucócitos capazes de reconhecer alterações em células ocupadas por vírus, unindo-se a elas e destruindo-as. São ativadas pelos interferons, componentes do sistema imunitário inato, sendo encontradas em animais normais sem exposição anterior a antígenos importantes; admite-se que fazem parte da terceira população de células linfóides, isto é, não T e não B. As células exterminadoras naturais destroem inespecificamente células infectadas por vírus e células tumorais, tendo papel regulador na resposta humoral; seu mecanismo difere daquele das células citotóxicas dependentes de anticorpos. Células com vírus ou aquelas tornadas cancerosas, ao terem alteradas as moléculas de superfície, permitem seu reconhecimento por células exterminadoras naturais que as atraem e as exterminam.

As células infectadas por vírus produzem interferons que enviam sinais para células teciduais vizinhas e induzem-nas a resistir à replicação viral, impedindo a disseminação do vírus. Os interferons, além disso, ativam as células exterminadoras naturais, reforçam diferentes funções pertencentes ao sistema imune inato e induzem estado de resistência viral em células teciduais não infectadas.

Processo inflamatório

A inflamação consiste em resposta defensiva frente a uma agressão, infecciosa ou não, direcionando para a sede da lesão os elementos do sistema imunitário através de três recursos: *aumento do suprimento sanguíneo, aumento da permeabilidade capilar e retração das células de revestimento endotelial*, de modo a facilitar a passagem de moléculas do sangue e o aporte de mediadores solúveis. Células leucocitárias, especialmente neutrófilos e em menor grau, monócitos, migram para fora dos capilares permanecendo, a princípio, próximas aos vasos no seio dos tecidos donde, por força da quimiotaxia, são atraídas ao local da agressão. O gradiente quimiotático é atribuído particularmente ao fator C 5a do sistema complemento.

Os fagócitos presentes no local do processo inflamatório devem reconhecer o agente infeccioso e, graças a receptores de superfície, possuem a capacidade de fixação inespecífica a muitos diferentes microorganismos. Quando os fagócitos estão incapazes de reconhecer o agente infeccioso, por falta de receptores adequados ou porque o microorganismo não possui capacidade intrínseca para ativar o complemento, impossibilitando a fixação pelo receptor C 3b, o organismo produz, através dos linfócitos B do sistema adaptativo, uma classe de moléculas que atuam como adaptadores flexíveis entre o agente infeccioso e o fagócito - os *anticorpos*; estes possuem a propriedade de reconhecer ampla variedade de microorganismos, sendo dotados de formas estereotipadas que se adaptam e fixam à

superfície das diferentes espécies bacterianas. Deste modo, tanto o complemento (do sistema imune inespecífico) quanto os anticorpos (do sistema imune adaptativo) tornam-se aptos para processarem a opsonização de bactérias, intensificando a defesa. O entrosamento entre as áreas adaptativa e não adaptativa do sistema imunitário acontece em diferentes níveis, justificando a denominação de “*sistema imunitário*”.

Os fagócitos desempenham função de depuração orgânica: destroem hemácias e outras células envelhecidas, bloqueiam corpos estranhos e têm capacidade de repelir, fixar ou destruir toxinas. Alguns microorganismos, encarcerados pelos fagócitos, liberam toxinas capazes de destruir estes mesmos fagócitos, com formação de pus. Outros microorganismos conseguem viver em simbiose com os fagócitos, transformando-os em seus veículos, a exemplo do que acontece na lepra e na tuberculose.

Sistema imunitário adaptativo

Quando as defesas inatas se mostram insuficientes, mobiliza-se o sistema imune adaptativo ou específico, no sentido de reação especializada para cada agente nóxi, infeccioso ou não; normalmente, o organismo triunfa sobre a agressão e dela guarda memória evitando que a mesma volte a produzir lesão.

O sistema imune discrimina o próprio do não próprio ou antígeno, havendo em um contato primário respostas fracas por parte de ambos os sistemas, o adaptativo e aquele não adaptativo. Se o antígeno persistir ou acontecer segundo contato, estabelecer-se-á resposta intensificada e específica a este antígeno por parte do sistema imune adaptativo ou adquirido. Memória e especificidade caracterizam a resposta adaptativa ou específica.

Está atualmente estabelecido que cada célula B é programada para produzir apenas um tipo de anticorpo, cada qual dotado de distinta especificidade de união. Existem tantas variedades de anticorpos quantas forem as possibilidades de variação dos antígenos. Desde que unido o antígeno ao receptor de superfície adequado, as células B produtoras de anticorpos são estimuladas a proliferar e a amadurecer no sentido de células produtoras de anticorpos e células de memória de vida longa que conservam a especificidade de união a antígeno determinado. Portanto, a seleção clonal significa que o antígeno seleciona os clones de células fixadoras que lhe são específicas e, embora estas células dotadas de capacidade de fixação e de reconhecimento existam em número reduzido, após a união com o antígeno são elas induzidas à proliferação, garantindo resposta imunitária amplificada.

Mecanismos de integração caracterizam as funções de defesa. Os sistemas adaptativo e não adaptativo, ou específico e inespecífico, interagem ao modo de duas partes funcionais integradas em diferentes níveis ou agem isoladamente. Os anticorpos ajudam os fagócitos a reconhecerem seus alvos. Após a proliferação clonal os linfócitos T produzem linfocinas que auxiliam os fagócitos a combaterem a infecção. Os macrófagos, por sua vez, via linfática, transportam os antígenos da periferia dos linfonodos aos órgãos linfóides, onde os apresentam aos linfócitos para reconhecimento.

Depuração

Nos processos de depuração, de referência cada vez mais freqüente em Imunopatologia, domina a participação dos recursos inatos ou inespecíficos. A depuração

de imunocomplexos está a cargo do sistema complemento, do sistema de células fagocitárias mononucleares e das células exterminadoras naturais.

Na depuração de produtos de destruição de neoplasias participam os fagócitos, tanto mononucleares quanto polimorfonucleares, as células exterminadoras naturais e as células citotóxicas. Entre as citocinas derivadas dos macrófagos, importante papel cabe ao fator de necrose tumoral, integrante da defesa inata e principal mediador da resposta do hospedeiro a bactérias gram-negativas e outras infecções; este fator participa da necrose tumoral, da depuração dos restos de células envelhecidas, inclusive dos antígenos de imunocomplexos, representando importante vínculo entre resposta imune específica e inflamação aguda, assumindo excepcional interesse nas supurações.

Além do sistema imunitário, participam na defesa orgânica três sistemas: o de *coagulação*, o *fibrinolítico* e o das *cininas*, os quais interagem no objetivo de manter a integridade do sistema vascular e de cercear lesões teciduais; exercem, ainda, importante influência sobre os fenômenos inflamatórios.

Destruição e eliminação de substâncias estranhas e inúteis

Para síntese deste tópico, convém o estilo lacônico de STITTES, conforme QUADRO I. Vários componentes ou fatores participam da eliminação do antígeno, sendo finalidade do sistema imunitário perseguir e destruir substâncias estranhas e inúteis ao organismo, objetivo este conseguido através de diversos mecanismos:

- a) exterminação direta das células-alvo expressando antígenos estranhos, através de linfócitos T citotóxicos, via elaboração citotoxinas;
- b) através de anticorpos: neutralização de toxinas pelo processo de inativação e eliminação de complexo antígeno-anticorpo, ao nível do sistema retículo-endotelial;
- c) neutralização de vírus, com o recurso de anticorpos específicos frente às epítopes de superfície dos vírus, impedindo a ligação às células-alvo;
- d) opsonização de bactéria por anticorpo ou pelo complemento, facilitando então a fagocitose pelos macrófagos;
- e) ativação e mediação pelo sistema complemento, em cujo mecanismo complexo está envolvida a indução de fenômeno inflamatório que é, por si mesmo, importante mecanismo de defesa;
- f) participação dos sistemas enzimáticos das cininas, de coagulação e de fibrinólise, que interagem com o sistema imune na inflamação.

Influência do *simillimum* sobre os sistemas de defesa

Considerando que o *simillimum* tem a capacidade de modificar o modo reacional de um doente em situações nosológicas vinculadas a um ou mais mecanismos imunitários bem determinados, forçoso é admitir a influência do estímulo farmacodinâmico, obviamente em nível imponderável, sobre as estruturas ou elementos integrantes daqueles mecanismos, conquanto não se saiba onde e como.

A relativamente alta incidência de processos inflamatórios, de eritemas e de supurações pós-*simillimum* permite admitir a ativação dominante das defesas inespecíficas. Devido à contínua interação ou integração dos dois sistemas imunitários, as alterações

ocorridas ao nível da defesa inespecífica repercutem sobre o sistema específico e vice-versa, resultando em somatória mista de reações em diferentes níveis.

A grande gama de variantes reacionais, nem sempre desejáveis, é imprevisível e constitui atributo do organismo, o qual opta pelo que melhor lhe convém, em cada diferente momento ou fase no sentido de reequilíbrio.

QUADRO I - Esquema comparativo da imunidade. (Adaptado de ABBAS)

COMPONENTES	IMUNIDADE INESPECÍFICA	IMUNIDADE ESPECÍFICA
Barreiras físico-químicas	Pele Mucosas	Sistema cutâneo/mucoso Anticorpos nas secreções mucosas
Moléculas circulantes	Complemento Lisozimas Proteínas da fase aguda	Anticorpos
Células	Fagócitos: - macrófagos - polimorfonucleares Células exterminadoras naturais (NK)	Linfócitos
Mediadores solúveis ativos sobre outras células	Citoquinas dos macrófagos - alfa-interferon - beta-interferon - fator de necrose tumoral	Citoquinas derivadas dos linfócitos. Gama-interferon

ELIMINAÇÕES ORGÂNICAS

Mecanismos fundamentais das eliminações. Emunctórios. Destruição e localização de agentes nóxios. Importância da intensificação pós-simillimum das funções fisiológicas. Drenagem e sistemas terapêuticos. Aspectos clínicos das eliminações.

Eliminações e emunctórios

Os termos *eliminar e eliminação*, freqüentes no estudo dos seres primitivos desde os unicelulares, continuam a integrar a definição elementar de resposta defensiva de organismos superiores ou mais evoluídos, no contexto da resposta inata que tem por finalidade expulsar qualquer substância nociva ou inútil. Por vezes, o termo *eliminação* traz o significado de extermínio ou ato de desaparecimento; em Clínica Geral, e especialmente em Homeopatia, o termo subentende exteriorização, superficialização, canalização e também drenagem.

Os agentes nocivos que penetram na intimidade orgânica são destruídos graças aos mecanismos básicos de fagocitose, metabolismo, combustão e imunodesaparecimento. Em circunstâncias especiais ocorre localização do agente prejudicial em um ou vários tecidos e órgãos, localização esta caracterizada pela conservação ou tolerância. Outras vezes, sobrevém reação local de rejeição, necrose e resposta granulomatosa celular; no tecido conjuntivo subcutâneo eventualmente sucede rotura da superfície correspondente com degeneração epidérmica.

A eliminação transepitelial de materiais estranhos, seja de natureza patológica, como certos depósitos de cálcio, seja decorrente de manobras médicas, a exemplo do material radiológico de contraste, consiste na migração destes materiais de permeio às células epidérmicas.

Ao clínico homeopata interessam todos os aspectos objetivos relacionados ao metabolismo, assimilação, desassimilação e secreção, contudo importam muito mais as expressões macroscópicas de canalização e exteriorização dos produtos resultantes destes fenômenos que, primariamente se processam no protoplasma onde mantêm a vida intracelular a partir de materiais nutritivos seletivamente captados e incorporados para garantir a sobrevivência. A estes fenômenos básicos relaciona-se a função de eliminação ou rejeição dos detritos tornados inúteis ou prejudiciais, em direção à membrana celular, depois a canalículos eliminadores, a depósitos coletores e, por fim, aos emunctórios de maior calibre.

Nos seres unicelulares a excreção de metabolitos acontece ao nível da mesma célula. Ao longo da escala filogênica vão se organizando grupos celulares e estruturas específicas para o desempenho da tarefa e formam-se canais eliminadores. Na escala superior estão formados os grandes emunctórios, cujos principais produtos de excreção consistem em urina, suor, bile, gás carbônico e resíduos alimentares do tubo digestivo que constituem as fezes.

A excreção segue imediatamente à secreção, a exemplo da glândula sudorípara, da sebácea ou das glândulas das mucosas digestivas. Outras vezes, a excreção é descontínua acumulando-se em reservatórios orgânicos, a exemplo da bile na vesícula biliar, da urina na bexiga e das matérias fecais no intestino grosso. A excreção consiste, portanto, na eliminação ou expulsão, para fora do organismo ou para fora dos reservatórios em que são acumulados, de substâncias residuais primariamente oriundas da vida intracelular, resultantes dos processos de assimilação e de desassimilação que se produziram no protoplasma.

QUADRO II - Mecanismo das eliminações.

Os três mecanismos fundamentais na liberação de agentes nocivos:

1. EXONERAÇÃO ou ELIMINAÇÃO, através de:

- 1.1. Emunctórios habituais: rins, intestinos, pulmões, pele.
- 1.2. Vias extraordinárias: útero, glândulas mamárias, glândulas lacrimais.
- 1.3. Recurso complementar: secreções dos tegumentos.

2. DESTRUIÇÃO

- 2.1. Fagocitose
- 2.2. Metabolismo
- 2.3. Combustão
- 2.4. Imunodesaparecimento

3. LOCALIZAÇÃO. Defesa em nível do tecido conjuntivo.

- 3.1. Tolerância
 - 3.3.1. Conservação local
 - 3.3.2. Mobilização aos linfonodos
- 3.2. Reação local
 - 3.2.1. Necrose
 - 3.2.2. Resposta granulomatosa celular
- 3.3. Rotura da superfície com degeneração epidérmica.
- 3.4. Eliminação transepitelial.

Os detritos rejeitados pelo organismo são chamados, genericamente, de excrementos ou excreta. O termo excremento, por hábito de linguagem restrito ao material evacuado pelos intestinos, igualmente se aplica ao ar expirado, ao suor e à descamação cutânea. Das matérias fecais fazem parte a bile, membranas intestinais e substâncias despojadas de finalidade funcional.

Os produtos sexuais e o leite materno são secreções e não excretas. Na melhor definição, secreção representa produto elaborado por células especializadas, não existindo, previamente, no mesmo organismo que o utilizará ou eliminará em seguida. As secreções são eliminadas ao exterior pelos canais excretores, na qualidade de *secreção externa*, a exemplo da secreção salivar e da secreção gástrica ou passam diretamente para o meio interior na qualidade de *secreção interna* ou *endócrina*, conforme sucede na secreção hipofisária e tireoidiana. O pâncreas exemplifica a produção simultânea de secreção interna (insulina) e externa (suco pancreático).

Estes fenômenos fundamentais, aparentemente elementares, são importantes nos distúrbios do metabolismo das substâncias nutritivas e nos desequilíbrios internos incipientes, assumindo excepcional significado em Homeopatia, nas seguintes circunstâncias: 1) na interpretação das *doenças crônicas persistentes*, a despeito de medicamentos bem indicados; 2) nas *doenças crônicas caracterizadas por episódios agudos recidivantes*; 3) nos *benefícios apenas transitórios frente ao simillimum*; 4) no entendimento do mecanismo da *intensificação das funções fisiológicas* acionadas pelo *simillimum*.

Quando o doente é corretamente estimulado dentro da correlação de semelhança de sintomas, acontece a mobilização das frentes de defesa, notadamente sob forma de uma precoce exaltação das funções fisiológicas habituais, no sentido de liberação de componentes retidos e acumulados. O organismo bloqueado ou saturado pelas próprias toxinas ou por metabolitos, evidencia conjuntos de manifestações correlacionadas que, com o recurso da semiologia hahnemanniana, são classificados ou agrupados de modo a denunciar comportamentos estereotipados coincidentes com os estados reacionais conhecidos como *miasmas*.

Acionado pelo *simillimum*, não importa de que natureza, o organismo doente aumenta o seu esforço na busca do reequilíbrio mobilizando recursos para direcionar as toxinas, os produtos metabólicos e os detritos, no sentido centrífugo dos tegumentos e meio exterior. Exacerbam-se as funções fisiológicas e outras estruturas, em caráter extraordinário, são convocadas para a tarefa de eliminação.

Os aforismas hipocráticos (LITTRÉ) são pródigos em referências alusivas a eliminações e emunctoriais sempre considerados decisivos no prognóstico favorável dos doentes. Com base nas eliminações, o Pai da Medicina assinala e exemplifica situações de mau prognóstico, de substituição mórbida e de metástase, discorrendo sobre diferentes comportamentos emunctoriais: epistaxes, sangramentos hemorroidários, menstruação, transpiração, expectoração, tosse, febre, supurações e erupções cutâneas.

PARACELSO (1493-1541) atribuía grande importância à canalização dos humores e estabeleceu o conceito dos *arqueus* ou forças vitais localizadas. Os arqueus do estômago, por exemplo, separariam o inútil das porções nutritivas, eliminando-o, enquanto a parte

útil seria incorporada onde se fizesse necessária. Ao estar comprometido o arqueado do estômago, esta separação seletiva não se realizaria, resultando em acúmulo de detritos tóxicos dentro do organismo. Embora se pretenda afirmar que PARACELSO foi grande partidário da canalização, a busca da respectiva literatura representa um labirinto de hipóteses, misticismo e mistura dos conhecimentos médicos da época.

Intensificação das funções fisiológicas

O medicamento homeopático provoca alterações funcionais por mecanismo indireto, global, através de estímulo dependente da totalidade sintomática integrada que possibilita a identificação do estímulo farmacodinâmico correspondente. Deste estímulo geral dinâmico resultam mudanças conjuntas, sistêmicas, situando-se entre elas as funções fisiológicas, cuja exaltação quase imediata denuncia mobilização interna de órgãos e emunctórios.

HAHNEMANN atribui à droga administrada a indução de qualquer sintoma novo anteriormente ignorado pelo doente e segundo ele o *simillimum*, na sua forma de atuar, possui capacidade de direcionamento da carga nóxica acumulada para a periferia, isto é, em direção à pele e mucosas. HERING tenta aperfeiçoar esta interpretação distinguindo modos e seqüências assumidas pelo doente no esforço centrífugo visando o equilíbrio da cura. Outros autores, em especial ZISSU (1959) e BERNARD (1951), ao discutirem estados reativos miasmáticos, ocupam-se abertamente dos fenômenos de eliminação ou de drenagem preexistentes e estabelecem diferenciação dos miasmas com base nestas eliminações.

O estudo comparativo e fisiopatológico dos miasmas admite parâmetros delineados por funções fisiológicas. No estado miasmático psórico, o padrão básico de defesa estaria relacionado às funções exacerbadas em qualquer nível: pele, intestinos e aparelhos urinário, respiratório ou genital. Se, naturalmente, o organismo consegue se superar por meio destas funções, em crises caracterizadas por diarreia ou hipersecreção de vias respiratórias, será lógico que, sob estímulo homeopático, este esforço se exacerbe, se distribua equitativamente ou abram-se novas válvulas de alívio com finalidade de dar vazão às toxinas mobilizadas circulantes nos humores. Eventualmente, uma destas vias se apresentará demasiado exacerbada, criando para o doente uma situação incômoda e constituindo-se em nova queixa/diagnóstico. A este paciente bastará orientação elementar sobre a dinâmica terapêutica em uso, visto que o episódio se abrandará por ele mesmo. Mais importantes que os fenômenos em si são as suas decorrências práticas por permitirem ao médico a tomada de novas atitudes baseadas na movimentação centrífuga, cujas evidências se manifestam desde as primeiras horas ou dias após o *simillimum*.

A ativação simples e discreta dos sintomas, após iniciado o tratamento segundo a similitude, não costuma ser levada em conta na prática corrente. Todavia, as funções fisiológicas precisam ser valorizadas por representarem importante significado evolutivo, sendo imprescindível que o médico registre na ficha inicial os detalhes referentes às principais vias naturais de eliminação para dispor, nas consultas futuras, de parâmetros de julgamento da resposta terapêutica, ao modo de painel vivo capaz de testemunhar as conseqüências dinâmicas do ato médico, cabendo-lhe ajustar a dinamização, corrigir

eventuais erros, preencher falhas e calcular intervalos adequados para novo estímulo. Estas atenções evitarão o uso intempestivo de medicamento supostamente episódico, ou ainda homeodoto, ou complementar, no intuito errôneo de reprimir no conjunto reacional aquelas válvulas que o organismo escolheu para conseguir melhor homeostase.

A intensificação de fenômenos de eliminação ou de exoneração constitui modalidade comum de resposta orgânica espontânea ou natural frente às agressões, exacerbando-se sob instigação do estímulo da semelhança em um esforço positivo extraordinário de liberação da carga mórbida para o exterior ou à periferia orgânica, sendo própria dos indivíduos estênicos. A exaltação das funções normais representa uma característica ou privilégio do padrão reacional psórico, bem detalhado no tratado de doenças crônicas de HAHNEMANN. A descompensação destas funções leva o organismo a outro nível de comportamento, descrito como sicose.

A força vital, ao ser alinhada pela reação adicional farmacodinâmica semelhante, suscita atividade muito maior dos órgãos de eliminação, mais ou menos duradoura, na dependência do grau de impregnação toxínica ou do estado de sensibilização, dando origem, além da exaltação das funções existentes, à instalação de novos fluxos. A intensificação de funções emunctoriais, própria de indivíduos pouco comprometidos, dotados de boa capacidade de reação e ainda pouco distanciados da saúde, pode assumir caráter agudo, sob forma de vômito, diarreia, tosse, febre ou hipersudorese. Quando estabilizado em estado imperfeito, de doença, por acúmulo de substâncias nocivas endógenas ou exógenas, por bloqueio ou insuficiência de emunctorios, o organismo continua passível de ser acionado artificialmente no sentido de despertar, recomeçar e redobrar a atividade defensiva por influência do estímulo de semelhança. A resultante clínica deste esforço se evidencia pela intensificação de emunctorios principais, pelo surgimento de emunctorios secundários, pela instalação de novas eliminações e pela modificação na qualidade e na quantidade das eliminações preexistentes.

A omissão de seguimento imediato ou nas primeiras semanas pós *simillimum*, priva o médico de testemunhar a intensificação funcional, subestimada na prática como recurso de rotina na avaliação de resposta terapêutica favorável. Muito pior, o desconhecimento do significado desta intensificação leva a supor intercorrência indesejável imprevista - piora do estado de doença, instalação de estado agudo infeccioso ou erro de medicamento - induzindo à nova e desnecessária prescrição homeopática que confundirá o plano terapêutico. Na prática, o próprio paciente interfere com intromissão de antibióticos, antiinflamatórios e medidas paliativas.

O aumento das funções fisiológicas não é obrigatório. Pacientes funcionais estênicos costumam acomodar-se após o *simillimum*, sem alarde clínico e suas secreções aumentadas, eventualmente evidentes, se reduzem ou desaparecem. Para alguns profissionais o desaparecimento de eliminações anormais significaria supressão de sintomas, de prognóstico supostamente desfavorável, senão sombrio. Tal julgamento é destituído de fundamento, impondo-se nestes casos avaliar outras transformações positivas concomitantes da economia, ainda ativas ou recentes. A parada de eliminação anormal costuma decorrer da transformação dinâmica do doente, situado agora em condição vantajosa, em nova etapa, com ou sem outras eliminações chamativas.

No “*Organon*” HAHNEMANN faz citações diferenciais sobre: a) a *qualidade alterada das eliminações*, conferindo-lhe o significado indicador do estado

reacional psórico (não lesional); b) o *aumento de secreções*; c) a *ativação do ritmo emunctorial*. Atribui estes dois últimos aspectos, relativamente “normais”, à influência medicamentosa de caráter passageiro, todavia sem conferir a essas eliminações a qualidade de possíveis indicadores precoces na rotina da avaliação clínica de resposta à prescrição correta ou na adequação de potência medicamentosa eletiva. Eliminações exacerbadas não constituem apanágio da primeira prescrição, ocorrendo por ocasião da mudança de potência, nas fases de agravação homeopática e patogénica - junto às demais variantes reacionais - e ainda, ao ser prescrito o segundo *simillimum* atualizado, em época posterior. Em suma, as mesmas se manifestam quando incide um estímulo adequado que resulta em sintonia sintomática. As formas eliminatórias reapresentadas diferem ou não das precedentes quanto à sede, ao aspecto e à quantidade, costumando ser simultâneas ao desaparecimento e aparecimento de outras manifestações. Refletem organismo estimulado em movimento.

Na resposta clínica favorável, ainda não satisfatória, a incidência de funções exaltadas parece reduzida quando comparada ao elevado índice destas intensificações nos pacientes em agravação homeopática, condição esta, sempre de melhor prognóstico. Em estudo de portadores de acne vulgar, sem prévio planejamento de interrogatório, foram registrados, por ordem decrescente de frequência: leucorréia, aumento do ritmo intestinal, diarréia, seborréia, hipersudorese, poliúria, menorragia, rinorréia, aumento ou aparecimento de expectoração e tosse. Eventualidade interessante e freqüente consiste no aumento simples do fluxo menstrual nos ciclos imediatos ao *simillimum*.

Prurido generalizado constitui ocorrência não rara, fugaz, independente do diagnóstico central e sua etiopatogenia é extremamente complexa. O prurido apresenta grande incidência em gestantes, nos indivíduos intoxicados, ou melhor, intoxinados, nas transgressões e excessos alimentares e em emunctorios deficientes. O sistema defensivo, instigado pelo estímulo da semelhança, ao mobilizar toxinas orgânicas, sobrecarrega os humores e cria fase transitória de saturação, comumente marcada por prurido, que se dissipa naturalmente. A mesma interpretação se aplica nas freqüentes e fugazes incidências de cefaléia, de insônia e de irritação nervosa pós *simillimum*, propiciando falso julgamento do ato terapêutico. Estas ocorrências, quando mal suportadas, encontram alívio em procedimentos habituais paliativos, ao modo de episódios agudos, sem obstaculizar o *simillimum* em atuação.

A seborréia, resultado normal da atividade glandular sebácea, aumenta em condições isoladas ou quando associada à dermatite seborréica, ao acne vulgar, à doença de Parkinson e a outras alterações neurológicas. A ocorrência desta desconfortável situação, não rara no tratamento homeopático, indica bom prognóstico.

O enfartamento transitório dos linfonodos ou adenomegalia, ocasionalmente acontece na vigência do medicamento correto tendo sido, até agora, uma situação omissa e desconhecida na literatura homeopática. Representa provável recurso de bloqueio e confinamento de toxinas subitamente liberadas de seus esconderijos teciduais, aquém da capacidade depurativa humoral.

Referência aos procedimentos de drenagem

Na literatura homeopática qualquer referência a eliminações, emunctorios e canalização induz às publicações de VANNIER (1934) cujas idéias originais

partiram de NEBEL (1907), médico homeopata que pouco ou quase nada escreveu sobre as suas próprias concepções. A inclusão do assunto no presente texto exigiria comentários por demais extensos, sem real contribuição. O tema merece estudo crítico à parte. Erros, digressões e trocadilhos desses autores não foram corrigidos, constituindo-se em obstáculos à metodologia hahnemanniana científica e, lamentavelmente, grande número de profissionais e leigos, em nome da Homeopatia pratica a “drenagem vannieriana” exclusiva.

Segundo NEBEL a drenagem e canalização devem preceder o medicamento de fundo ou *simillimum*, porém se tornam dispensáveis frente a emunctorios funcionantes normais. Esta importante premissa não foi levada em consideração, nem por VANNIER, nem por seus adeptos.

Em definição original desses autores, *drenagem* representa o conjunto de meios postos em ação para assegurar a eliminação regular de toxinas que prejudicam o organismo de um indivíduo... enquanto remédio de drenagem seria aquele dotado de ação eletiva sobre tecido ou órgão cujo funcionamento defeituoso entrava a eliminação de substâncias tóxicas produzidas ou introduzidas no organismo...

O medicamento drenador, um organotrópico, um vegetal (nem sempre), isolado ou associado a outras substâncias, em complexo, abriria caminho ao remédio homeopático propriamente dito, evitando agravamentos e outras manifestações indesejáveis. A despeito das vantagens aventadas pelos autores, o procedimento de drenagem melhor se enquadra na categoria de recurso terapêutico independente, sem vínculo com a Homeopatia, em razão da definição inerente a esta última e por força das próprias definições originais do procedimento drenador.

Os defensores das idéias de NEBEL e VANNIER argumentam que as indesejáveis eliminações exacerbadas, bem como as “temíveis” agravações homeopáticas, não acontecem no procedimento sistemático da drenagem. Esta afirmação seria verdadeira, considerando que os fenômenos reativos, em Homeopatia, decorrem da especificidade farmacodinâmica em relação ao doente individualizado conforme a totalidade sintomática integrada, sem interferência, premissa esta ignorada na drenagem vannieriana. Na prescrição de preparados organotrópicos, isolados ou associados, a lei terapêutica da semelhança não chega a acontecer, por falta de reverberação sintomática, acrescida pelas múltiplas e simultâneas interferências bioquímicas inerentes às drogas prescritas em fórmulas compostas e em nível ainda ponderável. As quantidades de medicamento adotadas no procedimento da drenagem são grandes demais para serem Homeopatia e pequenas demais para serem Fitoterapia.

Inegáveis são os benefícios da Fitoterapia corretamente aplicada quanto à dose e à eletividade, estando o seu campo de utilização consolidado através de experiências seculares, não se justificando o seu emprego obstinado e sistemático junto à Homeopatia - esta uma metodologia terapêutica original, bem definida, de regras estabelecidas, complexa por si mesma como arte médica, a exigir do profissional um treinamento perseverante no objetivo da identificação medicamentosa, acrescida pelas dificuldades do plano terapêutico prolixo em razão da individualidade de cada caso.

Dentro do tema, oportuna se faz a insistência de HAHNEMANN no § 273 do “Organon”: “Em nenhum caso de tratamento é necessário e, por conseguinte, não é

admissível administrar a um doente mais do que uma e simples substância medicamentosa de cada vez.”

E no § 274: *“Como verdadeiro artista da cura, o médico homeopata encontra nos medicamentos simples, administrados separadamente e sem mistura tudo o que por ventura possa desejar... Constitui erro empregar meios complexos quando os simples bastam ...”, “... sendo erro empregar meios compostos quando os simples são suficientes...”*

Aspectos clínicos e interpretação das eliminações.

A abordagem das eliminações requer diferentes interpretações, sob risco de confundir o seguimento clínico. Existem categorias dentro destas expressões orgânicas:

1. Manifestações imediatas, comuns, discretas e efêmeras, inerentes ao potencial farmacodinâmico do medicamento administrado. Como exemplos: episódio de sialorréia na vigência de *Mercurius solubilis*, secura da mucosa oral na vigência de *Bryonia alba*, erupções eritêmato-papulosas ao nível de qualquer região, em paciente medicado com *Sulfur*.

2. Exaltação simples de funções fisiológicas.

3. Exaltação de secreções preexistentes, normais ou alteradas.

4. Expulsão de concreções orgânicas: cálculos biliares, renais e salivares.

5. Expulsão de parasitas intestinais.

6. Exteriorização de corpos estranhos, de origem cirúrgica ou encravados, acidentalmente, ao nível de tegumentos.

Os processos supurativos são habituais nos movimentos de liberação de corpos estranhos e constituem, por si mesmos, uma expressão eliminatória. Em todas as situações existe o propósito comum de direcionar à periferia ou ao meio externo aquilo que se tornou impróprio ou nocivo ao organismo.

O procedimento cirúrgico da drenagem, de natureza mecânica, obviamente se situa fora das zonas de atuação farmacológica.

QUADRO III - Drenagem e sistemas terapêuticos

Sistema terapêutico	ALOPATIA	FITOTERAPIA	HOMEOPATIA
Caracterização			
Natureza da ação	Farmacodinâmica	Citotrópica Histotrópica Organotrópica	Fisiológica ou fisiopatológica
Quantidade de medicamento	Doses maciças ou doses ponderáveis	Doses maciças ou ponderáveis	Doses imponderáveis
Aspectos da atuação	Passiva Artificial Impessoal	Passiva Artificial Impessoal	Ativa Natural induzida Individualizada ou personalizada
Nível de especificidade medicamento-doente	Local	Local	Sem especificidade de célula, tecido ou órgão. Com especificidade ao doente
Zona de atuação farmacológica	Primária	Primária	Secundária

IV

TOXINAS

Categorias toxínicas. Correlações miasmáticas. Fisiopatologia. Toxina como “antígeno”. Toxinas não bacterianas. Definições clássicas.

Categorias de toxinas

Para as hipóteses interpretativas dos modos comportamentais de reação orgânica, imprescindível se faz a conceituação de toxinas em geral, não apenas aquelas bacterianas, mas sobretudo as toxinas humanas, de citação casual nos textos de Medicina. O conhecimento deste tipo de toxinas proporciona coerência a importantes questões atinentes aos fenômenos de eliminação, à drenagem, aos processos inflamatórios e às doenças crônicas em geral.

O conceito de toxina tem passado por sucessivas modificações decorrentes da evolução da Bacteriologia e da Imunopatologia. Em definição simples, toxina representa qualquer substância tóxica produzida por células vegetais ou animais.

Algumas substâncias tóxicas são produzidas e eliminadas por determinadas bactérias, representando as *exotoxinas*, enquanto outros gêneros bacterianos conservam as toxinas no seu corpo, liberando-as somente após morte ou lise, na qualidade de *endotoxinas*.

Características nítidas diferenciam estes dois tipos de toxinas bacterianas:

- a) as *exotoxinas* respondem por transtornos fisiopatológicos específicos de órgãos ou estruturas sobre as quais atuam; sob ação do formol transformam-se em toxóides ou anatoxinas; são inativadas pelo calor entre 60 a 80 graus; sua dose letal é mínima; o poder neutralizante da antitoxina correspondente é elevado; são difusíveis; são fortemente antigênicas; têm natureza protéica, sendo precipitáveis pelo ácido tricloroacético;
- b) as *endotoxinas*, independentemente da bactéria, determinam manifestações mais ou menos uniformes, em geral representadas por astenia, diarreia e hiperglicemia; não formam anatoxina sob ação do formol; resistem até 120 graus; sua dose letal é elevada; possuem baixo poder neutralizante da antitoxina; estão ligadas ao corpo bacteriano; são fracamente antigênicas; formam complexo proteino-carboidrato-lipóide.

Toxinas e estados miasmáticos

Em Homeopatia as toxinas adquiriram abrangência excepcional nos estados crônicos de impregnação, estando na base das interpretações fisiopatológicas dos estados miasmáticos. Os conhecimentos atinentes a toxinas, anti-toxinas, antígenos, imunocomplexos e mecanismos imunitários de depuração, vêm proporcionando argumentos explicativos dos aspectos comportamentais reativos após estímulo dentro da correlação de semelhança.

As toxinas constituem fatores integrantes do terreno como predisposição mórbida, cujos componentes são representados pela *constituição* ou biotipo, pelo *temperamento* e pelos *miasmas*. Biotipologistas homeopatas qualificam os miasmas como estados de impregnação mórbida ou toxínica. Segundo H.BERNARD e R.ZISSU, as toxinas acumuladas influenciam a constituição quando atuantes de modo contínuo durante o desenvolvimento do indivíduo, isto é, desde o nascimento até a maturidade; poderiam, inclusive, afetar grupos humanos no decurso de gerações sucessivas, repercutindo hereditariamente conforme a teoria de LAMARCK sobre a transmissão de caracteres adquiridos. Os citados autores admitem a possibilidade de reversão dos caracteres desfavoráveis adquiridos, pela adoção dos recursos da eugenia, desde que de forma também persistente no decurso de numerosas gerações sucessivas. ZISSU aborda este assunto em sua obra nos capítulos referentes ao alcoolismo e ao fluorismo (*Matière Médicale Homéopathique Constitutionnelle*).

O estado psórico representa a principal e a mais difundida categoria de desequilíbrio persistente ou doença crônica, com predomínio de alterações decorrentes de eliminações e emunctórios deficitários, condicionada pelo acúmulo de toxinas e de metabolitos que, em intervalos variáveis, forçariam a canalização e exteriorização, seja pelas vias habituais, seja por vias alternativas, secundárias ou excepcionais.

Diante de produtos metabólicos finais ou intermediários, por vezes torna-se difícil discernir se as conseqüências patológicas constituem simples acúmulos locais destes produtos ao nível de tecidos e órgãos, se resultam de alterações de pH dos humores, se traduzem desequilíbrios humorais por sobrecarga ou se refletem processo de auto-regulação ou *feed-back*.

Fisiopatologia toxínica na literatura

Atualmente, as toxinas são interpretadas dentro de critério lato, não restrito à bactéria, mas sim em função do relacionamento homem versus agressões do meio ambiente. Além dos produtos bacterianos e tóxicos alimentares, funcionariam ao modo de *toxinas exógenas* outros fatores externos em relação ao doente: estimulantes artificiais a exemplo do álcool e do tabaco, drogas em superdosagem, influências depressoras de choques emocionais, ansiedade e aborrecimentos. Estes variados fatores, químicos, psicológicos e bacterianos, atuariam sobre o organismo comprometendo sua vitalidade. *Toxinas endógenas* seriam aquelas realmente encontradas no próprio indivíduo, entre elas viroses e toxinas associadas à tuberculose, à sífilis ou a outra doença microbiana afetando diferentes órgãos ou sistemas. *Toxinas autógenas* seriam aquelas geradas pela própria economia humana tendo diversas origens: absorção inadequada de produtos gastrointestinais ou de produtos patológicos, catabolismo excessivo, transformação incompleta de materiais de metabolismo, hipo ou hiperfunção de alguma glândula endócrina, alteração de emunctórios e deficiência do sistema imunitário. Pelo fato do conceito de NEBEL ajudar sobremaneira na interpretação fisiopatológica de fenômenos que se desenvolvem na vigência do tratamento segundo a semelhança e devido a algumas discrepâncias que envolvem a definição de toxina, ainda convém manter o respectivo significado proposto por este autor.

ZISSU (1959) confessa estar apreensivo pelo significado atribuído às toxinas em Homeopatia, advertindo que o mesmo se presta a ataques dos detratores do método hahnemanniano. Melhor analisado, este receio é infundado porque, na definição em pauta, interessa o enfoque do ser vivente homem-animal, enquanto nos laboratórios o centro de referência consiste na bactéria. Para a própria bactéria a possibilidade de lesão por toxinas estranhas não está descartada.

Hans SELYE ao discorrer sobre alarmógenos ou causas desencadeantes dos estados de estresse, equipara os fatores da mais variada natureza - psíquica, física e bacteriana - declarando ser inútil, sob o ponto de vista prático, qualquer tentativa de classificação. O mesmo autor qualifica de “toxina menstrual” o fator responsável pelas alterações típicas do estado de esgotamento da síndrome geral de adaptação em ratas inoculadas com extrato de sangue menstrual parcialmente purificado e esta citação leva a admitir um ou mais fatores tóxicos de origem humana, deletérios para outra espécie animal. Importa lembrar que a fase de esgotamento da síndrome de adaptação representa a soma das reações gerais não específicas que se desenvolvem no final, como resultado da repetição de estímulos, frente aos quais o organismo desenvolveu uma adaptação que, ulteriormente, não conseguiu manter. Em outras palavras, o estado de esgotamento representaria a capitulação das defesas na vigência de estresse persistente e por demais violento, fora das possibilidades de reversão.

Toxina como antígeno e resposta imunitária.

ABBAS e col. (1997) ao abordarem as propriedades gerais da resposta imune lembram que em 1890 Emil von BEHRING e Shibasabura KITASAKO demonstraram que o soro de animais restabelecidos de difteria confere resistência a animais receptores, virgens da difteria. Esta imunidade foi atribuída aos componentes ativos do soro doador, chamado antitoxina pelo fato de neutralizar os efeitos patológicos da toxina. Citam LANDSTEINER haver demonstrado em 1900 que, além de toxinas, outras substâncias não microbianas são capazes de induzir imunidade humoral e de haver conferido o termo genérico bastante abrangente de “anticorpo” às proteínas séricas que medeiam esta imunidade humoral. Substâncias que se ligam a anticorpos ou que geram a produção de anticorpos, receberam a denominação de antígenos. Cinquenta anos depois, outros imunologistas reconheceram a especificidade antígeno-anticorpo, usando substâncias químicas simples, originariamente não antígenos, pertencentes à classe dos haptenos e capazes de se ligarem a uma proteína estranha carreadora, formando assim um complexo diferente do hapteno livre e original e que passa então a atuar como *imunógeno* - designação de qualquer molécula geradora de resposta imunitária.

Atualmente o termo “antígeno” designa substância capaz de se ligar especificamente a moléculas de anticorpo ou imunoglobulinas, independente da capacidade de gerar anticorpos. Comportam-se como antígenos, diferentes tipos de moléculas biológicas, inclusive metabolitos intermediários simples, açúcares, lipídios, autacóides e hormônios, bem como macromoléculas de carboidratos complexos, fosfolipídios, ácidos nucleicos e proteínas. As diferenças qualitativas no mecanismo de reconhecimento dos antígenos corre por conta dos linfócitos T, linfócitos B e das chamadas células acessórias não linfocitárias: fagócitos mononucleares e células dendríticas foliculares.

Não existe motivo para não incluir as toxinas na condição destes “antígenos”. Tais conhecimentos assumem especial significado para os estados de intoxicação crônica e explicam algumas aparentes incoerências dos estados miasmáticos e suas formas clínicas de expressão.

Toxinas não bacterianas

F.C.HOHENE traz interessante contribuição ao tema no livro “*Plantas e substâncias tóxicas e medicinais*”. Ainda que vigore em Botânica a acepção simples de toxina, significando qualquer substância tóxica produzida por células vegetais ou animais, este autor enfatiza que o termo *toxina*, quando aplicado a um vegetal, é bastante vago, variando conforme a interpretação proceda de um profissional químico, de um fisiologista ou de um fitologista. O que é tóxico ou veneno para um animal, mostra-se inócuo a outro e, ainda, existem substâncias tóxicas que revelam propriedades terapêuticas quando em doses moderadas. HOHENE afirma que o efeito provocado no organismo animal frente a qualquer material não se deve a uma propriedade imanente deste e sim à reação accidental do organismo vivo à sua influência. Esta afirmação coincide com a de CORBETT, farmacologista, para quem as drogas não criam funções, mas apenas as despertam ou as modificam. Significa isto, que existem no organismo estruturas predestinadas à exteriorização de resposta definida, desde que sob estímulo adequado, independente da natureza deste, resposta essa que tende a se desenvolver no sentido de hipo ou de hiperfunção. Se existirem receptores capazes de responder a duas substâncias diferentes, dotadas de afinidade pelos mesmos receptores, estabelecer-se-á situação de competitividade de ocupação, entretanto, o tipo do efeito orgânico será sempre o mesmo. Consta no texto de HOHENE:

“Plantas tóxicas são todas aquelas que, de um ou outro modo, ingeridas pelo animal ou pelo homem, podem aduzir danos que se refletem na saúde ou vitalidade; são ainda aquelas que podem concorrer para a degenerescência física ou mental, quando usadas como remédio ou ingeridas por uma depravação de apetite”.

“No grupo das unicelulares abundam as espécies capazes de formar toxinas que, por sua vez, agem como tóxico e, entre as quais vamos encontrar muitas causadoras de moléstias sérias e contagiosas”.

“Denominamos de toxiníferos, os seres vegetais e animais, bem como substâncias que, sem serem diretamente tóxicas possuem a propriedade de formar e eliminar substâncias combinadas, como são as ptomaínas e afins e que, por seu turno, aduzem os envenenamentos que causam lesões nos órgãos e promovem o desequilíbrio nas funções normais dos mesmos e que podem causar moléstias crônicas ou também agudas. Como essas substâncias eliminadas são, comumente, agrupadas sob o nome genérico de “Toxinas”, fala-se por isso, em tais casos, de seres ou substâncias “toxiníferas ou toxinígenas”.

Em síntese, dos escritos de HOHENE ressaltam três afirmações importantes:

1. Os efeitos fisiológicos ou tóxicos dependem da reação do organismo animal e não de alguma propriedade inerente ou exclusiva da composição química de determinada substância.
2. Uma mesma substância tem possibilidade de atuar como tóxico, como medicamento ou como alimento, segundo a dose.

3. As toxinas são capazes de nocividade via indireta, aduzem envenenamentos, causam disfunções, provocam lesões de tecidos e constituem causa de doenças crônicas e agudas.

A.L. CALMETTE (1863-1933), autor da vacina anti-tuberculose (B.C.G.) faz referência a “abscesso toxínico”, como sendo aquele cuja coleção purulenta não abriga nenhum micróbio, devendo-se ela ao acúmulo de toxinas necrosantes em um ou vários pontos dos tecidos. Na literatura médica geral constam citações de tuberculídes, ou lesões cutâneas evoluindo sobre terreno tuberculoso, atribuídas a toxinas tuberculosas ou, simplesmente, a “ultra-vírus tuberculosos”.

Referências semelhantes são feitas a manifestações que “parecem” estar relacionadas à sífilis, não obstante o *Treponema pallidum* ausente. O mesmo fato vem sendo observado em portadores de gonorréia que, livres da *Neisseria gonorrhoea* graças aos quimioterápicos específicos, continuam a apresentar, no decurso de muitos anos ou décadas, surtos de manifestações “como se” continuassem portando gonococos, apesar da respectiva bacterioscopia negativa. A pesquisa aprofundada destes pacientes seguramente proporcionaria esclarecimentos à teoria dos miasmas de HAHNEMANN, ou seja, da impregnação mórbida que leva aos estados crônicos renitentes. Importante e curioso será assinalar que, nos antigos portadores de gonococo, “curados” mediante antibióticos e quimioterápicos, após a prescrição do *simillimum* acontece, com freqüência, a reinstalação transitória de secreção uretral “como se” fosse recidiva ou reinfeção pelo gonococo, cujas respectivas provas laboratoriais se mostram negativas.

Definições clássicas

No intuito de esclarecer a comum distorção de termos e por constituírem as toxinas um fator fundamental nos mecanismos de cura, impõe-se a transcrição de algumas definições originais, fidedignas, veiculadas por obras informativas básicas de alcance médico e leigo, para avaliação comparativa.

Na GRANDE ENCICLOPÉDIA DELTA LAROUSSE, numa primeira definição o termo *toxina* está vinculado à substância tóxica formada em organismos vivos e à capacidade de despertar antitoxinas específicas. Entretanto, a segunda definição afim, de *toxemia*, se refere a situações clínicas de acúmulo de veneno endógeno... bloqueado por emunctórios insuficientes, sendo difícil deduzir se a referência cabe a “endógeno bacteriano”. Na citação da toxemia gravídica, a condição de “endógeno humano” está desvinculada de fatores bacterianos.

“TOXINA. Nome dado às substâncias solúveis tóxicas elaboradas por certos organismos vivos. Em sentido estrito, as toxinas são mais ou menos instáveis, só causam sintomas de intoxicação após um período de incubação, e são antigênicas, isto é, induzem em animais adequados a elaboração de antitoxinas específicas.”

“TOXEMIA. Conjunto de acidentes determinados pelo acúmulo de venenos endógenos ou exógenos no sangue, não eliminados devido ao mau estado dos órgãos excretores (rins, fígado, etc.). *Toxemia eclamptogênica*, a que resulta da invasão do sangue pelas toxinas da gestose. *Toxemia gravídica*, conjunto de distúrbios metabólicos próprios da gravidez (vômitos incoercíveis, albuminúria, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, etc.).”

Na enciclopédia francesa LAROUSSE DU XX SIÈCLE as definições, descritivas e completas, restringem aos micróbios a origem das toxinas, conferem-lhes especificidade etiopatogênica em doenças infecciosas e enfatizam a eletividade anatômica ou tecidual. O conceito de toxemia foi literalmente transcrito para outras enciclopédias de publicação posterior. Persiste dúvida quanto à natureza dos venenos endógenos, desde que seu efeito prejudicial passou a ser atribuído à falha de transformação e de eliminação.

“TOXINA. Veneno complexo e solúvel produzido pelas funções de micróbios, tanto em organismos vivos como em meios artificiais de cultura. Às toxinas de bactérias patógenas são atribuídos os acidentes gerais e as lesões em doenças infecciosas, representando elas produtos acessórios de assimilação”. “As toxinas entram na categoria de derivados imediatos ou vizinhos dos albuminóides; algumas dão reações das albuminas (toxalbuminas), outras de nucleínas (núcleo-toxinas) e outras, enfim, se relacionam às ptomainas”. “As toxinas não agem indiferentemente sobre todos os elementos anatômicos dos corpos de animais infectados: a maioria possui ação eletiva, a exemplo da toxina tetânica que afeta de preferência os neurônios. Contudo os elementos mais sensíveis a esta ação são os leucócitos, donde os fenômenos de diapedese e fagocitose, que indicam a participação ativa dos recursos de defesa contra as infecções. São chamadas de anatoxinas e criptotoxinas aquelas toxinas que perderam seu poder antigênico imunizante...”

“TOXEMIA. Conjunto de acidentes determinados pelo acúmulo no sangue de venenos endógenos ou exógenos que o mau estado dos órgãos (rins, fígado, etc.), encarregados de os transformar, não conseguiram eliminá-los...”

O DICIONÁRIO MÉDICO de BLAKISTON alarga a abrangência da toxina, considerando que tanto a abrina, uma fito-albumina contida nas sementes da planta *Abrus precatorius* como a ricina, uma toxo-albumina oriunda de sementes do *Ricinus communis* ou mamona, são constituintes normais destas plantas e ambas podem ser mortais, no animal e no homem. A ricina, em injeções de doses reduzidas, infra-letais, consegue imunizar animais contra a sua ação, sendo o soro desses animais útil no tratamento de pessoas envenenadas pelo mesmo tóxico. O autor do texto admite, na definição, que uma toxina não deve ser, obrigatoriamente, uma proteína e que, quando proteína, nem sempre possui propriedades imunogênicas.

O DICIONÁRIO MÉDICO “STEDMAN”, mais atual, conceitua:

“TOXINA. Substância nociva ou venenosa formada ou produzida como parte integrante da célula ou tecido, como um produto extracelular (exotoxina) ou como uma associação dos dois, durante o metabolismo e o crescimento de determinados microorganismos e algumas espécies superiores de vegetais e animais”.

“TOXINOLOGIA. O estudo das toxinas, em senso restrito, com referência a substâncias proteínicas relativamente instáveis de origens microbiana, vegetal ou animal”.

Este dicionário traz inovação quase despercebida, importante para a Homeopatia, na definição de *toxina* e acrescenta o significado de *Toxinologia*. No conceito sobre *toxemia*, explicativo e extenso, os autores interpretam as manifestações devidas às endotoxinas bacterianas, a partir da rotura das paredes da célula microbiana e liberação de complexos lipopolissacarídicos, admitindo que outras substâncias participariam do processo através de mecanismos não esclarecidos. Os mesmos autores admitem que o termo *toxemia* está mal definido na referência aos distúrbios metabólicos da gravidez.

FISIOPATOLOGIA DOS ESTADOS DE DOENÇA

**Dinâmica das doenças na história da Medicina.
Artrismo e gota como protótipos de doença crônica.
Doenças crônicas e síndrome geral de adaptação.
Concepção hahnemanniana de doença crônica.**

Dinâmica da doença

HIPOCRATES (460-377 a.C.) deixou referências interpretativas sobre a dinâmica das doenças. Considerava os emunctórios naturais uma premissa ao equilíbrio da saúde e, a boa disposição psíquica, um sinal seguro de evolução favorável. Assinalou a tendência evolutiva extremista da doença aguda, ou para a cura ou para a morte e comentou a grande frequência de enfermidades crônicas nos anciões. Além dos emunctórios principais, em especial intestinos e vias urinárias, valorizou sobremaneira qualquer outro tipo de exteriorização orgânica, notadamente a sudorese, os sangramentos, as erupções e os processos supurativos. Recomendava catarse intestinal e provocação de vômitos, sempre na intenção de favorecer o doente.

Artrismo e gota como protótipos de doença crônica

No século VII PAULO DE EGINA, ao escrever sobre doenças internas, afirma representar a gota, então bem conhecida, uma condição crônica decorrente da alimentação viciosa, do sedentarismo e da formação de material morboso que se depositaria nas partes mais débeis do organismo, em especial nas articulações e nas vísceras.

THOMAS SYDENHAN (1624-1689), ao discorrer acerca da etiologia dos estados crônicos, confessa ser impossível anular ou corrigir a causa antiga viciosa real destas situações renitentes, incompreensíveis e inescrutáveis, fora da compreensão do médico. Adepto do esquema galênico, admite três causas das doenças: a *procatártica*, externa ou primitiva, a *proegúmena*, interna, dispositiva ou predisponente e a *senéctica*, conjunta ou imediata, combinação da interna com a externa. Distingue três classes de causas mórbidas procatárticas: a) as partículas miasmáticas ocasionalmente aportadas ao sangue e prejudiciais aos humores; b) as perturbações atmosféricas qualitativas; c) a fermentação ou putrefação dos humores. Baseado em grande número de casos parecidos, refere-se à “espécie morbosa” ou diagnóstico nosológico, dentro do significado de forma processual ou evolutiva humana de adoecer, ensinando a discernir manifestações vinculadas à idade, ao sexo, ao temperamento, a medicamentos ou a eventual capricho da natureza. Por sofrer de gota desde a juventude, estuda-a em profundidade e interpreta as crises ao modo de válvulas de segurança, ou de alívio, em organismo interiormente saturado. Sua obra permite deduzir a concepção de doença crônica nos moldes hahnemannianos ou miasmáticos.

ARMAND TROUSSEAU (1801-1867) ao se ocupar de doenças crônicas, especialmente da diátese artrítica e da gota, relaciona-as a causas profundas a serem corrigidas. Questiona a conveniência do tratamento da gota aguda pelo fato desta, a seu ver, refletir esforço da natureza para eliminar o excesso de ácido úrico e, apesar de conhecer a colchicina, se abstém de qualquer terapêutica, em conduta expectante, por assim julgar vantajoso à sobrevivência do doente.

CLAUDE BERNARD (1813-1878) admite para os fenômenos mórbidos a mesma causa determinante dos processos orgânicos normais e considera que a enfermidade, em sua essência, não é diferente da fisiologia. Para ele, a patologia é a fisiologia alterada. Em outras palavras, concebe ao fenômeno mórbido a mesma definição que a moderna Imunopatologia confere à *injúria imunológica*: resposta de defesa do organismo, normal na qualidade, entretanto exagerada na amplitude e na duração.

ALEXIS CARREL (1873-1944) desabafa... *“É certo que o número de mortos por doenças infecciosas diminuiu grandemente, mas mesmo assim morremos, e morremos em proporção muito maior de doenças degenerativas. Os anos de vida que ganhamos pela extinção da difteria, da varíola, da febre tifóide, etc., são pagos com prolongados sofrimentos e mortes lentas produzidas pelas afecções crônicas”*.

Doenças crônicas e síndrome geral de adaptação

Hans SELYE (início do século XX) estuda doenças de adaptação e as relaciona a conjuntos de reações inespecíficas e gerais contra estímulos persistentes causadores de estresse, condição esta em que, por alteração de função ou por lesão, extensas regiões orgânicas encontram-se desviadas do estado normal e cujo desequilíbrio, traduzindo estado de tensão, obrigaria à mobilização geral das defesas para enfrentar situação de perigo. Depois de HAHNEMANN, somente este pesquisador enfoca doença crônica como resultado do esforço de adaptação do organismo às agressões contínuas do meio ambiente, desde o nascimento, que atingindo determinado estágio, sob forma de doença de adaptação, assume curso inexorável, irreversível e progressivo; este transtorno acompanha o indivíduo até a morte, ainda que nem sempre se constitua em causa imediata ou direta desta morte.

SELYE não aceita o conceito de doença local ou localizada sendo, neste aspecto, mais radical do que HAHNEMANN. Interpreta a postura unitária de defesa orgânica sempre abrangente na totalidade, em todos os casos, sem exceção, inclusive em traumatismo localizado. Segundo ele, numa primeira etapa a reação orgânica conjunta se estabelece dentro de padrões constantes, inespecíficos, ainda que acrescidos por nuances capazes de identificar determinados fatores causais (*fase de agressão* ou *choque*). A segunda etapa (*fase de contra-choque*) caracteriza-se por sinais contrários aos da fase anterior. O autor não apela a nenhuma filosofia para interpretar as doenças crônicas ou de adaptação e simplesmente considera o homem doente um ser vivo perecível. A originalidade consiste em haver registrado as alterações humorais que se desenvolvem nas sucessivas transformações frente à agressão, regidas essencialmente pelo sistema endócrino, em particular pelos hormônios hipofisários e suprarrenais. No campo terapêutico, entretanto, a sua pesquisa mostra-se desarmada, sem recursos para resolver ou deter a marcha sempre progressiva das doenças de adaptação. A sua grande contribuição consistiu em introduzir o hormônio adrenocorticotrófico nas situações iniciais e naquelas desesperadoras, dando início à era cortisona em Medicina.

Diferentemente quanto à obra de HAHNEMANN, a classe médica aceitou sem restrições os trabalhos de SELYE, sempre documentados e complementados por experimentação de laboratório. Hoje, o estudo das doenças de adaptação encontra-se esquecido por falta de significado terapêutico, porquanto o seu conhecimento não leva a nenhum remédio capaz de curar, de aliviar ou de evitar o desfecho fatalista. Neste aspecto HAHNEMANN teve melhor sorte. Ainda que as doenças degenerativas constituam limitação à Homeopatia, o *simillimum* consegue, na maioria dos casos, aliviar ou estacionar o processo mórbido crônico, ou seja, influenciar de modo positivo, ainda que “lento”, em etapas, uma doença de adaptação de prognose desfavorável.

Concepção hahnemanniana de doença crônica

A teoria miasmática sobre doenças crônicas vem sendo contestada desde os colegas contemporâneos de HAHNEMANN, os quais argumentavam que as doenças venéreas de então e a escabiose, seriam apenas fatores isolados de acréscimo ou incidentais, no decurso de desequilíbrio orgânico preexistente, cabendo a outras variadas condições a responsabilidade de saturação, de sobrecarga mórbida ou de crise no desencadeamento daquelas síndromes caracterizadoras da psora em seus graus progressivos de descompensação.

Em 1835 LAVILLE argumenta no paludismo a etiologia da psora. Ainda em 1835 SIMON escreve sobre as conseqüências dos venenos parasitários. GASTIER (1857) interpreta a psora como obstaculização da força vital. GRAUVOGL (1866) explica a psora com base na eliminação insuficiente de carbono e nitrogênio. KRUGER (1899) atribui miasma ao acúmulo de endotoxinas e MOUEZY-EON (1923) à inibição de emunctórios. VANNIER (1931) relewa a intoxicação exógena e endógena e H. BERNARD (1966) interpreta com originalidade os problemas da derivação do agente patogênico para os emunctórios. R. ZISSU (1973) valoriza os estados de intoxicação e se aprofunda na influência do alcoolismo em indivíduos de constituição fluórica.

A revisão atenta das categorias de sintomas que caracterizam estados miasmáticos determinados, revela graus diferentes de comprometimento nos portadores do miasma psórico, desde congestões e espasmos até concreções e destruição de tecidos. Isto significa que não existem fronteiras ou compartimentalização dos sintomas deste ou daquele miasma. Um determinado paciente está sujeito a manifestar, sucessivamente, distúrbios simultâneos comuns atribuíveis a cada um dos três estados reacionais miasmáticos fundamentais. As manifestações do artritismo, incluídos na psora, são caracterizadas por alterações de natureza mesenquimatosa inerentes à sicose; no entanto, os seus episódios paroxísticos costumam ser desencadeados por esforços excessivos e desvios ou sobrecargas alimentares, próprios da psora. A polêmica sobre miasmas vem ocupando, inutilmente, excessivo espaço dentro da Homeopatia, indispondo entre si homeopatas de posturas filosóficas diversas, sem com isso beneficiar o doente que busca um sistema terapêutico cujo êxito depende, unicamente, da consumação do princípio da semelhança. O organismo decide a forma reacional que melhor lhe convém, alheio aos grupamentos miasmáticos e às polêmicas filosóficas, instalando por conta própria as mais desconcertantes respostas.

Os grandes males orgânicos evidenciam transtornos discretos iniciais que se amplificam pelo acréscimo de outros igualmente discretos. A doença crônica vai se complicando pela soma de distúrbios repetitivos, bem ou mal superados, que vão deixando rastros indelévels de difícil solução e sistematização. A afirmativa de que a psora está na origem das doenças significa que ela representa em geral, porém nem sempre, o início da cadeia de transtornos mais ou menos importantes, persistentes, com novas sobrecargas intervaladas e agressões diversas no decurso da vida. Certos indivíduos nascem em desvantagem biológica, suportando mal as agressões naturais do planeta e se desequilibram de modo rápido, por força das predisposições mórbidas hereditárias; na clínica são comuns crianças e jovens portadores de diáteses que se enquadram nos fenômenos fundamentais atribuídos à psora (alternâncias, atopias, exacerbações fisiológicas), sicose (excreções vicariantes, deposições e concreções ao nível de órgãos e tecidos, proliferação tecidual) ou ao luetismo (destruição tissular). Portanto, em resumo, os miasmas representariam etapas fisiopatológicas diferentes de um desequilíbrio inicial, com frequência vinculado a alguma predisposição hereditária, que progride pela continuidade do ambiente hostil, por sobrecargas internas e por agressões diversas. Na literatura brasileira J.L.do EGITO é o autor que, em estilo sucinto e compreensível, melhor expõe os principais aspectos comportamentais dos desvios do equilíbrio instável da saúde, sob enfoque psíquico e somático, notadamente alterações teciduais e formas de eliminação.

Contribuição recente aos miasmas foi trazida por JULIAN e HAFFEN, através de exaustiva revisão da literatura homeopática clínica e estudo comparativo das conclusões de diferentes autores de renome, com síntese cronológica sobre fisiopatologia dos estados reacionais miasmáticos, desde HAHNEMANN até a atualidade. Esta obra desmistifica a teoria miasmática, liberando-a da contagiosidade obrigatória, da filosofia e da religiosidade que tanto lhe têm sido imputadas. A transmissão por herança das predisposições mórbidas do terreno é realidade aceita pela Medicina, assim como as influências maternas sobre o feto.

Para JACCARD, psora e sicose representam modos reacionais gerais do organismo frente a agressões mórbidas múltiplas, concluindo que “ambas as noções hahnemannianas sobre psora e sicose, não são apenas homeopáticas, mas sim modos fundamentais de reação na patologia dos vertebrados”. (*Actes du congrès de la Ligue Médicale Homéopathique Internationale, 1936*).

Para J. MICHAUD, psora e sicose são dois aspectos de defesa do organismo representativos de duas adaptações patológicas diferentes de mesma função de eliminação: 1ª) a *psora*, que se relaciona sobretudo às toxinas endógenas e utiliza a via de eliminação cutânea ou as alternâncias de eliminação cíclica ao nível dos órgãos; 2ª) a *sicose*, condicionada sobretudo às toxinas exógenas e que favorece increções ao nível dos tecidos mesenquimatosos. Estes dois processos, na realidade, complementam-se e superpõem-se: o sicótico seria um psórico não eliminador (*Les bases scientifiques de l'homéopathie, Peyronnet, Paris, 1954*).

EVENTUALIDADES CLÍNICAS PÓS-SIMILLIMUM

Respostas terapêuticas básicas. Primeiras sistematizações de Hahnemann. Contribuição de Hering. As eventualidades de resposta segundo Kent.

Primeiros ensaios de sistematização das respostas orgânicas

O critério avaliador evolutivo em Terapêutica tem se baseado em três possibilidades: 1) na *melhora*, incluindo a *forma parcial* ou *completa*, e a *satisfatória* ou *insatisfatória*; 2) na *piora*; 3) na *ausência de resposta*.

Na terapêutica homeopática, em razão da especial e complexa semiotécnica imprescindível para viabilizar a correlação de semelhança *entre a totalidade sintomática de cada doente, com uma das totalidades farmacodinâmicas*, conhecidas por experimentação em indivíduos sensibilizados, porém aparentemente sadios, acrescidas pelo comportamento reacional personalizado de cada doente, o médico precisa discernir, com cautela, numerosas outras eventualidades de resposta para não incorrer em equívoco.

Na maioria das vezes, o paciente limita-se a informações em torno da queixa principal que o levou à consulta e, se o profissional restringir-se a esta manifestação isolada e não tiver elaborado o questionário completo na primeira consulta ou, ainda, se a segunda entrevista estiver acontecendo após decorridos alguns meses, haverá probabilidade de erro no julgamento terapêutico.

HAHNEMANN não demorou em perceber que a melhora do estado mental constitui o primeiro indício seguro de resposta no sentido favorável e os profissionais homeopatas são unânimes em considerar qualquer melhora psíquica e, em especial, a declaração do próprio doente sobre “sentir-se bem”, o mais valioso e precoce sinal no sentido da cura. Isto é tão verdadeiro que em um paciente eufórico não se deve interferir no esquema medicamentoso, ainda que permaneçam evidentes ou mesmo em aparente estado sofrível, manifestações da queixa inicial. A avaliação, vista por este ângulo, seria fácil e suficiente, se não existissem os hipocondríacos, os exagerados e aqueles indivíduos que, por força das circunstâncias, continuam sob o impacto dos mesmos fatores estressantes que desencadearam o desequilíbrio inicial.

O “sentir-se bem” tem se mostrado difícil em pacientes lesionais antigos, nos anciões e nos deficientes mentais. As crianças objetivam esta sensação através do próprio comportamento. Na reação favorável incipiente o olhar do doente torna-se luminoso e confiante, em uma mensagem que o clínico homeopata sabe interpretar. A mudança da expressão facial, no bebê ou no velho, mostra-se patética no acervo fotográfico. O doente corretamente estimulado adquire melhor disposição para superar os contratemplos da vida.

Na vivência com pacientes tratados pelo estímulo da semelhança, HAHNEMANN registra, pela primeira vez em Medicina, o conceito de *agravação homeopática*, na condição de fenômeno clínico transitório, de prognóstico favorável. De início, chama de *agravação medicamentosa* aquela atribuída à freqüente repetição de determinada droga, então administrada em quantidades apenas subtóxicas, cuja soma das doses repetidas resultaria na atuação em fase farmacológica primária. Outras vezes, no emprego prolongado do mesmo medicamento, constata manifestações novas inerentes ao medicamento em uso, conhecidas somente através de experimento patogenético, motivo porque as denomina de *patogenéticas*. Registra ainda, a intensificação, quase imediata ou direta, das queixas exclusivas da primeira consulta, independente de repetição da droga, da sua quantidade ou da dinamização empregada e a qualifica de *agravação homeopática propriamente dita*. No intuito de contornar as exacerbações medicamentosas reduz as doses, adota a escala centesimal de diluições e se fixa na adoção sistemática das quantidades imponderáveis. Para grande surpresa sua, constata que as agravações caracterizadas pela intensificação imediata dos sintomas da primeira consulta continuam a ocorrer após as quantidades imponderáveis, assim como aquelas agravações caracterizadas como *patogenéticas*, de instalação mediata, evidentes após prévia fase de melhora clínica e atribuídas à repetição desnecessária, prolongada e inútil do *simillimum*. Acaba por admitir que as *agravações patogenéticas* estão vinculadas à correlação de semelhança de sintomas, sendo, a seu modo, também *homeopáticas*. Complementa as referências iniciais com enfoques evolutivos e prognósticos, sempre baseado na vivência clínica e considera as agravações uma contingência cotidiana comum superável.

No tratado de Doenças Crônicas HAHNEMANN delinea, entre outras formas de resposta, as seguintes eventualidades possíveis de ocorrerem após prescrição homeopática:

- 1) *Agravação nítida e imediata dos sintomas iniciais* apresentados pelo doente na primeira consulta, indicando escolha correta do medicamento e excelente prognóstico para o caso.
- 2) *Agravação persistente e progressiva*, resultante de prescrição correta quanto ao medicamento em si, porém errônea quanto à dinamização e à freqüência das doses.

Na experiência da autora, esta segunda eventualidade estaria melhor categorizada na qualidade de *agravação mantida* causada pela continuidade demasiado prolongada do *simillimum*, que gera situação mista de manifestações patogenéticas inerentes ao medicamento, em mescla ocasional às manifestações da primeira consulta.

- 3) *Reaparecimento de sintomas antigos*, não estranhos ao doente, isto é, por ele já vivenciados em época remota, constituindo sinal seguro de prescrição acertada e acionamento orgânico profundo.

- 4) *Sintomas novos discretos, inerentes ao medicamento vigente*, constituindo ocorrência freqüente e considerada normal, devida à impossibilidade da coincidência exata entre o quadro mórbido individualizado e determinado quadro patogenético; nesta situação, alguns sintomas ainda subclínicos acabam sendo projetados pelo organismo, sem prejuízo à ação curativa do remédio dotado da similitude relacionada às manifestações detectáveis pela semiótica.

5) *Sintomas novos acentuados*, mal tolerados pelo doente, resultantes de prescrição incorreta, a exigir reavaliação do medicamento e adequação de potência. Alguns autores propõem “antidotar” para neutralizar situações indesejáveis, baseando-se nas manifestações atuais mais gritantes. Outros autores recomendam para estas situações a mesma conduta das doenças agudas, com *simillimum* atualizado para a nova situação de sofrimento.

Nesta sinopse não foram incluídos aqueles sintomas imediatos dos primeiros minutos ou horas, apesar da adoção sistemática de quantidades imponderáveis do remédio, sintomas esses discretos e fugazes, coincidentes com aspectos patogénéticos do remédio administrado. Estas manifestações, até hoje denominadas *medicamentosas*, são distintas daquelas primitivas decorrentes de níveis tóxicos, daquelas *homeopáticas* imediatas, de caráter clínico mais abrangente e duradouro, bem como das *patogenéticas* propriamente ditas, de instalação mediata após prévia fase inicial de melhora.

Contribuição de HERING

Constantino HERING (1800-1880) ao prefaciando o texto de HAHNEMANN sobre Doenças Crônicas, insere síntese da própria experiência sobre os modos de resposta ao *simillimum*, conhecidos como “fenômenos ou mecanismos de cura de Hering”, cujo objetivo visou divulgar fatos atinentes à prescrição e cujo mérito consistiu em ampliar o painel das transformações orgânicas decorrentes do estímulo da semelhança.

Contribuição de KENT

James Tyler KENT (1849-1916), fiel seguidor da metodologia hahnemanniana, escreveu muito, com discernimento, crítica e argumentação nascida da experiência clínica. Não chegou a conhecer a 6ª edição do “*Organon*”, publicada somente em 1920, após a sua morte. No capítulo das agravações, conforme versão francesa “*La Science et L'Art de l'Homoeopathie*” baseada no texto original “*Lectures on homoëpathic philosophy*”, não trouxe contribuição especial, mas transcreveu, interpretou com mestria e sistematizou as idéias de HAHNEMANN, tornando-as melhor compreensíveis. Por vezes é impossível distinguir as afirmações genuinamente suas. Elabora a mais perfeita e completa esquematização do assunto, fundamentando-se na literatura existente até o seu tempo, em duas partes. Um primeiro esquema enfoca as situações de agravação sintomática do doente, imediatas e a curto prazo, sob a perspectiva prognóstica. A segunda parte esquematiza as perspectivas e as variadas eventualidades clínicas no seguimento do doente medicado dentro da similitude. As sistematizações de KENT, passíveis de críticas, possuem valor histórico e merecem ser expostas.

QUADRO IV - Agravações de sintomas em Homeopatia, sob enfoque dinâmico e prognóstico. (Segundo escritos de HAHNEMANN, sistematizados por KENT)

1. Agravações reativas favoráveis.

2. Reações favoráveis.

2.1. Com manifestações de eliminação.

2.2. Traduzindo recuperação de uma atividade.

3. Agravações desfavoráveis patogenéticas.

3.1. Ocasionadas pela repetição excessiva de diluições muito baixas.

3.2. Desencadeadas por indivíduos hiperérgicos.

4. Agravações verdadeiras, em doentes lesionais.

1. Agravações reativas favoráveis

Nas doenças crônicas, sem alteração tissular, não costuma ocorrer agravação e sim discreta exacerbação sintomática, representativa do tropismo local da nova doença medicamentosa, interpretada como sinal favorável de bom prognóstico e que traduziria, simplesmente, sintomas da doença análogos ao do remédio correto com sintonia estabelecida.

2.1. Reação favorável com manifestações de eliminação.

As agravações reacionais seriam aqui representadas por fenômenos exonerativos, em setor orgânico eleito por ele próprio.

Durante o tratamento homeopático, sóem ocorrer repentinas crises exonerativas do sistema digestivo (diarréia, vômitos), do sistema respiratório (expectoração) ou do sistema urinário (poliúria). Estas manifestações traduzem drenagem ao nível dos emunctórios e das superfícies mucosas que, de diferentes maneiras, estabelecem comunicação com o exterior. Induzidas pelo *simillimum*, expressam a via centrífuga da evolução da doença e costumam ser seguidas por grande melhora geral.

2.2. Reação favorável com recuperação de uma atividade

Às vezes, as manifestações que aparentam agravação traduzem retorno de funções à normalidade, a exemplo das sensações subjetivas suscitadas pela circulação que se restabelece em um membro paralisado. Alguns indivíduos de comportamento psíquico difícil, modificam-se ao modo mais aceitável pelos circunstantes, somente enquanto estiverem doentes; indivíduos conformados e calados durante o sofrimento, voltarão a ser falantes e briguentos, se esta for a sua verdadeira maneira de ser.

3. Agravações desfavoráveis patogênicas

Tanto as reações conseqüentes da repetição excessiva ou prolongada das diluições baixas, quanto aquelas apresentadas por indivíduos hiperérgicos, teriam significado polêmico; entretantes, existe em ambas a participação da similitude.

4. Agravações verdadeiras

De natureza desfavorável, por vezes desastrosa, seriam provocadas por altas potências do remédio “constitucional ou diatésico” bem indicado (subentende-se remédio *simillimum*). Em nível de lesões tissulares graves, crônicas ou agudas, a força vital acionada pela sintonia da similitude não disporia de substrato anatomofisiológico suficiente para propagar o processo de resposta ao estímulo.

QUADRO V - EVENTUALIDADES CLÍNICAS EVOLUTIVAS

seg. James Tyler Kent

1. Agravação prolongada com declínio final do doente.
2. Agravação prolongada seguida, finalmente, de lenta melhora.
3. Agravação acentuada, rápida e breve, seguida de melhora duradoura.
4. Melhora sem nenhuma agravação.
5. Melhora precedendo agravação.
6. Alívio transitório dos sintomas.
7. Melhora de poucas horas, não correspondente à expectativa.
8. Experimentação de todo medicamento administrado em um doente.
9. Experimentação em homem sadio.
10. Aparecimento de manifestações novas.
11. Retorno de manifestações antigas.
12. Má direção dos sintomas.

As eventualidades clínicas evolutivas segundo Kent

Tendo sido KENT um líder da Homeopatia na América do Norte e um inspirador de “linhas” ou “escolas” homeopáticas, a sua sistematização exige referência e requer alusão aos comentários - os dele próprio e de outros autores - ainda que em linguagem repetitiva. Suas opiniões, nem sempre bem argumentadas, têm sido distorcidas no decurso da literatura homeopática.

1. Agravação prolongada com declínio final do doente

Muitas vezes, uma doença prolongada não cede, a não ser à custa de grandes transtornos do organismo, sendo tanto mais turbulenta a reação quanto mais profunda for

a doença. KENT adverte quanto às manifestações orgânicas terminais e à debilidade da força vital, que nem sempre se associam ou se correspondem, havendo lesões graves terminais com boa atividade vital e estados puramente funcionais com grande declínio da força vital.

Quando um enfermo crônico, depauperado e portador de lesões orgânicas profundas apresentar agravamento após remédio *simillimum*, isto será um bom sinal de capacidade reativa, contudo, existe a possibilidade deste agravamento persistir ou acentuar-se progressivamente durante dias ou semanas, entrando o paciente em declínio, em astenia completa, num final indesejável. Nesta evolução, atribuída a erro inicial de prescrição, o estímulo medicamentoso, artificial, teria sido por demais profundo e diante dos fenômenos destrutivos e lesões irreversíveis, teria acionado uma reação vital impossível de se consumir, acentuando o desequilíbrio daquelas áreas funcionais insuficientes já sobrecarregadas pelas solicitações da doença natural. Por isso, HAHNEMANN advertia os médicos quanto ao diagnóstico e discernimento prévio daquilo que é curável ou incurável, para que, nos estados graves, a força vital não fosse inoportunamente instigada em suas derradeiras e precárias possibilidades.

As doenças incuráveis se beneficiariam mediante prescrições parciais, paliativas, em baixas dinamizações. A maioria dos autores assegura que o medicamento dinamizado jamais produz agravação fatal ou destrutiva por si mesmo, embora, ocasionalmente, possa precipitar fenômenos indesejáveis na qualidade de fator adicional desencadeante. Alguns outros homeopatas, ainda que sem comprovação, afirmam que a estimulação inoportuna interioriza ou aprofunda os males orgânicos, significando esta introversão um prognóstico desfavorável, senão sombrio.

2. Agravação prolongada, seguida por melhora paulatina.

Em portador de alterações tissulares, não demasiado avançadas e relacionadas a transtornos funcionais, o medicamento “constitucional” (de fundo ou *simillimum*), traz o risco de suscitar agravação prolongada e penosa que termina por melhora completa, do doente e da doença, inclusive com regressão de processos histopatológicos. Esta agravação, durante semanas ou meses, significa medicamento bem indicado, em dinamização demais elevada que acionou reação vital em domínio de luta contra alterações tissulares ainda passíveis de reversão. Por este motivo, em pacientes portadores de lesões em órgãos vitais convém a dinamização baixa, a qual será modificada no sentido ascendente à medida que sobrevier melhora.

3. Agravação acentuada, rápida e breve, seguida de melhora duradoura

Quando tal ocorre, indica boa reação, ausência de lesões em órgãos vitais e prescrição do remédio correto. Nesta eventualidade, se faz necessário distinguir as lesões próximas ou inclusas nos tegumentos, daquelas alterações sediadas em órgãos profundos vitais e imprescindíveis para a vida, a exemplo do cérebro, coração e rins.

Ao acontecer um episódio de agravação, breve, seguido de melhora também breve, cujo resultado final é insuficiente para completar o retorno à saúde, torna-se provável que sucedam novos agravamentos com a repetição das doses subseqüentes. As agravações devidas à repetição intervalada da mesma dinamização, do mesmo remédio, tendem a se atenuar e a proporcionar melhora cada vez mais satisfatória, mais duradoura e, por fim, persistente.

4. Melhora sem agravação

A recuperação suave, sem exacerbação sintomática, representa objetivo almejado pelo médico homeopata, constituindo motivo de incessantes estudos no intuito de situar a dinamização ideal para cada doente. Na realidade, os argumentos não satisfazem, ficando a adaptação por conta da linguagem do organismo em desequilíbrio.

Quando o restabelecimento tão desejado acontece, significa que o indivíduo ainda não apresenta alterações lesionais e que não tem tendência mórbida definida, manifestando nestes casos uma rica sintomatologia ligada ao psiquismo e a distúrbios funcionais. Se alterações teciduais existirem, serão mínimas, talvez ainda não detectáveis pelos recursos laboratoriais e sim através da sintomatologia, especialmente a subjetiva, capaz de espelhar, ainda que nem sempre, qualquer desvio da força vital.

Se a administração do remédio não suscitar manifestação alguma, significará que a dinamização foi adequada, embora também possa significar falta de ação em profundidade. O paciente que melhora até certo ponto e estagna, exige reavaliação.

Para KENT, “a menor exteriorização clínica a um medicamento, mesmo discreta, além e acima da doença, seria sempre um sinal favorável”. Medicamento não semelhante não provoca agravação.

5. Melhora precedendo agravação

Às vezes um indivíduo debilitado apresenta melhora imediata que perdura 4 a 5 dias para, logo em seguida, dentro de 7 a 10 dias, reapresentar os sintomas iniciais agravados. Assim, após fase inicial favorável segue uma segunda etapa desfavorável. Esta ocorrência indicaria medicamento paliativo, sendo interpretada por KENT como:

a) similitude parcial em concordância com alguns sintomas chamativos que correspondem, em geral, a episódios dolorosos, sem concordância com manifestações principais no sentido de possibilitar reação orgânica global. Em se tratando não apenas do reaparecimento dos sintomas iniciais, mas de sua intensificação, torna-se claro que aconteceu reação ao medicamento prescrito e que houve algum grau de similitude, porquanto, se assim não fosse, não teria acontecido a melhora da primeira fase;

b) indício de paciente lesional irreversível e remédio aplicado tarde demais, impondo-se reavaliar a diagnose clínica.

6. Alívio transitório dos sintomas

O efeito dos medicamentos varia conforme a evolução da doença. A mesma *Bryonia alba*, de resultado duradouro em um reumatismo crônico, terá influência fugaz na tosse gripal. A resposta ao estímulo é atributo do organismo, na dependência do seu comprometimento ou da condição da força vital.

Nas doenças crônicas a melhora fugaz, ora indicará alteração estrutural, ora expressará a simples maneira de reagir de um indivíduo, aspecto esse nem sempre cogitado na primeira entrevista. Realmente importante é que, se houve resposta ao medicamento, breve ou duradoura, houve algum grau de similitude e, portanto, algum grau de benefício terapêutico.

7. Melhora de poucas horas, não correspondendo à expectativa

Muitas vezes o medicamento homeopático se comporta como paliativo ou recurso de apoio, deixando de manifestar seu efeito desde que suspenso ou então a sua ação se faz incompleta. Isto ocorre pela natureza das alterações histopatológicas, a exemplo das fibroses e cicatrizes, alterações estas irreversíveis. Estando o organismo impossibilitado de reverter à cura, ele reage ao *simillimum* dentro de possibilidades restritas.

8. Experimentação de todo medicamento administrado em um doente

Fenômeno observado por KENT em pacientes com tendência histérica, nos hipersensíveis e nos fatigados. Certos estados de “hipersensibilidade” ou irritabilidade seriam hereditários e, por conseguinte, incuráveis. Nestes estados as manifestações se instalam logo após o uso de dinamizações altas - acima de C'500 - de qualquer medicamento, estando relacionadas a este e, enquanto houver influência indutora, não haverá resposta a um segundo medicamento, parecendo o organismo encontrar-se em estado de possessão ou siderado por segunda doença.

Importa frisar que, para KENT, as dinamizações centesimais 30, 200 e mesmo 500, eram consideradas baixas. Este autor afirma que indivíduos hipersensíveis se beneficiam das baixas dinamizações (para ele inferiores a C 200) ao apresentarem episódios agudos ou sofrimentos crônicos; outrossim, desde que saídos da fase de experimento, apresentariam disponibilidade para a reexperimentação do mesmo ou de outro medicamento. Esta afirmação encerra grande responsabilidade pelo fato de se opor, frontalmente, aos estudos atuais sobre memória informativa carregada pelas doses mínimas, estudos estes que não recomendam a participação de indivíduos egressos recentes de planos terapêuticos homeopáticos em experimentações patogenéticas.

9. Experimentação em homem sadio

KENT admite o fato do indivíduo aparentemente sadio que se submete à experimentação, ser portador potencial de manifestações sub-clínicas, incipientes, apenas esboçadas, veladas e despercebidas, passíveis de omissão na anamnese inicial. Isto é importante, considerando a possibilidade destes desvios orgânicos se modificarem no decurso de um experimento.

HAHNEMANN afirma: 1) *Em seu estado de saúde o organismo humano parece ser influenciado mais eficazmente pelos medicamentos do que por estímulos mórbidos naturais ... (§ 30); 2) o indivíduo doente é mais suscetível à doença medicamentosa do que o indivíduo normal.*

10. Aparecimento de sintomas novos

Na instalação de muitos sintomas antes inexistentes, duvidar da prescrição, procedendo à reavaliação do caso. No acréscimo de sintoma novo isolado, admitir a possibilidade de omissão de manifestação antiga, por simples esquecimento da parte do doente. Estranhamente, KENT se mostra por demais lacônico neste assunto de considerável magnitude clínica.

11. Retorno de sintomas antigos

Em muitos doentes crônicos o bom prognóstico vai sendo avaliado à medida que retornam sintomas antigos, relatados ou não na anamnese. A sua constatação é marcante, principalmente após dissipados os transtornos de uma agravação quando, à proporção em que estes sintomas desaparecem, começa a emergir um quadro clínico novo. As manifestações recém-instaladas representam aspecto dos fenômenos de cura de Hering. Neste casos, recomenda-se manter o remédio inicial e adequar oportunamente a dinamização ou mesmo evitar qualquer interferência, para permitir ampla e completa liberdade de resposta orgânica.

12. Má direção dos sintomas

A evolução da doença costuma se processar em duas direções:

- a) *via centrífuga*, ou do centro à periferia, em direção à pele e às extremidades, anunciando *bom prognóstico*;
- b) *via centrípeta*, ou da periferia para o centro, isto é, da pele e das extremidades em direção ao centro ou órgãos vitais - cérebro, coração, pulmão, medula espinhal - indicando *mau prognóstico*.

Em caso dos sintomas assumirem a via centrípeta, em uma decorrência de prescrição baseada em manifestação externa ou localizada exclusiva, o prognóstico quanto à recuperação imediata se desfavoreceria, donde a grande importância da individualização do remédio homeopático definido pelo conjunto total dos sintomas gerais, psíquicos e locais, sendo condenável o julgamento de uma doença ao modo de acontecimento isolado.

Todavia, a mesma eventualidade tem outro raciocínio. Na prescrição sob critério localizado exclusivo, o sentido evolutivo centrípeta desfavorável decorre, na verdade, do natural avanço da doença por falta de tratamento. Absurdo seria admitir “supressão” por prescrição supostamente “homeopática”, na ausência da correlação de semelhança que subentende totalidade sintomática global obrigatória ou, pelo menos, da síndrome mínima de valor máximo, indispensável para assegurar a participação orgânica na reação como unidade ou “sistema”.

VII

CONTRIBUIÇÃO DA DERMATOLOGIA VARIANTES REACIONAIS PÓS-SIMILLIMUM

Os aspectos da reação orgânica na literatura homeopática. A contribuição brasileira. Importância da Dermatologia na objetivação dos fenômenos de defesa. Significado prático das variantes reacionais em Clínica Geral.

Desde 1900 nada de original foi publicado a respeito das formas reacionais, nem mesmo sobre agravações, cuja ocorrência vinha sendo, inclusive, contestada. Alguns artigos de compilação (P.SCHMIDT) foram divulgados, sempre nos moldes dos esquemas de KENT, os quais, por sua vez, foram parcialmente compilados de HAHNEMANN.

Reações de agravação em dermatoses

Em 1976, um trabalho descritivo-expositivo da autora - "*Agravações homeopáticas em Dermatologia*" - ocupou-se de reduzido grupo de dezesseis portadores de diferentes dermatoses em seu comportamento sob influência do estímulo da semelhança. Esta publicação, argumentada por objetivação fotográfica, contesta referências da literatura atinentes à inexistência das agravações, à não ocorrência em crianças e em doenças agudas, bem como à propalada possibilidade de neutralização pela simples mudança da potência medicamentosa; suas deduções, ainda que restritas, continuaram válidas para observações futuras. O recurso da imagem evidenciou aspectos inéditos e permitiu importantes considerações de ordem prática.

Consta nas conclusões desta primeira publicação específica:

- 1. As agravações ocorrem em qualquer idade, são imprevisíveis e mais freqüentes do que se admite habitualmente.*
- 2. As agravações não dependem da gravidade ou da benignidade do quadro clínico, nem obrigatoriamente de deficiência dos emunctórios, ocorrendo tanto nas doenças agudas como naquelas crônicas.*
- 3. As agravações não dependem da natureza nem do grau de dinamização do medicamento.*
- 4. As agravações não dependem obrigatoriamente da quantidade nem da freqüência da dose.*
- 5. As agravações podem estar clinicamente inaparentes.*
- 6. Geralmente, as agravações indicam medicamento bem escolhido e prognóstico mediato favorável.*

7. As agravações homeopáticas são influenciadas pelas doses ponderáveis de corticosteróides.

8. As agravações apresentam variabilidade ilimitada, sem manifestações constantes em decorrência de um mesmo diagnóstico clínico.

O texto adquiriu renovada importância quando reavaliado dez anos mais tarde, ao serem constatados vários aspectos nele expostos, que antes passaram despercebidos devido à ainda pouco aguçada percepção do assunto. Nele não foram devidamente valorizados aspectos importantes, a exemplo: 1) da instalação de lesões disidróticas em quirodáctilos, antes normais, em paciente portadora de dermatite eczematizada de contato ao níquel nos lóbulos auriculares que iniciou tratamento isoterápico com *Niccolum*; 2) da instalação de disidrose nas bordas plantares, até então livres, em paciente portador de disidrose palmar vivenciando fase de agravação homeopática na vigência de *Petroleum*; 3) da metamorfose e mudança de sede de lesões em criança portadora de prurigo agudo infantil sob tratamento com *Pulex irritans*; 4) dos eritemas, regionais e generalizados; 5) das respostas evolutivas de melhora e de agravação, simultâneas porém dissociadas, em áreas cutâneas diferentes; 6) da alteração súbita de lipidograma em portador de psoríasis e glaucoma, na vigência de *Lycopodium*.

A avaliação retrospectiva evidenciou ainda outros aspectos antes considerados incidentais, sem haverem merecido destaque e que, na realidade, constituíam uma feliz e excepcional conjunção de coincidências e fenômenos que se repetiriam em pacientes vindouros. Considerando que alguns deles estão omissos nas eventualidades clínicas de KENT, a listagem inicial dos tópicos dotados de interesse, advindos dessa primeira publicação, pôde ser amplificada:

- **eritemas generalizados e regionais**
- **tendência supurativa**
- **eliminações intensificadas**
- **respostas cutâneas dissociadas**
- **agravação na vigência de “medicamentos drenadores”**
- **agravação imediata, desde as primeiras horas**
- **retorno de sintomas antigos**
- **influência bloqueadora de corticosteróides**
- **agravação homeopática em doença aguda**
- **intrusão de uma segunda dermatose**
- **metamorfose de lesões**
- **complementação de síndrome nosologicamente definida**
- **eletividade de dinamizações**
- **alteração sorológica não suspeita**

Variantes reacionais em portadores de acne.

Onze anos depois (1987), foi publicado outro trabalho sobre o mesmo assunto (*Variantes Reativas dos Portadores de Acne sob Tratamento Homeopático*). A escolha recaiu sobre pacientes portadores de acne vulgar, por interesse e praticidade, considerando a altíssima incidência desta dermatose também em consultórios de clínica geral e porque,

segundo levantamentos estatísticos internacionais, 90% dos indivíduos em geral, apresentariam lesões de acne vulgar em alguma época da sua vida. Outrossim, jamais encontramos paciente acnéico que não tivesse, simultaneamente, outras queixas sistêmicas acompanhadas de sintomas físicos e psíquicos, favorecendo, sobremaneira, a elaboração dos conjuntos sintomáticos integrados e coerentes, indispensáveis para viabilizar o medicamento individualizado ou *simillimum*. O acne exclusivo, sem manifestações concomitantes de natureza endócrina, ou digestiva, ou emocional, inexistente na prática. Daí a importância da anamnese, nos moldes de clínica geral ou medicina interna, para o julgamento da evolução e da prognose, visto que o seguimento terapêutico desta dermatose crônica e renitente aos tratamentos habituais, está embasada, em Homeopatia, nos múltiplos comportamentos de resposta, entre eles a regressão das manifestações concomitantes. As lesões do acne, em meio de tantos outros transtornos, evolui de forma imprevisível, ora regredindo de imediato sem agravar, ora agravando de imediato e regredindo em seguida, ora apresentando desaparecimento derradeiro.

O objetivo da pesquisa consistiu na revisão retrospectiva de quatrocentos portadores de acne, buscando identificar as variantes reacionais e preconizar o seu aproveitamento, à guisa de parâmetro, na avaliação do ato médico em clínica geral.

Não foram categorizadas aquelas manifestações moderadas e fugazes, por vezes despercebidas pelo próprio doente, imediatas ao *simillimum* como resultado da soma de influências dinâmicas simultâneas - a natural e a medicamentosa - considerando que entre a doença e a farmacodinamia em jogo, possível é a similitude e não a igualdade absoluta. HAHNEMANN aborda estas manifestações como habituais e bem toleradas e delas se ocupa nos §§ 27 a 30 do “*Organon*”.

Aqueles fenômenos conhecidos, definidos e comuns na literatura homeopática, a exemplo das *modificações de manifestações concomitantes* e do *retorno de sintomas antigos*, foram complementados. Outras variedades reativas se fizeram evidentes, entre elas, a *intensificação das funções de eliminação* ou *exoneração*, a *instalação de quadros agudos recidivantes* ou *não*, a *instalação de quadros novos não recidivantes* e a *intensificação de processos supurativos*. Também os *eritemas* e as *discrepâncias reativas regionais*, assinaladas na publicação anterior. A contribuição inédita importante consistiu no fenômeno de *varredura das lesões remanescentes do acne* ou *convergência de lesões remanescentes*.

Três pacientes evidenciaram *deslocamento ou migração das lesões*, no mesmo grau de atividade, imergindo num local e emergindo em outro. Oito pacientes evidenciaram *independência clínica das recidivas*, apresentando nova distribuição das lesões e nova totalidade sintomática, a exigir novo *simillimum*, argumentando contra diagramas evolutivos preestabelecidos ou medicamentos complementares automáticos.

Pela primeira vez foi apresentada contribuição estatística às agravações homeopáticas, numa incidência de 22,3 % sobre o total de pacientes atendidos e sendo de 5,4 % o índice relativo às agravações patogenéticas. A estatística considerou 235 pacientes que receberam remédio único, sem interferências, durante um período de seguimento razoável.

Constituíram contribuição prática isolada: a) a objetivação de *agravações mantidas*, pela persistência desnecessária do estímulo medicamentoso correto; b) o desenvolvimento de *tolerância* ou *adaptação* ao estímulo desnecessariamente mantido, em portadores de *agravação homeopática*.

Aspectos práticos

Nos casos apresentados, mostraram-se suficientes as dinamizações situadas entre C 6 e C 30. O procedimento de doses repetidas, em períodos variáveis de 10 até 30 dias, revelou-se satisfatório e aceitável, conquanto a experiência atual admita vantagens no uso de dose única isolada, mesmo quando em dinamização baixa ou média (C 6 ou C 12).

Poucas são as perspectivas atuais para prosseguimento de pesquisa em torno do assunto, devido às dificuldades da documentação fotográfica que envolvem: a) recusa da parte do paciente, questionando a necessidade do procedimento; b) displicência do doente que, ao se esquivar de uma segunda consulta, inutiliza o material anterior; c) má escolha da área de interesse, condicionada pela imprevisibilidade evolutiva; d) alto custo; e) complexidade na montagem, no cadastro e na conservação do material fotográfico; f) vida média limitada dos diapositivos.

Atualmente, a dificuldade na elaboração de semelhante acervo fotográfico encontra-se complicada por normas éticas impostas pelas próprias entidades de classe. As declarações de consentimento da parte do paciente, da forma como são redigidas, acrescidas por mordomias, induzem à não aderência ao plano de pesquisa, por simples desconfiança. Outrossim, a descentralização dos serviços públicos dificulta qualquer pesquisa homeopática, pela fragilização do vínculo paciente-médico, dispersando e inutilizando dados importantes em arquivos diferentes.

A continuidade do trabalho evidenciou gama imensa de outras variações reativas e exigiu questionário complementar direcionado a fim de permitir, nos anos seguintes, a sedimentação dos conhecimentos adquiridos. Na avaliação geral destacou-se a constância de informações atinentes a determinadas formas de eliminação, muito além das, até agora, consideradas tímidas ou cautelosas referências de HAHNEMANN e de KENT, obrigando ao estudo aprofundado das eliminações normais e patológicas, aparentes ou não clinicamente, em suas nuances de qualidade e quantidade, nos detalhes, nas modalidades, nas circunstâncias de instalação e nas concomitâncias. O mesmo quanto aos emunctórios principais, os secundários, os vicariantes e os excepcionais, nas respectivas conexões e particularidades. A qualidade das eliminações e o estado dos emunctórios constituíram-se em indicadores precoces de exatidão da prescrição inicial, úteis ao profissional principiante e ao veterano, orientando para potências medicamentosas ascendentes em função da linguagem atual do doente e não em base de esquemas teóricos. Um importante requisito prático se impôs: o acompanhamento de controle a curto prazo, dentro das três primeiras semanas após administração do remédio, tempo suficiente para o aparecimento dos sinais reativos e tempo hábil para permitir informações complementares úteis ainda não esquecidas.

O paciente não orientado para retorno de controle no tempo adequado, ou seja, nos primeiros 20 dias, retorna após vários meses; quando retorna. Até lá, esqueceu detalhes e as transformações imediatas, tendo-as atribuído na ocasião, a outros fatores,

geralmente a desvios alimentares, a situações de estresse ou à ineficácia do tratamento. O profissional, quando despreparado para a investigação retrospectiva, deixa de registrá-las, privando-se de valiosos subsídios para um consciencioso e mais cômodo seguimento do paciente, o qual acaba sendo o grande prejudicado em meio de tantas desinformações.

Variantes reacionais em ambulatório-escola

De 1984 a 1991, a autora organizou e dirigiu a Unidade de Homeopatia no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM), com caráter de ensino para formação de especialistas em Homeopatia. Neste serviço, subordinado ao Departamento de Clínica Médica, eram encaminhados pacientes de outras clínicas, portadores de diagnósticos definidos, por assim haver sugerido a diretoria do nosocômio, a fim de evitar que a Unidade se prestasse à drenagem de casos desesperados. Por motivos óbvios, os diagnósticos de encaminhamento foram selecionados entre entidades nosológicas habitualmente refratárias à Alopátia e passíveis de cura ou benefício através da Homeopatia, prestando-se para rótulos de inscrição e título dos relatórios mensais de frequência e de “alta” exigidos pela instituição. Independente do diagnóstico de encaminhamento, cada caso passou a ser individualizado conforme metodologia hahnemanniana da totalidade sintomática integrada, recebendo cada qual o respectivo *simillimum*, fornecido em farmácia do hospital e tendo retorno programado para os próximos 14 ou 21 dias. O atendimento de intercorrências era feito no ambulatório ou, conforme o horário, no serviço de pronto-socorro (alopático) do mesmo hospital. Entre os diagnósticos referenciais constavam: enxaqueca, rinite crônica, obstipação, insônia, dispepsia, dermatite seborréica, acne vulgar, alopecias, dispepsia alta, hipertensão arterial e dismenorréia. A implantação de serviço pediátrico, a cargo exclusivo de especialistas na área da Pediatria, acrescentou outros diagnósticos, incluindo enurese, infecções recorrentes das vias aéreas superiores, infecções urogenitais, otites e amigdalites. O desenvolvimento de atividades dentro deste contingente proporcionou larga experiência em Clínica Geral e reconheceu o grande valor das variantes reacionais pós-medicamentosas no propósito indicador do ato médico correto, aperfeiçoou a ficha eclética do adulto, criou pela primeira vez uma ficha pediátrica homeopática também eclética e elaborou questionários complementares na finalidade precípua de pesquisa acerca das eliminações e emunctórios; estes recursos adicionais adquiriram grande importância para o seguimento do doente.

A experiência acumulada neste ambulatório foi excepcional, constando de fichas rigorosamente preenchidas, repertorizações sistemáticas e indicações de remédio único. Por acréscimo, a clientela era constituída por pacientes disciplinados - funcionários públicos e seus familiares.

A contribuição maior da Unidade de Homeopatia consistiu em proporcionar aos médicos principiantes, recursos acessíveis para diminuir a natural insegurança frente à metodologia recém-adotada instruindo-os no sentido de evitarem e serem poupados daqueles erros que os colegas veteranos, auto-didatas por força das circunstâncias, não conheciam ou não puderam evitar.

**QUADRO VI - VARIANTES REATIVAS APÓS PRIMEIRA
PRESCRIÇÃO HOMEOPÁTICA.** Contribuição original da autora.

<p>RESPOSTAS TERAPÊUTICAS BÁSICAS.</p>	<p>a) Melhora: completa ou parcial; satisfatória ou insatisfatória.</p> <p>b) Piora</p> <p>c) Ausência de resposta.</p>
<p>VARIANTES REATIVAS FRENTE AO <i>SIMILLIMUM</i></p>	<p>Manifestações discretas e fugazes, medicamentosas.</p> <p>Intensificação de funções fisiológicas.</p> <p>Modificação de manifestações concomitantes.</p> <p>Eritemas.</p> <p>Supurações.</p> <p>Retorno de manifestações antigas.</p> <p>Instalação de quadro agudo recorrente.</p> <p>Instalação de quadro agudo esporádico.</p> <p>Instalação de quadro novo, agudo ou não agudo.</p> <p>Agravações homeopáticas.</p> <p>Agravações patogénéticas.</p> <p>Metamorfose de lesões.</p> <p>Discrepâncias regionais.</p> <p>Convergência de lesões remanescentes.</p> <p>Deslocamento e transposição de lesões.</p> <p>Intrusão de segunda doença como entidade nosológica.</p> <p>Adenomegalias.</p> <p>Outras manifestações: prurido; sonolência; tosse; expectoração; cefaléias transitórias; apetite aumentado. Lacrimejamento.</p>

Um primeiro ensaio categorizou as formas variantes reativas em função da época de instalação relacionada à consulta inicial:

- a) **Respostas imediatas**, aquelas reações instaladas, predominantemente, desde as primeiras horas até 4 semanas, compreendendo a *exaltação de funções fisiológicas*, as *agravações homeopáticas*, as *novas eliminações*, os *episódios agudos recorrentes* ou *esporádicos* e os *eritemas*.
- b) **Respostas mediatas**, as reações ocorrendo, predominantemente, a partir do segundo mês, incluindo as *discrepâncias regionais da resposta*, a *convergência*, *transposição e metamorfose de lesões*, bem como as *agravações patogénicas*.
- c) **Respostas comuns, de instalação imediata ou mediata**, reunindo aquelas instaladas habitualmente em qualquer período.

A vivência clínica acabou por mostrar que, excetuando poucas condições sistematicamente precoces, a exemplo das agravações homeopáticas, da exaltação de funções e dos eritemas, junto a outras forçosamente tardias como a convergência das lesões, a maioria das variantes, sempre imprevisível, ocorre em qualquer época das primeiras semanas ou dos primeiros dois meses de seguimento. Ao médico bastará reconhecer os múltiplos comportamentos do organismo doente frente ao *simillimum*, sem se preocupar com a época exata de instalação.

MANIFESTAÇÕES CONCOMITANTES

Conceito de manifestação e de concomitante. Homeopatia como sistema de tratamento. Organismo e medicamento como sistemas complexos. Fatores interdependentes e contribuição clínica à Matéria Médica Homeopática. Unidade orgânica e sintoma na totalidade.

Conceitos de manifestação concomitante

O § 235 do “*Organon*”, sobre doenças agudas febris intermitentes e epidêmicas, ocupa-se da individualização do quadro clínico e valoriza a febre através do recurso de sinais e sintomas ditos *sintomas acessórios* pelos tradutores do idioma alemão; a expressão *sintomas concomitantes* designaria, com mais propriedade, as situações aparentemente desvinculadas do processo principal.

BOENNINGHAUSEN, ao elaborar o seu repertório, frisa que o termo *concomitante* significa “existindo ou ocorrendo junto”; todavia, após qualificar, modalizar e detalhar um sintoma ao modo de concomitante, em outros pontos do mesmo texto acaba por se referir a ele como acessório ou associado e acrescenta que muitas vezes ele constitui, por si só, importante queixa do paciente.

HAHNEMANN considera a totalidade integrada dos sintomas do doente uma premissa do ato terapêutico e defende o diagnóstico patológico na decisão da conduta médica atual conveniente e no prognóstico do caso, sem admitir que o nome da doença sirva de ponto de partida ou referência exclusiva no tratamento homeopático.

O termo “*manifestação*” possui abrangência prática mais adequada no assunto, incluindo sinais, sintomas, doenças definidas e queixas aparentemente dissociadas entre si. A denominação generalizante de “manifestações concomitantes” se adapta às eventualidades naturalmente imprevisíveis e contorna problemas linguísticos desnecessários.

A condição concomitante é transitória e relacionada a outra considerada principal pelo médico ou doente e, removida esta, qualquer outra das demais passa à condição de principal, geralmente na dependência subjetiva do paciente. A categoria independe da hierarquização, sendo ou não qualificada “concomitante” qualquer manifestação local, geral ou psíquica.

Homeopatia - um sistema de tratamento

Licínio CARDOSO, do Rio de Janeiro, publica em 1923 a obra intitulada “*Dyniotherapia Autonósica*” onde interpreta a Lei da Semelhança, em sua essência,

fazendo parte da Lei Universal da Equivalência, aplicável à Mecânica, à Física e à Química, baseado nos estudos de NEWTON, HUYGHENS e COMTE. Sendo o único autor a interpretar a Homeopatia ao modo de *Sistema de Tratamento*, convém conhecer o seu pensamento central que, além da conotação entre a ação primária e secundária das drogas, proporciona subsídios lógicos para a interpretação da dinâmica do desaparecimento de manifestações concomitantes sob influência da farmacodinamia dentro da correlação de semelhança ou de igualdade parcial:

“Realizado, num dado instante, um fenômeno qualquer no qual se achem relacionadas existências A, B, C, D, etc., inerentes a um sistema, tomado este termo numa acepção universal, acontece que as modificações experimentadas por estas existências são interdependentes. Quer dizer, nenhuma delas pode ser alterada sem que cada uma das outras experimente uma conseqüente alteração. E nestas alterações, não importa o número, há sempre o influxo da Lei Universal da Equivalência. Na sua forma a mais elementar, quando relativa a duas existências únicas que se influenciam reciprocamente, recebe ela a denominação de “lei da igualdade da ação e reação”. (p. 23)

“Seja no reino vegetal, seja no reino animal, o simples fato de viver corresponde já a uma evidente demonstração da equivalência entre a ação do meio exterior e as manifestações da vida”.

“Assim, cada força aplicada num dos elementos do sistema material, corresponde, consoante a constituição dele, a um sistema de forças cuja ação total é equivalente ao efeito dessa força primitiva e à qual ação total corresponde também uma reação equivalente, assim como no corpo vivo, antes de ser um sistema vital, é um sistema físico, qualquer influência do meio, sobre um ou mais dos seus elementos, é fatalmente correspondida por efeitos reativos equivalentes, ainda que não em totalidade exteriorizados e ainda que não suscetíveis de medida exata”. (p.38)

“... no pensamento de Hahnemann a lei dos semelhantes é uma lei de ação e reação, com efeito primitivo correspondente àquela e secundário correspondente a esta...” (p.94)

Organismo e medicamento como sistemas complexos

Afirma L.CARDOSO que, sendo a Lei dos Semelhantes, de ação e reação, relativa a sistemas extremamente complexos, a exemplo do corpo humano, ela não rege sistemas simples binários e sim, aqueles de múltiplas ações e reações simultâneas devendo-se afirmar, apropriadamente, que deriva da Lei da Equivalência.

A cura do doente dependeria da correlação de semelhança na dependência da acoplagem, ainda que parcial, de dois sistemas complexos:

1. O *organismo* - como conjunção de sistemas interdependentes, onde o transtorno de um fator repercute na harmonia de outro e vice-versa, em um esforço de compensação recíproca regido por mecanismos de auto-regulação ou por sua condição de unidade psiconeuroendocrinoimunitária. O organismo é sempre dinâmico por si mesmo, em transformação contínua. Amanhã, o doente não será exatamente igual ao de hoje. Por outro lado, o conjunto sintomático objetivo, ou mesmo subjetivo, esconde modificações subclínicas silenciosas.

2. O *medicamento* - como sistema complexo estável, de identidade definida, dotado de propriedades bem determinadas através da física, da química, da toxicologia, acrescido em Homeopatia pelos efeitos acionados na experimentação em indivíduos sadios e catalogados na qualidade de patogenesias. O complexo farmacodinâmico é estável, estando amanhã igual ao de hoje. Esconde em si prováveis propriedades ainda não reveladas, porquanto nem sempre tenha sido testado em suficiente número de experimentadores.

O potencial farmacodinâmico manifesto e oculto

A farmacodinâmica representa uma qualificação condicionada por resposta em seres vivos, cujas estruturas estão programadas para responderem de forma específica aos estímulos através de funções determinadas. Embora a especificidade de atuação esteja impressa na estrutura do fármaco, como identidade exclusiva, ela não se manifesta por si mesma, a não ser através da projeção numa tela biológica - o ser vivo. Comparando a Farmacodinâmica alopática e a homeopática, constatamos quão mais complexa e surpreendente é esta última, em razão da própria arte médica: 1) ao fragmentar o fármaco até frações imponderáveis; 2) ao energetizá-lo segundo técnica simples e original; 3) ao experimentá-lo em indivíduos aparentemente sadios para observar as conseqüências, desvendando e objetivando sintomas insuspeitos - gerados exclusivamente pelo experimentador, mas condicionados pela farmacodinamia da droga testada.

Os doentes diferem muito entre si, até mesmo quando dentro de mesma entidade nosológica. A dificuldade do médico homeopata frente ao sistema-doente, consta na complementação do diagnóstico clássico por recursos de semiotécnica homeopática, desdobrando e individualizando dados de anamnese para retratar com precisão determinado doente.

O conhecimento necessário de grande número de patogenesias, como sistemas farmacodinâmicos em potencial, esbarra com as limitações humanas em memorizar centenas de propriedades contidas em cada uma delas. Esta dificuldade possui a vantagem da estabilidade. Determinado fármaco, uma vez estudado sob todos os seus aspectos, passa a representar um imutável patrimônio médico adquirido. Cada patogenesia bem compreendida passa a constituir uma ferramenta a mais, de caráter permanente, no trabalho do homeopata.

Simplificando: o potencial farmacodinâmico de um medicamento representa um sistema e cada um dos seus sintomas em potencial faz parte desse sistema. Um doente comporta-se como um sistema. Em ambos os sistemas, supostos fatores ABCDEF, por exemplo, funcionam de modo interdependente e cada qual representa um fator decisivo dentro do circuito. Se um estímulo incidir sobre o fator E, afetará os demais fatores da rede com repercussões generalizadas, que acabam se normalizando, graças ao mecanismo natural auto-regulador, ou “*feed-back*”, inerente ao organismo.

O sintoma da doença traduz reação insuficiente de defesa. Ao ser acoplado o *sistema-farmacodinamia*, potencial, ao *sistema-doente*, as coincidências caracterizadas por semelhança de sintomas despertarão sintonia, ressonância ou reverberação, com reforço da reação, generalizando renovado estado de defesa ao doente na totalidade, sempre como unidade, promovendo a saúde. Nesta conjunção de sistemas, a coincidência sintomática

do doente, total e rigorosa, mostra-se utopicamente impossível e desnecessária. Na prática clínica, nove a quinze sintomas ou sinais característicos e marcantes (pelo menos três, de cada categoria: psíquicos, gerais e locais) serão suficientes para estabelecer a correlação de semelhança. Alguns autores argumentam a necessidade de seis ou até menos.

Na prática, importa prioritariamente o *simillimum* - perfeito, menos perfeito ou imperfeito - segundo dificuldades maiores ou por razões clínicas simples. O princípio da semelhança, conforme enunciado por HIPÓCRATES e por HAHNEMANN, não exige o idêntico, nem o igual e sim o parecido. O termo *semelhante* e o seu pretendido sinônimo *similar* figuram nos dicionários com mesma interpretação; contudo, se nos aprofundarmos no assunto, verificaremos que o segundo termo, *similar*, adquiriu, por força do seu uso na indústria, um significado próprio, distinto, não justificável nos textos homeopáticos. Antigamente, o seu emprego não se justificava, por redundância; modernamente, por incongruência.

A interdependência dos fatores em um sistema e a contribuição clínica à MMH

No circuito de sintonia e interdependência, as lacunas por falta de coincidência ou por omissão na anamnese, suprem-se por força de sistemas. Da mesma forma quanto às manifestações que não encontram correspondência no quadro patogênico. Quando existe concordância de vários sintomas importantes e individualizados, a abrangência terapêutica estende-se às manifestações intercaladas, às concomitantes e às secundárias ao diagnóstico central. Este fato explica porque o repetitivo desaparecimento de certas manifestações, na vigência de determinados medicamentos, proporciona valiosa contribuição à Matéria Médica Homeopática, em situações de impossibilidade experimental relacionada às mesmas.

Constituem exemplos de contribuição clínica às patogenesias: a hiperkeratose calcânea, alguns cistos de ovário direito em *Lycopodium*, os hordéolos de pálpebra superior em *Staphysagria*, o cloasma perioral e centroracial de *Sepia*, os miomas uterinos de *Thuja occidentalis* etc.

Muitas outras manifestações concomitantes estariam incorporadas à Matéria Médica, se houvesse um serviço central de dados. Constituem observações bizarras da autora: a ostentação extravagante das pacientes *Dulcamara*, a compulsão à maquiagem entre mulheres *Nux vomica*, a desconsideração e negligência abusiva de *Fluoris acidum* e o eczema localizado exclusivo do punho direito em *Lycopodium*.

Entre as manifestações concomitantes aparentemente desvinculadas do sofrimento principal e de grande importância no seguimento imediato, figuram: a melhora do sono, a normalização do ritmo intestinal, a regularização do ciclo menstrual, o desaparecimento de cefaléias e, de modo especial, as mudanças psíquicas favoráveis com otimismo e euforia.

Reação global do organismo

O sintoma do doente traduz reação de defesa insuficiente contra a doença, atribuído à força vital. O potencial medicamentoso, quando sintonizado aos sintomas reativos do doente, soma-se a estes na qualidade de efeito secundário da droga (contrário à ação primária da mesma) atuando paralelamente e no mesmo sentido da reação do doente, resultando em

resposta suficiente (da força vital) para a consumação da cura. O estímulo das doses mínimas do medicamento adequado é artificial, energético e instantâneo, dissipando-se rapidamente; no entanto, as suas conseqüências permanecem duradouras.

O estímulo medicamentoso influencia as reações orgânicas, simultaneamente e sem distinção, na qualidade de estímulo abrangente de sistema. Nesta abrangência estão incluídas as manifestações concomitantes, com ou sem vínculo com a queixa principal. O medicamento administrado em potência muito elevada causará, pela soma do “estímulo medicamentoso + reação orgânica presente”, uma resultante exagerada que se traduz por expressão clínica demais ampla ou prolongada, a agravação homeopática. Ocorrência comum é a conjunção dos *sintomas potenciais medicamentosos* às alterações simultâneas, ainda pouco ou nada evidentes, como *transtornos subclínicos* apenas esboçados, gerando situações em que o estímulo farmacodinâmico adicional acaba por exteriorizar manifestações inesperadas até então ocultas, bem suportadas e que se dissipam de forma espontânea. Representam elas manifestações menores, de bom prognóstico e HAHNEMANN dispensava-lhes grande atenção pelo fato de constituírem indícios de prescrição correta e de boa capacidade de resposta do doente.

O assunto adquire maior interesse ao considerarmos os diagnósticos nosológicos propriamente ditos. Para a seqüência de cura, os mecanismos orgânicos seguem critérios próprios, processando-se a normalização de sinais e sintomas de modo imprevisível para o médico onde o diagnóstico de referência, muitas vezes, acaba sendo protelado para, não raro, desaparecer em último lugar. Por este motivo uma ficha inicial adequada, contendo anotações de conjunto, constitui seguro indicador evolutivo. O diagnóstico nosológico, por questão de honestidade científica (§ 3 do *Organon*) e sobretudo por praticidade clínica, continuará prioritário entre os parâmetros evolutivos e na prognose.

Orientação do paciente na especialidade

Os pacientes precisam receber orientação elementar sobre a dinâmica do tratamento homeopático para evitar que os benefícios da prescrição se percam por abandono, na suposição de ineficácia, nas situações em que a melhora se inicia por manifestações concomitantes, em setor diferente daquele que motivou a procura do médico. Muitos deles vivenciam a cura em outros consultórios quando, na verdade, a regressão da doença decorreu da prescrição anterior cujo estímulo dinâmico correto não teve tempo suficiente para completar a resposta favorável.

O bom senso manda não se preocupar com a diversidade das manifestações concomitantes, ainda que ausentes na patogenesia em questão e prescrever, sempre que possível, um único medicamento, baseado em sintomas marcantes característicos, independente dos setores orgânicos comprometidos.

Nos doentes crônicos são comuns as constelações de diagnósticos pertinentes a diferentes especialidades, que motivam tratamentos simultâneos parciais dirigidos a órgãos, sintomas e “diagnósticos locais”, por força de laudos de especialistas. Ao clínico homeopata compete instruir o paciente que nele confia, aconselhando-o, pelo menos, a se fixar em um único especialista por vez, homeopata ou alopata, para não confundir o tratamento, ou melhor dito, o organismo. Assim procedendo, o profissional obedecerá à

ética e permitirá ao paciente beneficiar-se do que há de melhor em determinadas áreas médicas, evitará erros conseqüentes da impossibilidade de domínio absoluto da Medicina e, com certeza, terá o seu doente de volta, reencaminhado pelo especialista, em momento oportuno. No atendimento público e de convênios impõe-se o esclarecimento sobre a inconveniência da superposição simultânea de prescrições.

Com o tempo o paciente entenderá que o resultado advindo da prescrição homeopática representará sempre uma etapa terapêutica vencida, cuja expressão clínica e intensidade não dependerão do nome do medicamento e sim do organismo empenhado em impor ordem dentro dele mesmo.

O sintoma na totalidade segundo Boenninghausen

BOENNINGHAUSEN (1832) admitia que um sintoma se torna *totalizado*, expressando a personalidade do doente, ao ser completado por detalhes de localização, por sensações e pelas modalidades. Elaborou um repertório de sintomas seguindo este raciocínio e seu estudo recebeu logo a denominação de “doutrina dos concomitantes”. Nem este autor, nem HAHNEMANN conferiram prioridade absoluta aos sintomas psíquicos sobre os físicos, baseando a individualização do remédio na totalidade de sintomas, em todas as situações. Todavia, BOENNINGHAUSEN acabou por transformar o conceito da totalidade de sintomas em sintoma na totalidade, em uma retratação peculiar individual. Para ele, cada parte do organismo não representa a individualidade de um sofrimento isolado, sendo cada indivíduo *único* em suas reações. A força-doença, variável em cada organismo, pode ser estudada panoramicamente, de chofre, na plenitude da totalidade ou pode ser abordada a partir de suas parciais, cada qual completada por vez, até resultarem em conjunto coordenado, harmonioso, igualmente panorâmico. O sintoma na totalidade complementa o significado da manifestação mental, a qual, ainda quando marcante e característica, não possui força de decisão por si mesma quando isolada. As idéias de BOENNINGHAUSEN são de grande valia no enfoque homeopático dentro das especialidades.

ERITEMAS REACIONAIS

A documentação sobre eritemas reacionais. Fatores de inobservância. Interpretação imunológica. Caracterização e diferenciação.

O registro dos eritemas

Em 1972 foram documentados, fotograficamente, os primeiros casos de instalação pós-*simillimum* de eritemas pronunciados em portadores de eczema crônico, dermatite seborréica e acne vulgar. O paciente mais jovem era criança de dois e meio meses, prematura de sete meses, com história de lesões características de dermatite seborréica desde as primeiras semanas após o nascimento; poucas horas após *Graphites C 5* apresentou eritema generalizado, sem transtornos internos ou de comportamento; as lesões seborréicas entraram em processo involutivo a partir dos primeiros dias; o eritema difuso, mais pronunciado no segmento cefálico, persistiu por duas semanas e regrediu espontaneamente; a criança recebeu posteriormente *Graphites C 30*, estando o problema inicial resolvido no 45º dia; acompanhada durante 3 anos, não teve problemas cutâneos neste período.

Em publicação de 1976, entre 16 portadores de dermatopatias sobreveio eritema nítido em 4 deles. Em outro trabalho de 1987, a revisão retrospectiva de grupo de 314 acnéicos acusou eritema pronunciado em apenas 5 deles, resultando em percentagem 1,59 % e cuja instalação ocorreu entre o 13º e 28º dia, com duração média de 2 semanas. Revisão atualizada do mesmo texto, dentro da atenção específica dirigida ao eritema, acusa o fenômeno em incidência superior a 20% dos casos. Ainda mais: se examinarmos a documentação fotográfica em diapositivos através de lente de maior aumento, seremos surpreendidos com fenômenos precoces congestivos perilesionais ou de circunvizinhança, na quase totalidade dos casos.

Fatores de inobservância dos eritemas

Os indivíduos, de um modo geral, apresentam em sua vida surtos habituais transitórios de “vermelhidão” de face e do corpo, com ou sem causa justificada e que não são levados a sério.

Enquanto na literatura homeopática as citações de erupções papulosas são comuns, a referência aos eritemas é inexplicavelmente omissa. Os fatos se modificam à medida que o médico é informado sobre as contingências clínicas evolutivas pós-*simillimum*. Alguns clínicos gerais, desde que alertados sobre o fenômeno, passaram a registrá-lo com relativa frequência, constatando-se que os eritemas não guardam conotação obrigatória com dermatoses, acompanhando qualquer outro diagnóstico interno, a exemplo da bronquite asmática e da enxaqueca. O médico não os detectará se não programar, sistematicamente, o retorno do paciente nas primeiras semanas seguintes à prescrição do *simillimum* e se não

estiver atento para as possibilidades imprevisíveis de resposta. Esta conduta, como rotina, deve abranger os pacientes medicados dentro da similitude, sem distinção.

Os eritemas pós-*simillimum* constituem alerta sobre a importância do controle do 1.º mês, devendo ser lembrado que o paciente não solicitado ou não instruído, poucas vezes retorna ao consultório nos primeiros 28 dias por própria iniciativa, desperdiçando-se desta maneira um importante parâmetro a ser considerado na avaliação precoce da prescrição correta. A partir de 30 dias, a maioria dos eritemas dissipa-se e os doentes não mais se lembram deles.

Portanto, o despercebimento dos eritemas reativos deve-se a diferentes fatores: a) *objetivação em nível cutâneo*; b) *pressuposição do interesse dermatológico exclusivo*; c) *instalação em fase precoce de tratamento*, escapando à observação do médico; d) *atribuição do fenômeno a fatores diversos não medicamentosos*; d) *desinformação*.

Interpretação

O fenômeno eritematoso parece constituir uma fase inicial do estado reacional psórico. R. ZISSU posiciona o sistema circulatório periférico entre as principais vias drenadoras e H. BERNARD considera os fenômenos desenvolvidos ao nível do sistema retículo-endotelial, uma reação imunitária com objetivo voltado à forma eliminatória ou de detoxicação. Os eritemas traduziriam a intensificação ou persistência anormal de *processo inflamatório de natureza imune* o qual, *normalmente contínuo, inaparente ou subclínico nas 24 horas diárias*, tornar-se-ia evidente quando instigado pelo estímulo da semelhança; por sua natureza, constitui fenômeno de origem arterial, ativo, ao modo da etapa inicial de processo inflamatório agudo a evidenciar a participação do sistema de defesa inespecífico ou inato.

Diferenciação

Os eritemas reacionais não se enquadram nas agravações homeopáticas, nem patogênicas propriamente ditas, não incomodam o paciente, são assintomáticos por si mesmos, acompanham-se de melhora geral física e psíquica, despertam a curiosidade das pessoas circundantes e costumam ser atribuídos a muitos fatores, não ao medicamento homeopático.

Embora estejamos diante de resposta orgânica comprovadamente favorável, acionada pela sintonia conjunta de semelhança, importante é a citação da sua possível ocorrência em portadores adultos de dermatite de contato em uso de doses imponderáveis do respectivo alérgeno, sem obediência ao princípio da similitude geral. Nesta eventualidade, os eritemas apresentam-se regionalizados e prevalentes ao nível das lesões evoluindo no sentido favorável; nos respectivos pacientes costuma sobrevir estado de hipossensibilização específica em graus variáveis.

Também oportuno é o registro dos *quadros patogênicos propositais* induzidos em alcoólatras pelo emprego de *Sulfuricum acidum C 30* onde, de permeio a numerosas manifestações indesejáveis, a “vermelhidão do rosto” é referência freqüente por parte dos viciados e seus familiares, figurando em 10% dos relatórios espontâneos. Deste modo, os eritemas fazem parte integrante da “*sintomatologia desestimuladora*” frente ao vício do álcool etílico.

SUPURAÇÕES

Relação com exsudatos. Conotações clínicas. O acne como parâmetro de observação. Relação entre processo supurativo e outras variantes reacionais. A integração imunitária do processo supurativo.

Supuração e sistema imunitário inespecífico

A supuração tem ponto de partida em fenômeno inflamatório e traduz expressão favorável de defesa, excetuadas as complicações condicionadas pela sede anatômica da abscedação. A finalidade da reação inflamatória é protetora e seus componentes se conjugam e se reforçam na luta orgânica contra agentes nocivos. A dilatação arteriolar e capilar provoca maior afluxo sanguíneo à zona comprometida e propicia condições favoráveis de afluência a este local de fatores humorais e de células das defesas específica e inespecífica. Forma-se exsudato seroso que dilui as substâncias tóxicas; a fibrina se precipita e bloqueia a difusão de bactérias; leucócitos migratórios fagocitam bactérias e substâncias estranhas; leucócitos e células lesadas liberam enzimas que digerem as células mortas e proteínas estranhas.

Muitos fatores modificam a reação inflamatória: a) alguns relacionados ao agente agressor, entre eles o potencial antigênico bacteriano, o tempo de exposição ao elemento agressor, a natureza da agressão e a suscetibilidade dos microorganismos à fagocitose e à digestão; b) outros, dependentes do organismo humano, relacionam-se ao estado fisiológico, ao sistema imunitário, aos hormônios e às doenças metabólicas. O fator de necrose tumoral, uma citoquina oriunda de macrófagos, tem importante desempenho na instalação dos processos supurativos. Entre as condições locais, importa a suficiência da irrigação sanguínea e a situação topográfica do processo inflamatório.

Tipos de exsudato

As inflamações diferenciam-se em tipos conforme as características da exsudação. O exsudato *seroso*, que caracteriza a fase aguda, consta de líquido aquoso pobre em proteínas. No tipo *fibrinoso*, próprio das inflamações agudas graves, o exsudato se caracteriza por derrames profusos de fibrinogênio e precipitação de massas de fibrina, acompanhados por dilatação vascular e por densa população leucocitária com dominância de neutrófilos polimorfonucleares. O exsudato *catarral*, constituído por secreção mucinosa abundante, ocorre ao estar o processo inflamatório sediado sobre estruturas capazes de segregar muco. A forma *supurada* ou *purulenta* se diferencia pela grande produção de pus e exsudato purulento, sendo própria das fases incipientes da inflamação, caracterizando

reações agudas; ocasionalmente, persiste e assume evolução subaguda e crônica. Muitas vezes, os padrões de exsudato imbricam-se e dão origem a formas mistas.

O pus consiste em líquido espesso constituído por abundantes leucócitos polimorfonucleares, viáveis e mortos, bem como restos tissulares necróticos que sofreram liquação parcial pela ação de proteases, peptidases e lipases liberadas pelos leucócitos mortos. Estão ainda presentes no pus: colesterol, lecitina, graxas, sabões e outros produtos de destruição celular.

Alguns microorganismos se caracterizam pela especial propriedade de provocar atividade supurativa: estafilococos, pneumococos, meningococos, gonococos, *Endamoeba coli* e algumas cepas de estreptococos. Entre as substâncias químicas, o nitrato de prata e a terebentina.

Conotações clínicas

O acionamento da capacidade reacional do organismo pelo *simillimum* é imprevisível. Os fenômenos relacionados às supurações visivelmente induzidas dentro da lei da semelhança vêm sendo constatados com relativa freqüência ao nível dos tegumentos e ainda faltam recursos para a detecção do delineamento deste caprichoso processo de defesa inespecífica em outros setores orgânicos, quando ainda incipiente.

Processos supurativos têm sido comuns ao nível de cicatrizes cirúrgicas, granulomas de corpo estranho, glândulas mamárias, glândulas axilares mistas, ouvidos e várias dermatoses. Referência especial merecem os processos supurativos, instalados ou reinstalados após período de quiescência. Os escoamentos próprios dos processos auditivos tendem a ser prolongados, tórpidos e, mesmo quando intensificados pelo remédio homeopático, ao contrário das outras condições, costumam envolver a longo prazo; muitas vezes, retornam como manifestações antigas e, nesta circunstância, envolvem dentro de prazo paradoxalmente breve. Furunculoses antigas, silenciadas por antibióticos e antiinflamatórios, tendem a reaparecer e supuram com facilidade.

Exacerbação de processos supurativos no acne vulgar

A observação de portadores de acne vulgar trouxe contribuição inédita ao problema do recrudescimento das supurações.

Segundo pesquisas recentes, o processo acnéico básico se desenvolve no segmento infundibular, onde o extravasamento do sebo origina processo inflamatório perifolicular, com afluência de elementos sanguíneos do tipo corpo estranho, questionando o motivo deste processo exacerbar-se e propagar-se às demais lesões após o estímulo pelo *simillimum*, considerando que até então o bloqueio de tal extravasamento permanecia silencioso. Tudo indica que a atividade perifolicular exaltada representa atitude de defesa onde a supuração constitui a exteriorização clínica principal. A supuração encontrar-se-ia prévia e potencialmente delineada no portador do acne e a perifoliculite comedoniana representaria o ponto de partida deste processo. Convém assinalar a viabilidade do fenômeno em futuros protocolos de pesquisa, não somente em dermatopatias, mas em outras nosologias, internas ou profundas, mucosas ou cutâneas.

Supurações e capacidade de resposta

Em pacientes com resposta favorável tem sido comum a evidência do processo supurativo após o *simillimum* sob forma de simples intensificação transitória, bem suportada, sem constituir agravação no exato sentido do termo, para logo em seguida entrar em resolução. Em indivíduos com resposta de defesa insuficiente o processo supurativo não se destaca como dado de anamnese, nem de evolução terapêutica. Nas situações de agravação homeopática, expressão de resposta excessiva de defesa, as supurações mostraram-se evidentes na maioria dos casos. Na fase de intensificação patogénica, 100 % dos componentes de grupo de estudo tiveram exacerbação supurativa, variável desde pápulo-pústulas até abscessos.

A ocorrência das supurações justifica estado de atenção para o imprevisível raio de influência das doses imponderáveis atuando dentro da correlação de semelhança. Dificilmente a força da sugestão levaria um indivíduo ao extremo de fazer brotar em si a atividade supurativa. Ainda neste campo, possível se torna comprovar, a curto prazo, a suficiência das dinamizações C 6, C 12 ou, no máximo C 30, para acionar resposta.

Caracterização clínico-terapêutica das supurações:

- *Instalação em estruturas com potencial supurativo.*
- *Recurso de carreamento de corpos estranhos à periferia orgânica.*
- *Fenômeno de Hering.*
- *Câmbio do foco de atividade, quanto à sede e à intensidade.*
- *Uma das expressões das agravações, tanto homeopáticas como patogénicas.*
- *Possibilidade de ocorrência após o primeiro, o segundo ou o terceiro simillimum, conforme tem sido constatado nos seguimentos prolongados.*
- *Possibilidade de ocorrência após qualquer dinamização, desde as mais baixas.*
- *Dependência de dinamização eletiva num determinado indivíduo.*
- *Simultaneidade com outros fenômenos indicadores de resposta favorável.*
- *Remissão espontânea a curto prazo.*

RETORNO DE SINTOMAS ANTIGOS

As observações de Hahnemann sobre mecanismos de cura. Os fenômenos de Hering. Avaliação crítica. Interpretações. A questão da etiologia virótica e bacteriana nas manifestações de retorno. Aspectos clínicos e época de instalação.

As observações de HAHNEMANN e de HERING

Desde os primeiros escritos de HAHNEMANN, existe referência ao retorno de sintomas progressos do doente como sinal confirmativo da especificidade individual do medicamento correto e do sentido evolutivo favorável. O reaparecimento de sintomas não estranhos, isto é, manifestados pelo doente alguns anos antes ou em décadas passadas, traduz sinal de prescrição correta e resposta orgânica profunda.

Em 1828, Constantino HERING expôs a sinopse baseada em experiência própria concernente aos modos de cura, conhecidos nos dias de hoje como fenômenos ou “leis de cura de Hering”, cujos conceitos permitiram ampliar o alcance das transformações do organismo acionado pelo *simillimum*. O retorno de sintomas antigos, o principal dentre os fenômenos de cura, refere-se à instalação de manifestações vivenciadas pelo paciente em alguma época pregressa da sua vida, constituindo sempre indício de evolução favorável, de bom prognóstico. Ao modo do que ocorreu em relação às agravações homeopáticas, as outras contingências de resposta apresentadas por HERING não vêm sendo devidamente utilizadas na clínica diária, para proveito do doente.

Síntese dos fenômenos de cura, segundo texto de HERING

- *A doença, em sua evolução para a cura, diminui em intensidade, depois melhora e desaparece.*
- *O organismo tenta se desembaraçar da doença aos poucos, em sentido centrífugo.*
- *As doenças evoluem para a periferia, terminando no revestimento cutâneo.*
- *A melhora de afecções dolorosas efetua-se de cima para baixo.*
- *A melhora das doenças ocorre, geralmente, de dentro para fora.*
- *As doenças crônicas, quando curadas totalmente, terminam por alguma erupção cutânea, variável conforme a constituição do doente.*
- *Uma erupção cutânea ocorre quando a cura radical da doença se mostra impossível ou quando a prescrição do medicamento está incorreta.*
- *A pele, como revestimento corpóreo, é o último reduto das afecções mórbidas.*

- *A erupção cutânea não é apenas o resultado de humores patológicos oriundos do interior orgânico, mas sim a totalidade mórbida que se projeta ao exterior, como decorrência de tratamento suficiente e curativo.*
- *A erupção, ainda que o mal interno persista, constitui manifestação favorável, por aliviar o sofrimento do doente.*

Avaliação crítica

A ordem inversa do reaparecimento dos sintomas, defendida por HERING, é questionável, nem sempre confirmada na prática, não justificando a qualificação de regra. Contudo, por mais desordenada que seja a seqüência e a natureza do retorno, este continuará sendo um sinal seguro e válido do prognóstico favorável.

Não existem referências esclarecedoras acerca do tempo decorrido após administrado o *simillimum* em que costumam se reinstalar as citadas manifestações pregressas, motivo que induziu a autora a acrescentar ao assunto a sua própria experiência. Um dos aspectos interessantes apresentados pelos portadores de dermatoses, foi a grande variação da época de ocorrência das manifestações de retorno, desde poucos dias até alguns meses após o *simillimum*, período este provavelmente condicionado ao momento mais favorável de resposta ou de exteriorização do organismo doente. O fenômeno, além de acontecer somente na vigência do remédio correto, mostra-se dependente de determinada potência do mesmo que, imprevisivelmente, se revela eletiva para acionar a melhor resposta geral em determinado enfermo. Isto significa que o retorno de sintomas antigos ao longo de um seguimento evolutivo de paciente crônico se tornará evidente não apenas no início, mas num dado momento em que o mesmo remédio que se mostrou eficaz, for prescrito em potência superior. Assim sendo, nos tratamentos prolongados, de muitos meses ou anos, acontecem retornos de sintomas diferentes ou de “doenças” diferentes, em épocas diferentes e na vigência de medicamentos diferentes representativos da similitude atualizada conforme as transformações dinâmicas processadas no doente. Tal acontece porque, em todas as situações, será sempre o organismo a decidir o movimento no sentido do reequilíbrio, da forma que lhe convier, à revelia do nome do medicamento responsável pelo estímulo da semelhança e independente da ocorrência anterior de outros fenômenos de retorno. Os textos escritos não apontam o grau de antigüidade das manifestações reaparecidas. Subentende-se a exclusão dos episódios recidivantes habituais, a exemplo da bronquite asmática, da amigdalite aguda, das aftas, do herpes simples e da enxaqueca. Quando os intervalos naturais de recorrência são prolongados, as manifestações ressurgidas enquadram-se na categoria de reagudizações simples, espontâneas ou induzidas pelo reforço do estímulo semelhante. O critério correto para julgamento dos retornos exige pesquisa e análise da história do doente, considerando-se antigos aqueles sintomas esquecidos, além de um ano, no mínimo, retrocedendo até onde alcançar a memória do doente ou as informações familiares.

Interpretações sobre fenômenos de retorno

Enquanto a instalação relativamente imediata de quadros agudos, recorrentes ou novos, encontra interpretação lógica no mecanismo centrífugo e na somatória da doença medicamentosa e a doença natural ainda subclínica, o retorno de manifestações antigas

permanece envolto em mistério. *A maior incógnita diz respeito ao local onde o organismo arquivaria suas lutas inacabadas de defesa, à exumação de doenças supostamente curadas, bem como à necessidade da revivência de condições mórbidas passadas a fim de viabilizar a cura dos problemas atuais e proporcionar ao enfermo o esperado alívio duradouro.*

A infecção gonocócica constitui exemplo da Medicina que leva à reflexão sobre o confinamento ou arquivo de doenças supostamente curadas, possuidoras de notória tendência à reapresentação das respectivas manifestações, patognomônicas e comuns. A ciência dispõe de fármacos específicos para combater o gonococo, negativando-o nas secreções. Questiona-se por que alguns pacientes corretamente medicados reapresentam manifestações características de gonorréia e, a despeito da bacterioscopia negativa e dos esquemas terapêuticos clássicos repetidos, falsas recidivas vão acontecendo no decurso de dez, vinte ou até trinta anos. Nos antigos gonorréicos sob tratamento homeopático, voltado ao terreno como predisposição mórbida, a reinstalação de episódios “como se fosse gonorréia” são freqüentes, quase a regra, e caracterizam-se, não apenas pelo desaparecimento do problema local, mas também pela melhora de manifestações concomitantes. A interpretação fisiopatológica sobre estados reacionais miasmáticos traz explicação aos transtornos que tanto incomodam os antigos portadores do gonococo durante anos e décadas, ao admitir estado de impregnação orgânica pela toxina gonocócica, contra a qual a alopatia encontra-se desarmada. Ao ser acionado dentro da similitude, independente do diagnóstico atual, o organismo intoxicado se agarraria à oportunidade de secretar e de eliminar; quanto mais, melhor.

As respostas orgânicas dentro da correlação de similitude são polimorfas e complexas, ocorrendo em entrosamentos imprevisíveis e conferindo a cada paciente um significado polivalente. As situações de retorno de manifestações antigas costumam acompanhar outras formas reativas e, por vezes, confundem-se com elas.

Adeptos do pasteurismo, ao atribuírem às doenças infecciosas determinados agentes patogênicos, acreditam terem triunfado sobre estas infecções através do aniquilamento dos respectivos micróbios específicos. Paradoxalmente, PASTEUR pensava de outro modo ao afirmar: *“No doente o terreno é tudo, o micróbio é nada”*.

Sobre a etiologia bacteriana e virótica das manifestações de retorno

Um dos aspectos intrigantes nos fenômenos de retorno diz respeito às entidades nosológicas definidas, cujo agente etiológico, viral ou bacteriano, está cientificamente estabelecido, a exemplo do condiloma acuminado, do herpes simples e das verrugas vulgares. Nestas situações caberia ser questionada uma possível transferência de área de estoque ou de esconderijo dos respectivos fatores representativos causais, donde seriam requisitados a retornarem à cena, para reprodução de processos antigos não consumados sob o ponto de vista do ciclo imunitário. Se um computador comum possui a sua própria área de transferência, para copiar, completar, reproduzir, corrigir certos comandos e, por própria iniciativa, enviar mensagens e ordens quando necessárias, ainda que não solicitado, não existe motivo para contestar propriedades semelhantes em alguma estrutura do engenhoso aparelho humano.

Alguns fatos são inquestionáveis em patologia: de um lado, a injúria tecidual é definida como decorrência de resposta imunitária, normal na qualidade porém excessiva na duração e na amplitude; de outro lado, a especificidade causal, nem sempre biológica, que rege determinadas entidades nosológicas e cuja existência depende da presença obrigatória do determinado fator causal... salvo a hipótese de mimetização através de memória imunológica não dissipada, sustada ou truncada em agressão anterior.

A freqüente referência de episódio pulmonar recorrente antigo, ao “modo de broncopneumonia”, após medicamento administrado em quantidades imponderáveis, dentro de coincidências sintomáticas nem sempre ligadas ao sistema respiratório, tornou-se familiar. Certos homeopatas assistem com tranqüilidade a estas situações, em conduta expectante, por acreditarem que tais situações resolvem-se por si mesmas. Felizmente, o fácil acesso do paciente aos serviços de urgência garante um esquema terapêutico alopático, aliviando-o e subtraindo-o de eventual desfecho remoto indesejável. A prática demonstra que os tratamentos locais ou sistêmicos alopáticos, não chegam a prejudicar os indivíduos sob tratamento homeopático, pelo menos nas proporções propaladas. Se acontecer eventual bloqueio reacional dentro de um quadro paroxístico pós-*simillimum*, salutar por si mesmo, mas causador de sofrimento, o organismo “suprimido” engendrará nova oportunidade e se valerá de outras formas de liberação de toxinas, talvez menos ou talvez mais satisfatórias que a reação precedente. Na verdade, se um episódio mórbido receber terapêutica supressora, resultando em truncamento da cadeia natural de defesa, estariam criados fatores propícios a futuros fenômenos de reinstalação. O médico homeopata experiente saberá conduzir tais fenômenos reemergentes.

Aspectos clínicos e época de instalação das manifestações reaparecidas

O assunto sobre retorno de sintomas antigos está em aberto quanto à cronologia da reinstalação, a sua repetição, a preferência seletiva de potência e a natureza clínica.

Na experiência da autora, as manifestações ressurgidas mais freqüentes foram as furunculoses, o fluxo uretral, as verrugas vulgares e as crises de bronquite asmática antiga.

A exposição sinóptica do comportamento de um grupo de doentes caracterizados pelo retorno de manifestações progressas, ao modo de listagem de dados conforme o QUADRO VII, visa facilitar comparações e destacar alguns dados úteis.

QUADRO VII - Sinopse clínica. Acervo original de Anna Kossak Romanach
RETORNO DE MANIFESTAÇÕES ANTIGAS

Ref. ordem Reg.	Sexo Idade	Diagnóstico central	Aspecto clínico do retorno	Referência "como se"	Época instalação	Fase acalmia	Medicamento
01 3090	M 19	Sinusite. Acne.	Fluxo uretral	Gonorréia	50º dia	2 a	Thuya C 5
02 4758	F 28	Bronquite asmática. Acne.	Erupções vesiculosas labiais	Herpes labial	4º mês	5 a	Graphites C 30
03 7262	M 22	Rinite alérgica. Acne Hiperkeratose plantar	Fluxo uretral	Gonorréia	2º mês	6 a	Aurum C 30
04 5332	F 29	Cloasma. Acne. Distrofia ungueal	Lesões de mucosa oral	Aftas	6º mês	10 a	Graphites C 30
05 7332	F 23	Conjuntivite. Acne.	Erupções palpebrais	Blefarite. Terçóis.	4º mês	5 a	Viola tr. C 30
06 7333	F 36	Cefaléia crônica. Cloasma. Acne.	Dores articulares	Reumatismo articular agudo.	8º mês	21 a	Sepia C 12
07 7188	M 20	Rinite crônica. Cefaléia crônica. Acne.	Furúnculos supurados em axilas.	Furunculose.	50º dia	7 a	Arsen. iod. C 30
08 6060	F 20	Acne. Obstipação.	Furúnculos esparsos. Verrugas quirodáctilos	Furunculose. Verrugas vulgares	3º mês	16 a	Nux v. C 12
09 6438	F 20	Insônia. Acne. Aftas. Cefaléia crônica.	Furúnculos.	Furunculose.	7º dia	5 a	Nux v C 30
10 6719	F 21	Enxaqueca. Acne.	Erupções labiais.	Herpes labial.	38º dia	9 a	Hydrastis C 12
11 7216	F 19	Bronquite asmática. Amigdalite crônica. Acne.	Erupções genitais	Herpes genital	17º dia	4 a	Aurum C 30
12 5431	M 17	Úlcera gast. duodenal Acne.	Faringite.	Faringite.	23º dia	4 a	Natrum m. C 30
13 6308	F 26	Diátese supurativa. Abscessos. Acne. Seborréia.	Erupções pálpebrais.	Terçóis.	47º dia	11 a	Silicea C 30
14 6038	F 11	Rinite alérgica. Acne	Furúnculos.	Furunculose.	50º dia	6 a	Calc.ph C 5
15 6741	F 50	Obstipação. Pirose. Seborréia.	Escoamento de secreção do ouvido E	Otite supurada	1º mês	8 a	Natrum m. C 30

16 0467	M 29	Alopécia areata. Obstipação crônica.	Formações verrucosas em genitais	Condilomas acuminados	1º mês	2 a	Sulfur C 12
17 0428	M 51	Rinite alérgica	Cólicas..... Cefaléia..... Secreção ouvido D..... Supuração ouvido D... Cólicas vesícula.....	Crise biliar..... Cefaléia crônica..... Otite Otite supurativa..... Crise biliar	14º dia 14º dia 30º dia 50º dia 6º mês	33 a 01 a 45 a 45 a 33 a	Arn. 6 Arn. 6 Arn. 12 Arn.200
18 0034	F 29	Colite. Obstipação. Bronquite asmática.	Erupções da face	Acne vulgar	20º dia	5 a	Natrum m. C 12
19 0125	M 71	Insônia	Corrimento uretral	Gonorréia. Infecção urinária baixa.	20º dia	50 a	Lycop. C 200
20 0351	F 89	Obstipação crônica	Dispnéia. "Chiado".	Bronquite asmática.	2º mês	5 a	Caust. C 30
21 0066	F 15	Rinite alérgica	"Chiado no peito".	Bronquite asmática.	15º dia	6 a	Calc. ostr C 6
22 0369	M 47	Gastrite. Rinofa- ringite	Descarga secreção nasal	Sinusite	10º dia	5 a	Ars.alb C 30
23 1029	F 42	Enxaqueca. Dismenorréia.	Dores articulares.	Reumatismo poliarticular.	14º dia	12 a	Apis 30
24 0856	F 42	Insônia. Cefaléia crônica. Disme- norréia.	Tosse convulsiva..... Dores estômago.....	Coqueluche..... Gastrite.....	1º dia 10º dia	33 a 5 a	Lycop. C 200
25 0189	M 51	Granuloma cicatriz. Enxaqueca. Insônia.	Paroxismo dores poli- articulares.	Reumatismo articular agudo	20º dia	40 a	Sanguin. c. C 12
26 0369	M 47	Gastrite pós gastrectomia parcial.	Descarga nasal de aspecto pútrido	Sinusite	50º dia	10 a	Arsen. C 30
27 0745	F 38	Rinite crônica	<u>1ª etapa</u> Reagudização faringite. Processo inflamatório ambos tornozelos. <u>2ª etapa (após 3 a)</u> Secreção ouvido D Descarga nasal purulenta	<u>1ª etapa</u> Artrite reumatóide. <u>2ª etapa</u> Otite serosa Rinofaringite purulenta	7º dia 1ª semana	6 a 30 a	Nux v. C 6 Lycop. C 30
28 7012	F 47	Vascularite necrotisante	Rinorréia profusa esverdeada	Sinusite frontal	30º dia	27 a	Luesinum C 200

Comentário adicional ao QUADRO VII, sobre o retorno de manifestações

Na área do retorno de manifestações ou sintomas antigos, importam os seguintes aspectos:

- A independência de sua natureza em relação ao motivo central da primeira consulta.
- A possibilidade de identificação através do questionário clínico inicial, o qual permite o reconhecimento de outras variantes reacionais indicadoras de resposta favorável, a começar pelos emunctórios e eliminações fisiológicas.
 - Confusão com episódio novo para o doente, agudo ou não, recorrente ou esporádico, a exemplo da Referência 8ª, onde houve aparecimento de furunculose e de verrugas vulgares, representando a 1ª condição um retorno de sintomas, enquanto a 2ª condição traduz fenômeno novo até então desconhecido para a paciente.
 - Interpretação equivocada de agravação patogenética.
 - Ausência de tratamento por erro de prescrição e conseqüente instalação de episódio inesperado.
- Eletividade a determinada dinamização de mesmo medicamento, admitindo a possível atuação prévia facilitadora das dinamizações inferiores. O 19º paciente do quadro sinóptico não apresentou nenhum sintoma de retorno após *Lycopodium* na dinamização C 6 e C 12; entretanto, após dose única C 200 teve intensa secreção uretral e simulou infecção urinária. A 5ª paciente, com 23 anos, evoluindo bem de conjuntivite crônica e acne, teve retorno de terçóis e blefarite, tidos há 5 anos, na passagem de *Viola tricolor* C 6 para C 12. A 20ª paciente, com 89 anos, sem aspectos reacionais importantes na vigência de *Causticum* C 6 e C 12, reapresentou crise de bronquite asmática com *Causticum* C 30, após acalmia de 5 anos.
 - Repetição do retorno de sintomas antigos em um mesmo paciente, na vigência de *simillimum* diferentes, obviamente em épocas diferentes. Na Ref. 26º, o doente foi acompanhado durante 3 anos num plano de dinamizações ascendentes e espaçadas de *Arsenicum album*, desde C 6 a 1000, apresentou importante retorno de sintoma antigo sob forma de sinusite após C 30 e nenhum fenômeno de retorno com as demais potências.
 - Reprodução de igual quadro clínico na qualidade de manifestação antiga no mesmo doente, na vigência de mesmo medicamento *simillimum*, em épocas diferentes. A exemplo: em diagnóstico principal de rinite alérgica, em paciente, gastrectomizado há muitos anos, após *Arnica C 6* e posteriormente após *Arnica C 12 e C 200*, dentro de um período aproximado de 6 meses, houve instalação de quadro de crise biliar caracterizando fenômeno de Hering repetitivo; coincidentemente, ambos os episódios foram cerceados alopaticamente (Ref. 17ª e Caso Clínico 38).
 - Mais de um tipo de sintomas antigos de retorno constatados na vigência do mesmo *simillimum*, da mesma dinamização e da mesma dose única. Oportunidade de registro excepcional. Ex: *Lycopodium C 200*, em dose única, induziu instalação de prolongada crise de tosse convulsiva no 1º dia (coqueluche há 33 anos) e de gastralgia paroxística no 10º dia (gastrite há 5 anos), conforme Ref. 24ª.

- Retorno de sintomas diferentes com *simillimum* diferentes, a exemplo da Ref. 27, com reinstalação de “artrite reumatóide” tida há 6 anos, no 7º dia após *Nux vomica* C 6 e que, ao ser a paciente medicada após 3 anos com *Lycopodium* C 30, desde os primeiros dias reapresentou otite serosa e rinofaringite purulenta tidas há 30 anos.

- O quadro de retorno nem sempre é fugaz ou transitório. No caso particular da furunculose, as lesões costumam se suceder durante alguns meses, sem obedecerem à distribuição topográfica original, conforme Ref. 8ª. (Caso e Fig.36).

- Medicamento não semelhante não suscita retorno de sintomas.

INSTALAÇÃO DE EPISÓDIOS AGUDOS RECORRENTES

Episódios agudos recorrentes habituais e aqueles provocados, pós-*simillimum*. As interpretações miasmáticas. Critérios especiais de prescrição e de seguimento.

Quadros agudos recorrentes naturais e antecipados

A instalação de quadros agudos habitualmente recidivantes após o *simillimum*, em geral poucos dias depois, não tem sido motivo de pesquisas específicas. Essa eventualidade costuma ser atribuída ao acaso ou a crises exonerativas miasmáticas. A sua instalação imediata pós-*simillimum* em doenças essencialmente crônicas e de natureza benigna, não coaduna com mera coincidência e controles sistemáticos precoces do doente, medicado dentro da similitude, evidenciam o fenômeno com frequência maior do que se presume. Para tanto se impõe que o terapeuta homeopata assinale na ficha inicial os mínimos detalhes quanto às prováveis causas desencadeantes e à duração dos intervalos de acalmia, sem esquecer dados referentes às principais funções fisiológicas de eliminação e às tendências patológicas manifestas, para dispor, nas consultas subseqüentes, de parâmetros comparativos no julgamento das reações inesperadas. A vigilância do paciente nas primeiras semanas constitui requisito para o acompanhamento correto.

A instalação de episódio agudo habitualmente recorrente, imediata ao *simillimum* provoca, em geral, por iniciativa da família do doente, o atendimento de urgência alopático, por falta ou inexistência de plantões homeopáticos e porque não é cogitado o vínculo direto da intercorrência aguda com a Homeopatia. Não se explica por que acontecimento de tão fácil constatação tenha passado despercebido à maioria dos clínicos homeopatas durante tantas décadas, sem despertar maior interesse e sem cogitar sobre a possibilidade destes surtos integrarem o quadro crônico mobilizado sob impacto do tratamento, em mescla a outras alterações sistêmicas concomitantes. Não raro, estas ocorrências constituem motivo de apreensão aos profissionais menos avisados e principiantes do método, prestando-se à interpretação de situação evolutiva desfavorável, a complicações e a erro de prescrição, questionando o prosseguimento do plano terapêutico adotado.

Diferente do fenômeno de retorno de sintoma antigo, cuja vivência é situada em passado remoto, os surtos agudos recorrentes remontam de passado recente, no máximo há alguns meses.

Interpretações miasmáticas

A agudização recidivante, ao representar explosão miasmática ocasionada por limiar insuportável de toxinas, representaria paroxismo de eliminação destas toxinas já em vias de acontecer, sendo apenas precipitado ou antecipado pelo *simillimum*. Esta interpretação justifica a ocorrência comum das crises de amigdalite recorrente, de “estados gripais” e de bronquite asmática, nos primeiros dias após iniciado o tratamento, significando que tal acontece em função da soma do estímulo farmacodinâmico do medicamento administrado, alinhado no mesmo sentido do esforço natural preexistente de exteriorização desta mesma crise. Não fosse esse estímulo de semelhança, a crise ocorreria da mesma forma, um pouco mais tardia.

Os surtos agudos recidivantes possuem vínculo estreito com predisposições mórbidas de terreno e representam importantes processos de eliminação. Na realidade, fazem parte do capítulo das doenças crônicas, principalmente daquelas enraizadas e de progressão inexorável, reconhecidas desde HIPÓCRATES e que HAHNEMANN estudou sob o nome genérico de miasmas, categorizando-as como *psora*, *sicose* e *sífilis*, atribuindo-as a agentes causais contagiosos e que, com o séquito de suas conseqüências, se transmitiriam de uma a outra geração. Hoje, esta etiologia contagiosa é contestada e restrita a um simbolismo acidental, como referência a tipos de predisposição mórbida de terreno ou diáteses, enfim, a padrões ou modos do organismo comportar-se dentro do desequilíbrio. Depois de HAHNEMANN, outros autores contribuíram para os estudos de impregnação mórbida do organismo, sistematizando o *tuberculinismo* e o *cancerinismo*. O *artrismo*, incluído dentro do miasma psórico e por outros autores (H.BERNARD, R.ZISSU) na sicose, representa o modo reacional crônico melhor estudado e compreendido pela escola clássica, não na qualidade de miasma, e sim de diátese. Os estudos de SYDENHAM, de TROUSSEAU e de outros cientistas retratam o significado de artrismo tal como HAHNEMANN concebeu o miasma psórico: a progressão evolutiva desfavorável, contínua, a tendência de se reproduzir e de se acentuar nos descendentes (portanto, a sua herança) e a persistência até a morte. Talvez o criador da Homeopatia não tenha se ocupado devidamente do artrismo, por preconceito, pelo fato desta diátese, conhecida desde a antigüidade, não estar relacionada a nenhuma etiologia contagiosa. O conhecimento do artrismo no seu antigo e exato significado, permite compreender a dinâmica de qualquer condição dita miasmática.

JULIAN e HAFFEN são responsáveis pela mais perfeita revisão histórica e bibliográfica sobre doenças crônicas, estabelecendo conotações fisiopatológicas dentro de cada miasma e dos miasmas entre si. Alguns contemporâneos de HAHNEMANN se opuseram ao radicalismo interpretativo original e defenderam os estados miasmáticos crônicos conotando-os a situações de bloqueio de eliminações e de insuficiência de órgãos, onde parasitas e germes participariam na condição de oportunistas em terreno anteriormente comprometido. Nesta interpretação, os estados crônicos não representam compartimentos estanques, iniciando-se por pequenas e sucessivas descompensações, que resultam no decurso do tempo em caracterizações nosológicas dependentes do grau de nocividade, da persistência ou da reincidência do fator agressor, de seqüelas anteriores, de fatores estressantes de acréscimo, de ambientes insalubres e de alimentação inadequada.

Os episódios agudos recidivantes representam crises exonerativas dos estados de impregnação mórbida, designados por estados de intoxinação. Após a catarse mórbida proporcionada pela crise, o organismo melhora suas condições ou, pelo menos, sobrevive sem piora ou piora menos dali para frente, conforme o grau de descompensação, do ulterior estilo de vida e do tipo de oportunidades terapêuticas. Para HAHNEMANN, a Homeopatia representaria o único e exclusivo recurso terapêutico, ao modo de tábua de salvação, capaz de reverter o indivíduo caído em desgraça dentro de um miasma inexoravelmente progressivo. Em outras palavras, somente o estímulo da força vital através do recurso de um fármaco em doses mínimas, empregado segundo a lei da semelhança, baseado na totalidade sintomática característica do doente, teria a possibilidade de acionar o organismo como unidade, para mobilização conjunta das frentes de defesa no sentido centrífugo, da maneira que puder ou lhe convier, desde a célula, tecidos e órgãos, no objetivo de alívio da morbidez nele represada. O organismo acionado dentro da similitude se tornaria então apto a promover as eliminações salvadoras, normais ou patológicas, isoladas ou recorrentes, sob múltiplas formas, com ou sem caracterização nosológica estabelecida.

Na prática clínica comum, tem sido impossível extinguir os episódios recorrentes mediante a atenção terapêutica direcionada exclusivamente ao paroxismo, pelo fato deste incidente possuir raízes em terreno predisposto e para cuja erradicação a terapêutica alopática se mostra frustrada. Os imunopatologistas estão empenhados na busca de tratamentos de intercrise ou de interfase dirigidos ao terreno predisposto. Os recursos correntes disponíveis para uso nas fases de acalmia, no intuito de melhorar ou espaçar as crises agudas, restringem-se à climatoterapia, a exercícios, a regimes alimentares e a alguns recursos terapêuticos de apoio ao modo das imunoglobulinas.

Em Homeopatia, a prevenção dos episódios recorrentes consiste na continuidade do tratamento de terreno, a ser instituído após vencida a crise aguda, quando o doente diz nada sentir e, inclusive, recusa o prosseguimento terapêutico por julgá-lo desnecessário. A afirmação “não sentir nada” é muito relativa, uma vez que a semiologia homeopática dispõe de sutilezas e recursos de individualização baseados, não necessariamente, em manifestações tumultuadas e sim em sinais discretos remanescentes, em nuances, em modos sutis de comportamento orgânico e em aspectos emocionais frente aos estímulos ou agressões do meio ambiente, enfim, analisando as mudanças gerais que marcaram a fase de instalação das primeiras crises e revisando o passado mórbido pessoal e familiar do paciente. O conhecimento destes aspectos é importante em época quando acontece a implantação da Homeopatia em serviços coletivos de atendimento em massa e porque o sistema de saúde concede opções de local de consulta, subtraindo o paciente de um fichário central; nestas flutuações muitos dados se perdem e prejudicam o seguimento terapêutico adequado.

O atendimento dos episódios agudos recorrentes impõe instrução do doente no sentido de cooperar e compreender o significado prioritário do tratamento de base ou de terreno, para que as próximas crises sejam gradativamente abreviadas e abrandadas, com aumento paulatino das fases de acalmia, até acabarem por se extinguir.

O profissional alopata, excepcionalmente será omissos frente a um quadro agudo, recorrente ou não, desde que faça diagnóstico correto, dispondo de recursos poderosos e imediatos de alívio, de apoio, de remoção da causa, de reposição de elementos químicos, de destruição de germes e, inclusive, de esquemas preestabelecidos em função do diagnóstico clínico.

O profissional homeopata, após o diagnóstico nosológico correto, obriga-se a conduzir a prescrição dentro da similitude coincidente com a totalidade sintomática característica atual recente e, se assim não proceder, o paciente ficará sem tratamento, à mercê de suas próprias forças. A dificuldade na identificação do *simillimum* em situações agudas emergenciais justifica a adoção de dois medicamentos capazes de cobrirem o caso agudo, muito excepcionalmente três, em alternância, desde que um deles venha a ser, de fato, o *simillimum* do caso a tratar; caso contrário, o ato terapêutico homeopático não se consumará, ficando o doente a “descoberto”.

A interpretação do episódio agudo ao modo de espontânea, natural e necessária válvula de escape que aliviará o doente em abrangência geral ou sistêmica, pelo menos durante algum tempo, tem motivado, da parte de profissionais ousados e daqueles amantes da filosofia, a adoção sistemática injustificada de conduta expectante frente a quadros agudos potencialmente graves.

O médico homeopata não dispõe de recursos para se assegurar que determinado quadro agudo representa, de fato, uma variante reacional pós-*simillimum* ao modo da agravação homeopática, justificável de conduta de espera, a não ser a referência do uso recente ou atual de medicamento homeopático. Considerando que a sobreposição de tratamentos nestes casos, inclusive o alopático, não prejudica o doente e parece não interferir na evolução posterior, impõe-se medicar sempre, ainda que paliativamente, subtraindo o doente de riscos desnecessários. HAHNEMANN escreveu sobre a inconveniência de remoção (e não supressão, conforme insistem certos tradutores) de manifestações visíveis, tegumentares, motivadoras da falsa idéia de cura, em época quando os recursos paraclínicos eram poucos; não fazia tais restrições nos quadros agudos, recorrentes ou não, embora se saiba que o tratamento dirigido a uma situação episódica não é aquele adequado ao doente como unidade global.

Aspectos práticos especiais

Enquanto o tratamento alopático dirigido ao problema agudo não desfigura o complexo sintomático de base, o tratamento pretensamente homeopático, embora restrito à similitude de queixas isoladas ou paroxísticas, costuma adulterar a totalidade sintomática a curto prazo. Por isso, pacientes novos atendidos em fase de emergência devem ser convocados para entrevista algumas semanas após dissipada a fase aguda, visando plano terapêutico do terreno. Aliás, esta orientação vale aos pacientes propensos a episódios agudos que ainda não receberam tratamento homeopático de crise, considerando que o organismo livre de interferências, entra mais facilmente em processo de estabilização sintomática, facilitando a identificação do *simillimum*.

No portador de quadro agudo induzido, isto é, atribuído ao tratamento homeopático, tratado ou não na crise, não importa se homeo ou alopaticamente, aguardar

sempre pelo menos duas semanas após o paroxismo para, então, reiniciar o medicamento de terreno, na mesma dinamização adotada antes do paroxismo. Com tal conduta não costuma acontecer nova recorrência imediata e o organismo prosseguirá no sentido da acomodação favorável encetada pelo medicamento anterior. Neste momento, uma nova e precoce repertorização levaria a falso *simillimum* condicionado por possíveis modificações gerais favoráveis, comuns após a catarse aguda, pela provável perda de alguns sintomas importantes, porque o organismo mobilizado pela sintonia da similitude ainda não se estabilizou.

Nas situações agudas prevalecerá o critério sintomático característico atual. Considerando que o episódio traduz momento de esforço máximo de defesa, o emprego intensivo, durante a crise, do *simillimum* do terreno em uso pelo doente, torna-se inoportuno ou incoerente, ou porque não foi ele capaz de evitar o episódio agudo de causa externa, ou porque induziu por ele mesmo o paroxismo atual como recurso de alívio.

Qualquer medicamento é, potencialmente, agudo ou crônico, ou trimiasmático, sem vínculo obrigatório aos supostos compartimentos teóricos dos estados mórbidos. A listagem de fármacos na categoria de agudos e crônicos não encontra justificativa prática. A categorização dos medicamentos decorre de estatísticas retrospectivas, variando de um médico a outro e tem significado apenas didático ou científico. A referência no “*Organon*” a *remédios miasmáticos* ou *antimiasmáticos* (§§ 221-223) equívale ao *simillimum* global, também chamado *medicamento de fundo* ou *medicamento de terreno*. Muito erradamente, alguns textos qualificam-nos de *medicamentos constitucionais*.

A grande diferença prática consiste no fato da identificação de *simillimum* para o quadro crônico proporcionar valor duradouro, cabendo ao médico adequar a potência do mesmo, no sentido ascendente, em intervalos variáveis e durante muitos meses. A prescrição ao quadro agudo, baseada na totalidade sintomática atual, nos mesmos moldes semiotécnicos exigidos às situações crônicas, pelo fato de atender a um quadro episódico, apenas paroxístico, perde sua indicação dentro de poucos dias ou horas e passa a exigir nova adequação medicamentosa ainda no episódio atual ativo ou no próximo, sempre alicerçada em manifestações atualizadas e na dependência de outra avaliação semiológica, ao modo de caso novo.

Pelo fato da exteriorização clínica de uma tendência mórbida não ser rigorosamente periódica, somente a pesquisa retrospectiva do acervo clínico permite o raciocínio dos fenômenos agudos antecipados serem induzidos pelo *simillimum*. A avaliação da eficácia da Homeopatia nos episódios recorrentes não prescinde de um calendário anual com anotações a cargo do próprio paciente.

Muitos episódios agudos dinâmicos são afebris, a exemplo da enxaqueca, das crises dolorosas de gota e da orofaringite - esta última, comum em pacientes amigdalectomizados.

QUADROS CLÍNICOS NOVOS: AGUDOS ESPORÁDICOS, NÃO AGUDOS E INTRUSOS

- I - Episódios agudos novos esporádicos.
- II - Quadros clínicos novos não agudos.
- III - Intrusão de segunda doença.

I - Episódios agudos novos esporádicos

Além dos episódios de caráter recidivante, reconhecidos pelo doente como habituais, ocorrem após o *simillimum* fenômenos clínicos para ele até então desconhecidos, ao modo de transtorno latente trazido à tona pela instigação dinâmica. Esta nova instalação traduz fatores intrínsecos ou disposição mórbida eventual, que iria se manifestar futuramente.

Na prática, impossível será afirmar quando determinado paroxismo isolado, sem caráter de recorrência é espontâneo ou quando é induzido pelo *simillimum* por força da farmacodinamia semelhante incidindo em indivíduo sensibilizado por agressão mórbida intercorrente anterior.

A diferenciação clínica do episódio agudo novo solitário, daqueles recorrentes habituais, consiste na sua fisiopatologia recente inesperada, sem aparente ligação à condição subjacente. Entretanto, constata-se com freqüência, graças aos seguimentos prolongados, que estes episódios esporádicos igualmente se comportam à maneira de válvulas de escape, silenciam por si mesmos e proporcionam fase posterior de alívio.

Dignos de registro são os relatos de médicos homeopatas sobre a instalação de quadros “como se fosse broncopneumonia”, ou “como se fosse gripe” em portadores de diagnósticos diversos, nem sempre relacionados à árvore traqueobrônquica e na vigência de medicamentos distintos. A maioria destas situações consegue ser superada facilmente, apesar dos muitos pacientes levados a serviços de pronto socorro onde nem sempre a imagem radiológica e exames especializados justificam as manifestações clínicas.

Frente à incerteza de representar o episódio agudo novo, imediato ao *simillimum*, uma forma reacional natural favorável, será obrigatória a conduta de prescrição nos moldes dos demais quadros agudos, tanto recorrentes, esporádicos, acidentais ou epidêmicos, sob critério da totalidade sintomática atual recente individualizada. Na dúvida entre dois ou mais prováveis medicamentos, prevalecerá aquele cuja patogenesia contiver, além da totalidade sintomática coincidente, os principais sinais e sintomas do processo agudo atual. O procedimento de BOENNINGHAUSEN, do sintoma totalizado, será útil nestas eventualidades. Atenção para não considerar, para efeito da totalidade, as manifestações caracterológicas do doente ou sintomas anteriores ao episódio agudo. Evitar repertorização sintomática a partir de modalização abusiva de mesma condição localizada.

II - Quadros clínicos novos não agudos

Muitas vezes, após administrado o remédio dotado de similitude, o organismo exterioriza manifestações não inflamatórias e não agudas, justificáveis ou não de novos diagnósticos bem definidos. Estes quadros guardam uma aparente e completa independência em relação à queixa original.

III - Intrusão e conjunção de segunda doença

As doenças de superposição e de intrusão são de registro difícil, senão impossível, tornando válida a referência de qualquer situação ilustrativa, ainda que parcial, desde que contribua de alguma forma ao conhecimento dos mecanismos de defesa ainda obscuros. Não fosse o diagnóstico dermatológico de acne, dificilmente outra entidade mórbida, inclusive cutânea, teria permitido o registro da conjunção e intercalamento de doenças. Além disso, representa o acne uma dermatopatia crônica e refratária aos tratamentos, contentando-se o seu portador com medidas paliativas a curto prazo.

No decurso dos §§ 35 a 45 do “*Organon*” HAHNEMANN discorre sobre a coexistência de doenças semelhantes e dessemelhantes, em suas múltiplas possibilidades de entrosamento e atribui o poder curativo carreado pelo *simillimum* à sua condição de segunda doença, semelhante, artificial, medicamentosa, dinâmica e mais forte do que a doença natural. Os citados parágrafos encerram as seguintes conotações:

1. *Quando as duas doenças coexistentes são dessemelhantes e sendo a primeira mais forte que a segunda, esta segunda não consegue se estabelecer.*

2. *Quando as duas doenças coexistentes são dessemelhantes e sendo a segunda mais forte que a primeira, a segunda se estabelece e suspende a primeira.*

3. *Quando as doenças coexistentes são semelhantes e sendo a primeira mais forte que a segunda, esta segunda não consegue instalar-se.*

4. *Quando as doenças coexistentes são semelhantes e sendo a segunda mais forte que a primeira, a segunda mais forte se estabelece enquanto a primeira desaparece (fenômeno de cura).*

Na finalidade precípua de motivar polêmica, num campo inexplorado da Medicina, são apresentadas três situações diferentes em três portadoras jovens de acne vulgar, cujos relatórios e figuras estão inseridos nas partes II e III do presente texto, caracterizadas como:

A) *Intrusão e instalação de verrugas planas na vigência de Tetraciclina (Fig. 85).*

B) *Substituição gradativa das lesões acnéicas por verrugas planas na vigência de Natrum muriaticum (Fig. 83).*

C) *Substituição das lesões acnéicas por sífilides secundárias (Fig. 84).*

As verrugas planas diferem dentro da categoria das formações verrucosas, pela maior incidência em jovens e pela morfologia e distribuição topográfica eletiva na face e dorso das mãos. Ao contrário destas verrugas planas, *raras*, as chamadas verrugas vulgares são *comuns* no decurso de tratamentos homeopáticos na categoria de intercorrências agudas ou crônicas; independem da natureza do *simillimum* e do diagnóstico patológico central; a sua instalação ora acontece de forma imediata, na condição de fato novo, ora representa retorno de manifestação antiga; costumam instalar-se no final de um tratamento prolongado e, fato interessante, a sua involução em portadores de acne tende a contemporizar, ao modo de derradeira evidência anormal cutânea, mais retardatária que o próprio acne.

Relativamente às três situações aventadas, importa considerar que as verrugas planas, ainda que de origem virótica, dependem sobretudo da suscetibilidade ou predisposição mórbida do terreno, enquanto nas sífilides secundárias, com origem no treponema de elevado potencial patogênico, prevalece a influência obrigatória do fator causal.

A constatação de casos semelhantes levanta a importante questão da coexistência de doenças, propiciando subsídios para o estudo da dinâmica cutânea no contexto orgânico, na tentativa de enquadrá-las nos citados parágrafos, segundo os quais as entidades nosológicas mais fortes silenciam outras mais fracas, substituindo-as temporariamente quando forem de natureza distinta ou destruindo-as quando situadas dentro da correlação de semelhança. Segundo os enunciados de HAHNEMANN, nenhuma das três pacientes ficaria naturalmente curada, pelo fato da segunda doença justaposta ser dessemelhante em relação àquela preexistente e, por mais forte que fosse a segunda, intrusa, jamais esta faria desaparecer a outra mais antiga de natureza diferente - no caso o acne. Destes conceitos se deduz que nas três pacientes a doença inicial retornaria oportunamente, desde que cessada a interferência estranha superveniente. O mesmo raciocínio se aplicaria aos alívios passageiros conseguidos pelo uso de fármacos dinamizados empregados sob critério trópico ou parcial exclusivo, sem obediência à totalidade sintomática integrada, isto é, sem correlação de semelhança. Contudo, admitindo a interferência do medicamento *simillimum* na qualidade de terceira doença, ele atuaria via-organismo, alheio ao nome, ao número e à etiologia das alterações existentes, superando-as.

Sem acompanhamento diário ou semanal dos casos, torna-se impossível concluir se nas pacientes em referência houve substituição, intrusão ou metamorfose das lesões. As superposições ou as conjunções não equivalem às substituições mórbidas citadas na literatura. As chamadas doenças de substituição ocorrem na seqüência habitual de organismo acionado pelo estímulo adequado no sentido favorável. Desta forma, tendo sido esgotado determinado *simillimum* pela adoção sucessiva das dinamizações ascendentes e estando minorado e estabilizado o conjunto sintomático, começam a emergir, paulatinamente, outras manifestações que delineiam ou não um novo diagnóstico nosológico. Por outro lado, o progressivo e natural desgaste orgânico, somado ao inevitável declínio do sistema imunitário, geram novas e sucessivas situações próprias do envelhecimento do ser vivo.

As pacientes citadas (Casos Clínicos e Figuras 83, 84 e 85) se prestam para digressões acerca dos seguintes aspectos:

- Intrusão espontânea de 2ª doença dessemelhante.
- Intrusão e dominância de 2ª doença dessemelhante na vigência prolongada de antibiótico tetraciclínico.
- Intrusão e dominância de 2ª doença dessemelhante na vigência de *Natrum muriaticum* na qualidade de *simillimum*.
- Dificuldade no julgamento da doença “mais forte”.
- Dificuldade no julgamento do dessemelhante propriamente dito.
- Desaparecimento final persistente simultâneo de duas entidades nosológicas distintas de etiologia definida diferente, isto é, dessemelhantes.
- Acréscimo da influência farmacodinâmica do *simillimum*, na qualidade de doença artificial ou medicamentosa, mais forte que outra ou outras “naturais”.

AGRAVAÇÕES HOMEOPÁTICAS

História das agravações homeopáticas. Conceito. Intensificação sintomática nas doenças agudas e crônicas. Variáveis clínicas. Prognóstico. Conduta. Agravações iatrogênicas e isoterápicas. Diferenciação.

As primeiras agravações homeopáticas

O confronto do quadro tóxico do mercúrio com a sífilis, bem como daquele da *China officinalis* com a malária, constituiu-se em ponto de partida para a criação da metodologia homeopática e investigação paralela de outras substâncias medicinais. Surgiu assim a experiência no homem são, pela primeira vez em Medicina, constituindo-se esta experimentação em um dos fundamentos da Homeopatia. Sem o conhecimento dos quadros patogênicos suscitados por experimentação, impossível seria conhecer o potencial farmacodinâmico das drogas, por inexistência de parâmetros sintomáticos entre as propriedades destas e as manifestações apresentadas por determinado doente. Importa assinalar que as quantidades do *simillimum* adotadas no início da prática da Homeopatia, ainda que subtóxicas, reduzidas, chamadas de “mínimas”, não eram realmente tão mínimas quanto as adotadas hoje, na faixa da imponderabilidade. Somente a vivência clínica, no decurso dos anos, mostrou ser injustificável, senão inadmissível, o emprego de quantidades ponderáveis do fármaco original, considerando que o mecanismo de cura dentro do princípio da semelhança é regido pelo efeito secundário das drogas, inerente à zona de atuação farmacológica em nível imponderável.

Desde as primeiras provas em Homeopatia, surpreenderam-se os observadores diante das múltiplas reações dos doentes e, em especial, diante das agravações antecedendo às curas, interpretadas, então, como doença medicamentosa mais forte que a doença natural, em decorrência da soma das pequenas doses demasiadamente repetidas. Nem sempre os indivíduos toleravam de igual maneira as doses medicamentosas e muitos deles evidenciavam manifestações indesejáveis. Uma discreta agravação imediata do doente era acontecimento esperado e, no intuito de contorná-la, a quantidade do remédio passou a ser gradativamente reduzida, sob justificado receio desta redução comprometer o resultado terapêutico final. Entretanto, isto não aconteceu. Pelo contrário, os fármacos reduzidos até o nível imponderável continuaram a atuar de forma patente e mais imediata. Nos efeitos inversos das substâncias medicinais, referidos por HIPÓCRATES de forma despreziosa, encontrar-se-ia a explicação para o fato, ressaltando-se que nem o Pai da Medicina, nem outro médico anterior a HAHNEMANN, relacionou o fenômeno da inversão da ação à quantidade do medicamento administrado e, muito menos, a processo defensivo orgânico.

O efeito secundário representa, na verdade, a resultante reacional do organismo sobre o qual determinada droga incide sob forma de estímulo e, quanto

mais reduzido ou imponderável estiver determinado fármaco, tanto mais próximo ele estará do seu próprio efeito inverso ou secundário. No doente portador de sintomas mórbidos semelhantes aos farmacodinâmicos em pauta, este efeito secundário, fortalecido artificialmente, será responsável pela resposta de cura. Se esta reação secundária, alinhada à reação mórbida natural - até então insuficiente - resultar em somatória excessiva, estabelecer-se-á estado de intensificação dos sintomas iniciais do doente ou agravação homeopática.

No fim da sua vida, HAHNEMANN falava em agravações pelas “altíssimas” diluições, não ponderáveis, inclusive C 30, depois ultrapassadas até C 200. Nasceu, desta maneira, o importante capítulo das agravações homeopáticas, expressões veementes da atuação das quantidades imponderáveis de fármacos sobre os seres vivos, diferente da descrita agravação medicamentosa, resultante da adição sucessiva das reduzidas doses subtóxicas ainda ponderáveis.

Constatado o fato dos indivíduos sadios responderem a quantidades mínimas de substâncias, as experimentações patogenéticas passaram a adotar doses cada vez mais reduzidas. No entanto, o organismo doente, notadamente na parte afetada pela doença, mostra-se muito mais sensível do que o organismo sadio, às doses mínimas das drogas experimentadas. Assim sendo, a dose imponderável de um fármaco determinado, desde que favorecido pela sintonia de semelhança sintomática e situado na zona de atuação farmacodinâmica secundária, propiciará ao doente possibilidades de resposta suficiente... ou mais do que suficiente, sob forma de intensificação de prováveis sinais e sintomas previamente delineados.

Agravações homeopáticas em quadros clínicos agudos

Agravação homeopática em doenças agudas ou de instalação brusca tem sido questionada e, até época recente, alguns autores não a admitiam. Tal atitude teria justificativa no fato das doenças agudas representarem, por si mesmas, uma reação orgânica violenta breve. Além disso, nestas situações de reação máxima, ocorreria provável maior consumo dos estímulos, tornando-se a repetição aproximada indispensável para o processo de cura em curto prazo. Pouco tempo restaria disponível ao médico para captar as nuances reacionais de cada indivíduo no decurso das horas ou poucos dias que caracterizam os processos paroxísticos. Na doença aguda torna-se difícil distinguir, dentro do curso tumultuado, o que é próprio do doente e o que está sendo induzido pelo medicamento. Somente a objetividade da Dermatologia pôde demonstrar, sem sombra de dúvida, a realidade de agravações homeopáticas em processos agudos bem caracterizados.

Agravações homeopáticas em doenças crônicas

Ao contrário das doenças agudas, naquelas crônicas torna-se possível presenciar inúmeras variedades reativas e acompanhá-las no transcurso de dias, meses e anos, permitindo afirmar ou infirmar curas posteriores através de seguimento prolongado.

Pouquíssimos autores se ocuparam do assunto, limitando-se aos conceitos de HAHNEMANN, recopiados por KENT muitas décadas depois. No enfoque hahnemanniano a agravação homeopática consiste na agravação nítida e imediata dos sintomas iniciais apresentados pelo doente na primeira consulta. Este conceito

representa a genuína definição desta forma reacional, completada pelo significado de *escolha correta do medicamento* e de *excelente prognóstico* para o caso.

Agravação homeopática prolongada

Os primeiros escritos aludiam a uma forma de *agravação persistente e progressiva*, atribuída à prescrição correta quanto ao medicamento mas errônea quanto à dinamização e à frequência das doses. Sabemos hoje que a agravação homeopática imediata prolongada acontece também com dose única de qualquer medicamento e em qualquer dinamização, inclusive C 6 e C 3.

A não regressão de agravação homeopática, apesar da suspensão do medicamento, é excepcional. Tivemos oportunidade de acompanhar uma portadora de psoríasis que se manteve agravada durante 8 meses após dose única de *Pulsatilla* C 30 e um outro portador de hanseníase paucibacilar que, após dose única de *Sulfur* C 200 apresentou surto de lepromas e bacterioscopia altamente positiva tendo sido, em consequência, coagido a tratamento domiciliar vigiado pelo sistema sanitário oficial, continuando inalterado após dois anos; neste caso, ficou a dúvida quanto à possibilidade iatrogenizante de um estímulo dinâmico, gerado por quantidade imponderável infinitesimal de enxofre ou se tudo constituiu uma infeliz coincidência. Detalhe importante: estruturas imunitárias se encontram implicadas em ambas as nosologias referidas.

Entre as medidas corretivas recomendadas, constam na literatura homeopática: a) a proposta por GRANIER que preconiza um segundo medicamento “semelhante ao dado”, ou *homeodoto*; b) a proposta de VOISIN no sentido de prescrever potência alta ou baixa - contrária àquela do medicamento desencadeante da agravação.

Todavia, a conduta de espera, preconizada desde HAHNEMANN, jamais desapontará o médico, sendo válida para todos os tipos de agravamentos.

Agravações iatrogênicas. Agravações após diferentes dinamizações em um mesmo plano terapêutico.

A ocorrência de agravação após dois medicamentos-*simillimum* diferentes, em um mesmo doente, em épocas afastadas, nada tem a ver com o fenômeno genético de idiosincrasia, pela simples razão desta não se modificar no decurso da vida de determinado indivíduo, por se exteriorizar sempre com as mesmas características, independentemente da natureza do fator desencadeante e porque não é curável.

Raros doentes agravam em seguida a diferentes dinamizações dentro de um mesmo plano terapêutico atual, tanto em escala ascendente regular como em seqüência desordenada, a exemplo de C 5, C 200 e C 30, ou C 30, C 5 e C 200, caracterizando-se estas situações pelo denominador final comum representado pelo reequilíbrio ou cura.

As agravações a diferentes potências não correspondem àquelas homeopáticas propriamente ditas (intensificação direta das manifestações da primeira consulta), nem àquelas patogenéticas (intensificação e aparecimento de sintomas novos após prévia melhora); no entanto, possuem, ao mesmo tempo, características comuns dessas duas variantes reacionais. Considerando que a falha médica se

encontra na origem destas eventualidades, ora por precipitação na troca de potência, ora por repetição inoportuna dos estímulos, este tipo de resposta traduz, por definição, uma *agravação iatrogênica*, induzida pelo ato médico inadvertido ou sem a suficiente reflexão. Normas de conduta de seguimento vêm tornando estas formas reacionais esporádicas.

Agravações homeopáticas prolongadas mantidas

Nesta categoria enquadram-se aqueles casos de agravação homeopática imediata que, pelo fato de continuarem instigados por estímulos semelhantes, repetidos e desnecessários, acabam sendo obstados na involução natural das manifestações intensificadas; isto acontece em pacientes colaboradores que, tendo vaga informação de que “para curar, antes é preciso piorar”, suportam a agravação por conta própria, tomando o medicamento por tempo demais prolongado. Apesar da manutenção, durante alguns meses, do medicamento responsável pela intensificação, por vezes o organismo consegue se acomodar e estabelecer tolerância aos estímulos persistentes.

A repetição abusiva, responsável pela agravação homeopática *mantida*, precisa ser diferenciada da agravação patogênica, esta de solução fácil pela simples suspensão do remédio e caracterizada em seu diagnóstico pela fase inicial de melhora que não acontece na intensificação homeopática propriamente dita.

Outras vezes, o organismo em *agravação mantida* tende a desenvolver sensibilização, mostrando-se irritado e relutante em se normalizar e, quando suspenso o remédio responsável, a regressão acontece de modo assaz lento e indiferente a eventuais medidas paralelas de apoio. Apesar do intercalamento de alguns sintomas novos próprios do remédio, nesta categoria de agravamento instalam-se fenômenos de eliminação e desaparecimento de queixas concomitantes, evidenciando que o organismo, embora tumultuado, prossegue, a seu modo, no caminho da cura.

Outra eventualidade de agravação persistente resulta do uso continuado de baixas dinamizações, originando experimento em nível primário ou tóxico de determinada droga. Na continuidade do uso, sobrevém mescla de manifestações primárias e outras secundárias, como reflexos fortuitos de reação orgânica no intervalo das doses ponderáveis, atribuídos ao escape de partículas infinitesimais desprendidas intermitentemente do fármaco durante o seu natural processo de metabolização, capazes de impressionar, em nível de sintonia, as células ou estruturas responsáveis por fenômenos de defesa.

Agravações regionais discrepantes ou dissociadas

Registradas em nível cutâneo, apresentam melhora em uma área e simultânea piora em outra. A dissociação de resposta acontece em regiões afastadas, no âmbito de mesma lesão quando esta for extensa e tendem para um final favorável simultâneo. São motivo do Capítulo XVI.

Agravação por retirada de drogas de apoio

Em pacientes habituados ao uso de drogas paliativas, de ação imediata, violenta e por vezes tóxica, são observados quadros conseqüentes à suspensão destas drogas, sendo as manifestações constatadas, a imagem inversa do potencial farmacodinâmico dos produtos administrados sob critério alopático, a exemplo da insônia pronunciada por suspensão de hipnóticos, da enxaqueca contínua por

interrupção de compostos ergotamínicos e da obstipação acentuada após uso de purgativos. Estas situações se devem à ação inversa ou secundária desenvolvida pela metabolização e eliminação das doses maciças do respectivo fármaco, que se adiciona no contexto orgânico ao distúrbio preexistente, sem curá-lo por falta de similitude. Nesta eventualidade não existe conotação farmacológica entre o medicamento alopático em uso e aquele homeopático recém-iniciado.

A prática ensina que a orientação correta, nos pacientes em uso prolongado de determinada droga de sustentação, será mantê-la temporariamente antes de proceder à subtração gradativa da mesma. Muitas vezes, a retirada súbita da droga alopática ou de produto substitutivo, ao ser adotado o método homeopático, resulta em estado confuso devido à emergência de sintomas secundários ou de outros de carência, dificultando a avaliação do *simillimum*. Não se deve ministrar um segundo medicamento simultâneo acessório, pretensamente homeopático, dirigido ao problema sintomático indesejável local, pelo fato desta conduta mostrar-se mais prejudicial do que a manutenção da alopatia, cuja retirada gradativa consegue ser feita, com êxito, pelo próprio doente. Medicamentos orientados pelo organotropismo, por sua vez, ainda quando em doses reduzidas, ao proporcionarem alívios parcializados, dificultam a avaliação do doente que, satisfeito na fase inicial do tratamento homeopático por ele optado, acaba por estagnar em determinado momento; além disso, desorientam o médico homeopata no prosseguimento do plano terapêutico, sempre dependente da totalidade sintomática integrada atual, agora comprometida por interferências.

Portadores de agravação homeopática que, incidentalmente, receberam corticosteróides, tiveram suas manifestações abrandadas na vigência destes, reinstalando-se o processo de agravação naquela fase evolutiva coincidente ao início da droga intercorrente.

No uso de anticonvulsivos, a exemplo do fenobarbital e da fenitoína, o esquema posológico será intocável e os pacientes, sob supervisão de serviço especializado, acabam tendo as doses reduzidas pelo próprio clínico neurologista que monitora a evolução baseado em recursos técnicos atualizados.

Existe diferença entre o efeito secundário de uma droga e o chamado “efeito rebote” resultante da subtração brusca de determinada droga supressiva.

Agravação como curso desfavorável da doença

Pacientes com problemas lesionais incuráveis, irreversíveis e degenerativos, não se encaixam no âmbito da Homeopatia, porque esta atua por estímulo de organismo que ainda conserva razoável capacidade de resposta. Órgãos e tecidos comprometidos impedem a propagação do processo defensivo. Outrossim, sendo o *simillimum* um mobilizador de toxinas estocadas, indivíduos de idade avançada ou aqueles crônicos cujos emunctórios estão parcialmente obstaculizados, entram em estado de piora em decorrência da saturação dos humores pelas toxinas mobilizadas. Compete ao médico julgar sobre a terapêutica oportuna para determinado doente, a qual nem sempre será a Homeopatia.

Agravação isoterápica e sua caracterização

O tratamento de dermatoses por contato a alergenos, pelo emprego de doses mínimas do respectivo alergeno, preparado segundo farmacotécnica homeopática, tem propiciado aspectos clínicos ainda inéditos na literatura homeopática e na

Medicina em geral. Neste procedimento isoterápico mostra-se elevada a incidência de quadros de intensificação das lesões, imediata ao uso do medicamento, ao modo da agravação homeopática, que evolui para um final feliz, embora parcial ou localizado.

Estas respostas não se enquadram nas agravações homeopáticas verdadeiras pelo fato de não obedecerem à lei da semelhança, e sim da identidade ou igualdade (do alergeno) e porque a sua prescrição dispensa a totalidade sintomática integrada atual. A Isoterapia não cura, como unidade, o portador da dermatose ou de outra injúria orgânica decorrente da reação de hipersensibilidade, mas visa a solução parcial do sofrimento localizado. Em geral, o alergeno identificado não dispõe da patogenesia experimental correspondente. Quando indivíduos hipersensíveis a determinado antígeno dotado de quadro patogenético experimental são submetidos à semiotécnica homeopática, ocasionalmente evidenciam coincidências nos níveis psíquico, geral e local, tornando-se a prescrição desse antígeno um procedimento isoterápico e homeopático, simultaneamente. Este fato levanta importante questão da possibilidade de determinada antigenicidade, dependente de determinada farmacodinamia, possuir correlações antecipadas afins a determinados quadros mórbidos.

A ocorrência das agravações isoterápicas reforça a interpretação do fenômeno na soma das duas doenças:

a) daquela doença provocada de modo acidental pelo alergeno, através de contato ao nível de tegumentos ou por ingestão, quase sempre um fármaco ou produto químico industrial;

b) daquela doença adicional, também artificial, medicamentosa, acionada através do ato médico, capaz de induzir no organismo em reação ainda insuficiente, um reforço dinâmico em nível de resposta secundária, de natureza igual (regionalizada), levando a uma resultante somatória suficiente, de mesmo sentido, que propicia a cura; quando este segundo estímulo, farmacodinâmico, for demasiado, isto é, em potência muito elevada para o caso - condição esta imprevisível - instala-se o quadro de exacerbação lesional a qual, como a homeopática verdadeira ou também a patogenética, termina em melhora satisfatória; esta melhora (isoterápica), todavia, restringe-se às estruturas afetadas diretamente pelo fator alergênico.

Diferenças interpretativas:

- a melhora seqüente às agravações homeopáticas, pelo fato de estar condicionada à totalidade sintomática do doente, abrange as manifestações concomitantes, sendo duradoura e benéfica frente ao prognóstico geral do caso;

- a melhora condicionada pelo medicamento isoterápico restringe-se às manifestações locais e outras na dependência restrita do alergeno, sem influenciar o doente na totalidade integrada.

Orientação do paciente agravado

Alguns profissionais sentem-se confusos no reconhecimento de uma agravação homeopática; temem e assustam-se frente ao quadro exacerbado, sem saberem conduzi-lo; não conseguem impor a conduta expectante e prescrevem pretensos medicamentos corretores, ou porque o doente reclama, ou porque a família

exige. A ansiedade indisfarçável frente à situação leva o paciente a buscar recursos alopáticos para a solução rápida do problema imprevisto.

Na clínica ocorrem dois aspectos interessantes: o paciente agravado apresenta, paradoxalmente, psiquismo melhor que o anterior e, eufórico, supera sem problemas a fase transitória de sinais ou sintomas intensificados; outras vezes, surge o problema família, muito importante em Pediatria, onde pais e avós não aceitam a conduta expectante e, sem vivência anterior do problema, procuram subtrair a criança da Homeopatia. Nesta última situação, convém prescrever, no intuito de contemporizar as circunstâncias, algum medicamento em baixa dinamização, destituído de similitude, isto é, sem interferência na reação em desenvolvimento, com finalidade paliativa. Na clínica homeopática tornou-se comum a cena da criança “agravada” dócil, sorridente e de olhar luminoso, cercada de parentes aflitos por todos os lados.

A condição da melhora do estado psíquico é tão comum e marcante nas agravações homeopáticas, a ponto de haver sido consagrada como o principal sinal indicador de excelente prognóstico. Entretanto, um estado de psiquismo desfavorável pode acontecer tanto na agravação homeopática quanto na patogenética. Um aspecto desta contingência pôde ser observado no estudo de um grupo de estudantes que recebeu *Sulfur*. Analisando o fichário, verificou-se que esses pacientes eram estênicos, dotados de boa capacidade de resposta e que, na maioria, trabalhavam à noite. A conjunção de circunstâncias levou-nos a admitir a sobrecarga de toxinas circulantes liberadas sob impacto de estímulo semelhante e a conseqüente insuficiência transitória das vias de eliminação, ou emunctórios, como fatores responsáveis pelos episódios de cefaléia, de contínuo estado de irritabilidade, de tristeza e de baixo rendimento escolar. Uma grotesca comparação lembrou aquele estudante comum em Alergologia, que estuda de dia e trabalha à noite, ou vice-versa, que não almoça nem janta mas consegue se alimentar de modo farto à meia-noite, para logo em seguida adormecer vencido pelo cansaço. A fisiologia esclarece que a clivagem incompleta das moléculas alimentares, especialmente daquelas protéicas, acaba por torná-las alergênicas e que o processo digestivo completo, sob controle obrigatório de comandos nervosos centrais, em estado de vigília, exige algumas horas para se consumir. Nestes casos, a higiene alimentar e a metodização dos encargos cotidianos assumem prioridade sobre os medicamentos.

A sistematização das agravações, sua história e a contribuição da autora estão expostas nos capítulos das variantes reacionais e da contribuição dermatológica ao tema.

Conselhos úteis nas agravações homeopáticas. Síntese.

1. *A conduta de espera é soberana em todas as situações.* Suspende o remédio quando em doses repetidas e abster-se de nova prescrição.

2. Após dissipados os sintomas, aguardar algumas semanas. O tratamento pode ter sido suficiente, com perspectiva de alta. Quando se mantiverem manifestações anteriores, agora minoradas ou tiverem surgido algumas outras, retomar o mesmo *simillimum* na mesma dinamização ou um pouco inferior àquela que produziu o episódio, em dose única; raramente haverá nova agravação. O paciente saído da agravação homeopática traz a possibilidade de não mais precisar de tratamento, pelo menos a curto e médio prazo. A repertorização prematura, para nova

prescrição, traz o risco de apontar erroneamente outro *simillimum*, devido à perda de manifestações importantes e às modificações gerais favoráveis não estabilizadas.

3. Adaptação de homeodoto, no intuito de cobrir as manifestações inoportunas marcantes, ao modo de palição de episódio agudo. Teoricamente fácil, esta prescrição é difícil na prática, pela incoerência do conjunto sintomático a considerar. O seu eventual bom resultado torna-se questionável, visto que a involução favorável da agravação homeopática tende a ocorrer de forma espontânea.

4. Não perder tempo na adoção de potências altas para as situações provocadas pelas baixas e vice-versa.

5. Comportando-se, às vezes, a agravação homeopática ao modo de episódio agudo, raramente mal suportado pelo enfermo, não haverá inconveniente no uso de recursos de alívio ou paliativos, preparados ou não, segundo farmacopéia homeopática, desde que não imunossupressores e não antiinflamatórios. A auto-medicação inoportuna é comum nos grandes centros urbanos por dificuldades de locomoção. Muitos pacientes agravados acabam sendo atendidos em serviço alopático. A despeito de tudo, a agravação prosseguirá no seu ciclo, indiferente às medidas supostamente corretivas.

6. Numa agravação, reavaliar sempre a exatidão do remédio prescrito e a confiabilidade de seu preparo, porque o doente corre o risco de estar piorando por simples ausência de tratamento.

7. O paciente pode estar se agravando por falta de capacidade imunitária.

8. Levar em consideração as limitações da idade avançada, especialmente as situações de resposta comprometida e os processos degenerativos.

AGRAVAÇÕES PATOGENÉTICAS

Caracterização e prognóstico. Evolução e conduta. Variantes clínicas. Aspectos diferenciais e comuns com agravações homeopáticas. Interpretação dinâmica. Recomendações de conduta.

Caracterização da agravação patogenética.

Enquanto a agravação homeopática consiste na intensificação imediata das manifestações evidentes da consulta inicial, indicando que o medicamento está correto, embora em dinamização muito elevada para o caso, a agravação patogenética é precedida por fase de melhora que traduz medicamento correto na qualidade e na potência, justificado pelo fato do indivíduo se encontrar em estado satisfatório de equilíbrio assintomático, ao modo de organismo sadio... entretanto, pela continuidade desnecessária de mesmos estímulos farmacodinâmicos afins, passa a se comportar à maneira de experimentador sadio apresentando, além de alguns sintomas anteriores, outras manifestações novas, pertencentes à patogenesia do medicamento em uso.

Na agravação patogenética, ao modo da experimentação no homem sadio, sensibilizado, encontram-se presentes tendências no sentido de certos sintomas, alguns já evidentes que justificaram determinado *simillimum* e outros ainda subclínicos, latentes e silenciosos. O organismo estimulado no mesmo sentido das próprias tendências sintomáticas esboçadas, é induzido a antecipar algumas destas manifestações ocultas ou subclínicas, passando a se comportar ao modo de pagador antecipado de débitos estipulados, antes do prazo. Nesta interpretação, o prognóstico da agravação patogenética seria, até certo ponto, mais benéfica do que aquele da agravação homeopática propriamente dita, levantando a possibilidade de *atuação terapêutica antecipada através da experimentação, no homem "aparentemente" sadio.*

Freqüentes são as situações populares patogenéticas por automedicação, quando o indivíduo, aliviado de sua condição indesejável e dentro do raciocínio alopático, usa determinado medicamento durante meses ou anos, no propósito de consolidar a cura. O protótipo comum desta contingência é o portador de sinusite crônica que, ao sentir-se "curado" pelo uso do clássico *Hydrastis canadensis*, e persistindo neste medicamento, volta a apresentar sofrimentos de sinusite, decepcionando-se pelo fato do recurso antes tão benéfico, agora o fazer piorar; ao trocar de medicamento, por conta própria, de novo "sara" do problema. Nesta situação, diferentes aspectos precisam ser considerados: o primeiro medicamento (*Hydrastis*) talvez tenha sido, por acaso, o *simillimum* do indivíduo que, após fase inicial de melhora, gerou estado de agravação patogenética mediata, devido à persistência exagerada no uso do mesmo e, neste caso, qualquer que fosse o segundo medicamento, este não atuaria, por falta de semelhança, quer dizer, por falta

de sintonia, ficando o caminho livre para a dissipação das reações remanescentes ativadas pelo estímulo farmacodinâmico anterior correto, utilizado de forma abusiva. Em segunda possibilidade, o medicamento *Hydrastis* teria atuado por força restrita da eletividade, de resultado parcializado, ao modo de paliativo efêmero, retomando a sinusite o seu curso potencial.

O exemplo acima se presta para ilustrar situações “*como se*” nos indivíduos melhorados que insistem no uso inoportuno de determinado medicamento no propósito de garantir a cura, nos critérios alopáticos, chamando de “recaídas” as manifestações patogenéticas recém-instaladas.

O sistema imunitário tem por função registrar as agressões, memorizar e armar o organismo contra a investida de nóxias futuras, eventualmente representadas por agressão farmacodinâmica ou doença medicamentosa induzida.

Importa considerar que as experimentações patogenéticas propriamente ditas, constam de duas categorias de sintomas: os *primários*, na maioria, intercalados pelos efeitos *secundários* da respectiva substância pesquisada. As primeiras agravações patogenéticas clínicas, encontravam explicação na soma das doses ponderáveis, atuando na fase primária, constituindo as agravações medicamentosas ou mesmo tóxicas, conforme ainda sói acontecer no abuso dos chamados drenadores. Outras vezes, ela acontece pela administração de diluições elevadas, impossíveis de resultante ponderável, desenvolvendo-se no nível secundário da farmacodinamia. Nos registros experimentais, inclusive no tratado de “*Matéria Médica Pura*” de HAHNEMANN estão assinalados sintomas ou efeitos secundários, de sinal contrário, atribuídos ao princípio vital. A simultaneidade destes dois tipos de sintomas acontece, tanto na experimentação quanto nos processos mórbidos, sendo ambos válidos quando coexistentes em um mesmo doente, para fins de correlação de semelhança.

No indivíduo aparentemente sadio que de modo esporádico apresenta algum tipo de paroxismo, durante o experimento advém a possibilidade deste episódio paroxístico vir à tona. A memória imunitária não permanece indiferente à interferência do *simillimum* e, em virtude deste fato, o indivíduo submetido a tratamento homeopático recente, deixa de ser o ideal para a experimentação patogenética .

HAHNEMANN refere que manifestações obtidas através de indivíduos idiossincrásicos teriam valor prático pela razão de existirem, na clínica, doentes que, junto às manifestações experimentais patogenéticas proporcionadas, habitualmente, pelos experimentadores normais (sem idiossincrasia) de determinado medicamento, apresentam outras manifestações, raras, evidenciadas com exclusividade nos experimentos em indivíduos ditos idiossincrásicos. Não obstante, HAHNEMANN confere à idiossincrasia o caráter de raridade. A excepcionalidade desta condição não justifica o fato de KENT havê-la incluído na sinopse das eventualidades reativas pós-simillimum. Constitui lamentável erro o emprego da expressão *sintoma idiossincrásico* no sentido de *sintoma patogenético*. O significado de idiossincrasia está determinado nos textos de Imunologia, mas ainda não naqueles de Farmacologia.

Evolução e conduta

As agravações patogenéticas acontecem com qualquer dinamização. Desde que suspenso o estímulo medicamentoso, a evolução clínica prossegue favorável, com

desaparecimento gradativo e persistente dos sintomas. As freqüentes desistências no decurso das agravações patogenéticas subtraem ao médico a oportunidade de importantes deduções práticas. Na realidade, o portador de agravação - homeopática ou patogenética - tem resolvido o seu problema, a curto ou a médio prazo, com a probabilidade de estar curado.

Em vivência ambulatorial evoluíram, no sentido favorável, aqueles pacientes cujo medicamento foi suspenso. Não se chegou à conclusão sobre a conveniência de homeodoto. Afinal, se no agravamento por excessivo estímulo farmacodinâmico semelhante o organismo se encontra em estado exacerbado de resposta, justamente devido a este determinado estímulo, difícil será admitir que outro estímulo supostamente semelhante - o homeodoto ou semelhante ao dado - em meio a tanto excesso de reverberação, alivie o paciente.

Por erro forçado pelo uso, o termo “antídoto” vem sendo empregado na Homeopatia de modo incorreto, sem a conotação química, ou física, ou metabólica, que lhe é conferida em Medicina Geral. HAHNEMANN quando fala de antidotar, refere-se aos recursos usuais de sua época, a exemplo dos pequenos choques elétricos, clisteres, café forte, estimulação olfativa etc. e, ocasionalmente, cita um ou outro medicamento homeopático relacionado a determinados envenenamentos, sem aventar a possibilidade de resolver estados sintomáticos exacerbados de natureza dinâmica com possíveis antídotos.

Certos pacientes, em processo prolongado de agravação patogenética, entram espontânea e inexplicavelmente em fase de quiescência e normalização do estado geral, apesar da continuidade do uso do mesmo medicamento, como se houvessem desenvolvido estado de tolerância. Em Imunopatologia, encontram-se descritas situações induzidas de tolerância, chamadas de *tolerância de zona alta* e outras de *tolerância de zona baixa*. A primeira é atribuída ao cansaço dos elementos de defesa, responsáveis pela mensagem e resposta, quando sobrevém exaustão pelas doses elevadas e repetidas do antígeno; a segunda decorreria da administração de doses bastante reduzidas (ainda ponderáveis) do antígeno, repetidas em demasia.

Na prática, não causam surpresa os pacientes ocasionais que asseguram estarem controlando os seus males com uso ininterrupto de doses diárias infinitesimais de mesmo medicamento, durante muitos anos, sem apresentarem intercorrências indesejáveis.

A adoção sistemática de dose única contorna a agravação patogenética, pela simples subtração de oportunidade para a repetição desnecessária do estímulo.

Tornou-se mau hábito intrometerem-se na metodologia hahnemanniana os partidários dos chamados “remédios de drenagem” e organotrópicos, tão a gosto da escola francesa e supostamente dotados da vantajosa propriedade de, quando “associados ao *simillimum*”, promoverem eliminações benfazejas e evitarem qualquer reação indesejável. O citado § 273 do “*Organon*”, sobre remédio único, subentende que a sintonia da similitude deflagra eliminações por si mesma, em diferentes níveis, independentemente da natureza do medicamento. Sem citar qualquer recurso acessório ou complementar, o referido parágrafo exclui da metodologia hahnemanniana o procedimento da drenagem, ou equivalente, por desnecessidade.

No decurso das agravações homeopáticas e das patogenéticas, crescem outros diferentes comportamentos reacionais indicadores de evolução favorável, especialmente de natureza eliminatória, que não são forçosamente iguais nas diferentes etapas do processo

defensivo atual em determinado indivíduo, considerando-se a fase de exacerbação, a fase de melhora inicial e a fase expectante.

Desde que instalada a agravação patogenética, evidencia-se novo contingente sintomático, um pouco diferente daquele precedente, onde, de permeio a algumas manifestações novas inerentes à farmacodinamia respectiva, mesclam-se fenômenos eliminatórios diversos, inclusive formas episódicas agudas. Cessado o estímulo farmacodinâmico, desde as primeiras horas começam a se evidenciar sinais regressivos de acomodação orgânica e, fenômeno curioso, continuam a ocorrer novos surtos de eliminações, iguais ou diferentes das anteriores recentes.

Aspectos diferenciais entre agravação homeopática e agravação patogenética

A agravação homeopática é de instalação imediata após a primeira dose do medicamento (algumas horas ou dias); *não vem precedida por fase de melhora*, proporciona excelente disposição psíquica e ocorre com qualquer dinamização, desde a C 3, ainda que, preferencialmente, a partir de C 30.

A agravação patogenética tem instalação tardia, geralmente após algumas semanas; *caracteriza-se por fase inicial de melhora*, devida à homeopaticidade, não tem por regra a boa disposição psíquica e não depende da dinamização prescrita mas sim do abuso de sua repetição.

Numerosos textos citam o mau estado psíquico como próprio da agravação patogenética. Esta afirmação seria verdadeira nas situações patogenéticas geradas por doses ponderáveis, de somatória subtóxica ou tóxica.

Aspectos comuns às agravações homeopáticas e patogenéticas

1. *Obedecem à lei da semelhança.*
2. *Apresentam intensificação de funções fisiológicas e surtos eliminatórios em qualquer fase, inclusive no período expectante.*
3. *Regridem após suspensão do medicamento.*
4. *Dispensam recursos acessórios.*
5. *Têm prognóstico favorável.*

Interpretação das formas reativas

A intensificação isolada de sintomas e especialmente a agravação em organismo estimulado dentro da correlação de semelhança, representam o testemunho gritante do organismo empenhado em exteriorizar ou eliminar, no propósito de homeostase, a carga mórbida nele acumulada. Dentro da similitude, algum sistema seria acionado para a reversão do desequilíbrio. Segundo a Imunopatologia moderna, estariam situados junto ao complexo de histocompatibilidade as estruturas responsáveis pelos sintomas do organismo em estado de doença.

O indivíduo enfermo conserva dentro de si, sedimentados em alguma estrutura, os resquícios de agressões passadas e de doenças malcuradas, procurando adaptar-se às circunstâncias e sobrevivendo dentro de um equilíbrio desvantajoso suportável. Tais organismos compensam-se no decurso dos anos, desenvolvendo estados patológicos ou

doenças de adaptação segundo H. SELYE, caracterizadas pela cronicidade e pela impossibilidade de reversão. Muito antes, HAHNEMANN referia-se aos estados miasmáticos como doenças sem caminho de volta... a não ser que a Homeopatia acontecesse, a tempo, na vida dos portadores e, segundo ele, o estímulo da força vital proporcionaria ao doente crônico a única e exclusiva oportunidade de alívio ou de salvação, retardando a falência orgânica. Nem sempre o organismo consegue mobilizar-se de modo suave ou previsível nos seus intentos de cura.

Recomendações úteis diante das agravações patogenéticas.

1. Conduta expectante. Suspender o medicamento e aguardar a dissipação espontânea das manifestações.

2. Abster-se de homeodoto, de complementar, de drenador ou de qualquer medicamento pretensamente corretivo.

3. Se, após algumas semanas ou meses, houver necessidade de prescrição, optar pelo *mesmo simillimum em dose única e dinamização superior*. Considerar que a agravação patogenética decorreu do abuso de estímulo e não da potência exagerada.

4. Na intercorrência de episódio agudo, principalmente epidêmico, proceder segundo normas habituais válidas para doenças agudas.

5. Não se precipitar na prescrição de suposto segundo *simillimum* baseado em sintomas residuais, considerando a possibilidade do doente continuar ainda em processo dinâmico de reequilíbrio, apto para se beneficiar do estímulo do *simillimum* anterior não esgotado. O organismo não estabilizado leva a erro de prescrição.

6. Não interpretar como agravação patogenética, propriamente dita, aqueles sintomas imediatos à administração do remédio que se intercalam, tanto nos quadros agudos como nos crônicos, muito fugazes e discretos, que não chegam a incomodar o doente e que resultam da superposição incompleta - semelhante, mas não idêntica - das duas totalidades sintomáticas: do doente e do medicamento.

7. Saber distinguir outros comportamentos de resposta favorável, a exemplo das eliminações modificadas, das funções fisiológicas intensificadas, dos sinais inflamatórios isolados e transitórios, bem como do retorno de manifestações antigas.

8. Diferenciar o “efeito rebote” resultante da suspensão brusca de droga imunossupressiva ou antiinflamatória.

9. Reconhecer o efeito inverso de drogas alopáticas de sustentação, a exemplo dos ergotamínicos, dos antiobstipantes e dos hipnóticos, quando em uso habitual pelo paciente por ocasião da consulta inicial.

DISCREPÂNCIAS REATIVAS REGIONAIS

Aspectos evolutivos dissociados em mesma entidade nosológica cutânea. A resultante final favorável e simultânea. O não sincronismo das reações internas. Importância do diagnóstico patológico.

Aspectos evolutivos cutâneos dissociados

Os fenômenos reativos favoráveis de determinada doença nem sempre são simultâneos nos diferentes setores orgânicos do respectivo portador. Foi possível observar a discrepância das formas de resposta em processos cutâneos inerentes a determinado diagnóstico nosológico definido, em manifestações tegumentares de diagnósticos distintos, entre manifestações internas exclusivas e entre distúrbios internos associados a outros externos tegumentares, justificando um contingente numeroso e variado de situações designadas como *respostas dissociadas*, *melhoras dissociadas* ou *discrepâncias regionais reativas*.

O primeiro caso estudado trazia referência de "*reações cutâneas dissociadas de agravação e melhora concomitantes, em regiões diferentes do mesmo indivíduo* em portador de *eczema seborrheides*". Não fosse o acervo dermatológico fotográfico, com imagens seqüenciais, este grande enigma biológico jamais teria sido detectado.

Nessas eventualidades, a exemplo da coexistência de agravações e melhoras em um mesmo doente, faz-se inquestionável a existência de algum comando interno responsável pelas transformações aparentemente desencontradas que acabam sendo conduzidas a um final favorável sincrônico.

O não sincronismo interno

A não simultaneidade na normalização dos diferentes transtornos concomitantes internos constitui o equivalente das respostas discrepantes observadas ao nível do órgão cutâneo.

Os fenômenos internos de discrepância, dificilmente objetiváveis, restringem-se às condições de melhora ou de piora, sem conotações definidas, ao modo de "*desaparecimento de rinite, com piora da insônia*", da "*piora da insônia, com melhora da enxaqueca*" ou da "*normalização de incontinência urinária, com persistência da rinite*"...

Estas conjunções contrastantes, nem sempre binárias, freqüentemente complexas, surpreendem pelo fato de alguns estados nosologicamente definidos apresentarem, na seqüência involutiva do conjunto orgânico, ora um caráter prioritário, ora retardatário. As verrugas vulgares, as lesões acnéicas e as manifestações da rinite, por exemplo, costumam ser, embora não como regra, as últimas a desaparecerem quando integrantes de um conjunto de outros males. Os distúrbios do sono e transtornos gastrointestinais caracterizam-se pela regressão precoce. Neste contexto precisam ser levadas em conta as condições

essencialmente crônicas, ao modo do herpes simples, outras vinculadas a fatores genéticos e imunopatológicos, a exemplo do psoríasis e do vitiligo. Distúrbios dependentes do sistema endócrino, entre eles os menstruais, demandam prazo maior para evidenciarem sinais favoráveis. Importa ainda não incluir na categoria de discrepâncias ou de agravações, aquelas manifestações simples decorrentes da exaltação de funções fisiológicas.

A discrepância reativa regional constitui forte argumento contra a sugestão atribuída às doses mínimas e, igualmente, contra a hipótese da estimulação farmacológica direta de órgãos ou tecidos, denunciando o acionamento de um sistema de auto-regulação ou de comando central dotado de discernimento próprio.

A discrepância de resposta argumenta contra as indesejáveis supressões, conclamando para que, nos casos de desaparecimento parcial de sintomas, principalmente secreções patológicas, sejam investigadas outras condições concomitantes. Para estas situações valerá, como parâmetro, o conhecimento das múltiplas variantes reacionais. Em caso de impasse, quando a sintonia da semelhança parece não haver acontecido, o exame clínico e interrogatório detectarão sinais discretos de eliminação, sob forma de ritmo intestinal aumentado, de seborréia ou de poliúria - indícios de *simillimum* atuante. Talvez, em futuro próximo, ginecologistas, gastroenterologistas e pneumologistas, ao disporem de recursos avançados específicos, descrevam situações clínicas equivalentes às discrepâncias cutâneas regionais, contribuindo com subsídios científicos para o esclarecimento das respostas dissociadas, de significado imprevisível para a Medicina.

O importante fenômeno da discrepância reacional apresenta dificuldades de objetivação, acrescidas pelo fator acaso. Exemplos clínicos desta eventualidade, inseridos na segunda parte do presente texto (Casos Clínicos 74 a 77) e, especialmente, os DIAGRAMAS VIII e IX, falam por si mesmos, sobre este fascinante aspecto do mecanismo de cura.

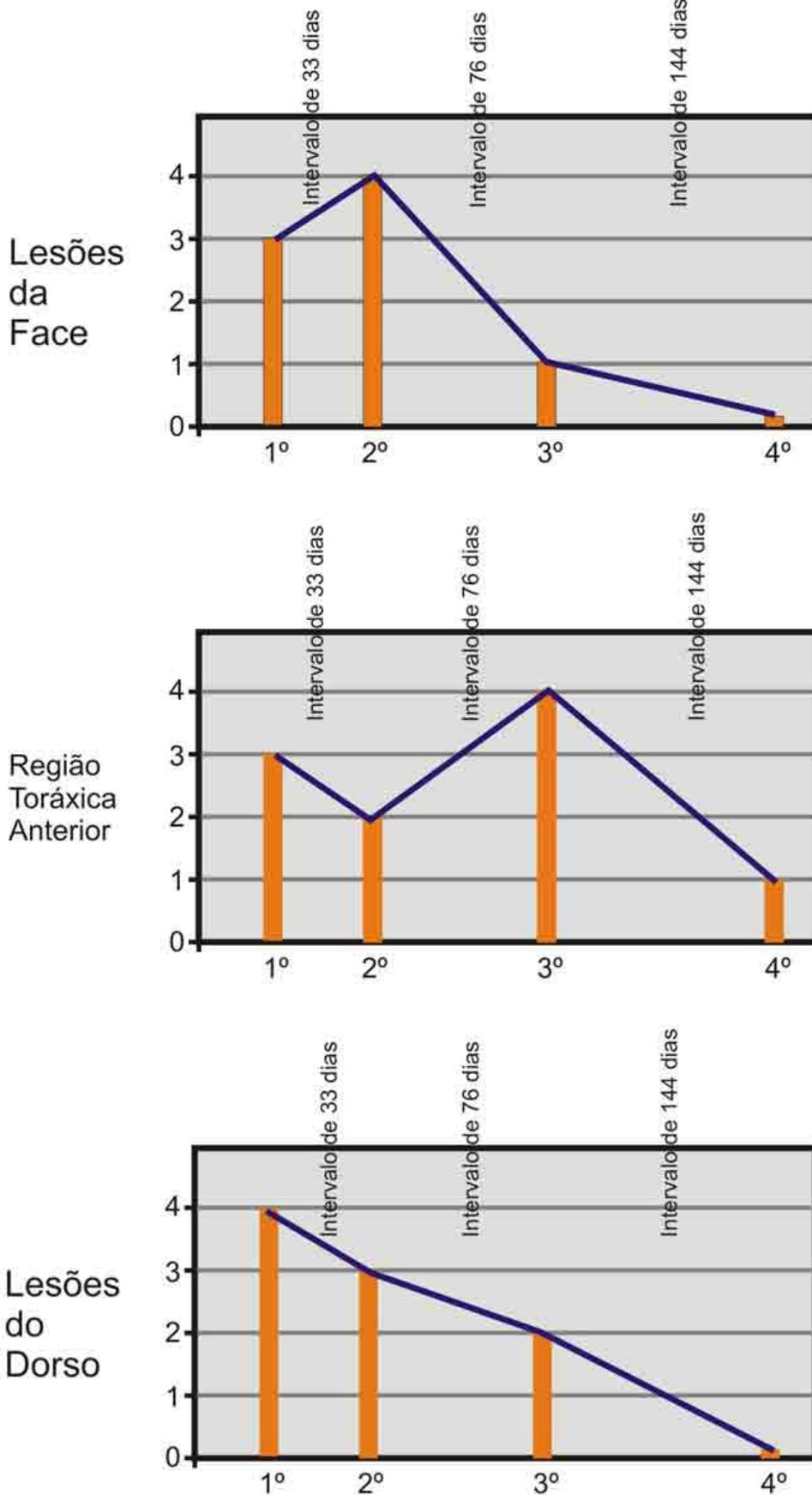


DIAGRAMA VIII - Discrepância reativa. Representação comparativa da intensidade das lesões acnéicas no decurso de tratamento homeopático. Paciente medicado com *Graphites*. A intensificação das lesões da face, constatada na 2ª consulta (após intervalo de 35 dias), acompanhou-se de redução parcial das lesões do dorso e, em maior grau, na região torácica anterior. Na 3ª consulta (após segundo intervalo de 2 meses e 15 dias) a redução das lesões da face acompanhou-se igualmente da redução de lesões do dorso, contrastando com exacerbação de lesões da região torácica anterior. Na 4ª consulta (após terceiro intervalo de 4 meses e 16 dias), evidente redução global da dermatose em todas áreas consideradas. Ver Sinopse e Figuras do Caso Clínico 76.

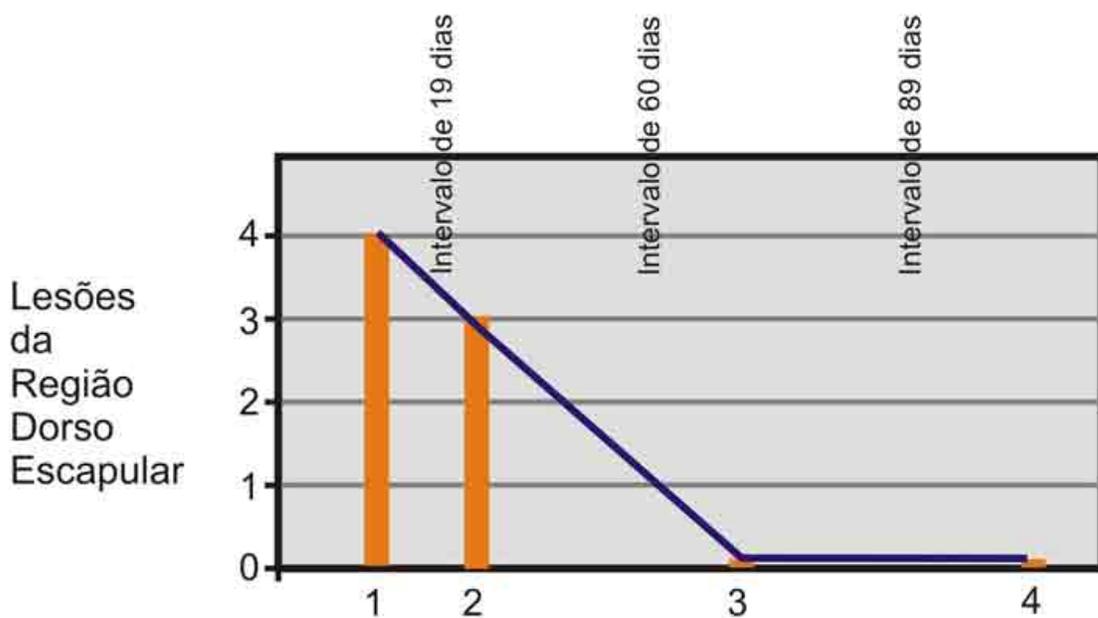
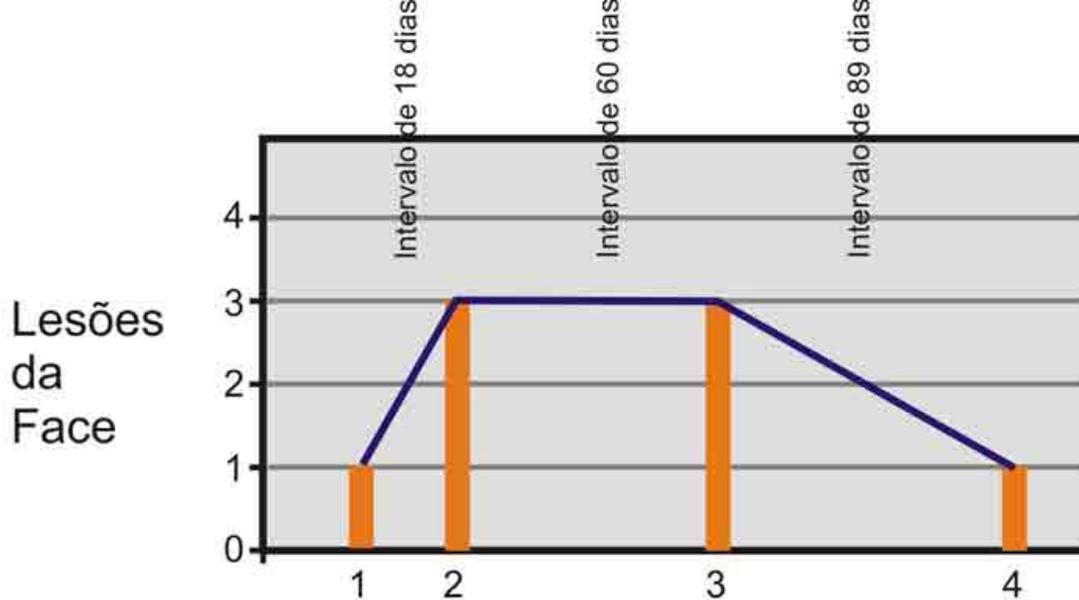


DIAGRAMA IX - Discrepância reativa regional. Representação comparativa da intensidade das lesões acnéicas no decurso de tratamento homeopático. Paciente medicado com *Sepia*, cujas lesões acnéicas dorso-escapulares seguiram curva involutiva descendente regular, enquanto aquelas da face foram levadas à exacerbação antes de assumirem tendência involutiva regular no sentido do clareamento. Houve simultâneas modificações favoráveis ao nível de manifestações sistêmicas. Na 2ª consulta (após 18 dias), agravação das lesões faciais, discrepando daquelas dorso-escapulares em processo de regressão. Na 3ª consulta (após intervalo de 2 meses) conjunto das lesões faciais estagnado, enquanto prossegue regressão das erupções dorsais. Na 4ª entrevista (após intervalo de 3 meses), conjunto lesional em regressão satisfatória, ainda que não de forma concluída.

distribuição da rede nervosa, à rede vascular, aos esboços embrionários e aos pontos chineses de energia biológica, nada tendo sido encontrado capaz de se relacionar com as linhas de convergência da atividade acnéica. Seguramente, este direcionamento nada tem a ver com a ação primária das drogas.

Os movimentos de convergência talvez atraiam a curiosidade dos homeopatas em geral, quando outras formas passíveis de exteriorização, forem detectadas. A constatação de comportamentos equivalentes contribuiria para o nebuloso assunto designado por metástase, por alternância ou mesmo por supressão, situações estas que talvez representem, simplesmente, diferentes facetas do organismo mobilizado em direção à homeostase.

Padrões de convergência

O fenômeno de convergência de lesões cutâneas consiste no arrastamento ou varredura das lesões em direção aparentemente preestabelecida, no decurso de tratamento homeopático correto. Os pontos, linhas ou áreas de convergência variam de um a outro indivíduo, distinguindo-se os padrões *centro-genal*, *mandibular*, *mentoniano*, *masseterino* e *dorso-escapular*. Num primeiro ensaio de sistematização foram consideradas algumas modalidades isoladas, a exemplo do padrão diagonal e das curvas anguladas, conforme DIAGRAMA X. Em trabalhos futuros os padrões serão, com certeza, simplificados. Os movimentos de convergência das lesões remanescentes foram assinalados em 8,5 % dos portadores de acne, em pesquisa retrospectiva de acervo fotográfico. Isto significa que, em pesquisa planejada, este percentual deverá ser bastante superior.

A evolução favorável caracterizou a maioria absoluta dos pacientes que evidenciaram o movimento direcionado das lesões remanescentes no esforço de cura, com 60% de resultados excelentes, 35% satisfatórios e apenas 5% favoráveis ainda não satisfatórios, por ocasião do último controle.

Deslocamento e troca de lateralidade das lesões

Enquanto convergência, de convergir, significa “tender ou dirigir-se para um mesmo ponto, ou para o mesmo fim”, deslocamento significa “mudança de local”. Transposição ou efeito de transpor-se, inclui o significado de “inverter a ordem de”. No decurso do tratamento homeopático alguns doentes cutâneos apresentam deslocamento das lesões, ora conservando a morfologia inicial e mantendo no local de transferência o mesmo grau evolutivo das lesões recém-deslocadas, ora adquirindo nova morfologia e alterando o seu grau de atividade. A nova sede pode ser distante e inusitada. A interpretação destas situações parece remota, cabendo ao médico descrever e registrá-las em acervo. É fato incontestável que tais episódios costumam coincidir com agravações homeopáticas - uma expressão de medicamento correto em dinamização excessiva. Não dependem da natureza do *simillimum*.

Quando o organismo se encontra no esforço máximo de defesa, ao modo de processo agudo, ou em atitude defensiva cutânea muito evidente, compete ao médico ajudá-lo, sem pretender direcioná-lo ou substituí-lo. Por esta razão, convêm os estímulos moderados, de preferência C 6 e, sempre que possível, em dose única. Tentar esperar, antes de passar à dose seguinte.

CONVERGÊNCIAS DE LESÕES REMANESCENTES DESLOCAMENTOS E TRANSPOSIÇÕES

Deslocamento induzido de lesões cutâneas pelo *simillimum*. Padrões de convergência. Inversão de lateralidade.

A identificação dos deslocamentos lesionais

A vivência com pacientes dermatológicos permitiu identificar uma nova forma de resposta em direção à cura, ainda omissa nos textos de Homeopatia - o direcionamento predeterminado das lesões remanescentes - denominado *fenômeno de convergência* ou de *varredura das lesões*.

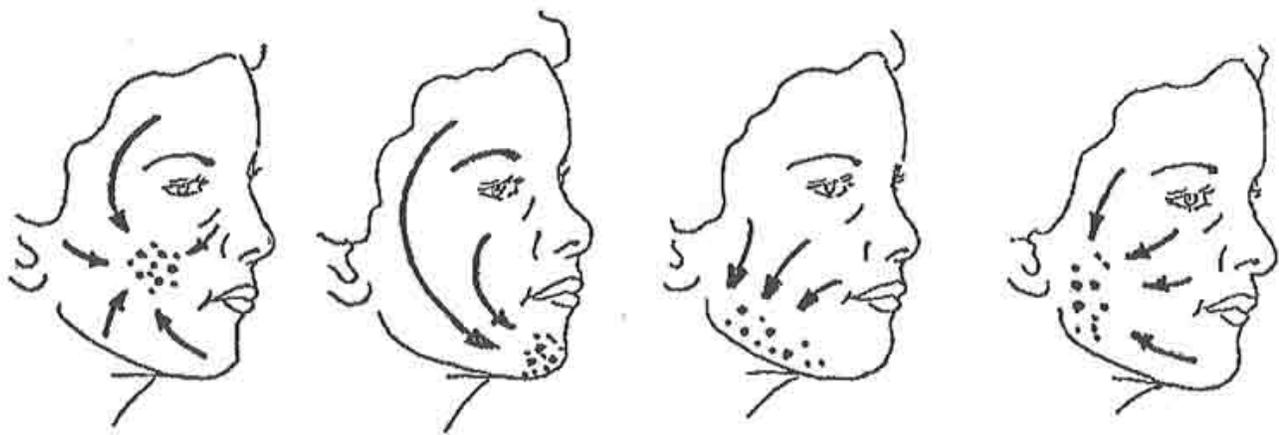
Desde há muito tempo observou-se que algumas dermatoses se comportam, após o estímulo da similitude, fora dos padrões de cura enunciados por HERING. Lesões de psoríasis e de vitiligo, por exemplo, quando sediadas na região dorsal e em pacientes com evolução favorável, retrocedem em direção à coluna lombo-sacra; quando sediadas na face, as lesões se direcionam ao couro cabeludo. Aliás, convém assinalar que os numerosos portadores de vitiligo e de psoríasis, devido à excepcional instabilidade das lesões, pouco ou nada têm contribuído ao capítulo das variantes reacionais pós-*simillimum*. A fixidez histopatológica dessas lesões contrasta com a nuvíosa movimentação quanto à sede, à disposição e ao tamanho, acrescida por fatores imuno-hereditários desfavoráveis que transformam a complexa observação destas dermatopatias em um labirinto sem conclusões. Dentro destas entidades, sob influência do estímulo de semelhança, desenvolve-se uma enigmática dança topográfica das lesões, com transposições, deslocamentos, mudança de contornos, metamorfoses, desaparecimento e ressurgimento, num interminável vaivém de melhoras e de pioras, de interpretação impossível.

O fenômeno de convergência de lesões foi detectado por acaso, graças à visão panorâmica, conjunta de portadores do mesmo diagnóstico nosológico - o acne vulgar - a mais freqüente dermatose dos consultórios dermatológicos. Tal ocorrência, difícil em outra especialidade, teria sido igualmente impossível em Dermatologia, caso fosse outro o diagnóstico de referência. O estudo retrospectivo do acervo fotográfico possibilitou o registro objetivo seqüencial das convergências lesionais, não havendo na literatura referência anterior a este fenômeno.

As lesões de acne obedecem ao estímulo dinâmico dirigido à totalidade de sintomas do respectivo portador, cuja sintonia se estabelece por similitude, na dependência da força vital ou seu equivalente. A mobilização direcionada da expressão mórbida cutânea, obedecendo a modos ou a direções predeterminadas, dentro de padrões simétricos, atesta a integração do acne e de outras dermatoses, a um sistema e comando de homeostase. A sua constatação obrigou à pesquisa de literatura concernente à circulação linfática, à

Curiosa alusão faz André ROUY (1951) sobre a metamerização, a homologia de órgãos e a simetria bipolar em diferentes planos - determinadas pela embriogênese e cuja ocorrência seria admitida nas experimentações patogenéticas. O mesmo autor evoca a afirmação de KENT: “*o simillimum produz reações ou agravações por repercussão em órgãos distantes, porém correspondentes*”. Esta declaração teria origem nas idéias de PELADAN, para quem “*todo medicamento atua de modo análogo sobre órgãos homólogos de dois polos orgânicos*”.

A preferência por determinado dimídio, direito ou esquerdo, em determinado doente, não é novidade em Medicina. Trata-se de fenômeno natural, embora não comum. Constatou-se nos estudos patogenéticos experimentais que certos fármacos são dotados, simplesmente, de lateralidade preferencial. Na prática, esta condição é considerada apenas acessória, sem poder decisório, considerando que alguns medicamentos apresentam coincidência excepcional neste aspecto. Entre eles, o *Lycopodium clavatum*, de acentuada preferência pelo dimídio direito e *Lachesis trigonocephalus*, dotado de marcada afinidade pelo dimídio esquerdo. Em certa ocasião apresentou-se uma menina/*Lachesis*, portadora de importantes manifestações psíquicas e lesões purpúricas disseminadas exclusivamente no dimídio esquerdo, delimitadas por linha mediana nítida ao longo do segmento cefálico e do tronco. Em pacientes de *Pulsatilla*, caracterizados pela variabilidade de sinais e sintomas, a permuta de lateralidade não é rara. A inversão de lateralidade faz parte da natureza biológica da doença, podendo acontecer à revelia da interferência farmacodinâmica (Figs. 78 e 79).



CENTRO-GENAL

MENTONIANA

MANDIBULAR

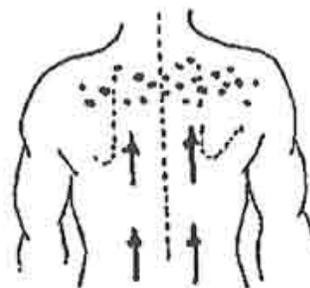
MASSETERINA



DIAGONAL



CURVAS
ANGULADAS



ESCAPULAR

DIAGRAMA X - Padrões de convergência das lesões remanescentes de acne, detectadas no decurso de tratamento homeopático. (Original da autora)



DIAGRAMA XI - Transposição de lesões acnéicas ativas, do maciço centro-facial à reborda do couro cabeludo e vice-versa. A imagem esquerda corresponde a paciente de *China officinalis*, a direita corresponde a paciente de *Hepar sulfuris*. (Original da autora).

RECIDIVAS. FATORES INFLUENTES NA RESPOSTA AO SIMILLIMUM

Recidivas e independência evolutiva. Tratamento em etapas. Exérese cirúrgica e tratamento de terreno. A resposta de pacientes amigdalectomizados. Corticosteróides. Hormônios e outros fatores de influência.

Recidivas e independência evolutiva

Algumas situações clínicas tornam difícil discernir um quadro de recidiva daquele outro onde, por falta de perseverança do doente ou devido ao erro de prescrição, a doença não consegue se estabilizar, estagnando em resultado parcial onde a reativação dos distúrbios constitui consequência natural de tratamento insuficiente. Quando HAHNEMANN se refere à necessidade de vários medicamentos para o reequilíbrio do estado psórico - afirmação esta que tem motivado falsas interpretações tendenciosas ao complexismo como rotina - quer ele dizer que o enfermo silenciado quanto às queixas atuais pelo estímulo correto de determinado medicamento, após decorrido intervalo variável de acalmia, tenderá a apresentar novo conjunto de sintomas, diferente do anterior, a exigir novo medicamento igualmente abrangente, a fim de dar continuidade ao movimento de cura iniciado pelo *simillimum* anterior. Nesta contingência, que significa nova etapa terapêutica sob diagnóstico nosológico diverso ou não, o organismo se servirá das mesmas válvulas de escape ou de determinado "locus minoris resistentiae" para patentear seus males recentes. Entretanto, agora o doente requer outro *simillimum* adaptado à realidade atual que o conduzirá à segunda fase de equilíbrio, completo ou parcial, sempre melhor, mais ou menos duradouro, ou talvez definitivo, na dependência do grau de impregnação mórbida do terreno subjacente. Ou ainda, outras etapas terapêuticas serão necessárias, por intermédio de outros "anti-psóricos" adequados para cada atualidade sintomática. Estas situações não traduzem recidivas, nem fracassos terapêuticos, mas simplesmente as sucessivas etapas a serem vencidas na busca do equilíbrio ideal que caracteriza a saúde. O desconhecimento deste caminho foi o motivo da frustração terapêutica e do esquecimento pela classe médica dos conceitos de SELYE sobre doenças de adaptação.

O aspecto mais chamativo nos seguimentos prolongados tem sido a independência evolutiva, determinada por totalidade sintomática própria diversa, localização própria e evolução dentro de outros padrões, inclusive eliminações e variantes reacionais exclusivas, sem vínculo aparente com a etapa anterior, comportando-se cada indivíduo como "caso novo" não tratado.

A revisão a longo prazo adverte sobre a vulnerabilidade estatística, revelando que determinado paciente, ao ser inserido em uma tabela à mercê da época em que teve

oportunidade de retornar para controle médico, constará como caso satisfatório, quando houver sido instruído para retorno programado ou constará como fracasso quando, por excessiva delonga da seguinte entrevista, entrou em desequilíbrio por influência de eventuais novos fatores nóxios ou daqueles anteriores ainda atuantes e saturadores. Portanto, em algumas situações, o “estado satisfatório” ainda não se completou; em outras, sobrevém exteriorização clínica em organismo que, após conseguir se manter equilibrado por alguns meses ou anos, volta a reclamar novo estímulo que lhe possibilite resposta de defesa no sentido de equilíbrio completo e duradouro.

Em doenças atópicas (bronquite asmática, rinites, eczema), marcadas por episódios repetitivos ou alternantes, o julgamento evolutivo somente se concretiza no decurso de vários meses ou anos, baseado nos intervalos de acalmia, na amplitude e na duração das crises. Se um antigo portador de bronquite asmática voltar ao médico após 8 meses de acalmia, em plena crise, sentindo-se mal e lamentando o fracasso da Homeopatia, somente as anotações da ficha inicial, ao revelarem que as crises anteriores eram semanais nos últimos 5 anos, antes de iniciado o plano terapêutico não devidamente obedecido, atestarão que o tratamento homeopático anterior, ainda que restrito e negligenciado foi na verdade, um sucesso médico. Organismo atópico, nascido em desvantagem biológica, alvo de assistência assídua e prolongada, requer sempre um julgamento relativo ou comparativo. O bom resultado não advém de forma brusca.

As recidivas, não esperadas, das doenças crônicas em geral, são passíveis de confusão com as recorrências habituais, esperadas, próprias ou patognomônicas de certas entidades nosológicas determinadas. As recidivas em substrato crônico caracterizam-se pelo comportamento de cada surto, com nova individualidade, nova sede, novo padrão reacional e novo *simillimum*, em postura que atesta haver o paciente assumido novo padrão de defesa, mais vantajoso quanto ao prognóstico ainda que, clinicamente, possa parecer menos suportável.

A independência clínica por ocasião das recidivas argumenta sobre:

a) possibilidade de atendimento correto de cada caso, apesar do médico assistente desconhecer a medicação homeopática anterior e desde que elabore, no atual momento, a ficha básica nos moldes de primeira consulta;

b) incongruência de conduta terapêutica calcada em “diagramas evolutivos”, considerando que o *simillimum* atualizado é e será sempre imprevisível;

c) incongruência das listas dos chamados “medicamentos complementares” e de eventuais “antídotos”, pelo fato destas inter-relações estarem destituídas de base clínica;

d) inviabilidade prática dos grupamentos de Boyd, dos diagramas de Kollitsch e dos gráficos evolutivos de Vannier e de Zissu, como recursos predeterminantes, decisivos ou úteis, para o paciente em sofrimento atual;

e) importância do terreno, da suscetibilidade e da correlação miasmática das manifestações concomitantes - e não apenas do sintoma-queixa que motivou a consulta;

f) incoerência de segunda prescrição baseada em repertorização anterior - seja antiga seja recente.

O tratamento em etapas

O quadro farmacodinâmico ou patogênico de determinada substância é estável e, uma vez elaborado, torna-se permanente. O mesmo não sucede com o enfermo, cuja condição dinâmica varia em função dos anos, meses, dias e, nos episódios agudos, dentro de poucas horas ou minutos. Impõe-se reexaminar e reavaliar o paciente a cada vez que retorna, como quem perscruta uma caixa de segredos, porque o remédio correto - sempre uma incógnita - constitui o objetivo principal do ato médico atual. Prescrição atualizada não equivale à troca obrigatória do remédio e sim, antes de tudo, à avaliação sobre a conveniência de esgotar o medicamento escolhido em consulta anterior, segundo escala ascendente, até C 200 no máximo, antes de buscar outro medicamento supostamente mais adequado. O critério de decisão é fácil e rápido: *desde que o simillimum esteja superado no âmbito de determinada dinamização pelas possibilidades inerentes ao organismo, nada mais se modificará no quadro clínico.* O momento da mudança do remédio representa uma interrogação, sobretudo aos principiantes e, se houver precipitação, perder-se-á a oportunidade de cura, uma vez que o segundo medicamento, ao se basear em manifestações de movimento, ainda conseqüentes ao estímulo anterior, não será o melhor ao caso. A totalidade sintomática, em dado momento do esforço do doente em busca do reequilíbrio, por ser fugaz e modificada pelas sucessivas mudanças dentro do seu dinamismo ativado, encontra-se adulterada pelo fato de haverem sido extintas, neste esforço reativo, algumas das manifestações que decidiram a prescrição inicial. O organismo dispõe de linguagem própria através de sinais e sintomas, cabendo à arte médica saber interpretar a mensagem e entender quando o doente reclama o mesmo medicamento para completar tarefa anterior indutora, ainda não consumada. Alguns pacientes retornam ao médico após decorrido muito tempo, 2 anos por exemplo, com manifestações recentes e, muito excepcionalmente acontece este novo conjunto sintomático, ainda que parecido, enquadrar-se no âmbito da mesma patogenesia precedente; melhor analisado, este conjunto será distinto daquele anterior, visto que, por força da lei da semelhança, o medicamento semelhante extingue as manifestações diretamente coincidentes. Sendo os sintomas exatamente os mesmos, significará que o medicamento anterior foi incorreto e, portanto, não atuou.

Às vezes será identificado determinado *simillimum* que o doente afirma haver usado antes por conta própria ou por prescrição médica. Nestas situações, mais detalhes esclarecerão o mau aproveitamento anterior do remédio, casualmente correto e necessário. Por esses e outros motivos a questão da dose única isolada e da dose repetida está longe de ser solucionada.

Sempre imprevisíveis são os “segundos” *simillimum*. Os esquemas evolutivos e as listas de complementares nada valem na prática. Os antídotos referem-se ao nível bioquímico tóxico de atuação, não existindo antidotismo em nível imponderável. Existe, sim, “antagonismo” patogênico entre vários fármacos, em especial quanto às modalidades de melhora e de piora, devendo ele ser melhor aproveitado na difícil tarefa da decisão do medicamento dentro de grupo de vários prováveis. O indispensável diagnóstico clínico inicial, servindo de parâmetro, não permite prever a seqüência evolutiva dinâmica.

A prescrição de cada diferente remédio atualizado, assim como a passagem para dinamização ascendente, representam nova etapa na vida do doente, onde, para o seguimento, vale tudo o que foi escrito a respeito das eventualidades de resposta, desde as eliminações, os eritemas, as supurações, as agravações etc.

Fatores de influência na resposta ao *simillimum*

Desde HAHNEMANN, os genuínos homeopatas jamais se opuseram aos tratamentos cirúrgicos, estabelecendo limites nas possibilidades do método segundo a lei da semelhança. Acontece que algumas condições cirúrgicas são passíveis de serem beneficiadas pela tentativa prévia do tratamento hahnemanniano, não com o objetivo preconceituoso de subtrair o doente à cirurgia, mas no intuito exclusivo de estabilizá-lo dentro do conjunto sintomático evolutivo, propiciando condições orgânicas mais favoráveis frente à mesma. Em muitos deles, a cirurgia torna-se desnecessária, conforme acontece, amiúde, em crianças portadoras de amigdalite crônica e em mulheres tendentes a nódulos mamários repetitivos.

Certas neoformações, notadamente as císticas e as verruciformes, parecem desempenhar função de redutos ou depósitos daquelas toxinas determinantes dos grupamentos miasmáticos. Pelo aporte de novas toxinas e a conservação das antigas estocadas, perpetuam-se os focos de convergência ou de coleta destas toxinas, como que isolando o restante do organismo da sua influência prejudicial. Dos locais do confinamento aconteceriam escapes toxínicos, condicionando surtos de sintomas ou, muitas vezes, estado de mal-estar para o doente. Esses focos, quando saturados e estabilizados, fibrosados ou necrosados, exigem remoção cirúrgica.

Ao terapeuta homeopata compete reconhecer as tendências toxínicas e instituir tratamento individualizado de base ou de terreno. A remoção intempestiva dos focos de captação permitiria às toxinas recém-formadas circularem livremente, enquanto o mecanismo de homeostase empenha-se em estabelecer novo esconderijo para o seu lixo metabólico, a fim de contemporizar novas situações paroxísticas clinicamente traduzidas como recidivas, metástases ou alternâncias. Daí advém o excepcional benefício do seguimento homeopático pós-cirúrgico.

Segundo MAFFEI, as amígdalas palatinas hipertrofiadas não representam apenas a sede de convergência de toxinas mas, sobretudo, a porta de saída das mesmas, devendo ser preservadas. Esse autor não propõe solução aos amigdalectomizados intempestivos, no entanto faz entender que o organismo bloqueado será coagido a buscar outra alternativa para liberação dos produtos endógenos indesejáveis.

Em termos homeopáticos fisiopatológicos, admite-se que o organismo solucionará por ele mesmo a subtração de determinada via eliminatória, optando por outras existentes ou criando uma nova imprevisível, talvez sob forma de erupção cutânea. Tudo isto à margem dos exageros ou ameaças dos “defensores” das idéias de supressão, do mau prognóstico ou até de morte iminente, contingências que ainda ninguém conseguiu documentar.

Uma categoria de adolescentes e adultos portadores de acne vulgar, quando submetido a tratamento homeopático regular, proporcionou oportunidade rara de observação: entre os 72 indivíduos acnéicos amigdalectomizados, a maioria na infância, 40 deles situaram-se nos diferentes graus de resposta satisfatória, 16 tiveram agravação homeopática (sempre de excelente prognóstico), 6 tiveram resposta parcial favorável e apenas 2 tiveram resultado nulo ou ausência de resposta. No cômputo geral, os resultados coincidiram com aqueles proporcionados pelos pacientes que não se submeteram à cirurgia. Em suma, não houve comprometimento de resposta ao *simillimum* por parte de indivíduos submetidos à exérese cirúrgica das amígdalas palatinas.

Corticosteróides

Graças à viabilidade da objetivação, os processos cutâneos vêm proporcionando situações evidentes de interferência dos corticosteróides sobre a resposta ao *simillimum*. Por este motivo, na vigência destes produtos, as prescrições homeopáticas devem ser evitadas ou adiadas, procedendo-se à redução hormonal gradativa e espera de algumas semanas de intervalo, para então programar a anamnese, o exame físico e a prescrição homeopática. Quando a retirada dos corticosteróides mostra-se “impossível” pela condição da doença ou capricho do doente, a conduta acertada será manter o esquema terapêutico vigente, protelando a Homeopatia. O emprego simultâneo destes tratamentos, comum na prática leiga, resulta em impasse desfavorável ao método homeopático, cujos estímulos exigem campo livre para as reações de defesa.

A eventualidade inversa, isto é, a intromissão de corticosteróides em um tratamento homeopático em curso costuma acontecer por iniciativa daqueles pacientes sofridos, treinados ou instruídos em esquemas corticoterápicos, por força de crises repetidas acentuadas de doenças prolongadas, a exemplo do eczema crônico e da bronquite asmática.

O que foi dito a respeito dos derivados cortisônicos, aplica-se aos medicamentos antiinflamatórios.

As agravações homeopáticas são reprimidas pelos corticosteróides, no sentido de quiescência, reinstalando-se no mesmo grau de atividade anterior, desde que interrompida a interferência imunossupressiva.

Hormônios sexuais e outros

Os hormônios habituais da menopausa costumam interferir na sintomatologia que decide a identificação do *simillimum*. Todavia, não será difícil substituir estes hormônios por medicamentos dinamizados, adstritos ao momento atual, à guisa de paliativos, conforme acontece em situações agudas para, depois de transcorridas semanas e meses, assumir o comando da menopausa dentro das normas genuínas da metodologia hahnemanniana a qual, oportuno é assinalar, revela indiscutível eficácia nesta fase crítica feminina. Muito mais: no âmbito do *simillimum* adequado à portadora de menopausa, estarão incluídas manifestações paralelas concomitantes, comuns numa idade de significativas mudanças biológicas.

Na opinião de renomados ginecologistas do mundo inteiro, melhor seria se a mulher não precisasse dos anovulatórios. A realidade social, impiedosa, força a opção pelo mal menor, a fim de contornar o risco das gravidezes indesejáveis, recomendando-se evitar a abordagem inoportuna deste nevrálgico assunto e respeitar a decisão já tomada pela paciente. Afinal, a Homeopatia continua atuando sob influência dos anticoncepcionais. Atuaria menos, segundo opiniões isoladas de especialistas na área, porém nada foi divulgado a respeito.

A maioria dos fármacos usados com finalidade de sustentação ou de reposição, não prejudicam o plano homeopático quando mantidos concomitantemente. Entre eles a insulina, os cardiotônicos, os anti-hipertensivos e os anticonvulsivos.

AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA DOS PRIMEIROS 30 DIAS

Nos primeiros dias ou semanas pós-*simillimum* costumam acontecer grandes oscilações orgânicas de defesa sob o impacto do estímulo de similitude, das quais os eritemas e a intensificação de sintomas constituem exemplos precoces.

A avaliação evolutiva desde as primeiras semanas, por ocasião da chamada consulta/controle, permite ao médico constatar a sintonia entre *simillimum* e o organismo doente, adequar a dinamização à reatividade própria de cada indivíduo, complementar falhas de interrogatório e, em caso de silêncio absoluto de resposta, refazer o exame e a anamnese. Este procedimento permite importantes deduções médico-sociais, justificando a obrigatoriedade da entrevista de retorno precoce. A evolução do primeiro mês permite detectar as mesmas variantes assinaladas em pacientes que tiveram acompanhamentos prolongados, embora as deduções prognósticas clínicas exijam crítica cautelosa quanto à interpretação dos resultados, visto que a melhora completa em paciente com 20 dias de seguimento homeopático não possui a mesma estabilidade e, conseqüentemente, o mesmo significado da melhora processada no decurso de vários meses; além disso, a sugestão constitui importante fator de interferência nas primeiras semanas de qualquer tratamento, principalmente na evolução favorável.

Muitos pacientes, de um único retorno no primeiro mês, apresentam respostas que, não sendo completas, são satisfatórias para eles próprios e também para o médico, em função do desaparecimento de manifestações concomitantes e da presença de ótima disposição psíquica. Nas tabelas estatísticas, devido ao maior tempo indispensável para a reversão de determinadas queixas-parâmetro ou queixas-referência em pauta, muitos casos acabam por figurar no item “sem resposta”. Outros pacientes, condicionados aos esquemas alopatóicos de resultado imediato, não retornam por suporem frustração terapêutica ou, pelo contrário, por se sentirem curados em definitivo e julgarem desnecessário o retorno e prosseguimento terapêutico. Estas circunstâncias contribuem para um índice de desistências relativamente alto e que, ao julgamento precipitado, constituiria aspecto negativo decorrente de má atuação do medicamento homeopático ou de prescrição incorreta.

A modificação favorável de queixas-diagnóstico alheias ao motivo central da consulta inicial representa fato comum, impondo-se por este motivo a elaboração de ficha inicial eclética completa, isto é, passível de aproveitamento pelo profissional homeopata ou não, a fim de possibilitar comparações e constatações, sob risco de desvio do plano terapêutico atual, acertado, mas que não satisfaz ao anseio que trouxe o paciente ao consultório.

Importa enfatizar que no tratamento homeopático vale o estímulo, ainda que único, mostrando-se desnecessária a repetição sistemática da dose, na maioria dos casos; o organismo, uma vez acionado pelo estímulo semelhante, mobiliza-se em uma trajetória

seqüencial no sentido de melhor equilíbrio, dispensando instigação farmacodinâmica insistente. O que mais interessa na avaliação a curto prazo é a instalação da maioria das variantes reativas imediatas, testemunhas de resposta ao medicamento correto, todas elas passíveis de observação precoce tanto depois de doses repetidas quanto após dose única isolada.

Ainda com referência à pesquisa em torno do acne vulgar, de um grupo de 79 pacientes documentados fotograficamente, verificou-se que o resultado ideal desejado ou clareamento completo das lesões aconteceu em apenas 3,8 % na ocasião do retorno entre o 15º e 25º dia. Este índice subiu dez vezes nos seguimentos registrados a partir dos três meses, evidenciando que a normalização não constitui processo instantâneo, nem uniforme. Fato curioso, 39 integrantes do mesmo grupo ou 49,4 %, tiveram resposta inicial precoce, que não tendo sido completa ou ideal para o médico, foi razoavelmente satisfatória para eles próprios.

A agravação homeopática, uma reação imediata, apresentou índice superior a 20 % no primeiro mês de seguimento, enquanto a agravação patogénica teve índice de apenas 1,2 % no mesmo período, triplicando nos meses seguintes, inclusive em situações de estímulos medicamentosos bastante intervalados.

Pacientes de um único retorno no primeiro mês pós-*simillimum* são de difícil posicionamento em projeto de pesquisa e acabam sendo eliminados em estudos cujo objetivo-doença tenha caráter crônico. A sua inclusão no estudo acerca do seguimento de portadores de acne vulgar se presta a indagações e considerações interessantes, algumas talvez exclusivas nos múltiplos aspectos da metodologia homeopática. Esses pacientes acabaram por representar o contingente mais curioso, em decorrência da terapêutica adotada, da abstenção de recursos tópicos e do curto período decorrido para objetivação das respostas.

As eventualidades clínicas de resposta registradas no decurso do primeiro mês foram multiformes e inesperadas. Um paciente medicado com *Psorinum*, por exemplo, apresentou pronunciada poliúria desde o início do tratamento; outro, após *Kali bromatum*, teve ritmo intestinal aumentado para 5 exonerações diárias na primeira semana; *Arsenicum album* induziu retorno de furunculose como sintoma antigo; após *Aurum metallicum*, o fenômeno de Hering sobreveio sob forma de herpes genital cujo último surto ocorrera há 4 anos; após *Lycopodium*, instalou-se imediata adenomegalia cervical, de difícil interpretação; à *Pulsatilla* foi atribuído o aparecimento de nódulo mamário; inesperada eliminação de ascarídeos assustou adulto de 40 anos, após *Argentum nitricum*; convergência de lesões em padrão centro-genal foi observada após *Natrum muriaticum C30*e, em outro paciente, de *Calcarea sulfurica*, manifestou-se convergência em padrão mandibular.

Não será demais lembrar que o primeiro ensaio de grupamento das variantes reativas, em função da época de instalação após a consulta inicial, incluiu entre as *respostas imediatas*, ocorridas desde as primeiras horas até 4 semanas, os seguintes comportamentos: a *exaltação de funções fisiológicas*, as *agravações homeopáticas*, a *instalação de novas eliminações*, os *episódios agudos recorrentes* ou *esporádicos* e os *eritemas*.

Das manifestações concomitantes beneficiadas no primeiro mês destacaram-se, pela maior freqüência, a obstipação, os transtornos gástricos, as vertigens e os distúrbios do sono.

Entre os textos que se ocupam das reações nas primeiras semanas de tratamento, merece destaque o de VITHOULKAS (1980). Na experiência deste autor, 70% dos pacientes teriam algum tipo de intensificação de sintomas nas primeiras horas ou dias, necessitando de consultas de controle a curtos intervalos nas primeiras semanas, permitindo depois o espaçamento para além de três, seis ou doze meses. Este autor defende, nos casos crônicos, as dinamizações equivalentes a C 6, C 12 e C 30, em doses repetidas, inclusive várias vezes ao dia, durante 20 a 30 dias, para então suspendê-las. Não enfatiza o significado médico-social destes dados colocando, inclusive, as suas observações em um apêndice à parte, no final do livro, sem lhes conferir o devido destaque.

O comportamento dos pacientes com uma única consulta/controle não diferiu basicamente dos demais portadores de acne, sendo óbvio que a involução de lesões crônicas deve ser questionada. Ainda que não estável, esta resposta favorável traduz transformação positiva que precisa ser considerada. O relativamente elevado índice de resultados satisfatórios questiona a interferência da sugestão, pouco viável, em pacientes caracterizados pela falta de persistência em uma doença como o acne. A sugestão não explica o aparecimento das várias reações indesejáveis, a exemplo da exaltação das eliminações, do retorno de sintomas antigos, do aparecimento de sintomas novos, da instalação de eritemas e da intensificação dos sintomas iniciais da primeira consulta.

A análise do grupo mostra que, para usufruir dos reais benefícios da prescrição homeopática, o paciente necessita entender as razões do seguimento e ter acesso livre ao médico, sem o comodismo do telefone. Precipitações desnecessárias são evitadas através de instruções elementares escritas.

Ante o inevitável fato do organismo responder de modo imprevisível, em prazo também imprevisível, resta ao médico homeopata organizar-se a fim de prestar assistência complementar a cada um dos pacientes atendidos pela primeira vez, não se justificando a marcação inexorável da próxima consulta para dois ou três meses depois. Afinal, o especial atendimento restringe-se aos dias e semanas que seguem à primeira consulta, sendo dispensável nas demais. Em meio das aparentes desvantagens, o médico habituar-se-á a assistir ao espetáculo compensador do processo de cura e o período ideal para o evento situa-se justamente nos primeiros 30 dias.

Estes aspectos não são do domínio da classe médica, muito menos do público e das autoridades da saúde, as quais nem de leve suspeitam da existência dos fenômenos reativos despertados pela lei da semelhança. À primeira vista, a conciliação da Homeopatia e atendimento coletivo parece impossível. Não obstante, a melhor análise das partes interessadas, e do conjunto, converge para um final feliz onde o médico, *por vocação*, exercerá a terapêutica que optou; o paciente, *por interesse próprio*, aprenderá a se disciplinar, a se auto-observar e a colaborar com quem o assiste; as autoridades, *por interesse coletivo*, surpreender-se-ão ao constatarem que o maior tempo dispendido no interrogatório e nas consultas iniciais, amiúde repetidas, acaba sendo compensado ao longo dos meses ou anos pela diminuição do número total de consultas e pela redução do período médio de cada tratamento. Finalmente, para as três partes interessadas será importante compreender que o tratamento homeopático, de estímulo e de correção do terreno predisponente traz, por acréscimo, uma contribuição eugênica exclusiva.

DIFICULDADES E ERROS FREQUENTES NA CLÍNICA HOMEOPÁTICA

A vivência ambulatorial de equipe, em regime de ensino, propiciou conhecimentos excepcionais acerca dos problemas criados na prática da lei da semelhança. A maioria das falhas seria evitada pela observância de normas preestabelecidas de conduta, independentemente de preceitos filosóficos de qualquer natureza.

Constituíram dificuldades e causas freqüentes de erro:

1. **Má interpretação da falta de resposta a determinado *simillimum*.**
2. **Falha na avaliação evolutiva, por inexperiência ou falta de visão abrangente das entidades mórbidas crônicas.**
3. **Parâmetro inadequado.**
4. **Suspensão ou mudança desnecessária do medicamento correto, por desconhecimento dos comportamentos reacionais.**
5. **Omissão de manifestações gerais.**
6. **Julgamento evolutivo com base exclusiva em manifestações psíquicas inalteradas, essencialmente caracterológicas.**
7. **Prescrição baseada em manifestações neuropáticas.**
8. **Desconhecimento de aspectos evolutivos da doença quanto à duração.**
9. **Omissão de diagnóstico em doença ou em situação miasmática, a exemplo da sífilis e da gonorréia.**
10. **Persistência de fatores causais de natureza diversa.**
11. **Exploração abusiva do mesmo quadro repertorial.**
12. **Troca prematura de dinamização.**
13. **Prescrição sistemática de nosódio miasmático ou equivalente.**
14. **Abuso da conduta de espera.**
15. **Abuso do mesmo *simillimum*.**
16. **Prosseguimento terapêutico do estado crônico com o medicamento bem sucedido em episódio agudo recente.**
17. **Não observância de tratamentos simultâneos interferentes.**
18. **Alta com base em queixa isolada.**
19. **Receios frente à alta e à conduta acertada seqüente aos episódios agudos.**
20. **Abstenção terapêutica em doenças agudas.**
21. **Dúvida quanto à conveniência da adoção de segundo *simillimum* para nova etapa terapêutica.**
22. **Associação de dietas como requisito obrigatório.**
23. **Prescrições antecipadas.**

1. Má interpretação da falta de resposta a determinado *simillimum*.

Pela complexidade da Matéria Médica Homeopática, é comum o médico atribuir a erro próprio a ausência de resposta terapêutica. Anamnese cuidadosa, exame e vigilância, evidenciarão fatores de obstaculização à influência da prescrição correta, concernentes ao médico, ao doente, ao medicamento e à natureza da doença.

Fatores do médico: 1) a omissão do diagnóstico nosológico como parâmetro de cura; 2) a não averiguação do uso simultâneo de drogas interferentes; 3) a não orientação do paciente.

Fatores do doente: 1) a não aderência ao plano terapêutico, confundindo o médico; 2) a persistência sob condições estressantes.

Fatores do medicamento: 1) troca de fármaco, por erro crasso de fabricação ou por veleidade mercantilista; 2) desobediência à farmacotécnica homeopática; 3) emprego de tinturas-mães fora do prazo de validade; 3) origem não confiável das substâncias-base.

Fatores da doença: 1) estado lesional avançado ou irreversível; 2) deficiências imunitárias; 3) doenças degenerativas; 4) bloqueio de emunctorios; 5) alta virulência de agentes microbianos e virais; 6) neoplasias malignas.

2. Falha na avaliação evolutiva, por inexperiência ou falta de visão abrangente das entidades mórbidas crônicas.

O tratamento correto dos estados crônicos, habitualmente caracterizados por paroxismos, não exime o doente, de modo abrupto, dos respectivos episódios de exacerbação. A doença traduz estado dinâmico, cujas transformações diferenciam, continuamente, o doente de hoje daquele de alguns meses ou anos passados.

A involução de processos crônicos no sentido da cura requer seguimento terapêutico a longo prazo e a reversão dos quadros crônicos exige, em geral, vários medicamentos, em etapas seqüentes ou intervaladas, no decurso da vida do doente, na dependência das mudanças fisiopatológicas. O grupamento dos medicamentos em categorias, a exemplo dos *anti-miasmáticos*, restringe-se a finalidades didáticas..

3. Parâmetro inadequado

Antes do ato da prescrição, imprescindível será o diagnóstico nosológico. Nas doenças recorrentes terá valor decisivo o calendário contendo anotações cronometradas dos ritmos de exacerbação. Em algumas situações será indispensável quantificar, a exemplo da insônia, onde importa a soma das horas dormidas no transcurso de cada noite, a qualidade do sono e os hábitos do paciente, principalmente quando idoso; necessário se faz investigar o sono diurno, o comportamento frente à televisão e a hora real de deitar na cama. Na dismenorréia valerá o cômputo mensal ou semestral de horas/estudo ou horas/trabalho perdidas em função da queixa.

Nos exemplos citados e em muitos outros, a simples afirmação de “estar melhor” ou de “estar bem” é destituída de significado semiológico. A repetida frase “estou a mesma coisa” será ouvida com reserva.

4. Suspensão ou troca do medicamento correto, por falta de familiarização com as variantes reativas.

A mudança de medicamento supostamente incorreto acontece frente a qualquer uma das respostas relatadas, especialmente a intensificação das funções fisiológicas, a agravação homeopática, o retorno de sintomas antigos e a instalação de processo agudo. Convém frisar que as modalidades reacionais, benéficas ao doente, constituem indicadores seguros de estímulo medicamentoso correto, donde a imperiosa necessidade do conhecimento suficiente acerca dos fluxos exonerativos e depurativos habituais, indispensáveis ao mecanismo de homeostase.

5. Omissão de manifestações de ordem geral

A negligência no apanhado de sinais e sintomas representativos do modo reacional global do organismo constitui a principal causa de erro na prática da Homeopatia, principalmente em quadros agudos.

O principiante no método, alertado frente às dificuldades na captação de manifestações psíquicas, tanto se esmera na pesquisa desta categoria de sintomas que acaba se descuidando da busca de manifestações gerais, objetivas e simples, caindo em falha de prescrição por semiotécnica omissa.

As informações atinentes a generalidades não vêm sendo suficientemente exploradas no ensino clássico, a exemplo das diáteses, dos temperamentos, das sensações, dos transtornos da sensibilidade, dos distúrbios do sono e da transpiração alterada - por falta de conotação direta à prescrição alopática. Em suma, por aparente falta de praticidade.

As conseqüências desta omissão agravam-se no atendimento de quadros agudos onde, por falta de sintomas psíquicos recentes vinculados ao processo agudo atual e pela falta de hábito na exploração de manifestações representativas do modo orgânico conjunto, resulta a atenção exclusiva às manifestações localizadas - expressões orgânicas parciais, transitórias e destituídas de valor hierárquico - se o médico não souber totalizar e individualizá-las através do recurso dos detalhes, das causalidades, das modalidades e dos comportamentos gerais concomitantes.

Repertorização de portadores de gripe, por exemplo, deve começar pelo estado psíquico e condições gerais, nunca a partir de determinada eliminação acrescida por modalidades centradas, exclusivas, redundantes e reflexivas sobre ela mesma, ao modo de “secreção abundante, copiosa, transparente, aquosa, branca, unilateral, obstrutiva...” e nada além disso.

Certos paroxismos recorrentes estereotipados, ao modo da asma brônquica, levam à prescrição sistemática de *Arsenicum album*, cuja patogenesia mimetiza a crise. Neste enfoque, os portadores deste diagnóstico receberiam sempre o mesmo medicamento. Entretanto, além da ansiedade e angústia próprias desta condição, o portador de crise asmática apresenta inumeráveis modos comportamentais, psíquicos e físicos, que permitem sua diferenciação dentro do diagnóstico nosológico. O próprio fator desencadeante, quando bem caracterizado, assume excepcional hierarquia na seleção do *simillimum*.

6. Julgamento evolutivo baseado em manifestações psíquicas inalteradas, de natureza caracterológica

Na totalidade sintomática podem ter sido incluídas manifestações caracterológicas que, por natureza, são imutáveis. Para a correlação de semelhança valem aqueles sintomas psíquicos surgidos juntamente à doença atual. *Os aspectos caracterológicos serão considerados somente quando tiverem sofrido acentuada alteração quantitativa ou qualitativa*, isto é, quando exacerbados ou modificados em coincidência com a doença atual - um pouco antes ou em simultaneidade.

Quando concomitantes a um quadro agudo, as manifestações psíquicas assumem hierarquia máxima. Nos episódios paroxísticos nem sempre existe tempo hábil para instalação destas modificações, donde a razão da necessidade de recorrer àqueles sinais ou sintomas disponíveis, gerais e locais, desde que individualizados através dos recursos da semiologia homeopática.

Nos portadores de quadros agudos constitui grave erro a valorização exclusiva de sintomas locais, ainda que individualizados, quando existirem concomitantes manifestações psíquicas recentes e características, importantes e decisivas, que foram negligenciadas.

A inclusão de aspectos caracterológicos no quadro repertorial tem sido o principal fator responsável por erro de prescrição repetitiva de determinado *simillimum* durante meses ou anos, donde o valor prático da avaliação conjunta integrada dos sintomas, com atenção às alterações psíquicas simultâneas à doença atual.

Nas decisões, considerar não apenas o mental, nem apenas o geral, muito menos o local exclusivo - mesmo quando cada qual parecer exaustivamente detalhado ou modalizado. A totalidade integrada prevalecerá em todas as situações.

7. Prescrição baseada em manifestações neuropáticas

Os transtornos próprios de neuropatias, irremovíveis por natureza, não se prestam para escolha do *simillimum*, sendo eles destituídos de significado integrador para a identificação patogenética.

8. Desconhecimento de aspectos evolutivos da doença quanto à duração

O clínico geral, por limitações naturais humanas, não consegue dominar a Patologia e nem sempre está suficientemente atento às características evolutivas das inumeráveis entidades nosológicas, equivocando-se no discernimento do resultado e não esclarecendo o doente que, ansioso, nem sempre colabora com informações exatas. Nesta contingência enquadram-se os distúrbios menstruais, as oncodistrofias, a rinite alérgica, o herpes simples e as lesões do próprio acne, estas por vezes de resolução imediata e definitiva, outras vezes se arrastando dentro do processo regressivo durante muitos meses ou anos, na dependência do grau de impregnação tóxica do terreno subjacente.

A resposta lenta é inerente a determinadas doenças e constitui motivo freqüente de abandono da Homeopatia por ineficácia ou pela suposição de erro prescritivo. Esta falsa interpretação é corroborada pelo uso generalizado dos recursos alopáticos, ou enantiopáticos, capazes de proporcionar alívios imediatos.

9. Omissão de diagnóstico em doença ou em situação miasmática, a exemplo da sífilis e da gonorréia

A suposta extinção das outrora difundidas doenças venéreas, em especial da sífilis e da gonorréia, tem motivado o não diagnóstico das mesmas, falseando parâmetros de seguimento. Homeopatas de renome do mundo inteiro são unânimes em admitir nestas condições infecto-contagiosas, de grande potencial patogênico e de impregnação toxínica, o valor prioritário dos recursos alopáticos clássicos, de efeito imediato, programando plano terapêutico homeopático paralelo ou posterior. Ao médico, homeopata ou não, constitui erro imperdoável deixar passar despercebida uma doença contagiosa venérea, de grave significado social, privando o doente dos recursos modernos e expondo-o a imprevisíveis riscos a longo prazo.

Muitas vezes, o antigo portador dessas afecções, negativedo sob aspecto bacteriológico, responde de modo insatisfatório ao *simillimum*, criando situação excepcional que requer prescrição do nosódio miasmático correspondente: *Luesinum* para o ex-sifilítico e *Medorrhinum* para o ex-gonorréico. Assim tratado o doente, ao ser reiniciado o *simillimum* algumas semanas depois, as possibilidades de resposta satisfatória serão maiores.

10. Persistência de fatores causais de natureza diversa

Desde que identificada a causa desencadeante do quadro atual, deverá ela ser removida ou corrigida. As citações de HAHNEMANN dizem respeito aos fatores do ambiente, subentendendo prováveis alérgenos. Na prática, a remoção de fatores adversos nem sempre é possível, notadamente quando vinculados ao trabalho (posição, excesso), habitação (insalubridade) e situações sócio-econômicas (desnutrição, alcoolismo, incompatibilidade familiar, vícios alimentares e maus tratos).

As constituições ou biotipos, integrando funções glandulares e metabólicas, representam causa profunda ou fundamental, condicionante de comportamentos orgânicos básicos estáveis que, no adulto, ora favorecem certos desvios patológicos, ora dificultam a influência terapêutica. Seu interesse ressuma nas avaliações retrospectivas dos fichários clínicos. Constitui erro a prescrição sistemática daqueles medicamentos cujas patogenias servem de protótipos comparativos aos biotipos básicos de NEBEL-VANNIER ou de H.BERNARD. A mesma advertência vale aos “tipos sensíveis” atribuídos a determinados medicamentos.

As diáteses, vinculadas ao metabolismo e ao sistema endócrino, conseguem ser atenuadas sem jamais serem removidas.

As idiosincrasias, excepcionais na clínica e dependentes do código genético, são imutáveis e refratárias a influências terapêuticas, inclusive a homeopática.

Ao médico compete distinguir o curável do não curável ou aquilo passível de ser corrigido ou atenuado, para estabelecer a prognose.

11. Exploração abusiva do mesmo quadro repertorial

As digressões dentro de mesma repertorização constituem erro comum. Insatisfeito com o resultado proporcionado pelo medicamento que “teve mais pontos”, o estudante do

método vê-se tentado a adotar o seguinte medicamento da lista com “mais pontos”, não se aprofunda nas demais patogenesias destacadas no procedimento, esquece que o repertório representa recurso apenas auxiliar e que compete ao médico a tarefa de decidir, escolher ou desprezar os medicamentos assinalados na repertorização. O repertório de sintomas funciona como computador: para questões mal elaboradas as respostas se apresentarão comprometidas.

Em cada nova consulta, avaliar a conveniência de novo quadro repertorial, considerando que este, segundo as circunstâncias, ora será indispensável, ora inoportuno.

12. Mudança prematura de dinamização

Ao modo de outros colegas iniciados na Homeopatia em época de influência dominante francesa, habituamo-nos ao uso de doses repetidas. Hoje, reconhecemos a conveniência da dose única sob enfoque didático e prático, embora nem sempre psicológico. Em trinta anos de observação, deparamos com doentes crônicos cujo organismo “reclama” ou exige a repetição de dose. Também verificamos que a repetição de doses não traz inconvenientes e que a agravação patogenética, facilmente controlável, tende a evoluir no sentido favorável da cura. .

Há muitos anos adotamos, para início de qualquer tratamento, a dinamização C 6, considerada baixa, porém dotada de potencial dinâmico suficiente para acionar quadros crônicos e agudos e se mostrando, em muitas situações, suficiente para iniciar, conduzir e concluir o processo da cura. Não constituem raridade clínica as curas completas após dose única em C 6. Partindo desta dinamização, torna-se possível evitar e reduzir agravações homeopáticas, em geral tanto mais freqüentes e acentuadas quanto mais elevadas forem as dinamizações empregadas. Outrossim, a C 6 poderá ser substituída por outras potências ascendentes, conforme ditar a evolução do doente.

De máxima importância é o reconhecimento correto do medicamento. Uma vez identificado o verdadeiro *simillimum*, ele atuará em qualquer dinamização, ficando sob critério clínico evolutivo a fixação daquela presumidamente melhor adequada. O problema consiste em reconhecer o momento ideal para a passagem à dinamização superior. Quando o médico detecta ou quando o doente sente e diz que determinada dinamização está lhe fazendo bem, ainda que de modo parcial, a experiência recomenda repetir doses únicas intervaladas desta mesma dinamização, para que dela seja usufruído o máximo de benefício; o paciente entrará em processo de melhora e estabilizará; então, baseado na experiência, o médico decidirá sobre a conveniência de outra dinamização ascendente; se tudo regredir e o quadro permanecer silencioso, o tratamento estará concluído, pelo menos a médio prazo.

Quando determinada dinamização, ainda que considerada baixa, estiver atuante, a passagem prematura para outra ascendente traz o risco de “estragar” o caso; isto é comum na prática e a vivência clínica mostra que, além da sintonia com o *simillimum*, existe a sintonia eletiva para determinada dinamização; quando esta é marginalizada para dar lugar a outra superior, supostamente mais conveniente, nem sempre esta última se mostra, de

fato, vantajosa; nestas situações de estagnação acontece freqüente repetição de erro por nova precipitação, elevando de novo a potência, deixando cada vez mais para trás aquela ideal que “quase” curou o doente em profundidade. Acontece o doente apontar no calendário o mês e data em que determinada prescrição lhe trouxe maior alívio; o retorno àquela dinamização que se mostrou ativa poderá surtir excelente resultado, porém nem sempre, talvez pelo longo tempo decorrido e pelas modificações do organismo instigado em demasia por estímulos além dos necessários.

13. Prescrição sistemática de nosódio miasmático

Sob pretexto de “abrir o caso” e facilitar a atuação do remédio subsequente, alguns autores recomendam a prescrição inicial sistemática do nosódio miasmático mais adaptável a cada caso, em dose única C 200: *Luesinum* ou *Siphyllinum*, *Medorrhinum*, *Psorinum* e *Tuberculinum*, com opção alternativa de *Sulfur* na psora e de *Thuya occidentalis* e *Nitricum acidum* na sicose. Nenhum trabalho específico argumenta este procedimento.

14. Abuso da conduta expectante

A espera excessiva para retomada de medicamento é problema excepcional em clínica privada. Em ambulatório de alta rotatividade ou tipo escola, acontecem situações que o doente de consultório privado não tolera. Assim como a falta de paciência, a pressa e a precipitação são inimigas do tratamento homeopático, o procedimento contrário, de contemporização ou de contemplação, mostra-se sobremaneira inoportuno. Em ambulatório, esta última tendência muitas vezes se justifica por intuito didático de melhor observação evolutiva. Já deparamos com situações de 6, de 12 meses e até de 3 anos de conduta expectante para “esgotar a atuação de uma dinamização alta... até que o quadro se estabilize”. A negligência costuma estar por trás destes exageros.

Em quadros agudos a conduta de espera não tem vez. Os autores estão acordes frente ao fato de que o paciente em fase aguda exige estímulos bastante aproximados. HAHNEMANN admitia em doenças agudas a repetição amiúde: desde algumas horas até poucos minutos, espaçando as doses desde o momento em que se fizessem notar sinais de melhora.

15. Abuso do mesmo *simillimum*

HAHNEMANN defende o uso de remédio único. O fator decisivo em uma prescrição homeopática é o remédio correto, não tanto a dinamização alta ou baixa do mesmo. Nestes termos deduz-se que o organismo tem capacidade de criar situações de conveniência, a partir do estímulo dinâmico proporcionado.

Na clínica apresentam-se diferentes situações de repetição abusiva:

1. Eventualidade de falso *simillimum*, sem o resultado desejado, com perda de tempo na sua continuidade. Por vezes, diante de discretas melhoras o médico opta por conservar a mesma prescrição, donde o grande valor do conhecimento das variantes reacionais para desenralhe ou solução do impasse.

2. Paciente anteriormente curado retorna após um ano apresentando queixas diferentes exclusivas ou tendo, de permeio, alguma das manifestações anteriores. Motivado pelo sucesso anterior, o profissional decide repetir o mesmo medicamento, caindo em erro, visto que a doença mobilizou-se pela sua condição dinâmica em constante transformação. O estímulo indutor medicamentoso estará agora ultrapassado, impondo a reavaliação do caso.

3. A eventualidade do mesmo remédio episódico servir para idênticas crises recorrentes futuras a se desenvolverem no mesmo indivíduo pode acontecer, sem constituir regra de procedimento.

16. Prosseguimento terapêutico em um estado crônico com o mesmo medicamento bem sucedido em episódio agudo recente do mesmo enfermo

Episódio agudo e estado crônico ou, em outros termos, doença aguda e doença crônica, são situações distintas cujo substrato fisiopatológico e evolução clínica diferentes exigem do médico raciocínio e plano terapêutico diferentes.

O estado agudo isolado, específico ou não, assim como aquele recorrente, constitui um parêntese na existência do indivíduo e precisa ser vivenciado conforme a contingência de fenômenos atuais situados dentro deste parêntese. Estudantes do método, entusiasmados com os bons resultados de medicamento usado no episódio agudo, especialmente quando o paciente é um crônico em uso de Homeopatia sem o sucesso esperado, tendem a represcrevê-lo em dinamizações crescentes. A princípio, tudo corre muito bem, considerando que o paciente recém-egresso de paroxismo reacional costuma passar melhor, mesmo sem remédio. Com o passar do tempo, ou porque persistem fatores adversos, ou porque o organismo carece do estímulo adequado dirigido ao terreno, o quadro sintomático estabiliza ou piora, reinstalando-se as queixas anteriores à crise.

Portanto, a norma em paciente crônico sob tratamento homeopático que se vê acometido por doença aguda, consiste em interromper o *simillimum* em uso para atender ao quadro agudo, fazendo nova prescrição baseada em anamnese centrada na atualidade aguda. Quando possível, uma repertorização se baseará no apanhado global das manifestações atuais ou bem recentes que precederam o paroxismo, com observância da hierarquia. Uma a duas semanas após vencido o quadro agudo e estabilizado o paciente, será retomado o *simillimum* anterior, na mesma potência. O organismo saído da fase aguda responderá muito bem à igual potência do mesmo remédio que antecedeu à crise. Não se justifica nova repertorização, porque o doente passou por importantes transtornos da situação aguda ou advindos do *simillimum* anterior recente, tendo a movimentação orgânica gerado nova realidade dinâmica, ainda em processamento, com provável perda de sintomas e sinais para ele indesejáveis, visto que as transformações continuam a acontecer sob a influência do estímulo carregado pelo *simillimum*, já extinto em razão da sua natureza energética, mas cuja resposta suscitada ainda não se consumou. Portanto, nova repertorização para o estado crônico será inoportuna na fase pós aguda imediata, devido ao conjunto sintomático modificado que levará a outro medicamento - inadequado para o momento. A sua troca nesta fase traz o risco de eternizar o seguimento do doente.

17. Não observância de tratamentos simultâneos interferentes

Em um hospital geral alopático, numerosos pacientes estão simultaneamente matriculados em diferentes clínicas e, por vezes, percorrem-nas no decurso de um mesmo dia em busca de alívio para seus sofrimentos parcializados. Por acréscimo, comparecem ao ambulatório homeopático, onde também estão matriculados.

Em serviço ambulatorial de Homeopatia possuidor destas características, acontecem diferentes eventualidades:

1. O paciente multimedicação terá sua avaliação prejudicada a ponto de inviabilizar, por se tornar absurdo, o recurso homeopático de permeio a numerosos fármacos, por vezes de propriedades desencontradas e em doses maciças.

2. A atuação da Homeopatia será entravada sob influência de corticosteróides e certos antiinflamatórios. A prática revela a presença de produtos hormonais nas situações em que pacientes não respondem “tão bem” como se esperava.

3. Em paciente habituado a medicamentos episódicos de apoio, o bom senso ditará a conduta em cada situação em particular. Por questões éticas e pela inexistência de serviços homeopáticos de urgência, convém respeitar as prescrições alopáticas. Na enxaqueca, por exemplo, será melhor continuar o uso de ergotamínicos na crise do que tentar prescrições supostamente homeopáticas baseadas na queixa local exclusiva e que, imprevisivelmente, adulterarão o quadro geral das manifestações físicas e psíquicas, de importância posterior decisiva na individualização do *simillimum* que atenderá ao organismo como terreno predisposto.

18. Alta com base em queixa isolada

Pacientes encaminhados ao ambulatório de Homeopatia costumam estar inscritos em serviços de outras especialidades, cujos ambulatórios freqüentam até o dia em que lhes é concedida alta. Um serviço homeopático, quando encravado em hospital alopático, por estar subordinado à mesma chefia, obriga-se aos boletins mensais de alta. A administração do nosocômio estranha, a princípio, o reduzido índice de altas ou curas, e isto acontece pelo fato da lei da semelhança tratar do doente como um todo e não da doença como diagnóstico nosológico isolado, argumento este de difícil inserção estatística.

A experiência mostra ser possível contornar polêmicas, em atitude honesta e conciliatória, conferindo alta nas situações bem sucedidas com diagnósticos representativos de diferentes estados crônicos, concedendo ao paciente a liberdade de retorno quando lhe aprouver, sem deixar de instruí-lo sobre a importância do tratamento de base. Desta forma, os boletins de alta são elaborados e há muito que fazer no tocante ao terreno como predisposição mórbida.

19. Receios frente à alta e à conduta seqüente aos episódios agudos

Nos episódios agudos miasmáticos ou recorrentes, a alta é concedida *pro forma*, orientando o paciente para atendimento de intercrise, de base ou do terreno como predisposição mórbida.

Nas doenças epidêmicas agudas infecciosas a alta definitiva obedece aos moldes clássicos. Ainda que o terreno tenha muito a ver com o episódio, considerando que uma epidemia não acomete a totalidade dos indivíduos, sob o ponto de vista prático, seria absurdo e anti-ético doutrinar, sistematicamente, cada paciente no sentido da continuidade de tratamento homeopático pós-epidêmico. O mesmo critério vale para as doenças agudas individuais específicas.

Nas doenças agudas coletivas, a alta é decidida dentro das normas comuns, acompanhada de instruções específicas quando necessárias, em geral relativas à higiene ou a recursos acessórios.

Nas doenças agudas individuais esporádicas, a alta obedece a critérios comuns, com atenção ao fator desencadeante.

20. Abstenção terapêutica em doenças agudas

Justificando-se no caráter depurativo dos episódios agudos de um modo geral, sem distinção, alguns profissionais ortodoxos chegam ao extremo da conduta expectante sistemática nestas situações, em atitude passiva, que compromete a cientificidade da Homeopatia. Na verdade, o episódio agudo representa esforço extremo de defesa, com ou sem lesão tecidual visível, convindo lembrar o conceito clássico de injúria tecidual como resposta de defesa normal na qualidade, porém excessiva na amplitude e duração. Este raciocínio se aplicaria aos episódios agudos pós *simillimum*, os únicos perante os quais a conduta expectante passiva até que se justificaria, entretanto, na prática, o questionável discernimento dinâmico desta categoria de exceção torna-a igualmente inaceitável na decisão do ato médico expectante. O próprio HIPÓCRATES alertava para o fato da natureza necessitar em seu esforço de cura, na maioria das vezes, da ajuda médica.

As diretrizes de prescrição atual são sempre as mesmas, independentemente da natureza do quadro agudo.

21. Dúvida quanto à conveniência de adotar segundo *simillimum*

Diferente dos quadros crônicos, nos quais importa manter o mesmo medicamento e buscar o máximo de aproveitamento mediante aumento das dinamizações conforme a evolução do doente, no quadro agudo, e notadamente em crianças, costumam acontecer mudanças súbitas, a reclamar nova adaptação de remédio. Um doente medicado com *Aconitum napellus*, por exemplo, poucas horas depois talvez exija *Bryonia alba* ou qualquer outro medicamento, de previsão impossível. Nestas situações prevalecerá sempre o critério da semelhança característica atual, segundo linguagem do organismo em reação. As citações ou gráficos de medicamentos complementares, ou seqüentes habituais, ou evolutivos, pelo fato de traduzirem meras expressões estatísticas dos estudos retrospectivos de casos atendidos, não se prestam como indicadores pré-elaborados.

A mudança de *simillimum* faz-se necessária também em quadros crônicos, desde alguns meses, um ou mais anos de tratamento. Nem sempre o segundo *simillimum* possui vínculos patogenéticos com o anterior diferindo, inclusive, nas modalidades gerais. Como exemplo, a mudança de *Actaea racemosa* para *Argentum nitricum*.

Na doença crônica o câmbio de medicamento em função de sintomas novos requer muita cautela para evitar interferência sobre organismo ainda em mobilização de reequilíbrio em razão de estímulo anterior. O próprio doente determina a época propícia para outro medicamento ao afirmar que “tudo está igual, sem melhora e sem piora” ou que “algumas coisas novas o incomodam”. Na certeza de que o organismo estabilizou em sua reação, será feita reavaliação completa e decidido novo *simillimum*, sempre iniciado em dinamização baixa, ao modo de primeira prescrição. A conveniência do completo aproveitamento da influência de determinado medicamento, através das suas dinamizações ascendentes, em etapas, não significa que estas dinamizações devam ser obrigatoriamente esgotadas antes de pensar em segundo *simillimum*. As modificações, quando rápidas e radicais, fazem o doente “gritar” o seu *novo* medicamento.

Nas crianças portadoras de condições não agudas, a troca de *simillimum* mostra-se oportuna em intervalos menores do que no adulto, não raro dentro de poucas semanas ou meses.

22. Associação obrigatória de dietas

A atuação do *simillimum* não depende de dietas, não havendo regimes alimentares obrigatórios vinculados à Homeopatia. Existem, na realidade, dietas ajustadas segundo critérios gerais da Medicina e, quando necessárias, serão elas sempre benéficas e contribuirão para melhor êxito de qualquer tratamento.

Em serviço homeopático do tipo hospital-escola apresentam-se situações nas quais, ainda que úteis, as dietas falsearão desnecessariamente a avaliação terapêutica, a exemplo dos pacientes obstipados crônicos, cujas histórias de 10 a 20 anos trazem referência a numerosos tratamentos e a dietas não cumpridas. Nestes casos, as inovações dietéticas junto às prescrições originam resultados positivos, apenas aparentes e transitórios, passíveis de serem atribuídos, inclusive, a medicamento homeopático incorreto. O *simillimum* acertado tem a capacidade de, por si mesmo, induzir o aumento do ritmo intestinal, independente de dietas, do diagnóstico ou da queixa principal.

23. Prescrições antecipadas

A prescrição antecipada de diferente medicamento dirigido para possível crise febril, ou em dinamizações ascendentes, deve ser restrito a situações excepcionais.

Atentar para o fato de muitas farmácias, inexplicavelmente, adotarem formas aquosas exclusivas, de rápida deterioração.

O medicamento pré-adquirido e não aproveitado incomoda o paciente, o qual passa a questionar e a pedir explicações ao médico acerca do mesmo, sempre que se fizer necessária uma nova prescrição. Daí o conselho: ater-se à receita para a realidade clínica atual imediata.

NORMATIZAÇÃO DE CONDUTAS. PROCEDIMENTO REPERTORIAL DOS SINTOMAS PREPONDERANTES. NORMAS DE PRESCRIÇÃO

Insistentes apelos de Colegas jovens e principiantes do método hahnemanniano induziram-nos à elaboração de normas para procedimento repertorial. Para tanto, procedemos à exaustiva pesquisa bibliográfica na área, à qual acrescentamos os frutos de vivência própria, em serviço privado e em ambulatório-escola. Injusto seria ignorar os valiosos textos de BOENNINGHAUSEN, de BOERICKE, de BOGER, de BARTHEL e de outros estudiosos da Homeopatia, todavia, por razões práticas e didáticas, nos baseamos em textos originais de KENT, suficientes para as exigências clínicas diárias.

O procedimento repertorial dos SINTOMAS PREPONDERANTES

DIRETRIZES

01. Após obtida a totalidade numérica dos sintomas apresentados pelo doente, estabelecer o diagnóstico nosológico. Usar ficha clínica eclética.
02. Então, compor a TOTALIDADE SINTOMÁTICA INTEGRADA, ou seja, a totalidade característica, com base na ficha cuidadosamente preenchida, destacando os sintomas que diferenciam o doente dentro do seu diagnóstico, isto é, aqueles marcantes, característicos, raros e sem explicação. Determinar a causa desencadeante.
03. HIERARQUIZAR, selecionando os sintomas PREPONDERANTES do doente, agrupando-os conforme a categoria mental, geral (somática) ou local. Quando possível, ordená-los dentro da respectiva categoria.
04. Atentar para a CAUSA como SINAL revelador ou ativador de predisposição mórbida de terreno, capaz de qualificar manifestações mentais, gerais e locais. Considerando que a etiologia pode ser antiga ou recente e que pode constituir etapa isolada ou seqüência de causas, levar em conta o primeiro evento ou circunstância desencadeante. Para ter importância, a CAUSA precisa ser nítida, simples, inusitada, absurda, inexplicável e não condicionante obrigatória de distúrbio.
05. Dentre os sintomas MENTAIS destacar 2 a 4 SINTOMAS PREPONDERANTES que correspondam, de preferência, a rubricas médias (20 a 40 medicamentos no máximo), procurando ordená-los conforme o poder individualizante de cada um. Evitar prolongamento vertical desnecessário da lista de medicamentos, reavaliando a anamnese.

06. Dispensar a escala hierárquica kentiana nas manifestações mentais (alterações de caráter, afetividade, intelecto e memória) por desnecessidade e no intuito simplificador.
07. Acrescentar à coluna de medicamentos, outros cujas imagens surgiram durante a consulta, submetendo-os à repertorização e ao estudo comparativo final.
08. Assinalar os medicamentos que sobressaíram na categoria de MENTAIS: no máximo 6.
09. Dispensar a pontuação simbolizada pelos estilos gráficos (valores 1, 2 e 3), por obsolescência.
10. Assinalar a FREQUÊNCIA de cada medicamento, isto é, sua presença ou ausência junto a cada sintoma.
11. Após a pesquisa dos SINTOMAS PREPONDERANTES MENTAIS, considerar os PREPONDERANTES GERAIS. Quando a pesquisa chegar ao 8º ou 10º sintoma, manter somente aqueles medicamentos que tiverem apresentado, pelo menos, mais da metade dos sintomas escolhidos. A partir daí assinalar as correspondências locais.
12. O número total de sintomas a serem repertorizados varia conforme a abundância de manifestações, a dificuldade na anamnese e a perspicácia do médico. Em média, bastam 9 a 12 sintomas.
13. A repertorização será suficiente quando ficar restrita a 3 ou 4 medicamentos finais, cabendo a decisão seletiva aos conhecimentos de Matéria Médica Homeopática, através do raciocínio comparativo.
14. O recurso dos chamados sinais de exclusão (relacionados à capacidade reativa, à menstruação e à temperatura), questionável na prática, representa critério diferencial útil no término do procedimento repertorial.
15. Preferir o medicamento inesperado.
16. Nos quadros agudos prevalecerá o medicamento em cuja patogenesia estiverem simuladas as alterações patognomônicas do diagnóstico nosológico; este discernimento constituirá última etapa da repertorização.
17. Para o procedimento repertorial, optar e ater-se a um único texto.

NORMAS PARA A PRESCRIÇÃO HOMEOPÁTICA

Critério da TOTALIDADE SINTOMÁTICA INTEGRADA

01. Na pesquisa de um caso clínico, TODAS manifestações podem se tornar determinantes para a escolha do medicamento homeopático adequado ou simillimum.
02. Cada sintoma local, geral ou psíquico detectado, objetivo ou subjetivo, ao ser individualizado ou personalizado, através do recurso da qualificação e do detalhe, passa a integrar a indispensável TOTALIDADE CARACTERÍSTICA ou SÍNDROME MÍNIMA DE VALOR MÁXIMO de determinado doente.
03. Um sintoma raro e marcante, ainda que dotado de importância semiológica, por si só não decidirá a prescrição homeopática.
04. Frente a condições mórbidas oligo ou monossintomáticas, eventualidades raras na pesquisa semiológica perseverante, a homologação patogenética se restringirá, em caráter excepcional, às poucas manifestações presentes, aguardando-se algumas semanas para reavaliação mais oportuna da totalidade sintomática.
05. A atuação do medicamento homeopático, ao ser interpretada como estímulo de reforço de uma segunda doença artificial ou medicamentosa, um pouco mais forte que a doença originária ou natural, não justifica dinamizações muito elevadas, bastando aquelas situadas entre C 6 e C 30, às vezes C 200 e, mais raramente, a 1000.
06. Iniciar o tratamento com dinamização C 6, sistematicamente, independente do caso clínico ser agudo ou crônico, do diagnóstico nosológico ou da idade do paciente.
07. Após resposta favorável seguindo à prescrição inicial, evitar passagem prematura a dinamizações superiores, convindo insistir com dose isolada do mesmo estímulo anterior, aquele que se mostrou capaz de acionar o organismo.
08. Pacientes habituados ao uso de drogas paliativas, ao receberem prescrição homeopática pela primeira vez, serão orientados no sentido da redução paulatina das mesmas, não havendo conveniência na sua substituição abrupta por drogas dinamizadas acessórias ou complementares, pois esta última conduta perturbará muito mais o raciocínio terapêutico e o seguimento da doença.
09. Somente a escala centesimal hahnemanniana proporciona segurança matemática, permitindo parâmetros científicos razoáveis para controle e repetição do mesmo procedimento em novas situações.
10. A forma farmacêutica hidroalcoólica será preferida, por razões técnicas e práticas. A padronização posológica, ainda que arbitrária, recomenda 1 gota às crianças e 6 gotas aos adultos,

diluídas em água, á noite ao deitar. Dependendo o grau de dinamização da proporção volumétrica entre o soluto (droga-base) e o solvente, e não de maior número adicional de succussões, torna-se obsoleta e questionável qualquer recomendação acessória sob pretexto de modificar a dinamização de medicamento prescrito. A forma em glóbulos atende a contingências pediátricas.

11. Mais importante que repetição da dose e o grau de dinamização ou potência, é o diagnóstico correto do simillimum.

12. As prescrições associadas são destituídas de valor científico, tornam inviável a avaliação da droga que atuou e impossibilitam a continuidade racional de um tratamento fundamentado na correlação de semelhança entre as manifestações de UM determinado doente com UM dos quadros farmacodinâmicos conhecidos através da experimentação em indivíduos sadios.

13. A prescrição de medicamento oriundo de produto patológico, ou nosódio, obedecerá à totalidade de sintomas, ao modo dos medicamentos de outra origem. Será proscrito o pretense nosódio destituído de patogenesia porque, a exemplo das drogas não experimentadas, não permite confronto de semelhança.

14. A indicação excepcional de nosódio sob critério miasmático estará justificada em caso crônico quando estiverem realmente esgotadas as possibilidades de atuação do simillimum correto, em fase avançada do tratamento, raramente nas primeiras semanas ou meses.

15. A indicação excepcional de nosódio infeccioso de estoque estará justificada quando se comprovar reiterada falta de resposta ao simillimum correto, a partir de episódio infeccioso específico bem determinado, epidêmico ou esporádico.

16. Preferir dose única de medicamento único. Entretanto, na fase atual de desenvolvimento da Homeopatia, ainda são admitidas duas condutas de prescrição nas doenças crônicas: a dose única isolada e as doses repetidas diariamente. Em geral, o comportamento orgânico, imprevisível, evidencia resposta suficiente após um único estímulo correto mas, outras vezes, reclama a repetição de novos estímulos. Compete ao médico, julgar e decidir, com base na experiência e na linguagem evolutiva de cada organismo doente.

17. Nos quadros mórbidos agudos, onde a repetição freqüente do medicamento encontra justificativa, os intervalos e a suspensão do estímulo serão condicionados pela evolução da doença.

18. Certos quadros agudos pediátricos, assim como as manifestações imbricadas e instáveis de gestantes, apresentam situações excepcionais justificáveis de alternância intervalada de dois medicamentos.

19. Frente às variadas alterações ao nível das eliminações e dos emunctórios no decurso dos primeiros dias ou semanas de tratamento homeopático correto, será imprescindível que constem na ficha clínica as condições iniciais destas eliminações e emunctórios, mesmo quando normais na aparência. Paciente retornará para controle, obrigatoriamente, dentro das três primeiras semanas após iniciado o simillimum. Consultas seguintes serão espaçadas para um, dois ou mais meses.

20. Nos pacientes com episódios agudos repetitivos impõe-se tratamento de base ou de intercrise, dirigido às predisposições mórbidas do terreno, orientado sempre pela totalidade característica atual dos sintomas.

21. Quadros agudos infecciosos epidêmicos receberão medicamento individualizado, com base na totalidade dos sintomas presentes devidamente modalizados e detalhados. Quando estiver identificado o "gênio medicamentoso epidêmico", este poderá se tornar útil como recurso de massa, curativo e preventivo. Nos quadros epidêmicos impõe-se a continuidade terapêutica posterior somente quando ocorrerem complicações e seqüelas.

22. Pacientes medicados durante episódio agudo não epidêmico devem ser avaliados depois de algumas semanas a fim de, mediante anamnese atualizada e revisão da história pregressa pessoal e familiar, receberem o seu real simillimum (também chamado rémédio crônico, de fundo ou de terreno) sendo orientados para continuidade do tratamento capaz de contornar ou minorar recidivas agudas.

23. Um doente não deverá receber prescrição imediata sob pretexto de contemporizar a verdadeira consulta, pois a interferência prematura de droga dinamizada, com base em alguns poucos sintomas duvidosos, colhidos às pressas, ainda que prometa alívio ao sofrimento presente, poderá adulterar o quadro geral dificultando, pelo menos a curto prazo, a identificação do respectivo simillimum.

P A R T E II

Contribuição prática

Sinopses e citações clínicas

QUADRO XII - Relação sucinta dos CASOS CLINICOS e das FIGURAS existentes; diagnóstico nosológico, estado reativo dominante e medicamento utilizado.

CASO FIGURA	Diagnóstico nosológico	COMPORTAMENTOS REATIVOS	Medic.
01	Insônia. Obstipação crônica.	Eliminações intensificadas: diurese, sudorese, seborréia, leucorréia. Supuração dentária. Instalação de "estado gripal".	Nux-v.
02	Rinite crônica. Cefaléia crônica.	Reagudização da rinite. Eliminações aumentadas: rinorréia, diurese, lacrimejamento.	Alum.
03	Insônia.	Prurido palpebral e auricular. Diurese aumentada. Erupções cutâneas esparsas.	Ph.
04	Rinite alérgica. Bronquite asmática crônica.	Leucorréia. Erupções acneiformes.	Lyc. 6 Lyc. 12
05	Menopausa. Rinite. Bronquite crônicas.	Adenomegalia submaxilar.	Lach.
06	Enxaqueca. Dismenorréia. Sinusite.	Adenomegalia cervical e submaxilar	Ars.
07	Alopécia universal	Intensificação de eliminações: ritmo intestinal, diurese, sudorese. Adenomegalia inguinal, cervical e retroauricular.	Sulf.
08	Estrófulo	Descarga vaginal (criança de 2 anos)	Nux-v.
09	Amigdalite recidivante. Rinite alérg. Obstip. cr.	Rinorréia. Aumento do ritmo intestinal. Eritema.	Lyc.
10	Rinite crônica	Instalação de eliminações associadas: seborréia, erupções cutâneas, tosse e expectoração.	Lyc.
11	Rinite crônica	Rinorréia profusa. Eliminação de corpo estranho por vias aéreas superiores (fragmento de plástico)	Kali-bi.
12	Bronquite crônica	Expectoração profusa. Focos supurativos em cicatriz pós gastrectomia, com rejeição de fios de sutura.	Ant-t.
13	Acne vulgar	Exacerbação de lesões acnéicas. Supuração ao longo de cicatriz cesárea com eliminação de fios de sutura.	Puls.
14	Acne dorsal severo. Amigdalite recidivante. Faringite crônica	Convergência de lesões acnéicas, em padrão escapular. Eliminação de Ascarídeos (indivíduo de 40 anos).	Arg-n.
15	Enxaqueca Obstipação crônica.	Focos supurativos cicatriz inguinal pós herniorrafia, eliminação de fios sutura.	Ph-ac.

16	Dismenorréia	Aumento eliminações fisiológicas. Focos supurativos axila D.	Ign.
17	Gastrite. Dismenorréia.	1) Resposta satisfatória (Ars). Agravação indesejável (Puls). Fenômenos supurativos após Sulfur: Hordéolos e otite supurada D (em seguimento durante 4 anos e 4 meses).	Ars. Puls. Sulf.
18	Amigdalite recidivante.	Diarréia imediata. Hipersudorese. Supuração ouvido E (Puls. 6). Estado gripal (Puls. 30)	Puls.
19	Bronquite asmática. Rinite crônica. Vertigens.	Supurações dentárias bilaterais, fistulizadas.	Tarent.
20	Amigdalite aguda Fig. a,b	Eritema facial, por mudança de decúbito.	Acon.
21	Aftas recidivantes. Fig. a,b	Eritema do segmento cefálico.	Bor.
22	Acne Fig. a,b	Eritema facial.	Thuy.
23	Eczema de mãos Fig. a,b	Eritema acentuado de mãos	Ars.
24	Dermatite seborréica Fig. a,b,c	Eritema generalizado	Graph.
25	Dispepsia. Rinofaringite crônica.	1) Após Lyc.: eritema facial e episódio agudo de faringite. 2) Após Lach.: hiperatividade rins, intest., gl. sudor. e sebáceas.	Lyc. Lach.
26	Obstipação crônica. Hipertensão arterial.	Eritema generalizado. Quadro "como se fosse pneumonia".	Bry.
27	Dermatite perioral Fig. a-d	Agravação homeopática. Prurido. Erupções interciliares.	Graph.
28	Eritema tóxico facial Fig. a,b,c	Agravação homeopática. Aumento de eritema facial preexistente. Crise aguda de cefaléia intensa com 3 dias de duração.	Am-c.
29	Eritema pérmio Fig. a,b	Agravação homeopática.	Puls.
30	Eritema pérmio	Agravação homeopática.	Puls.
31	Alopécia. Insônia. Incontinência fecal. Verrugas quirodáctilos.	Agravação homeopática. Início de melhora não prioritária para o doente.	Anac- or.
32	Eczema seborréico. Tinea versicolor. Verrugas de mãos. Fig. a,b,c	Modificação de manifestações concomitantes.	Merc.
33	Queilite. Enxaqueca. Fig. a,b,c	Modificação de manifestações concomitantes.	Nat-m.
34	Queratodermia fissurada de calcanhares. Cisto de conduto tireoglosso Fig. a-d	Modificação de manifestações concomitantes.	Lyc.

35	Líquen rubro hipertr. Fig. a-e Acne. Obstipação.	Modificação de manifestações concomitantes	Apis
36	Acne vulgar Fig. a,b,c	Retorno de sintomas antigos: furunculose, tida há 4 anos.	Nux-v.
37	Vascularite necrotisante Fig. a,b,c	Retorno de manifestação antiga: sinusite aguda aos 27 anos.	Luesin.
38	Rinite alérgica	Retorno sintomas antigos, com diferentes aspectos clínicos conforme a dinamização: cólica biliar, processo inflamatório de ouvido D, reinstalação de otite supurada, “nova crise biliar”.	Arn.
39	Insônia	Quadro “como se fosse gonorréia e infecção urinária”.	Lyc.
40	Obstipação crônica	Diarréia imediata. Retorno de sintoma antigo, com crise de bronquite asmática, ausente há 5 anos.	Caust.
41	Rinite alérgica. Cefaléia crônica. Infecção renal.	Instalação de estado gripal. Retorno de bronquite asmática, ausente há 6 anos.	Calc.
42	Obstipação. Pirose. Dermatite seborréica.	Fenômeno de Hering sob forma de otite supurada unilateral.	Nat-m.
43	Alopécia areata. Obstipação crônica.	Retorno de manifestação anterior: lesões de condiloma acuminado na região balano-prepucial, tidas há 2 anos	Sulf.
44	Granuloma nodular pós herniorrafia.. Insônia. Enxaqueca.	Reagudização inflamatória ao nível cicatricial. Retorno de sintomas antigos simulando reumatismo poliarticular agudo tido há 40 anos.	Sang.
45	Gastrite.	Descarga nasal pútrida, abundante. Teve sinusite há 10 anos.	Ars.
46	Rinite crônica	1) Após Nux-v. episódio agudo de faringite e processo flogístico em tornozelos; teve artrite reumatóide há 6 anos. 2) Após Lyc. otite serosa e rinofaringite purulenta, tida há 30 anos.	Nux-v. Lyc.
47	Enxaqueca. Insônia. Polaquiúria.	Instalação de episódio agudo novo: bursite de ombro D.	Puls.
48	Infecções repetidas de vias aéreas superiores	Instalação de três episódios agudos isolados por ocasião da mudança de dinamização do mesmo simillimum: amigdalite aguda recidivante (C6), bronquite asmática (C 30), amigdalite (C 200)	Calc.
49	Rinite crônica. Bronquite asmática.	Instalação de quadro “como se fosse gripe”.	Sep.
50	Enxaqueca	“Estado gripal”.	Apis
51	Insônia	“Estado gripal”. Hipersudorese.	Sulf.
52	Rinite alérgica	“Estado gripal”.	Ph.
53	Hipertensão arterial. Obstipação crônica.	Eritema reacional na cabeça e tronco (após Bry. C 6). Quadro “como se fosse broncopneumonia” (após Bry. C 12).	Bry.
54	Enxaqueca. Rinite crônica.	Aumento da sudorese, da diurese e do ritmo intestinal. Episódio agudo “como se fosse pneumonia”.	Nux-v.

55	Insônia	Quadro “como se fosse broncopneumonia”.	Sep.
56	Dispepsia alta	Quadro agudo bilateral de labirintite.	Nat-m.
57	Rinite alérgica. Prurigo agudo infantil.	Conjuntivite acentuada e hordéolos bilaterais.	Nat-m.
58 Fig. a,b	Impetigo	Aparente agravação homeopática, condicionada pelo ciclo evolutivo natural das lesões. Imagem de respostas dissociadas.	Med.
59 Fig. a-e	Eczema numular	Agravação homeopática mantida. Metamorfose lesional.	Sulf
60 Fig. a-e	Piodermite crônica	Discrepância de resposta. Metamorfose lesional.	Graph.
61 Fig. a-d	Acne rosácea (sexo masc.)	Agravação homeopática.	Rhus-t.
62 Fig. a,b,c	Eritema nodoso	Agravação homeopática de quadro agudo.	Led.
63 Fig. a-d	Eczema de mãos	Agravação homeopática. Dissociação de resposta entre duas dermatoses afins. Possível instalação de tolerância a alérgenos.	Petr.
64 Fig. a-f	Eczema crônico generalizado	Agravações e metamorfose de lesões cutâneas, após diferentes dinamizações de mesmo simillimum. Exemplo de agravação mista homeopática/patogenética.	Petr.
65 Fig. a-i	Síndrome cutâneo mucosa: ectima-queilite-conjuntivite.	Agravações homeopáticas a diferentes dinamizações de um mesmo medicamento. Discrepância de respostas.	Nit-ac.
66 Fig. a-d	Líquen plano	Não resposta a medicamento incorreto. Agravação homeopática ao segundo medicamento adequado.	Zinc-v.
67 Fig. a-d	Acne	Agravação homeopática mantida, por uso ininterrupto do simillimum durante 8 meses. Instalação de estado de tolerância.	Merc.
68 Fig. a-d	Acne vulgar. Pitiríase versicolor.	Agravação patogenética mantida. Manutenção do mesmo medicamento durante 6 meses ininterruptos.	Psor.
69 Fig. a,b,c	Acne pustuloso	Agravação homeopática mantida, pelo uso do simillimum durante 4 meses.	Kali-br.
70 Fig. a,b	Eczema atópico. Rinite alérgica.	Agravação homeopática, simplesmente.	Sulf.
71 Fig. a,b	Eczema crônico	Agravação homeopática, simplesmente.	Arg-n.
72 Fig. a,b	Disidrose palmar recidivante.	Reagudização de condição recorrente subclínica.	Graph.
73 Fig. a,b	Eczema seborréico de couro cabeludo.	Agravação homeopática, com complementação sindrômica.	Petr.

74 Fig. a-d	Disidrose plantar crônica. Diátese supurativa.	Discrepância reativa regional. Focos simultâneos de involução, de eritema e de sufusões hemorrágicas. Criança de 12 anos.	Hep.
75 Fig. a,b,c	Eczema seborrheides. Gastralgia. Obstipação.	Respostas cutâneas dissociadas, de agravação e melhora simultâneas, dentro de mesma síndrome nosológica.	Graph.
76 Fig. a-h	Acne conglobata.	Discrepância de respostas, dentro de mesma entidade nosológica. Deslocamento ascendente de lesões, padrão escapular.	Graph.
77 Fig. a-g	Acne facial e dorsal.	Discrepância de respostas, dentro de mesma entidade nosológica.	Sep.
78 Fig. a-d	Vitiligo	Inversão espontânea de lateralidade após 7 anos de ausência de lesões, sem interferência terapêutica.	-
79 Fig. a-d	Paniculite facial. Aftas. Furúnculo. Eczema de punho.	Conjunção numerosa de entidades nosológicas de natureza distinta, todas de lateralidade direita.	Lyc.
80 Fig. a-d	Acne vulgar	Agravação homeopática mantida. Convergência de lesões, em padrão diagonal e curvas anguladas. Eliminações aumentadas. Cisto de ovário E. Melhora de manifestações concomitantes.	Thuy.
81 Fig. a,b,c	Acne pós gravídico.	Convergência de lesões remanescentes em padrão mentoniano.	Thuy.
82 Fig. a,b,c	Acne severo. Diátese supurativa e herpética.	Convergência das lesões, em padrão centro-genal.	Sulf.
83 Fig.	Acne severo, em face e dorso. Queilite angular.	Intrusão de segunda doença, com fase inicial de coexistência, depois dominância e acabando por remissão duradoura de ambas.	Nat-m.
84 Fig. a,b	Acne vulgar.	Intrusão de sífilides secundárias, em portadora de acne vulgar renitente, com dominância e substituição. Remissão final de ambas as dermatoses.	Misto. Merc. Aurum
85	Acne. Com Tetraciclina exclusiva há 1 ano.	Intrusão de segunda doença, em portadora de acne vulgar, sob forma de verrugas planas da face. Fase de dominância.	Tetraciclina

CASOS CLÍNICOS

Sinopses e Citações

CASO 01
Reg.1410 AK
Fem., 37a. Insônia há 2 anos e obstipação crônica. Recebeu *Nux vomica C 6*. Desde o 1º dia pós-*simillimum* apresentou acentuada oleosidade da face e do couro cabeludo, aumento da sudorese, aumento da diurese e prurido generalizado; leucorréia profusa; intensa avidez por doces. No 3º dia houve reagudização de cefaléia habitual, esporádica, ausente por ocasião da consulta inicial. No 6º dia evidenciou-se supuração ao nível do terceiro dente molar direito e estado gripal acompanhado de pronunciada rinofaringite. No 80º dia, em fase de abstenção medicamentosa, a paciente estava calma, com sono normal na qualidade e na quantidade; o ritmo intestinal tornou-se diário; persistia a hipersudorese.

Aspectos de interesse
Mobilização complexa, gradativa, de vários sistemas orgânicos após *simillimum* em dinamização baixa. Intensificação e normalização de funções fisiológicas. Instalação de episódio agudo. Supuração. Resultado final satisfatório.

CASO 02
Reg. 0447 HM
Fem., 3la., apresentando rinite e cefaléia crônicas. Foi acompanhada durante 4 anos, tendo recebido medicamentos diferentes em etapas sucessivas: *Ignatia amara*, *Nux vomica* e *Alumina*. Somente um deles, *Alumina*, suscitou fenômenos eliminatórios importantes de reagudização da rinite, com rinorréia abundante, aumento da diurese, nictúria e, ainda, inexplicável lacrimejamento contínuo e profuso. Em ritmo lento, a paciente continuou em processo de melhora até final favorável. .

Aspectos de interesse
Exemplo de agravação homeopática, caracterizada por reagudização e eliminação através de mucosas nasais. Episódio de lacrimejamento, igualmente registrado em portadores de outras entidades nosológicas.

Comentário
A fase da atividade favorável de *Alumina*, seria conseqüência tanto da sintonia entre remédio e doente, quanto da melhor suscetibilidade propiciada pelos remédios anteriores, aparentemente mal sucedidos.

CASO 03
Reg. 1332 HM
Fem., 63a. Insônia há 8 meses. Prescrito *Phosphorus C 6*, sem resposta. No 40º dia, após dose única de *Phosphorus C 12*, instalação de intenso prurido nos olhos e ouvidos; grande aumento da diurese e erupções cutâneas esparsas; sono melhorado em qualidade e duração. Após mais 60 dias, ao ser administrado *Phosphorus C 30*, sobreveio surto de erupções eritemato-papulosas, no pescoço; o sono passou para 8 horas ininterruptas; ausência de outros problemas. Paciente continuava bem ao ser vista 1 ano depois.

Aspectos de Interesse **Aumento sensível da diurese. Incidência repetitiva de erupções cutâneas. Segurança quanto ao *simillimum*. Condução do caso com doses únicas bastante intervaladas de mesmo medicamento, até a alta.**

Comentário O prurido, generalizado ou localizado, constitui queixa imediata freqüente no seguimento homeopático.

CASO 04
Reg. 1246 HM Fem., 24a. Rinite alérgica e crises de bronquite asmática, desde a infância; leucorréia discreta. Após *Lycopodium C 6* ocorreu intensificação da leucorréia, que se tornou escura; grande melhora psíquica; as crises asmáticas espaçaram e abrandaram-se. Após *Lycopodium C 12*, no 3º mês, instalação de erupções acnéicas na face.

Aspectos de interesse **Atuação evidente de *Lycopodium C 6*, em todos os níveis de dinamização, contrariando as afirmações da literatura sobre a influência deste medicamento somente a partir da C 30. Diferentes eliminações, coincidindo com mudança de potência.**

CASO 05
Reg. 0375 HM Fem., 62a., com manifestações remanescentes da menopausa, rinite crônica e bronquite crônica. No 10º dia após *Lachesis C 12* o exame detectou gânglios submaxilares bastante aumentados, com simultânea melhora global, que se manteve nos meses seguintes. Normalização ganglionar dentro de poucas semanas.

Interesse **Adenomegalia transitória pós-*simillimum*.**

CASO 06
Reg. 0379 HM Fem., 32a., com enxaqueca, sinusite e dismenorréia. Psicopata. Plano terapêutico iniciando com *Arsenicum album C 6*. A fase posterior à dinamização C 12 caracterizou-se pelo aumento de gânglios cervicais e submaxilares. Melhoras relativamente satisfatórias. Foi acompanhada durante 3 anos com prescrição, neste período, de *Mercurius solubilis* e de *Stramonium*.

Aspectos de interesse **Adenomegalia transitória pós-*simillimum* na dependência de dinamização seletiva.**

CASO 07
Reg. 0449 HM Masc., 12a., com alopecia universal. Recebeu *Silicea* em outra clínica, sob critério constitucional (biotipo), sem resultado. Ao receber *Sulfur C 6*, baseado na totalidade sintomática atual, apresentou: erupções acnéicas, aumento do ritmo intestinal (duas evacuações líquidas diárias), sudorese profusa fétida, diurese aumentada e ingurgitamento ganglionar das cadeias linfáticas inguinal, cervical e retroauricular. Seguimento de 14 meses, com estado geral excelente. Resultado parcial quanto ao diagnóstico de alopecia universal.

Aspectos de interesse Associação de formas reacionais, com participação da pele, do tubo digestivo, dos rins e do sistema linfático. Adenomegalia ao longo de diferentes cadeias linfáticas.

CASO 08 Reg. P-297 HM Fem., 2 anos, com prurigo agudo infantil. Após *Nux vomica C 6*, instalação de descarga vaginal profusa que durou 3 dias. Evolução favorável da dermatose.

Interesse Leucorréia abundante, como forma reativa curiosa, em menina de 2 anos.

CASO 09 Reg. P-297-HM Fem., 10a., com amigdalite recidivante, rinite alérgica e obstipação crônica. Após *Sulfur C 6*, ritmo intestinal aumentado para três evacuações diárias na primeira semana e melhora da rinite. A partir do 30º dia, ao ser prescrito *Sulfur C 12*, seguiu-se aumento da diurese e descarga nasal profusa muito incômoda. Ao ser readministrado *Sulfur C 6* instalou-se eritema reacional difuso. Ao ser adotada conduta expectante sobreveio evolução satisfatória, cuja melhora persistia por ocasião de entrevista 15 meses depois.

Aspectos de interesse Aumento de ritmo intestinal, aumento de diurese, rinorréia e eritema reacional generalizado, em criança de 10 anos. Imprevisibilidade das eliminações. Mudança reacional ao ser retomada potência anterior.

CASO 10 Reg. 1125 HM Masc., 60a., com rinite crônica. Plano terapêutico de dinamizações ascendentes de *Lycopodium*, a partir de C 6. Ao receber a dinamização C 200, na 12ª semana de seguimento, apresentou profusa oleosidade generalizada e lesões eczematosas nos membros; tosse matinal e abundante expectoração; esta fase eliminatória durou cerca de duas semanas, dissipando-se por si mesma.

Aspectos de interesse Exemplo de formas de eliminação associadas: seborréia, alterações cutâneas, tosse e expectoração, na dependência de dinamização determinada.

CASO 11 Reg. 0 829 AK Fem., 17a. Em 5.6.78 queixava-se de rinite crônica justificável de *Kali bichromicum*, então prescrito em doses diárias da C 6. Ocorreu imediata instalação de rinorréia profusa, contínua e purulenta. No 4º dia foi eliminado fragmento lameliforme, irregular, duro, de cor azul, aparentando material plástico, medindo cerca de 6 mm de diâmetro máximo. Paciente opina que uma "raspagem intranasal", a que se submetera dois anos antes, seria a provável origem da peça encravada em sua mucosa nasofaríngea.

Aspecto de interesse Processo supurativo induzido e exteriorização de corpo estranho encravado ao nível das vias aéreas superiores.

CASO 12

Reg. 6002 AK

Masc., 73a., portador de bronquite crônica com tosse noturna persistente e fatigante. Astenia. Tabagismo inveterado. Prescrito *Antimonium tartaricum C 6* em doses repetidas durante o dia. A partir da segunda semana, melhora importante da tosse, com expectoração fácil e abundante. Ao longo de antiga cicatriz cirúrgica paramediana de quadrante abdominal E superior, atribuída a gastrectomia parcial há 7 anos, instalação de sucessivos focos supurativos e exteriorização de fios de sutura; estas eliminações se sucederam no decurso de várias semanas. Evolução geral satisfatória.

Aspectos de interesse

Forma de eliminação caracterizada por instalação de focos supurativos cutâneos e rejeição de pontos de sutura cirúrgica, 7 anos após gastrectomia.

Comentário

Exemplo de atuação e suficiência de dinamização baixa, em portador idoso de quadro habitualmente crônico e renitente aos tratamentos habituais. Argumento contra a prática pré-programada da "drenagem", mostrando que determinado medicamento, quando corretamente prescrito, acionará o organismo em distintos setores no objetivo de viabilizar mecanismos convenientes ao reequilíbrio. Crítica ao mito de "medicamentos específicos" para eliminação de corpos estranhos. Qualquer medicamento correto é, ao mesmo tempo, o seu próprio eliminador ou drenador.

CASO 13

Reg. 7269 AK

Fem., 22a., portadora de acne desde o seu único parto, há 4 anos. Recebeu *Pulsatilla C 12*. No 20º dia apresentava sinais discretos de melhora, sendo-lhe prescrita *Pulsatilla C 30* em doses diárias. Na vigência desta houve recrudescimento das lesões cutâneas faciais, com simultânea instalação de atividade supurativa, reação granulomatosa e exteriorização sucessiva de fios de sutura ao longo da cicatriz cesárea. Ao ser adotada conduta expectante, ocorreu normalização cutânea da face e da cicatriz cirúrgica.

Aspectos de interesse

Forma extraordinária de eliminação. Processo supurativo e exteriorização de fios de sutura, quatro anos após parto cesáreo, na vigência de agravação patogénica. Benefício geral à doente.

CASO 14

Reg. 6039 AK

Masc., 26a. Queixa de acne dorsal severo, amigdalite recidivante desde a infância e faringite crônica. Prescrito *Argentum nitricum C 30*, durante 15 dias. No 60º dia, faringe de aspecto normal; movimentação ascendente, favorável, das lesões acnéicas dorsais. Repetido *Argentum nitricum C 30*. Em consulta no 4º mês, lesões dorsais involuídas, em direcionamento escapular. Paciente relata que desde o reinício do medicamento passou a expelir, junto às evacuações intestinais, numerosos *Ascaris lumbricoides*. O exame protoparasitológico atual resultou negativo. Orofaringe sem alterações visíveis.

Aspectos de interesse

Eliminação de Ascarídeos. Repetição da dinamização que se mostrou atuante. Evolução satisfatória e completa com remédio único. Medicamento único suscitando mecanismos aparentemente distintos. Deslocamento direcionado das lesões acnéicas remanescentes, no padrão escapular.

CASO 15

Reg. 0612 HM

Fem., 21a. Em 20.5.87, presença de enxaqueca evoluindo há 13 anos e obstipação crônica; há 5 meses submeteu-se a cirurgias de nariz, mandíbula e hérnia inguinal E. Prescrito *Phosphoricum acidum C 6* em doses diárias, durante 2 semanas. A partir do 30º dia fizeram-se evidentes focos sucessivos de supuração ao longo da cicatriz inguinal; estado geral melhorando; persistência da cefaléia, menos intensa. No 45º dia, a cefaléia apresentava-se discreta e mais intervalada; os focos de pus persistiam ativos. Foi repetida a prescrição anterior. No 3º mês continuavam a suceder novos focos supurativos ao longo da cicatriz cirúrgica tendo sido, neste período, eliminados vários fios de sutura. A atividade supurativa manteve-se durante 4 meses. No 5º mês, a paciente apresentava bom estado físico e psíquico, ritmo intestinal diário, sem supuração e sem crises de enxaqueca.

Aspectos de interesse

Evolução independente e imprevisível, de manifestações concomitantes. Prognóstico favorável de caso crônico, após prolongada atividade supurativa induzida. Instalação de focos supurativos e rejeição de corpos estranhos (fios de sutura).

CASO 16

Reg. 1417 HM

Fem., 19a. Em 25.7.91, queixa de irregularidade menstrual e dismenorréia há 4 anos. Prescrita *Ignatia amara C 6* em doses diárias. No 34º dia constatada melhora geral, com intensificação das eliminações fisiológicas, apetite exacerbado e aparecimento de erupções cutâneas eritêmato-papulosas, disseminadas na face e pescoço; conduta expectante. No 2º mês (19.9.91), presença de foliculite axilar D supurada, com saída de abundante material sanguíneo-purulento. No 3º mês (30.10.91), sem vestígios de foliculite; ciclos menstruais regulares, sem dismenorréia.

Aspectos de interesse

Instalação de processo folicular supurativo em axila D até então normal, durante conduta expectante. Simultânea evolução satisfatória e precoce de condição habitualmente morosa ao tratamento - a dismenorréia.

CASO 17

Reg. 0516 HM

Fem., 46a. Em 4.12.86, gastrite medicamentosa, sob tratamento alopático há 3 anos. Dismenorréia e mastodínia pré-menstrual; lombalgia. A repertorização destaca *Arsenicum album*, que passa a ser administrado em doses únicas, espaçadas, a partir de C 6. Ocorre imediato desaparecimento das queixas gástricas; as manifestações concomitantes assumem evolução favorável parcial, chegando-se à potência 1000. Quando a paciente retorna após 2 anos, a reavaliação clínica resulta em *Pulsatilla*, como *simillimum* atualizado, que é prescrito em C 6; a seguir são planejadas doses espaçadas em dinamização crescente, ocorrendo agravação após C 200, caracterizada por piora do psiquismo, sob forma de grande agitação ansiosa, que dura 10 dias; ao ser retomada a dinamização C 30 sucede evolução favorável que estaciona em nível

incompleto. Três anos depois a paciente retorna queixando-se de lombalgia; recebe *Sulfur C 6*, baseado na totalidade do sintomas presentes; também agora são planejadas doses únicas espaçadas em escala ascendente. Três dias após a dinamização C 12 a paciente apresenta menorragia, otite supurada D e hordéolos, cujos sinais inflamatórios agudos reclamam *Belladonna C 6* em doses aproximadas, para a cobertura episódica. Segue-se ótima evolução. Paciente retorna após um ano, devido à lombalgia e a artralguas esporádicas, estando tranqüila; com 50 anos, apresenta irregularidade menstrual; nenhuma queixa gástrica; alguns outros sintomas justificam a retomada de *Sulfur*.

- Aspectos de interesse**
1. Seguimento durante 4 anos e 4 meses.
 2. Três etapas com emprego de três *simillimum*, diferentes porém corretos: *Arsenicum album*, *Pulsatilla* e *Sulfur*.
 3. Prescrição exclusiva de doses únicas, espaçadas, em dinamizações ascendentes.
 4. Agravação indesejável frente à dinamização C 200 de *Pulsatilla*, com retomada de evolução favorável com *Pulsatilla C 30*.
 5. Instalação de fenômenos supurativos agudos - otite supurada D e hordéolos - após *Sulfur C 12*, na condição de terceiro *simillimum*.
 6. Desaparecimento quase imediato do motivo principal da consulta - a gastralgia - continuando o tratamento em função das manifestações concomitantes.

CASO 18 Masc., 15 meses. Em 23.10.90 foi trazido à consulta devido a otites de repetição e amigdalites desde os 5 meses de idade; vem apresentando crises de bronquite asmática; anteriormente recebeu *Phosphorus*, sem resultado. A repertorização sintomática atual resultou em *Pulsatilla*. A criança apresentou diarreia profusa imediata após *Pulsatilla C 6*, que perdurou 5 dias; simultânea hipersudorese, melhora do sono e instalação de supuração no ouvido E; esta última foi atendida, episodicamente, com *Kali bichromicum C 6*. Superada a crise de otite, foi retomada *Pulsatilla*; após a dinamização C 30, instalação de episódio agudo do tipo gripal, atendido com *Phosphorus C 6*, em dose única. Em retorno após alguns dias a criança estava bem, com ótimo psiquismo. Durante os 12 meses de seguimento não houve outros episódios agudos orofaríngeos ou pulmonares. Adotada conduta expectante. O processo supurativo de ouvido não se repetiu.

- Aspectos de interesse**
- Instalação de processo supurativo de ouvido em criança, o qual durou 5 dias, sem recidiva nos 12 meses seguintes. Melhora significativa e duradoura de manifestações concomitantes. Ocorrência de “estado gripal”.**

CASO 19 Fem., 23a. Em 8.12.86, história de bronquite asmática, rinite crônica e vertigens. A repertorização de sintomas atuais resulta em *Tarentula hispanica*, prescrita em C 6. Sucede evolução clínica tumultuada nos 3 meses seguintes, com manifestações ligadas às queixas iniciais. Após fase expectante e estabilização dos sintomas é

administrada dose única de *Tarentula hispanica* C 12. Paciente retorna após 40 dias relatando processos inflamatórios nos canais dentários dos últimos molares; apesar da tetraciclina e dos antiflogísticos, o dentista não consegue solucionar as “fístulas dentárias bilaterais” que escoam pus amarelado. Prescrita dose única de *Tarentula hispanica* C 30. Em retorno após 40 dias a paciente está assintomática, sem vertigens, sem sintomas de rinite e com o problema dentário resolvido; eufórica, assegura estar curada.

Aspectos de interesse **Agravação homeopática concernente às manifestações iniciais. Exteriorização inflamatória e supurativa, bilateral, em dentes molares.**

Comentário Ainda que o *simillimum* tenha se comportado ao modo de fator revelador ou exteriorizador de processos supurativos potencialmente delineados, atribuir a doses imponderáveis de *Tarentula hispanica* o surgimento de focos purulentos dentários, sobretudo simétricos, seria exagerar de forma ousada o potencial do medicamento homeopático. Admitir a coincidência de fatos seria negligenciar a realidade, uma vez que os fenômenos supurativos têm sido realmente comuns ao nível de diferentes estruturas orgânicas, no decurso de tratamentos homeopáticos bem conduzidos.

CASO 20 Masc., 2 anos e 3 meses. Em 12.2.76 foi trazido ao consultório com febre alta. Estava em sofrimento, assustado e transparecendo angústia. Pele seca e quente. Face congestionada (Fig. 20-a). Ao exame, sinais evidentes de amigdalite aguda. **Fig. 20-a** Completado o interrogatório e exame, chamou atenção o seguinte fato: no curto **Fig. 20-b** espaço de tempo, apenas suficiente para mudança do decúbito horizontal à posição sentada e a recolocação da camiseta, a face da criança tornou-se, de forma súbita, extremamente pálida, em grande contraste com a vultuosidade de poucos instantes anteriores (Fig. 20-b). Pela primeira vez assistíamos, de forma excepcionalmente clara, a este sinal característico da patogenesia de *Aconitum napellus*. A criança saiu do paroxismo sem dificuldade. Sendo portadora de ictiose, na forma atenuada, passou a tratamento homeopático dirigido ao terreno, obtendo grande melhora na vigência de *Calcarea ostrearum*.

Importância **Contribuição clínica à patogenesia de *Aconitum napellus*.**

Comentário Na patogenesia de *Belladonna* consta referência inversa: face congestionada ao estar o doente sentado e que empalidece no decubito horizontal. A *Chamomilla*, diferentemente, caracteriza-se por vermelhidão de uma bochecha contrastando com a palidez da bochecha do lado oposto. Estes sinais são impossíveis de constatação experimental, donde a importância da contribuição clínica.

CASO 21 Fem., 31a. Em 25.9.74 queixa-se de aftas recidivantes, de discretas lesões acnéicas desde a adolescência e de surtos ocasionais de erupções cutâneas pruriginosas. Faz **Fig. 21-a** tratamento psiquiátrico, devido à cefaléia crônica. Mal-estar ao descer escadas e **Fig. 21-b** freqüente impulso de “bater a cabeça contra a parede”. Sensação de “adormecimento”

na face. Paciente apresenta aversão por conversa e fobia ao atravessar uma rua. Prescrito *Borax C 30*. No 13º dia, presença de eritema difuso abrangendo face, pavilhões auriculares e colo, estando as lesões acneiformes da face reativadas e mais numerosas.

Interesse **Eritema reacional ao nível do segmento cefálico.**

CASO 22

Reg. 4907 AK

Fig. 22-a

Fig. 22-b

Masc., 27a. Em 22.11.78 apresenta quadro de acne evoluindo há 7 anos (Fig. 22-a), tendo piorado há 4 anos, desde que passou a trabalhar em posto de gasolina. Antecedentes de amigdalite recidivante. Teve gonorréia aos 22 e sífilis aos 25 anos. Intolerância ao calor úmido. Idéias fixas e melancolia agressiva. Prescrita *Thuya occidentalis C 5*. No 13º dia, constatada a involução das lesões acneiformes, estando evidente pronunciado eritema sobre a face e fronte (Fig. 22-b). Boa disposição psíquica.

Interesse **Eritema reacional da face.**

CASO 23

Reg. 6009 AK

Fig. 23-a

Fig. 23-b

Masc., 31a., em 8.8.78 apresenta comprometimento cutâneo de ambas as mãos, sob forma de lesões descamativas, exsudativas e pruriginosas, características de eczema, evoluindo há 8 meses (Fig. 23-a). Segundo a totalidade sintomática, prescrito *Arsenicum album C 30*, em doses diárias, durante 10 dias. No 16º dia, presença de acentuado eritema envolvendo ambas as mãos, realçando descamação córnea de aspecto farináceo; as lesões iniciais regrediram; ausência de secreção (Fig. 23-b). Em 6.9.78 paciente informa estar bem.

Aspecto de interesse **Eritema pós-simillimum instalado em mãos de portador de eczema crônico, simultâneo a processo regressivo das lesões iniciais.**

Comentário

A instalação de eritema reativo acontece em qualquer área do organismo, independente da entidade nosológica cutânea, assumindo múltiplas formas - desde a generalizada ao simples halo eritematoso perilesional.

CASO 24

Reg. 3791 AK

Fig. 24-a

Fig. 24-b

Fig. 24-c

Masc., 2 meses e 15 dias. Em 7.11.72 é trazido à consulta por apresentar no couro cabeludo, desde os primeiros dias de vida, lesões crostosas progressivas acompanhadas de prurido. Pesa 6.070 gr. Ao exame, lesões crostosas úmidas, amareladas, recobertas por secreção de aspecto melissérico, distribuídas sobre o couro cabeludo, a fronte, o maciço centro-facial e regiões retroauriculares; descamação difusa no tronco. Diagnóstico de *dermatite seborréica* (Fig. 24-a). Prescritas doses diárias de *Graphites C 12*. Uma semana depois a criança apresenta acentuado eritema generalizado que teria aparecido desde as primeiras horas do tratamento atual; as lesões iniciais ainda persistem, sem indícios de prurido (Fig. 24-b). Prescrito *Graphites C 30* em doses diárias durante 2 semanas. Um mês depois (8.12.72) estão ausentes o eritema e as lesões seborréicas (Fig. 24-c). Conduta

expectante. Criança normal e sem medicamento, 4 meses depois; pesa 8.540 gr. Sem problemas cutâneos nos três anos seguintes.

Interesse Instalação pós-simillimum de eritema generalizado em criança de 2 meses.

Comentário O eritema generalizado, de duração variável, ocorre com relativa frequência em crianças cuja evolução se processa no sentido do restabelecimento persistente. Nesta criança, a reação eritematosa persistiu por mais de um mês e o resultado quanto ao problema principal foi satisfatório completo.

CASO 25

Reg. 0915 HM

Fem., 46a., em 9.6.88 relata sintomas de dispepsia evoluindo há 2 anos, rinofaringite crônica há 5 anos e crises de cólera violenta. Prescrito *Lycopodium C 6* em doses diárias durante 2 semanas. Por ocasião do retorno no 35º dia o paciente descreve intensa diurese inicial e, desde o 2º dia do tratamento, a instalação de acentuado rubor facial que durante 3 semanas despertou a atenção dos circundantes, especialmente dos colegas de trabalho; neste período, apresentou episódio agudo febril de faringite. Agora, o quadro se estabilizou. Foi adotada conduta expectante. A paciente retornou por várias vezes e recebeu doses únicas espaçadas de *Lycopodium C 12*, *C 30* e *C 200*, sempre considerando a remanescência de sintomas. Após ausência de 11 meses, a paciente foi reavaliada em 18.1.90; a rinite a perturbava; recebeu *Lachesis* como *simillimum*. A esta prescrição seguiu-se hipersudorese, aumento da frequência urinária, aumento do ritmo intestinal e de abundante secreção sebácea; a evolução foi favorável. *Lachesis* chegou a ser repetido em *C 12* e *C 30*, em grandes intervalos. No seguimento de 3 anos, não houve intercorrências importantes. Desde a primeira consulta, jamais ocorreram sintomas de dispepsia.

Aspectos de interesse *1ª etapa terapêutica, com simillimum Lycopodium:* a) Instalação imediata de eritema facial acentuado, em paciente não cutânea. b) Instalação paralela de episódio agudo febril, de faringite.
2ª etapa terapêutica, 1 ano depois, sendo Lachesis o novo simillimum atualizado: exaltação dos emunctórios renal e intestinal, acrescida por hiperatividade glandular sudorípara e glandular sebácea.

Comentário Portadora de queixa gástrica, cuja evolução pós *Lycopodium* se caracterizou por manifestação cutânea bastante evidente. A mesma paciente, ao receber *Lachesis* como *simillimum* atualizado, um ano depois, com queixa rinológica, apresentou quadro rico em eliminações exaltadas, com participação simultânea de diferentes emunctórios. O exemplo argumenta para o médico homeopata encarar sempre o paciente que retorna, ao modo de “caso novo” ou “realidade dinâmica nova”, ignorando quadros repertoriais preelaborados e não se deixando influenciar por receitas intercorrentes de colegas ilustres.

CASO 26

Reg. 0565 HM

Fem., 39a. Em 18.3.87 apresentava obstipação crônica, com períodos de retenção de até 5 dias, nos últimos 12 meses. Hipertensão arterial, atualmente em 155/110 mmHg, sob tratamento com metildopa e clortalidona. Grande irritabilidade. Prescrita *Bryonia alba C 6* em doses diárias durante 2 semanas. No 22º dia de seguimento,

ritmo intestinal diário; desde os primeiros dias, grande secura da mucosa oral; psiquismo melhorado. Na primeira semana, instalação de eritema cutâneo, difuso em todo corpo, pouco pruriginoso, que regrediu aos poucos, ainda na vigência de *Bryonia*. Ao ser adotada conduta expectante, reinstalação dos transtornos iniciais, com obstipação acompanhada de sangramento. Adotado plano de dinamizações crescentes. Após dose única de *Bryonia C 30* a paciente conta haver desenvolvido quadro de “pneumonia”, tendo sido atendida e medicada alopaticamente em hospital; lembra que teve pneumonia quando criança. Nunca parou de tomar os medicamentos de sustentação para hipertensão arterial. Seguimento de 1 ano.

Aspectos de interesse Exemplo simples de instalação de eritema generalizado, seguido por desaparecimento ainda na vigência das doses diárias do remédio. Não interferência de medicação alopática anti-hipertensiva na resposta ao *simillimum*. Aparecimento precoce de sintoma patogênético isolado - a secura da mucosa oral - característico de *Bryonia alba*. Possível fenômeno de Hering, sob forma de retorno de quadro “como se fosse pneumonia”, tida há 30 anos.

Comentário Exemplo de aparecimento de sintoma novo, isolado, seguramente pertencente ao medicamento em uso. Embora se diga que tal sintoma - no caso, a secura da mucosa bucal - seja patogênético pelo fato de constar na patogenesia de *Bryonia alba* e porque não fazia parte da queixa inicial da doente, não deve ele ser qualificado de agravação patogênética, considerando que esta possui abrangência ampla, complexa e mais tardia.

CASO 27 MOTIVO DE APRESENTAÇÃO: comportamento de dermatose essencialmente eritematosa. DERMATITE PERIORAL

Reg. 6598 AK

Fig. 27-a
Fig. 27-b
Fig. 27-c
Fig. 27-d

Fem., 42a. Lesão em placa, discretamente infiltrada, eritematosa, de superfície irregular e papulosa, simétrica, ocupando regiões labiais e mentoniana, (Fig. 27-a) evoluindo há mais de dois anos, sem acalmia, refratária a tratamentos, inclusive corticosteróides. Estética facial bastante comprometida. Piora pelo calor, à beira-mar e pelo sol. Cefaléia crônica rebelde, a exigir uso constante de analgésicos. Origem da dermatose atribuída a determinada pomada de componente mercurial. Propensão à litíase renal e à obesidade. Indecisão e melancolia. Aversão à carne. A repertorização geral destaca o *Graphites*, prescrito em C 12. No 7º dia, estado de agravação: a placa lesional apresenta tonalidade vinhosa, aspecto irregular e menos delimitado, tendo avançado, bilateralmente, para as regiões mandibulares (Fig. 27-b). Aparecimento de lesões eritemato-papulosas na região interciliar. Prurido generalizado. Após mais 30 dias, clareamento parcial das áreas comprometidas, sem prurido (Fig. 27-c); cefaléia menos intensa e psiquismo melhorado. Prescrita uma dose de *Graphites C 12*. No 58º dia após a primeira consulta persiste discreto resquício da placa inicial (Fig. 27-d); a paciente suspira e desabafa por estar livre de tão grande problema.

Aspecto de interesse Agravação homeopática seguida por regressão completa de importante lesão inestética de face. Prescrição alheia ao evidente fator causal de contato - um composto mercurial.

CASO 28 MOTIVO DE APRESENTAÇÃO: comportamento de dermatose essencialmente eritematosa. ERITEMA TÓXICO.
Reg. 6527 AK

Fig. 28-a Fem., 25a. Eritema descamativo em placas recobrimdo face, com um ano de duração (Fig. 28-a). Tratamentos ineficazes. No último ano, trabalhou em indústria de plásticos e produtos químicos, onde permanecia em atmosfera impregnada de carbonato de amoníaco, cuja inalação a perturbava muito; teve nefrite (sic) há um ano. Apresenta epistaxes esporádicas ao tomar banho, cefaléia constante, vertigens e obstipação; melancolia, choro e consolo fácil; muitos medos - de cão, de água e de escuridão. Prescrito *Ammonium carbonicum C 30* em doses diárias, considerando o sintoma-chave “epistaxe ao banho”, as vertigens, a cefaléia e outros sintomas mentais. No 13º dia, agravação homeopática, com intensificação do eritema facial (Fig. 28-b); episódio de cefaléia violenta, instalada no 3º dia do tratamento, acompanhada de mal-estar e tonturas, e a qual, após 3 dias ininterruptos de duração, dissipou-se gradativamente. Após outros 50 dias a paciente, assintomática e eufórica, apresenta pele normal (Fig. 28-c).

Aspectos de interesse **Caso de eritema ocupacional, esteticamente grave, cujo *simillimum* confunde-se com o provável agente tóxico ou fator antigênico. Exemplo de situação onde homeopatia e isoterapia se confundem. Pode-se admitir, neste caso, a instalação de patogenesia frente ao produto amoniacal inalado, atuando em organismo sensível ao mesmo.**

CASO 29 MOTIVO DE APRESENTAÇÃO: comportamento de dermatose essencialmente eritematosa. ERITEMA PÉRNIO.
Reg. 5163 AK

Fig. 29-a Masc., 23a., em 17.7.75 queixa-se de “frieira” (sic) nas extremidades, com dor, vermelhidão, prurido e ardor, lembrando que igual problema surgiu no inverno passado, quando persistiu durante alguns meses. Paciente dócil, emotivo, friorento, desejoso de ar livre e com ausência de sede. Usa vasodilatadores, sem resultado. Ao exame, lesões infiltradas, em placas eritematosas, de limites imprecisos, recobrimdo a porção distal dos quirodáticos; algumas lesões maculares pouco evidentes esparsas nos pododáticos (Fig. 29-a). Diagnóstico de *eritema pérnio*. Prescrita *Pulsatilla* em dose única da C 200, seguida por doses diárias em C 5. No 8º dia, acentuada agravação das lesões e incapacidade ao trabalho; ao exame, placas infiltradas, salientes, de cor vinhosa, mais extensas e delimitadas, com aparecimento de novas lesões no dorso das mãos (Fig. 29-b); pododáticos eritematosos. Adotada conduta expectante. Sobreveio involução imediata, estando as extremidades normais no 15º dia.

Aspectos de interesse **Agravação homeopática em portador de eritema pérnio. Exemplo de prescrição baseada em semelhança fisiopatológica dominante.**

Comentário O eritema pérnio é afecção de evolução aguda, ou subaguda, essencialmente constitucional, desencadeada por causa física - a baixa temperatura - que explica a sua ocorrência no inverno. Ainda que neste paciente tenha havido manifestações gerais coincidentes,

justificando a *Pulsatilla* como *simillimum*, forçoso é admitir fatores constitucionais, ou biotipológicos, ou de terreno, como os verdadeiros responsáveis por esta coincidência. Fatores hormonais, e suas decorrências, têm muito a ver com o comportamento orgânico às agressões do ambiente de qualquer natureza. Ao modo do traumatismo mecânico justificador de *Arnica montana*, o abaixamento da temperatura constitui para determinados indivíduos um fator de agressão física capaz de desorganizar estruturas orgânicas, justificando porque a mesma *Pulsatilla*, figura, tão amiúde, na prescrição aos portadores de afecções condicionadas pelo frio - a exemplo da dermatose em questão. Eu outras palavras: o eritema pérmio seria afecção aguda accidental, de etiologia externa física decisiva.

CASO 30

Reg. 7258 AK

MOTIVO DE APRESENTAÇÃO: comportamento de dermatose essencialmente eritematosa. ERITEMA PÉRMIO.

Fig. 30-a
Fig. 30-b
Fig. 30-c

Fem., 46a. Em 11.8.81 apresenta eritema difuso das mãos, especialmente dos quirodáctilos (Fig. 30-a), com dor e ardor; teve igual problema no inverno passado, quando persistiu por alguns meses, apesar da elevação da temperatura. Paciente sensível ao frio, com ciclos menstruais irregulares e fases de amenorréia de até 4 meses; avidez por gorduras que lhe fazem mal; sempre chorosa, consola-se facilmente. Prescrita *Pulsatilla C 12* em doses diárias. No 8º dia, agravação das lesões que se apresentam infiltradas, mais extensas e mais demarcadas (Fig. 30-b); adotada conduta expectante. No 18º dia, pele de aspecto normal. Paciente afirma estar bem; no entanto, pela existência de queixas concomitantes, é orientada para continuidade do tratamento homeopático.

Aspectos de interesse

Agravação homeopática de episódio agudo condicionado à causa extrínseca de natureza física ainda atuante, ou seja, o frio do inverno. Prescrição com base em sinais fisiopatológicos característicos, que encontram correspondência na patogenesia de *Pulsatilla*.

Comentário

Os casos 29 e 30, justificáveis de mesmo medicamento, se enquadram no comentário anterior. Entretanto, outros portadores de eritema pérmio foram curados por medicamentos diferentes, entre eles o *Secale cornutum*, o *Carbo vegetabilis* e a *Belladonna*. A totalização da afecção local, nos moldes de BOENNINGHAUSEN, é válida nestas situações agudas. Os fatos clínicos forçam-nos a admitir que existem entidades mórbidas onde a dose única e a dinamização baixa são obrigatórias.

CASO 31

Reg. 1349 HM

Fem., 51a. Em 21.11.90 relata áreas de alopecia no couro cabeludo, insônia e incontinência fecal; tem verrugas esparsas nos quirodáctilos; psiquismo caracterizado por indolência e comportamento infantil. O conjunto sintomático justifica *Anacardium orientale*, em C 6, doses diárias por duas semanas. No 28º dia paciente sentindo-se ótima, tendo passado a cooperar nas atividades domésticas; episódios de incontinência mais intervalados; insônia melhorada; instalação de numerosas novas verrugas nos quirodáctilos. Ao ser adotada conduta expectante, sobrevém retrocesso aos sintomas iniciais. Repetido *Anacardium orientale C 6* em dose única e, duas semanas depois, em C 12. No 4º mês persistem as placas de alopecia, no entanto a incontinência fecal, a insônia, bem como as verrugas recentes e antigas, desapareceram.

Aspectos de interesse 1) Melhora prioritária de condição importante - a incontinência fecal - considerada secundária pela doente. 2) Agravação homeopática representada pela instalação de maior número de lesões verrucosas. 3) Persistência da queixa principal do doente - a alopecia - enquanto regridem outras manifestações. 4) Alerta para suficiente conhecimento sobre nosologia, a exemplo da alopecia, que exige muito mais do que 4 meses para dar indícios seguros de recuperação.

Comentário Nesta referência clínica houve discordância entre paciente e médico, quanto ao critério de diagnóstico principal ou central e aquelas queixas ou diagnósticos concomitantes, mas o organismo decidiu, por ele mesmo, acerca da prioridade razoável.

CASO 32

Reg. 2551 AK

Fig. 32-a

Fig. 32-b

Fig. 32-c

Masc., 14a. Em 3.2.81, quadro de seborréia desde a infância, com intumescência ganglionar generalizada e dolorosa, manchas discrômicas esparsas pelo corpo, dores ósseas contínuas e otalgia; perda de cabelos; sempre com micose; calorento; freqüente sangramento de nariz e das lesões do couro cabeludo; sialorréia fétida; transpiração dos pés também fétida; obstrução nasal intercalada por rinorréia esverdeada. Passado de furunculose, terçóis, verrugas, amigdalite purulenta e bronquite asmática. Psiquismo: agitado; sua simples presença transtorna toda família; desatento, sempre ocupado com alguma coisa; fala muito depressa "enrolando" a língua; ri sem motivo, sendo cínico e petulante. Ao exame, três tipos de alterações: 1) lesões eritemato-crostosas, algumas exsudativas, pruriginosas, ocupando a cabeça, principalmente regiões retroauriculares, onde existem fissuras; rareamento capilar, tendo de permeio esboço de clareiras alopecicas; estas lesões levam ao diagnóstico de *eczema seborréico*. 2) No colo e tronco, lesões características de pitiriasis versicolor, com microscopia positiva para *Mallasezia furfur*. 3) Verrugas vulgares nas mãos, estando três delas conglomeradas no dorso do dedo indicador direito (Fig. 32-a). Prescrito *Mercurius solubilis C 30* em doses diárias, sem recursos tópicos. Ao ser visto após 17 dias (20.2.81), o menino apresenta franca involução das lesões eczemato-seborréicas e evidente repilamento do couro cabeludo, com persistência das fissuras retroauriculares e das verrugas de quirodátilo (Fig. 32-b). No 80º dia (23.4.81), ausentes as lesões de eczema seborréico e de pitiriasis; verrugas estacionadas (Fig. 32-c). Comportamento psíquico melhorado, com as limitações inerentes ao caráter.

Aspectos de interesse Exemplo de concomitâncias, a exigirem tratamentos habituais alopatícos, independentes, complexos e paliativos mas que, dentro da correlação de semelhança, encontram solução simples e duradoura mediante adaptação de remédio único.

CASO 33

Reg. 5967 AK

Fig. 33-a

Fig. 33-b

Fig. 33-c

Fig. 33-d

Fem., 22a. Em 5.6.78, quadro de queilite evoluindo há 3 meses; ao exame aproximado, o lábio superior apresenta lesões pápulo-vesiculosas, sobre base hiperhemiada; no lábio inferior, presença de fissuras, descamação epidérmica e formações escamo-crostosas de aspecto hemático (Fig. 33-a); em uso de corticosteróides tópicos. No couro cabeludo, lesões de dermatite seborréica, que não preocupam a paciente. Concomitante enxaqueca desde os 8 anos de idade (portanto, há 14 anos), estando

habituada ao uso de fármacos dos tipos dimetil-pirazolona, dihidroergotamina, cafeína, aminofenazona, difenil-hidantoína e promina. A cefaléia domina à D, aumenta e decresce segundo a curva solar, piora ao despertar, ao esforço mental e ao movimento; alivia por aplicações geladas. Pronunciado desejo de sal. Crises de hipotensão. Psiquismo: compassiva, emotiva, piora ao consolo; sonhos premonitórios; tímida, ruma fatos passados. Prescritas doses diárias de *Natrum muriaticum C 30*, sendo a paciente orientada quanto ao uso de *Bryonia alba* para eventuais crises enxaquecosas. No 8º dia, lesões labiais em franca cicatrização (Fig. 33-b); sem cefaléia neste período. Sem medicamento. Retorno no 37º dia: lábios sem lesões (Fig. 33-c); muito esporadicamente, ao sentir ameaça de cefaléia, a paciente recorre à *Bryonia alba*. Psiquismo melhorado.

Aspectos de interesse **Conjunção de três diagnósticos nosológicos independentes: queilite esfoliativa, enxaqueca e dermatite seborréica.**

Comentário A queilite esfoliativa costuma persistir durante meses ou anos. Quando atribuída ao uso de múltiplos fármacos, de uso interno ou externo, a identificação da substância responsável pela queilite de contato se apresenta problemática, demorada e instável. O organismo adoece ao modo de um sistema interdependente; logo, tende igualmente a reverter ao equilíbrio anterior, na condição de um sistema interdependente integrado. O estímulo farmacodinâmico individualizado, carregado pelo *simillimum*, atua por superposição também sistêmica e, frente à conjunção de fatores, o organismo ajusta-se, aleatoriamente a radicais químicos e a espécies microbianas.

CASO 34 **QUERATODERMIA FISSURADA circunscrita aos CALCANHARES em criança de 7 anos.**
Reg. 4051 AK **CISTO DE CONDUTO TIREOGLOSSO em pós-operatório desfavorável.**

Fig. 34-a Masc., 7a. Em 21.12.72 apresenta fissuras profundas ocupando a reborda de ambos
Fig. 34-b calcanhares, evoluindo há 14 meses, com sangramento e dor dificultando a marcha
Fig. 34-c (Fig. 34-a). Na região hióidea, sob reduzida cicatriz cirúrgica, detectado nódulo
Fig. 34-d firme, pouco móvel, doloroso, medindo cerca de 10 mm de diâmetro, em meio de tecido subcutâneo com sinais inflamatórios; a evolução, história e exame atual convergem ao diagnóstico de cisto de conduto tireoglossos (Fig.34-b); frustrada a cirurgia realizada há 1 ano, uma segunda intervenção foi agendada para o próximo mês. Criança magra, friorenta, ávida por açúcar, com abdômen distendido e tendência à obstipação; insegura, com medo do escuro e da solidão; na entrevista deixa transparecer comportamento insolente, provocador, agressivo e ditatorial.

Descrição clínica

Conduta terapêutica *Lycopodium clavatum C 30*, doses diárias, durante duas semanas, com base em manifestações gerais e, principalmente, o psiquismo. Nenhum recurso tópico. Abstenção de conduta frente à malformação concomitante.

Evolução As fissuras plantares entraram em processo cicatricial desde os primeiros dias de tratamento. No 37º dia, as plantas apresentam-se normais (Fig. 34-c). A região hióidea está assintomática; persiste o nódulo, agora delimitado e sobressaindo dentre os

tecidos circunvizinhos, sem sinais flogísticos (Fig. 34-d); este nódulo entrou em fase de involução lenta e progressiva, sem interferência de nova prescrição, dispensando a segunda cirurgia. Os intestinos normalizaram. Psiquismo melhorado.

Aspectos de interesse

Resposta imediata ao *Lycopodium clavatum*, em uma condição crônica de tratamento problemático. Concomitante quiescência de processo inflamatório de cisto de conduto tireoglossa, complicado após tentativa de correção cirúrgica. Contribuição da clínica para a complementação das patogenesias.

Comentário

O presente caso clínico oferece excepcional conteúdo de interesse didático farmacológico, nosológico e semiológico:

1. Eficácia do tratamento dentro da correlação de semelhança nas fissuras plantares, uma condição de solução difícil, senão impossível. A queratodermia, base habitual das fissuras, nem sempre se enquadra nos esquemas taxionômicos existentes.

2. Na ausência de manifestações locais características ou individualizantes, a escolha do *simillimum* foi baseada em manifestações físicas gerais e, principalmente, nos aspectos exacerbados do comportamento da criança, típicos de *Lycopodium*. Importa advertir que não se deve prescrever por sintomas psíquicos isolados, assim como pelos locais isolados, ainda que característicos e raros. Em posterior revisão do Repertório de sintomas de KENT detectamos no capítulo EXTREMITIES, rubrica Cracked, sub-rubrica Feet e Heel, a citação de *Lycopodium* como único medicamento, pondo-nos frente a excepcional exemplo da validade de um sinal local característico, como ponto de partida para a totalização sintomática, nos moldes de BOENNINGHAUSEN.

3. *Lycopodium clavatum* constitui exemplo de medicamento oriundo de material considerado inerte - um pólem - capaz de desenvolver potencial farmacodinâmico bastante abrangente, através do procedimento farmacotécnico homeopático das triturações e diluições dinamizadas.

4. O psiquismo de *Lycopodium* na criança, uma realidade clínica adaptada da experiência em adultos, facilmente leva à patogenesia respectiva, não significando isso que o caráter possa ser modificado. A Homeopatia abrandará desvios e exacerbações de manifestações caracterológicas que, habitualmente, acompanham o desequilíbrio do doente mas, até agora, não se pretendeu modificar os aspectos indelévels, ainda que indesejáveis, inerentes ao caráter.

5. A melhora de condição concomitante, alheia à queixa principal que motivou a consulta, nem sempre é cogitada pelo médico ou pelo paciente, apesar de constituir ocorrência freqüente em Homeopatia. Neste caso, a foto da região hióidea visou, simplesmente, a documentação de uma raridade no acervo clínico. Seguramente, a melhora teria ocorrido com outro medicamento *simillimum*, em outro paciente, desde que houvesse a indispensável concordância global de sintomas.

6. O relatório traz contribuição dupla da Clínica para a Matéria Médica Homeopática, considerando que tanto o cisto de conduto tireoglossa complicado, quanto as fissuras de calcânhares, são impossíveis de reprodução através da experimentação no homem sadio. Ignora-se em quantos casos se baseou KENT para justificar a correlação fissuras de calcânhares/*Lycopodium* em seu Repertório.

nem sempre é cogitada pelo médico ou pelo paciente, apesar de constituir ocorrência freqüente em Homeopatia. Neste caso, a foto da região hióidea visou, simplesmente, a documentação de uma raridade no acervo clínico. Seguramente, a melhora teria ocorrido com outro

CASO 35

Reg. 5456 AK

Fig. 35-a

Fig. 35-b

Fig. 35-c

Fig. 35-d

Fig. 35-e

Fem., 20a., secretária. Em 13.8.76 apresenta erupções cutâneas pruriginosas nos membros inferiores, evoluindo há mais de um ano, refratárias a tratamentos, inclusive corticosteróides; prurido intenso, agravado pelo calor local, pelo calor ambiente e pelo ato de coçar, melhorado à noite e por aplicações frias. Acne facial desde os 13 anos, inalterado. Gengivas sangrantes. Paciente apática, sonolenta, pessimista, irritável, descontente com tudo e com todos; não pára de lamentar seus problemas; facilmente ofendida e colérica; sempre deprimida, busca o isolamento. Hipersudorese. Obstipada crônica, com desejos ineficazes. Irregularidade menstrual, tendendo à oligomenorréia. Ao exame, no terço inferior das pernas e dorso dos pés, presença de numerosas lesões irregularmente distribuídas, isoladas ou coalescentes, abauladas, de tamanho variável até 4 mm, de superfície lisa brilhante, cor avermelhada, consistência firme, tendo de permeio pele de aspecto normal (Fig. 35-a). Na face, lesões eritemato-papulosas, em distribuição genal e mandibular, entremeadas por formações comedonianas (Fig. 05-b). Focos de gengivite.

Diagnóstico nosológico

1) Líquen rubro hipertrófico, com histopatologia de lesão da perna esquerda. 2) Acne vulgar grau II. Ainda: obstipação, gengivite e hipermenorréia.

Conduta

Apis mellifera, C 30, doses diárias, sem recursos tópicos.

Evolução

No 28º dia, evidente regressão das lesões do líquen, que se apresentam reduzidas, pálidas e assintomáticas (Fig. 35-c). Face livre de lesões acnéicas (Fig. 35-d). Sangramento gengival mínimo. Paciente mais calma, menos deprimida, porém pessimista e insatisfeita “como sempre foi”; nesta ocasião trouxe radiografia pelviana, feita há 3 anos, em razão da irregularidade menstrual, com laudo de “cisto de ovário E” (Fig.35-e). Nunca fez tratamento para o problema menstrual. Sem medicamento. Retornou após 6 meses, livre de lesões cutâneas, sem gengivite e com ritmo intestinal diário; persistência da irregularidade menstrual. Sem controle ginecológico.

Aspectos de interesse

Conjunção de diagnósticos e queixas diferentes. Presença de cisto de ovário direito em paciente/*Apis mellifera*, reforçando a citação desta ocorrência nos textos de Matéria Médica Homeopática. Prioridade da totalidade sintomática integrada na identificação do *simillimum*.

Comentário

Apresentada paciente portadora de duas condições simultâneas, habitualmente crônicas e refratárias aos tratamentos habituais: o líquen rubro, variedade hipertrófica, caracterizado pelo prurido insuportável, evoluindo há 1 ano, e o acne vulgar de 7 anos de duração. Desde que iniciado o *Apis mellifera* sobreveio rápida regressão das lesões acnéicas, enquanto as lesões do líquen, tornadas assintomáticas, também entraram em processo regressivo, gradual. Paralelamente, outros transtornos foram regredindo, a exemplo da gengivite e da obstipação. O caso proporcionou excepcional oportunidade de objetivação da coincidência de cisto de ovário D em paciente/*Apis*. Quando houver suficiente disponibilidade de homeopatas ginecologistas, e vice-versa, tais situações poderão ser registradas segundo requisitos de “antes e depois”.

Em síntese, o presente caso presta-se a três propósitos didáticos:

1. O imperativo do diagnóstico nosológico, sempre precedendo ao diagnóstico medicamentoso, para decidir a escolha do método terapêutico e estabelecer parâmetros de seguimento.

2. A prioridade, para a prescrição do remédio homeopático, da totalidade sintomática característica representativa de uma única patogênese capaz de beneficiar ou curar doenças clinicamente distintas.
3. Imprevisibilidade na seqüência das transformações favoráveis.
4. Exemplo de contribuição da Clínica para a Matéria Médica Homeopática.

CASO 36

Reg. 6060 AK

Fig. 36-a

Fig. 36-b

Fig. 36-c

Fem. 20a. Em 12.10.78 queixa-se de acne com 4 anos de duração (Fig. 36-a). Sonolência pós prandial. Obstipação, com desejos ineficazes. Paciente perfeccionista, de hábitos noturnos, com irritabilidade exacerbada no período pré-menstrual; faz uso exagerado de maquiagem, a ponto de impedir visualização das lesões faciais. Apresentou furunculose aos 16 anos. Prescrita *Nux vomica* em escala ascendente preestabelecida: C 6-12-30.

Evolução

Paciente eufórica quando vista após 3 meses, com acne melhorado (Fig. 36-b). Desde que iniciou *Nux vomica*, vem apresentando furúnculos sucessivos, estando o último deles, ainda ativo, situado na coxa E; simultâneo aparecimento de verrugas na borda do dedo médio E e região justaungueal do polegar E (Fig. 36-c).

Aspectos de interesse

Oportunidade rara de objetivação de fenômeno de Hering ou retorno de manifestação progressa, sob forma de furúnculos sucessivos, durante os últimos três meses. Instalação de manifestação cutânea nova, até então desconhecida pela doente: as verrugas de quirodáctilos. A inutilidade das dinamizações crescentes preestabelecidas no intuito preventivo de fenômenos indesejáveis.

Comentário

Na vivência clínica da autora, a compulsão à maquiagem tem sido comportamento freqüente em mulheres/*Nux vomica*.

CASO 37

Reg. 7012 AK

Fig. 37-a

Fig. 37-b

Fig. 37-c

Fem. 47a. Em 2.2.81, diagnóstico de *vascularite necrotisante* evoluindo há 15 anos, que se desenvolveu a partir de quadro de flebite atribuída ao uso de fármacos; presença contínua de feridas ao nível dos tornozelos e surtos esporádicos de lesões purpúricas. Sinusite importante aos 22 anos. Ao exame da perna D: na região interna do terço inferior, presença de placa irregular de eritema e sinais discretos de infiltração, com lesões esparsas em diferentes graus evolutivos, destacando-se 4 delas conglomeradas, ectimatosas e ativas no extremo superior da placa; sensibilidade dolorosa ao toque; na região interna do tornozelo E, presença de placa eritematosa, contornos irregulares, com algumas lesões ectimatosas em processo cicatricial; de permeio, evidentes cordões pápulo-vesiculosos, de aspecto nacarado e sem eritema (Fig. 37-a).

Conduta de prescrição

Luesinum C 200, em doses intervaladas por 10 dias, com base em repertorização global dos sintomas: desespero pela cura, medo da morte, compulsão a lavar as

mãos constantemente, desejo de frutas ácidas, agravação noturna, varicoses e tendência ulcerativa de extremidades.

Evolução

No 9º dia, isto é, após uma só dose do nosódio, está evidente a metamorfose das lesões. Na perna D, cerca 2/3 da lesão inicial apresentam-se sob forma de crosta única; as principais lesões ectimatosas confluíram e encontram-se em processo de cicatrização. Na perna E as lesões regrediram e inexistem sinais inflamatórios, havendo hiperpigmentação local recente (Fig. 37-b). No 44º dia, ausência de lesões, chamando atenção a acentuada hiperpigmentação, em placas descontínuas, substituindo as lesões iniciais (Fig. 37-c). Neste período, instalação de quadro agudo de sinusite frontal, com escoamento de abundante secreção esverdeada; igual episódio ocorrera há 27 anos; a intercorrência cedeu mediante inalações úmidas simples e algumas doses de *Belladonna C 6*. A paciente estava bem, em retorno após 8 meses.

Aspectos de interesse

Retorno de manifestação antiga sob forma de sinusite aguda, no 30º dia de seguimento e após 27 anos de acalmia. Exemplo de prescrição de nosódio - *Luesinum* ou *Syphillinum* - sob critério patogênico exclusivo. Metamorfose involutiva: a) confluência de lesões ectimatosas; b) formação de placa crostosa, sem substrato aparente justificável; c) instalação de acentuada hiperpigmentação pós cicatricial, substituindo alterações cutâneas precedentes.

CASO 38

Reg. 1428 HM

Masc., 51a., portador de rinite alérgica. Em 14.8.86 recebeu *Arnica montana C 6* como *simillimum*. No 14º dia apresentou crise biliar, já vivenciada aos 18 anos, quando fez cirurgia por litíase. Neste período também teve cefaléia, da qual estava livre há mais de 1 ano; paradoxalmente, ocorreu alívio de outros sintomas paralelos. Foi adotada conduta expectante, para posterior dose única de *Arnica montana C 6* e, logo a seguir, em *C 12*. No 60º dia, paciente informa que após a dose única do remédio passou a apresentar secreção amarelada no ouvido D, sem odor, com prurido local, tendo sido atendida por otorrinolaringologista alopata que lhe administrou antibióticos; lembra que teve otite supurada na 1ª infância. Após tomar *Arnica montana C 12*, sobreveio crise de processo supurativo do mesmo ouvido, que foi se extinguindo espontaneamente; simultânea melhora geral progressiva e a rinite tornou-se, enfim, quase assintomática. No 6º mês de seguimento, após dose única de *Arnica montana C 200*, a paciente apresentou nova crise biliar, esquivando-se da segunda cirurgia então proposta. Saiu do paroxismo sem dificuldade. Retornou após mais 9 meses, sem sintomas nesse intervalo, a não ser episódios muito esporádicos de discreta obstrução nasal.

Aspectos de interesse

1º retorno de sintomas: cólica biliar na 1ª semana de vigência da *Arnica C 6*, depois de 33 anos de acalmia; também recidiva de cefaléia crônica após intervalo de 1 ano.

2º retorno de sintomas: após nova dose única de *Arnica C 6*, aparecimento de secreção no ouvido D, sendo o processo inflamatório local abortado mediante emprego de antibióticos; paciente teve otite na 1ª infância.

3º retorno de sintomas após dose única de *Arnica C 12*: reinstalação de otite com secreção purulenta abundante; houve processo semelhante na 1ª infância.

4º retorno de sintomas: no 6º mês de seguimento, após dose única de *Arnica montana C 200*, nova “crise biliar” seguida por fase assintomática prolongada.

CASO 39

Reg. 1125 HM

Masc., 71a. Em 7.5.81 queixa-se de insônia, sendo medicado com *Lycopodium C 12*. No 2º mês, alterações gerais discretas, com persistência da insônia; adotado *Lycopodium C 30*. No 3º mês, discreta melhora, dormindo 5 horas por noite; prescrita dose única de *Lycopodium C 200*. No 20º dia após a dinamização *C 200*, aparecimento de quadro de “infecção urinária e secreção uretral”; paciente informa ter tido gonorréia aos 21 anos e cancro mole aos 25; após superado o episódio recente sucedeu fase de boa disposição física e psíquica, com regularização da queixa central para 7 horas de sono tranqüilo.

Aspectos de interesse

Dinamização eletiva *C 200* para o retorno de sintomas antigos. Modificações pouco importantes após *C 12* e *C 30*. Ocorrência “como se fosse...” em portador antigo de gonorréia.

CASO 40

Reg. 1135 HM

Fem., 89a. Em 30.4.86, com queixa principal de obstipação. Prescrito *Causticum C 12* em doses diárias. Retorna no 28º dia relatando diarréia imediata à primeira dose do remédio, estando ainda com 3 evacuações diarréicas diárias. Recebe, agora, dose única de *Causticum C 30*. Retorna após 27 dias, com ritmo intestinal diário; neste período, foi atendida em serviço de pronto-socorro, devido à crise de bronquite asmática, da qual se julgava curada há mais de 5 anos. Esta paciente foi vista após mais 6 meses, com boa evolução e sem medicamento no período.

Aspectos de interesse

Retorno de manifestação pregressa representada por crise de bronquite asmática, ausente há 5 anos. Boa capacidade de resposta ao *simillimum*, em organismo de 89 anos.

CASO 41

Reg. 1066 HM

Fem., 15a. Em 23.2.89, queixas de rinite alérgica, cefaléia crônica, estado nauseoso constante e infecção urinária controlada em serviço de nefrologia. Recebeu *Pulsatilla* em dinamizações ascendentes, durante alguns meses, sem sinais de reação favorável. Somente retornou para reavaliação 1 ano depois, em 22.2.90, quando lhe foi prescrita *Calcarea ostreorum C 6*; após esta, sobreveio instalação quase imediata de estado gripal e de crise asmática, ausente há 6 anos. Então, desapareceram as náuseas e a cefaléia. A rinite melhorou e o psiquismo ficou ótimo. Vista após 5 meses, passava bem, ainda sob supervisão do serviço de nefrologia.

Aspectos de interesse

Inviabilidade de formas reativas na prescrição incorreta. Instalação de episódio agudo novo sob forma de estado gripal, freqüente após o *simillimum* adequado. Retorno de sintomas antigos, sob forma de bronquite asmática, após 6 anos de acalmia.

CASO 42

Reg. 0741 HM

Fem., 50a. Em 8.10.87, queixas de obstipação, de episódios de pirose que se prolongam até 12 dias e de dermatite seborréica de couro cabeludo. Prescrito *Natrum muriaticum C 6* em doses diárias, durante 2 semanas. No 32º dia, ritmo intestinal diário e pirose aliviada; seborréia reduzida; psiquismo excelente. Nesse período, instalação de secreção purulenta escoando pelo conduto auditivo esquerdo, com prurido; ocorrera quadro idêntico há muitos anos antes. Feito plano de reforço com doses espaçadas de *Natrum muriaticum C 30*. A paciente continuava bem quando vista 1 ano depois.

Aspectos de interesse

Otite supurada unilateral, como fenômeno de Hering. Evolução simultânea favorável de queixas importantes. Melhora persistente.

CASO 43

Reg. 1467 HM

Masc., 29a. Em 8.10.86 apresenta quadro de alopecia areata de couro cabeludo e obstipação crônica, sendo lhe prescrito *Sulfur C 6*. Passou por discreta melhora geral quando reavaliado 2 meses depois, recebendo então *Sulfur C 12*; após este, sobreveio diurese intensa e aparecimento de lesões genitais de condiloma acuminado, tal como há 2 anos passados. Ao exame, presença de 7 lesões condilomatosas na região balano-prepucial, com 3 mm de diâmetro médio. Antes de comparecer ao ambulatório de homeopatia, o paciente passara pelo serviço de atendimento venéreo do nosocômio.

Aspectos de interesse

Eliminações evidentes na passagem à potência medicamentosa mais elevada. Fenômeno de Hering sob forma de instalação de múltiplas lesões de condiloma acuminado, tido 2 anos antes.

Comentário

Quadros de condiloma acuminado são passíveis de diagnóstico clínico correto. O retorno de lesões condilomatosas, de natureza virótica, coincidindo com a administração de fármaco dentro da correlação da semelhança, levanta questões complexas, a reclamarem pesquisa. Antes que se esclareça se o condiloma acuminado, cuja reinstalação coincide com a administração de *simillimum*, é dotado do mesmo potencial patogênico e de igual contagiosidade impõe-se, por precaução, tratá-lo nos moldes clássicos, a exemplo da sífilis e da gonorréia.

CASO 44

Reg. 0189 HM

Masc., 51a. Em 12.8.85 com granuloma, nodular, sobre cicatriz de herniorrafia inguinal E, realizada há 3 anos, enxaqueca evoluindo há 15 anos e insônia. Ao ser medicado com *Sulfur C 12*, em doses repetidas diárias, houve regressão parcial do nódulo cicatricial, espaçamento da cefaléia e sono discretamente melhorado; estas modificações somente duraram enquanto o medicamento foi mantido. Ao ser adotada conduta expectante, instalou-se secreção serosa ao nível cicatricial e sialorréia noturna. No 41º dia (22.9.85), queixa de cefaléia violenta, persistente desde há 9 dias. Após reavaliação do paciente foi prescrita *Sanguinaria canadensis C 6*. Em 21.10.85 (2 meses após consulta inicial e 1 mês após nova adequação de medicamento), a diurese era profusa e a cefaléia, menos intensa, obedecia ao ciclo solar; foi então adotada *Sanguinaria C 12*. Em 11.11.85, o escoamento cicatricial

assumiu aspecto purulento e surgiram dores poliarticulares intensas, simulando episódio reumatismal que o paciente compara àquele que teve aos 11 anos de idade, isto é, há 40 anos; mantida *Sanguinaria C 12*. Em 9.12.85, a secreção mostrava-se sanguíneo-purulenta, mais abundante e as articulações melhoraram; prescrita *Sanguinaria canadensis C 30*. Um mês depois (6.1.86), a cicatrização havia se completado, as dores articulares retrocederam e a cefaléia tornou-se esporádica; foi prescrita *Sanguinaria C 200*. Em 24.2.86, cicatriz normal, sono profundo e cefaléia ausente.

Aspectos de interesse

- Correção precoce de medicamento no 41º dia de seguimento.
- Comportamentos reacionais diversos na vigência de dinamizações diferentes do *simillimum* correto: após C 6, fenômeno de eliminação; após C 12, exacerbação inflamatória do granuloma cicatricial e retorno de sintomas antigos, simulando reumatismo poliarticular tido há 40 anos.
- Modificação no aspecto da secreção, inicialmente serosa, depois purulenta e, finalmente, sanguíneo-purulenta.
- Fenômeno de Hering e simultânea agravação homeopática pós dinamização eletiva - C 12.

Comentário

Erro na prescrição inicial, deduzido dos seguintes fatos: 1) melhora nitidamente restrita ao período de tomada do medicamento; 2) cefaléia inalterada; 3) ausência de qualquer alteração sistêmica favorável.

CASO 45

Reg. 0369 HM

Masc., 47a. Em 3.6.96 com sintomas de gastrite; submeteu-se à gastrectomia parcial há 6 anos. Feito plano com *Arsenicum album* em dinamizações ascendentes, a partir de C 6. Após a potência C 30, passou a apresentar abundantes descargas nasais, de aspecto pútrido, fétidas, que persistiram durante vários dias; refere ter tido sinusite há 10 anos. Este paciente foi acompanhado durante 3 anos e meio, com doses espaçadas de *Arsenicum album*, chegando a tomar uma dose 1000, sempre com resultado satisfatório, não mais apresentando queixas gástricas. No último retorno recebeu *Nux vomica* como *simillimum* atualizado.

Aspectos de interesse

Retorno de manifestação antiga.
Resposta à dinamização eletiva C 30, e não à C 6, nem à C 12

CASO 46

Reg. 0745 HM

Fem., 38a. Rinite crônica. Recebeu *Nux vomica* como *simillimum*, em C 6. Seguiu-se, de imediato, episódio de faringite aguda e de processo flogístico abrangendo ambos tornozelos, ao modo da artrite reumatóide que teve 6 anos antes. Estes paroxismos foram superados com *Hepar sulfur C 6*, em doses frequentes. Após duas semanas foi reiniciada *Nux vomica*, na mesma dinamização C 6. Retornou após 3 anos, quando a reavaliação atualizada levou ao *Lycopodium*, adotado a partir de C 6. Após a dinamização C 30, grande aumento da sudorese, da diurese e da atividade seborréica; muita sede e fome; instalação de otite serosa e rinofaringite purulenta, ambas tidas há 30 anos, na infância. Após estes incidentes, a paciente evoluiu bem, tomando doses espaçadas do mesmo remédio. O período de acompanhamento foi de 4 anos.

Aspectos de interesse **1. Na 1ª etapa de tratamento, com *Nux vomica*, Fenômeno de Hering representado por manifestações mimetizando artrite reumatóide das articulações dos tornozelos, vivenciada 6 anos antes. Também episódio agudo de faringite aguda.**
2. Na 2ª etapa, após 3 anos, na vigência de *Lycopodium*, fenômeno de Hering representado por otite serosa e rinofaringite purulenta, vivenciadas na infância, 30 anos antes.

CASO 47
CITAÇÃO
Reg. 0511 HM
Fem., 58a, portadora de enxaqueca crônica, insônia e polaquiúria. Foi submetida a plano terapêutico com *Pulsatilla*, em dinamizações ascendentes, desde C 6. Após *Pulsatilla C 12*, apresentou fase de melhora geral, intercalada por crise aguda de bursite de ombro direito, com três dias de duração, que se dissipou espontaneamente. Adotada conduta expectante. Paciente retornou após 3 anos de acalmia das queixas iniciais; novos sintomas justificaram prescrição de *Calcarea ostrearum*.

Aspecto de interesse **Instalação pós-simillimum de episódio agudo novo, isto é, até então desconhecido para a paciente, sob forma de bursite de ombro D, seguido de evolução local e geral satisfatória.**

CASO 48
CITAÇÃO
Reg. 0090 HM
Masc., 14 meses, com infecções repetitivas de vias aéreas superiores. Após *Calcarea ostrearum*, o seu acompanhamento foi caracterizado por três crises agudas; após C 6 apresentou, de imediato, um quadro de amigdalite aguda (recidivante); após C 30, sobreveio episódio de bronquite asmática (epísódio agudo novo); após C 200, nova crise de amigdalite com febre alta. Os sofrimentos paroxísticos foram contornados mediante medicamentos adaptados aos fenômenos atuais e a criança permaneceu assintomática nos 18 meses seguintes.

Aspectos de interesse **Instalação de três episódios agudos com características clínicas distintas, de imediato à administração de três dinamizações diferentes de um mesmo *simillimum*, em criança de 14 meses, sem recidiva nos 18 meses subseqüentes de observação.**

CASO 49
CITAÇÃO
Reg. 1183 HM
Fem., 27a. Portadora de rinite crônica e de bronquite asmática. No 4º dia de uso de *Sepia C 6* entrou em pronunciado “estado gripal”. Com a continuidade de doses intervaladas do mesmo medicamento em diferentes dinamizações, no decurso de um ano, foram sendo obtidas progressivas melhoras até a estabilização satisfatória do doente.

Comentário **Esta citação 49, assim como as seguintes 50, 51 e 52, se caracteriza pela instalação pós-simillimum de um conjunto de manifestações que são próprias da gripe, com astenia, dores musculares e alterações ao nível de vias aéreas superiores;**

esta ocorrência freqüente, provocadora de desconforto geral, não chega a incapacitar o paciente ao trabalho ou às atividades escolares.

**CASO 50
CITAÇÃO**

Reg. 1322 AK

Fem., 34a. Enxaqueca há alguns anos. Desde o 2º dia de uso de *Calcarea ostrearum C 6*, entrou em “estado gripal”, subfebril, com importante melhora psíquica e aumento de eliminações fisiológicas. Nos 10 meses seguintes recebeu doses espaçadas de *Calcarea ostrearum C 12*, ocasionalmente intercaladas por doses repetidas de *Apis mellifera C 12*, como recurso episódico. Sem enxaqueca nos 2 anos seguintes.

Aspecto de interesse

Aparecimento pós-simillimum de episódio agudo “como se fosse gripe”, coincidindo com evolução mediata favorável.

**CASO 51
CITAÇÃO**

Reg. 1420 HM

Fem., 32a, com insônia. Desde a primeira dose de *Sulfur C 6*, instalação de “estado gripal” que durou uma semana; concomitante melhora psíquica, hipersudorese intensa e melhora da duração e qualidade do sono. Evolução favorável, em 12 meses de seguimento.

Aspecto de interesse

Aparecimento pós-simillimum de episódio agudo “como se fosse gripe”.

**CASO 52
CITAÇÃO**

Reg. 0080 HM

Masc., 11 anos. Portador de rinite alérgica. “Estado gripal” após *Phosphorus C 12*. Evolução favorável. Posteriormente recebeu *Pulsatilla* e *Nux vomica* para outras intercorrências.

Aspecto de interesse

Aparecimento pós-simillimum de episódio agudo “como se fosse gripe”.

**CASO 53
CITAÇÃO**

Reg. 0585 HM

Fem., 39a. Obstipação crônica e hipertensão arterial. Feito plano de escala ascendente. Após *Bryonia alba C 6* manifestou eritema reacional na cabeça e no tronco. Após *Bryonia alba C 12* sobreveio quadro compatível com “broncopneumonia” (sic) tendo sido, a paciente, atendida em serviço alopático de emergência. Posteriormente, recebeu as dinamizações C 200 e 1000, do mesmo medicamento inicial, com evolução satisfatória.

Aspecto de interesse

1. Instalação de fenômenos reativos distintos, na vigência de dinamizações diferentes de um mesmo *simillimum*.
2. Eritema reacional na cabeça e no tronco, após *Bryonia C 6*.
3. Instalação de episódio agudo “como se fosse broncopneumonia”, na vigência de *Bryonia alba C 12*.
4. Sem incidentes após *Bryonia alba C 30*, *C 200* e *C 1000*.

CASO 54
CITAÇÃO
Reg. 1306 HM
Fem., 42a. Portadora de enxaqueca e rinite crônica, sendo medicada com *Nux vomica C 6*. Apresentou imediato aumento da sudorese, da diurese e do ritmo intestinal. Na primeira semana, episódio pulmonar “como se fosse pneumonia” (sic), tendo procurado serviço de urgência; recuperou-se facilmente. Seguimento de onze meses, com bom êxito.

Aspecto de interesse
Instalação de episódio agudo “como se fosse pneumonia” na vigência de *Nux vomica C 6*.

CASO 55
CITAÇÃO
Reg. 0856 HM
Fem., 46a., portadora de insônia, passou a receber *Sepia* em dinamizações ascendentes. Ao receber dose única de *Sepia C 30* desenvolveu quadro compatível com “broncopneumonia”, de resolução rápida. Melhora gradativa da insônia. Seguimento de 3 anos e 5 meses, com prescrição ocasional de *Arsenicum album* e *Lachesis*. Jamais houve queixas pulmonares posteriores.

Aspecto de interesse
Instalação de episódio agudo “como se fosse broncopneumonia” após *simillimum Sepia*.

CASO 56
CITAÇÃO
Reg. 1403 HM
Fem., 52a. Portadora de dispepsia alta. Manifestou quadro agudo bilateral de labirintite nos primeiros dias após *Natrum muriaticum C 6*. Sem sintomas após C 12. Seguimento de 7 meses.

Aspecto de interesse
Aparecimento de episódio agudo novo, sob forma de labirintite, desde que iniciado *Natrum muriaticum C 6*.

CASO 57
CITAÇÃO
Reg. 0120 HM
Fem., 5a. Rinite alérgica e prurigo agudo infantil. Ao receber *Natrum muriaticum C 6* apresentou hordéolos bilaterais acompanhados de acentuada conjuntivite, quadro este que persistiu durante 5 dias. Adotados recursos terapêuticos tópicos. Evolução posterior favorável, com regressão definitiva das lesões do prurigo e dos sintomas nasais, no decurso das dinamizações ascendentes do remédio inicial.

Aspectos de interesse
Instalação de hordéolos e conjuntivite na condição de processos agudos novos, na vigência de *Natrum muriaticum C 6*.

CASO 58
Reg. 7518 AK
Fig. 58-a
Fig. 58-b
Fem., 1a 10m. Em 23.4.82 a família relata erupções cutâneas diversas desde os 14 dias de idade, diagnosticadas na fase mais marcante, como sendo prurigo agudo infantil; as lesões restringem-se aos membros inferiores e despertam prurido intenso que melhora durante a noite. A criança, muito agitada, irritável e agressiva, teria hipersensibilidade a picada de insetos e, ainda, deficiência imunitária (sic); é calorenta

e dorme exclusivamente de bruços; apresenta hipersudorese fétida, fome canina contínua e avidez por salgados, doces e ácidos. Ao exame, perna E com numerosas lesões eritemato-pápulo-pustulosas, em diferentes estágios evolutivos, assentadas sobre placas eritematosas, irregulares, dolorosas ao toque; presentes escoriações por coçagem, justificando o uso de "pasta d'água" (com óxido de zinco); no membro oposto, algumas lesões semelhantes, mais discretas. Diagnóstico atual de impetigo (Fig. 58-a). Prescrito *Medorrhinum C 30* em doses diárias e mantida a pasta d'água para alívio de prurido. No 7º dia, a criança dispensa aplicações tópicas; a perna D está livre de lesões; a perna E apresenta lesões modificadas, como expressão natural do ciclo evolutivo próprio do impetigo; a maioria das lesões encontra-se em processo de abscedação, sem base eritematosa; superficialização daquelas lesões apenas esboçadas no exame inicial; o conjunto proporciona quadro de agravação homeopática, expressado pela metamorfose natural das lesões existentes e exteriorização de outras até então incipientes, numa reação clinicamente acelerada e antecipada (Fig. 58-b). Conduta expectante.

Aspectos de interesse **Aparente agravação homeopática ao nível da perna E, condicionada pela evolução natural da dermatose, concomitante ao desaparecimento completo das lesões na perna D. Eventualidade em que fenômenos de metamorfose evolutiva e outros de agravação de manifestações iniciais se imbricam, aparentando, inclusive, imagem de respostas dissociadas.**

CASO 59

Reg. 5673 AK

Fig. 59-a

Fig. 59-b

Fig. 59-c

Fig. 59-d

Fig. 59-e

Fem., 15 meses. Em 13.6.77 quadro de eczema numular; evoluindo há 11 meses; prurido generalizado intenso há 1 mês, sob uso de corticosteróides tópicos; prurido pior à noite e ao calor da cama. Criança dotada de grande vivacidade, muito inquieta e tendo horror ao banho; hipersensível a picada de insetos e propensa a surtos diarreicos. Ao exame, lesões cutâneas disseminadas restritas à região póstero-lateral do hemitórax E, isoladas, irregularmente redondas ou ovais, medindo cerca de 20 mm de maior diâmetro, algumas evidenciando sinais de processo infeccioso secundário. Diagnóstico de eczema numular (Fig. 59-a). Prescrito Sulfur C 5 em doses diárias. No 3º dia, sinais muito discretos de melhora, optando-se por dose única de *Sulfur C 30*. No 7º dia a criança encontra-se em sofrimento e apresenta inúmeras lesões eczematosas, incluindo vesículas e bolhas, compactadas de forma maciça em grande placa contínua, sediada não apenas na área inicialmente afetada, mas recobrando, inclusive, a região anterior do hemitórax E, até então livre. A exsudação e o prurido acentuado tornaram a criança angustiada. Por questão de respeito à criança, o registro fotográfico é omitido. Adotada conduta de espera e aplicações locais de água boricada, a fim de prevenir complicações. No 11º dia a criança está mais tranqüila, embora demonstrando desconforto; o hemitórax E apresenta-se encoberto por placa contínua homogênea, constituída por inúmeras lesões circinadas coalescentes, em processo involutivo do centro à periferia; prurido ocasional; lesões escoriadas na região orbicular interna (Fig. 59-b). Adotada conduta expectante e cuidados locais exclusivos. No 25º dia a criança está bem, física e psiquicamente; ao exame, discretos vestígios de eritema e de pigmentação, sem atividade lesional (Fig. 59-c). No 40º dia, a criança apresenta-se assintomática e

alegre, sem vestígio de alterações cutâneas (Figs. 59-d, 59-e). Caso acompanhado durante mais 8 meses, sem recidiva. Neste período recebeu *Calcarea ostrearum*, justificada por manifestações de orofaringite e em sinais de predisposição mórbida do terreno.

Aspectos de interesse **Agravação homeopática com transposição de lesões. Metamorfose lesional, na dependência do ciclo evolutivo natural do eczema numular.**

Precipitação de conduta: mudança precoce e inoportuna de dinamização em criança estênica que dera sinais, ainda que discretos, de movimentação orgânica favorável. A dinamização C 5 deveria ter sido mantida até a estabilização do quadro para então, com base no comportamento atualizado do organismo, ser ou não adotada, em dose única, outra mais elevada.

Comentário O eczema numular, mais freqüente no adulto, é caracterizado por lesões disseminadas sem simetria, pelo caráter recorrente e pela tendência a persistir durante anos. Sua terapêutica habitual restringe-se aos corticosteróides e antibióticos. As lesões tendem a envolver a partir do centro, resultando em imagens circinadas. Considerando a tendência reemergente desta dermatose, a instalação maciça de novas lesões, em áreas até então livres, leva a admitir que no caso apresentado a agravação pós-*Sulfur*, ainda que conseqüência imprevisível de conduta precipitada e ainda que tenha constituído uma intensificação indesejável, tenha, simplesmente, antecipado uma condição mórbida cuja exteriorização aconteceria inevitavelmente em futuro mais ou menos próximo.

CASO 60

Reg. 5689 AK

Fig. 60-a

Fig. 60-b

Fig. 60-c

Fig. 60-d

Fig. 60-e

Descrição
clínica

Fem., 26a. Em 11.7.77 apresenta extensa lesão em placa na região posterior do antebraço E, evoluindo há 3 anos. Neste período, acalmias esporádicas, no máximo de duas semanas; sem resposta a tratamentos correntes. Ao exame, dorso da mão e região posterior do antebraço E apresentam lesão única, em placa, de superfície irregular e aspecto cruento, entremeada por algumas clareiras de tegumento aparentemente normal; presença de secreção, descamação e minúsculas crostas sero-hemáticas; contornos da lesão irregulares, nítidos, intercalados por trajetos infiltrados recobertos por micro-vesículas. No dorso da mão, algumas lesões na base do dedo mínimo (Fig. 60-a). No terço médio anterior do mesmo antebraço, algumas lesões eritemato-papulosas exulceradas (Fig. 60-b). Na entrevista a paciente mostra-se cooperativa e alegre, mas confessa ser irresoluta, triste, chorosa e muito sensível à música; movimentos lentos; tendência à obesidade e a supurações fáceis. Formulado diagnóstico de piodermite crônica.

Conduta
terapêutica

Graphites C 30 em doses diárias, justificado pelo conjunto de sinais e sintomas. Sem recursos tópicos.

Evolução

No 4º dia, ou seja, após 3 doses de *Graphites C 30*, a lesão mostra-se modificada: aspecto geral geográfico fragmentado, infiltrado, de superfície homogênea, evidenciando áreas de eritema pápulo-vesiculoso, entremeadas por pele de aspecto normal; secreção reduzida. Limite superior da lesão representado por cordão espessado, duro, firme e pouco sinuoso; na porção inferior a placa lesional avança até a implantação dos quirodáctilos. A visão de conjunto, pela cor vermelha uniforme

e pela expansão da área comprometida, leva a admitir uma agravação homeopática (Fig. 60-c). As poucas lesões da região anterior sofreram grande transformação, confluindo em placa única que avançou, irregularmente, até o punho, apresentando superfície nitidamente pápulo-vesiculosa, descamação fina muito evidente e bordas infiltradas (Fig. 60-d). Mantido mesmo medicamento. No 10º dia, ausência de lesões (Fig. 60-e), estando a paciente eufórica. Medicamento suspenso. A pele continuava normal 3 meses depois.

Detalhes reacionais dermatológicos importantes

Sob aspecto semiológico, ressaltam os seguintes aspectos:

Região posterior de antebraço E: Metamorfose de placa lesional por piodermite cronicada de 3 anos, caracterizada por: a) delimitação de parte da periferia por reborda espessada de cor vinhosa; b) aumento da área comprometida; c) desaparecimento do exsudato; d) ao longo da superfície, constituída por lesões vermelho-escuras, permeamento de reduzidas faixas de pele aparentemente normal.

Região anterior de antebraço: Metamorfose e dissociação de resposta: a) instalação de placa única, homogênea, de forma e contornos irregulares, avançando do terço médio até a articulação do punho; b) superfície homoganeamente ocupada por formações eritemato-pápulo-vesiculosas; c) reborda serpinginosa parcialmente infiltrada, acompanhada em toda extensão, por formações laminares, papiráceas, por descamação córnea.

Aspectos de interesse

Dissociação intralesional de respostas. Agravação homeopática. Discrepância reacional entre lesões próximas, pertencentes à mesma entidade nosológica. Sincronismo final da normalização.

Comentário

Lesões de piodermite não dispõem de alterações evolutivas estereotipadas e impossível seria afirmar que as transformações induzidas pelo *simillimum* seriam exatamente aquelas que, algum dia, aconteceriam no processo de cura espontânea. No caso está evidente a dissociação reacional de duas lesões bastante próximas e de mesma natureza, que em nada se parecem quanto à morfologia no decurso do processo de cura induzido dentro da lei da semelhança. O sincronismo ou simultaneidade da cura de lesões tegumentares, apesar das aparentes diferenças morfológicas durante a fase reacional, tem sido um fato constante observado nos pacientes com dissociação ou discrepância regional de resposta ao *simillimum*.

CASO 61

Reg. 7587 AK

Fig. 61-a
Fig. 61-b
Fig. 61-c
Fig. 61-d

Masc., 62 a. Em 5.8.82 apresenta dermatose facial evoluindo há 3 anos, caracterizada por extensas placas de cor vinhosa, superfície irregular, prurido e dor local em queimação; trabalha na sombra, consertando geladeiras; tem contato a diversos produtos químicos; piora ao sol, por ingestão de bebidas alcoólicas e no inverno; ultimamente tornou-se friorento; ávido por doces, tem pouca sede, no entanto deseja leite gelado; submeteu-se a diferentes tratamentos, sem melhora; sofre muito com o problema; tem ansiedade noturna e não consegue trabalhar na presença de outras pessoas; agitado, sempre em movimento e quer fazer tudo depressa. Dispõe de laudo histopatológico de biópsia de lesão da face, datado em 20.11.81: "*Epiderme retificada e infundibulos pilosos dilatados, contendo lamelas de ceratina e por vezes parasitas*

com caracteres de *Demodex folliculorum*. Na derme, processo inflamatório representado por infiltrado mononuclear, edema e dilatação capilar, circundando vasos e anexos. Conclusão: *Acne rosácea*".

Ao exame: excetuadas as regiões orbitárias e labiais, face inteiramente ocupada por lesões em placas eritemato-papulosas, algumas em processo supurativo; lesões mais ou menos salientes, em diferentes estágios evolutivos, isoladas ou confluentes, sobre base apresentando telangectasias difusas, conferindo ao conjunto um aspecto até certo homogêneo, de superfície irregular e de cor vinhosa (Fig. 61-a). Firmado diagnóstico de rosácea ou cuperose. Prescrito *Rhus toxicodendron* C 12 em doses diárias, sem recursos tópicos.

Evolução No 5º dia após o *simillimum*, acentuada intensificação das lesões iniciais e instalação, de permeio, de outras lesões novas. Desfiguramento mais evidente (Fig. 61-b), bem suportado pelo paciente; adotada conduta de espera. Em retorno no 52º dia, placas lesionais esmaecidas, evidenciando processo de regressão. Persistem as formações conglomeradas e o retículo telangectásico de base; aspecto desinfiltrado, sem lesões novas e sem sinais supurativos; esteticamente, aspecto mais favorável em relação ao inicial (Fig. 61-c). Neste período, teve episódio agudo de artralgia, contornado com *Dulcamara*; repetido *Rhus toxicodendron* C 12, em dose única. Após mais 5 meses e meio (20.1.83) o paciente considera-se curado, com boa disposição física e psíquica; clareamento geral da face; algumas formações cicatriciais eritematosas, remanescentes dos conglomerados lesionais; persistência das estruturas telangectásicas (Fig. 61-d); prescrita dose única de *Rhus toxicodendron* C 30. Em 10.2.83, intercorrência de novo episódio de artralgia, justificável de *Bryonia alba*; paciente feliz quanto ao resultado da rosácea.

Aspecto de interesse **Agravação homeopática precoce, com resultado satisfatório, em dermatose de tratamento reconhecidamente difícil.**

CASO 62

Reg. 4047 AK

Fig. 62-a

Fig. 62-b

Fig. 62-c

Fem., 16a (23.3.76). Há 10 dias, aparecimento na perna direita de "manchas vermelhas", firmes e dolorosas, com sensação de agulhadas, que aliviam por aplicações geladas. A paciente submeteu-se à amigdalectomia há 3 semanas, tendo recebido antibióticos e analgésicos; é propensa a artralgias ocasionais, principalmente nos tornozelos e nos joelhos, que alternam de local e de lateralidade; passado de eczema palmar e de amigdalites recorrentes; teve eritema nodoso de membros inferiores aos 12 anos, o qual regrediu após doses elevadas de corticosteróides; emocionalmente instável, colérica, misântropa e arredia frente aos tratamentos médicos. Ao exame, perna esquerda normal. Na região pré-tibial da perna direita, presença de várias alterações superficiais maculares, avermelhadas, de limites difusos, discretamente abauladas e que, á palpação, revelam formações nodulares, em situação dérmica, firmes, dolorosas, medindo menos de 10 milímetros de diâmetro, não delimitadas, pouco móveis sobre os planos profundos. Firmado diagnóstico de eritema nodoso, em fase aguda (Fig. 62-a). Prescrito *Ledum palustre* C 5 em 3 doses diárias.

Evolução No 3º dia de influência de *Ledum palustre* tornaram-se evidentes grandes placas eritemato-nodulares, escuras, firmes e dolorosas à palpação, ocupando a região anterior da perna direita; aparecimento de formações semelhantes na perna esquerda, que estava livre no exame inicial (Fig. 62-b); mantido o mesmo medicamento, por mais 5 dias. No 23º dia após a consulta inicial (15.4.76) as lesões da perna direita haviam regredido, sem anormalidades à palpação, persistindo discreta hiperpigmentação local cutânea; perna esquerda normal (Fig. 62-c); paciente disposta, assintomática, tendo sido orientada para tratamento de base. Somente retornou 3 anos depois, com início de novo quadro de eritema nodoso, desencadeado pela tomada de analgésicos para episódio ocasional de cefaléia; recebeu *Silicea* como remédio de base.

Aspectos de interesse **Agravação homeopática em quadro agudo. Justificativa da Homeopatia numa condição de tratamento problemático.**

CASO 63

Reg. 6548 AK

Fig. 63-a

Fig. 63-b

Fig. 63-c

Fig. 63-d

Masc., 38a. professor; em 4.2.80 apresenta eczema de mãos, evoluindo há mais de 1 ano, com prurido local que piora ao calor e à noite, aliviado pelo banho e por movimento; atribui a dermatose ao contínuo contato ao giz; também apresenta placa eritematosa exsudativa, abaixo do umbigo, evoluindo há poucos meses, coincidente com a área de contato ao elástico do calção. Afirma ser obstipado crônico, até 10 dias e faz uso de fórmulas contendo fenolftaleína. Vertigens ocasionais, nauseosas. Aftas continuadas. Avidez por salgados. Passado de hepatite; amigdalite recorrente antiga e uso freqüente de antibióticos. Afobado e confuso, irascível e abusado; péssima memória; orgulhoso; prefere a solidão. Ao exame, ambas regiões palmares ocupadas por eritema acentuado, difuso e uniforme; as últimas falanges dos quirodáctilos evidenciam lesões eritemato-pápulo-vesiculosas, escoriações punctiformes ocupadas por material hemático e fissuramento longitudinal esboçado. O exame do abdômen evidencia extensa lesão transversal em placa fragmentada onde, entre diferentes lesões, dominam alterações maculares eritematosas, de superfície uniforme; na porção mediana destaca-se conglomerado de formações papulosas, independentes, algumas foliculares (Fig. 63-a). Caracterizadas, portanto, duas dermatoses: 1) eczema palmar; 2) dermatite de contato de região infraumbilical - provavelmente à borracha ou a seus equivalentes sintéticos. Prescrito *Petroleum C 30* em doses diárias.

Evolução

No 3º dia após iniciado *Petroleum C 30* as lesões mostram-se modificadas; o eritema palmar assumiu aspecto reticulado; os quirodáctilos tornaram-se igualmente comprometidos por lesões eritemato-pápulo-vesiculares e descamação local (Fig. 63-b). A lesão infraumbilical, com discretos sinais de atividade remanescente, adquiriu contornos nítidos e cor ferruginosa. No 9º dia de seguimento, palmas sem eritema, estando realçadas as lesões eritemato-pápulo-pustulosas, em diferentes estádios evolutivos: algumas íntegras, outras reduzidas ao anel inicial de implantação, outras exulceradas, com escassa secreção. Lesão infraumbilical em franca extinção (Fig. 63-c). No 25º dia paciente sentindo-se bem, livre de qualquer alteração cutânea (Fig. 63-d). Sem recidiva nos 5 anos seguintes, sendo observado à distância, no colégio em que trabalha.

Aspectos de interesse 1. Agravação homeopática precoce com resultado final rápido, satisfatório e persistente. 2. Dissociação de respostas ao nível de duas dermatoses afins concomitantes: a) eczema palmar agravado, antes de entrar em fase de remissão definitiva; b) dermatite de contato em abdômen, com alguns sinais de eczematização, em resposta regressiva imediata, sem exacerbação prévia. 3. Instalação de estado de tolerância aos possíveis alérgenos contidos no giz e na borracha. 4. Normalização cutânea sincrônica.

Comentário Tem sido freqüente, em professores, a ocorrência de hipersensibilidade ao uso do giz. Estas situações normalizam-se frente ao *simillimum* individualizado atual, independente da sua natureza. O caso presta-se para estudo de conotações com a Isoterapia. Merece ser levantada a questão se o tratamento realizado foi realmente homeopático para o eczema palmar. Se investigarmos a composição química do “elástico” moderno, seguramente detectaremos derivados do petróleo e, neste caso, teria acontecido, também, a Isoterapia. Em determinado paciente, não raro, o *simillimum* coincide com o alérgeno em questão.

CASO 64

Reg. 5151 AK

Fig. 64-a

Fig. 64-b

Fig. 64-c

Fig. 64-d

Fig. 64-e

Fig. 64-f

Resumo clínico

Masc., 53a. Em 2.7.75 apresenta eczema generalizado evoluindo há 22 anos, sob tratamentos diversos, inclusive internamento hospitalar, estando incapacitado ao trabalho há 2 anos. É magro, longilíneo e se queixa de gastralgia contínua, tendo se submetido à gastrectomia aos 47 anos. Intolerância a certos alimentos, especialmente leite, que lhe provoca diarreia. Prurido intolerável aliviado pelo calor e por “água fervendo”. É impaciente, desconfiado, suscetível e facilmente ofendido. A dermatose teve início quando trabalhava em fábrica de pneumáticos, em cuja composição constavam derivados de petróleo e borracha natural; relata recente sensibilização ao náilon. Ao exame, pele áspera, seca e lesões generalizadas eritemato-pápulo-vesiculosas, exsudativas, muitas delas escoriadas e escoando secreção sanguinolenta (Fig. 64-a); em várias partes do corpo, em especial nas coxas, estão presentes extensas placas liquenificadas, de limites irregulares, pruriginosas, sobre as quais se sobrepõem outras lesões pápulo-vesiculosas recentes. A queixa atual converge para as extremidades, recobertas pelo eczema; há hiperkeratose palmo-plantar; as epidermorreações de contato mostram-se positivas para nafta, xileno e benzeno. Diagnósticos clínicos: 1) Eczema crônico; 2) Hipersensibilidade a derivados de petróleo. Prescrito *Petroleum*, em doses diárias da C 5.

Evolução

Paciente nitidamente melhor no 5º dia (7.7.75), em 60%, segundo própria estimativa, estando as lesões secas (Fig. 64-b); ocorreu desaparecimento completo da gastralgia, com ótima disposição física e mental; mantido *Petroleum C 5*. No 15º dia (17.7.75) extremidades inferiores apresentam-se eritemato-violáceas, com instalação de numerosas novas erupções proeminentes eritemato-papulosas, exsudativas, junto a lesões de variados tamanhos, exulceradas e sangrantes (Fig. 64-c); dor local e impossibilidade de vestir-se; adotada conduta expectante. Passados 5 dias (22.7.75), as lesões melhoraram, tendo sido pogramada dose única do mesmo medicamento, em C 200, para quando sobreviesse a estabilização do quadro (Fig. 64-d). Transcorridos 28 dias (19.8.75) o paciente informa que, após a tomada da dinamização C 200, sobreveio reativação do eczema das pernas, juntamente a prurido intolerável ao nível das lesões antigas liquenificadas e das recentes; ao exame das pernas e pés,

a dermatose apresenta-se sensivelmente modificada: sobre pele rósea, lisa, discretamente descamativa, em evidente processo de normalização, destacam-se numerosas lesões ectimatosas, sangrantes, algumas lembrando lesões artefatas em “saca-bocados” (Fig. 64-e), contrastando com os importantes sinais involutivos das placas liquenificadas das coxas. Conduta expectante. Ao retornar 20 dias depois, eufórico e sem queixas sistêmicas, o paciente relata apenas discreto prurido que controla mediante aplicações locais de pasta água, sendo-lhe prescrito *Petroleum C 30* em doses diárias; transcorridos outros 28 dias (6.10.75), descreve discreta exacerbação imediata à última prescrição, a qual foi logo seguida por regressão gradativa e completa do eczema, restando, agora, prurido muito esporádico e suportável ao nível das antigas placas liquenificadas parcialmente involuídas; passou a tolerar bem o leite e a sua gastralgia desapareceu. Sem medicamento. Em 11.11.75, estado de melhora geral, estando a pele íntegra (Fig. 64-f). Sem recidiva nos 6 anos seguintes.

Aspectos de interesse

1. Documentação fotográfica excepcional de agravação e metamorfose de lesões cutâneas, após diferentes dinamizações de mesmo medicamento - o *Petroleum C 5*, *C 200* e *C 30*.

2. Exemplo de agravação mista: homeopática/patogenética.

3. Falhas de prescrição: 1) por precipitação na repetição do estímulo; 2) por falta de normas para mudança de dinamização.

Comentário

A anamnese relaciona a presente dermatose a produtos derivados de petróleo. Os sintomas psíquicos, neste caso, não representam a importância semiotécnica habitual, pois 22 anos de sofrimento geram estado de revolta e de irritabilidade comum nos portadores de dermatoses inestéticas que se eternizam e que acabam em situações de conflito no relacionamento social. Estas situações revertem de modo prejudicial à dermatose, criando círculo vicioso de causas e efeitos.

A patogenesia de *Petroleum* abrange numerosas dermatoses, nenhuma delas específica: pele áspera e átona; eczema e fissuras; lesões vesiculares exsudativas, com secreção clara abundante; lesões crônicas, erosivas, sangrantes, sensíveis ao toque, pruriginosas, com ardor, piores à noite, ao frio e no inverno, aliviadas pelo calor; prurido sem erupções visíveis e intolerância à roupa; instalação de erupções substituindo outras antigas, com endurecimento na base destas (DUPRAT).

A primeira agravação ocorreu, indubitavelmente, devido à continuidade desnecessária de *Petroleum C 5*. A cura posterior descarta a possibilidade de influência sugestiva da fase inicial de melhora, visto que nenhum fator sugestivo explicaria a primeira metamorfose. Outrossim, o desaparecimento da gastralgia crônica e melhora do psiquismo refletem resposta sistêmica, própria ao *simillimum*.

A segunda agravação foi imediata a *Petroleum C 200*, cuja prescrição frustrada baseou-se em texto de VOISIN que recomenda dinamizações contrárias - muito altas ou muito baixas - para se contraporem aos efeitos indesejáveis daquela responsabilizada pela agravação. Após essa potência, considerada alta, sobreveio a segunda metamorfose, muito evidente, disseminada e fora dos padrões habituais do eczema, contrastando com o comportamento cooperativo e otimista do paciente.

A terceira agravação, após *Petroleum C 30*, foi discreta e superada pelo paciente, agora esclarecido sobre o fenômeno e que, por isso, não compareceu para documentação fotográfica; quando vista, apresentava franca regressão generalizada das lesões remanescentes, inclusive das antigas placas liquenificadas em outras regiões.

O relato ilustra a impossibilidade de evitar agravações pela prescrição sistemática de “potência adequada”. Este paciente reagiu com intensificação das lesões, às três dinamizações não ascendentes, beneficiando-se de todas elas, com etapas de melhora após cada episódio reativo. O período de tratamento durou 4 meses. Sem recidiva nos 6 anos seguintes, quando enviava informações através de familiares.

CASO 65

Reg. 3127AK

Fig. 65-a

Fig. 65-b

Fig. 65-c

Fig. 65-d

Fig. 65-e

Fig. 65-f

Fig. 65-g

Fig. 65-h

Fig. 65-i

Menino de 7 anos, cor parda, peso 18 kg, talhe 103 cm; vive numa creche onde ingressou aos cinco meses de idade, apresentando lesões cutâneas na cabeça; desde então, vem recebendo variados diagnósticos para seus repetidos males: piодermite, alopecia pós-infecciosa (foi calvo até os 2 anos de idade), tinea capitis, pseudo-tinha amiantácea, prurigo agudo infantil, queilite e, espaçadamente, episódios de bronquite asmática; era examinado por nós em programa mensal, donde o defasamento entre fotos e paroxismos clínicos; recebeu muitos medicamentos: *Dulcamara*, *Graphites*, *Psorinum*, *Hepar sulfur*, *Silicea*, *Calladium* e *Blatta orientale*; em 10.4.72 apresentava no couro cabeludo lesões de pseudo-tinha amiantácea, com concomitante conjuntivite discreta, queilite angular e vermelhidão dos meatos nasais (Fig. 65-a), sendo-lhe prescrito *Sulfur C 5*; este medicamento reativou as lesões mucosas e induziu a formação de extensa placa exulcerada no couro cabeludo; quando vistas um mês depois, em 13.5.72, a conjuntivite, a queilite e as lesões de meatos nasais, embora em regressão, apresentavam evidentes sinais de atividade (Fig. 65-b); no vértex cefálico destacava-se a extensa lesão única, de contornos nítidos irregulares, superfície exulcerada, sangrante e exsudativa (Fig. 65-c); adotada conduta expectante. Em 10.6.72 prescrito *Nitricum acidum C 30* em doses diárias. Seguiu-se imediata agravação das lesões remanescentes anteriores, havendo nítida piora da queilite e da conjuntivite, a exigir recursos tópicos de emergência (Fig. 65-d, de 15.10.72); no vértex, espraiamento da lesão com perda dos contornos, de superfície intumescida, mole e sangrante (Fig. 65-e). Um mês depois o quadro apresentava relativa acalmia; a lesão do couro cabeludo parecia cicatrizada, mas continuavam evidentes a conjuntivite e a queilite; ao ser administrado *Nitricum acidum C 5*, ocorreu acentuada agravação, caracterizada por reagudização da conjuntivite e reabertura da lesão do couro cabeludo, que passou a exalar odor extremamente fétido, a exigir cuidados antissépticos especiais; este episódio não pôde ser fotografado. Um mês depois, o quadro estava melhorado; cicatrizara a lesão de vértex, enquanto persistia a conjuntivite. Adotado um colírio e o *Berberis vulgaris C 1*, sob pretexto de drenador, sendo programada dose única de *Nitricum acidum C 200* para 10.9.72; após esta, sobreveio a maior das agravações, ao nível das mucosas palpebrais, com edema e secreção tal que impediam a visibilidade (Fig. 65-f); temendo-se complicações, recorreu-se à eritromicina sistêmica; o vértex mantivera-se íntegro (Fig. 65-g). Desde então, a criança entrou em fase de melhora gradativa. Em 27.10.72 apresentava couro cabeludo normal e discretos sinais remanescentes de conjuntivite (Fig. 65-h); adotada, novamente, a conduta expectante. Em 26.11.72, tegumentos normais e ausentes as manifestações concomitantes iniciais. Visível desenvolvimento físico favorável e mudança surpreendente no desempenho escolar; fâcies irreconhecível (Fig. 65-i).

Aspectos de interesse

1. **Agravação homeopática a diferentes dinamizações de mesmo medicamento - o *Nitricum acidum* - na seqüência C 30, C 5 e C 200, em criança de 7 anos portadora de síndrome cutâneo mucosa: ectima de couro cabeludo, queilite e conjuntivite.**
2. **Erros de conduta - por precipitação na mudança de potência e por repetição desnecessária - justificados pela inexistência de normas de seguimento.**
3. **Possível agravação patogénica pelo *Sulfur C 5*.**
4. **Dissociação de respostas: reativação inflamatória palpebral importante, com conservação da normalidade de couro cabeludo recentemente comprometido.**

Comentário

A exteriorização sintomática intensificada, como consequência do ato médico inadvertido, através da excessiva repetição dos estímulos ou da mudança prematura da potência, enquadrar-se-ia em definição de agravação iatrogênica. Graças às normas de prescrição, paulatinamente estabelecidas por força da experiência, estas situações vêm se tornando raras. O estímulo inicial deve ser moderado, nunca além de C 6, ficando por conta do comportamento orgânico a decisão pela repetição ou abstenção de novos estímulos.

A agravação após *Sulfur* não coaduna com homeopaticidade, considerando o desconforto da criança, ao contrário de *Nitricum acidum*, cujas agravações, melhor suportadas, resultaram em cura final persistente. A adoção de *Berberis vulgaris* sob pretexto de drenador de toxinas, hoje não aconteceria.

O intercalamento de recurso alopático de alívio, quando necessário, não interfere na dinâmica do doente, desde que prescindida dos antiinflamatórios e dos imunossuppressores.

O registro fotográfico foi dificultado, considerando que os contatos mensais do doente nem sempre coincidiam com os paroxismos clínicos. Mesmo assim o caso adquiriu valor documentativo excepcional.

CASO 66

Reg. 7209 AK

Fig. 66-a

Fig. 66-b

Fig. 66-c

Fig. 66-d

Fem., 61a. Em 10.7.81 manifesta líquen plano, confirmado por laudo histopatológico e cujas lesões disseminadas no tronco, membros superiores e pescoço persistem há 6 anos, sem acalmia, apesar de tratamentos intensivos repetidos, principalmente corticosteróides. Ao exame, erupções papulosas achatadas e brilhantes, de variados tamanhos e configurações, algumas coalescentes (Fig. 66-a). A totalidade sintomática leva à prescrição de *Nux vomica* C 12 em doses diárias. A paciente, irritada, retorna após 13 dias; o quadro cutâneo mostra sinais discretos de redução de relevo, sendo mantido o mesmo medicamento. Novo retorno no 25º dia de seguimento (5.8.81), estando a paciente extremamente insatisfeita, com lesões estacionadas (Fig. 66-b); a reavaliação clínica justifica a prescrição de *Zincum valerianatum* C 30, em doses diárias. Transcorridos 16 dias (31.8.81), presença de agravação global e uniforme do líquen, com expansão e confluência das lesões, em placas ou cordões, de superfície uniforme; numerosas lesões novas (Fig. 66-c); adotada conduta expectante. A paciente, mais calma, supera bem a fase de agravamento, mantendo constante contato telefônico; retorna para exame em 16.12.82, isto é, 5 meses depois da primeira consulta, completamente livre das lesões iniciais (Fig. 66-d).

Aspectos de interesse

Não resposta a medicamento incorreto. Agravação homeopática ao segundo medicamento adequado. Eficácia da Homeopatia em entidade nosológica crônica, de tratamento reconhecidamente problemático.

CASO 67

Reg. 6004 AK

Fig. 67-a

Fig. 67-b

Fig. 67-c

Fig. 67-d

Masc., 21a. Em 2.8.78, com acne há 6 anos, sob tratamento com tetraciclina e sulfas desde o início (Fig. 67-a). Passado de amigdalectomia. Aftas recorrentes. Sialorréia. Insônia e agitação dos membros. Hipersudorese noturna fétida. Obstipação. Paciente metódico, faz programa diário de tarefas, não suporta contradição, não tolera ficar em casa; fases de preguiça mental; medita sobre a reforma do mundo. Prescrito *Mercurius solubilis* C 30.

Evolução No 20º dia, discreta exacerbação do acne (Fig. 67-b), com acentuada melhora do estado geral; sono normal e intestinos regularizados. Programado mesmo medicamento, para mais 20 dias. Retorno após 5 meses (29.1.79), ainda em uso de *Mercurius solubilis*, apresentando lesões acnéicas exacerbadas (Fig. 67-c), impondo-se a suspensão medicamentosa e conduta expectante. Transcorridos 2 meses, constata-se que o paciente persistiu no uso do mesmo *Mercurius solubilis* durante todo este período; ao exame, no entanto, não mais existe atividade acnéica (Fig. 67-d). Desta vez o medicamento é realmente suspenso. O paciente continuava ótimo ao ser visto 5 meses depois, em 28.6.79, com clareamento cutâneo completo.

Aspectos de interesse **Agravação homeopática “mantida” pela continuidade do simillimum durante 8 meses ininterruptos. Instalação de estado de tolerância ou indiferença a estímulos iguais demasiado repetidos.**

Comentário Caso clínico onde a sucessão de erros possibilitou a observação rara de organismo sob influência de um mesmo estímulo - o *Mercurius solubilis* C 30 - mantido durante 8 meses, em continuidade a uma agravação homeopática e onde acabou por se instalar um aparente estado de tolerância ao mesmo estímulo farmacodinâmico. O paciente superou esta “agravação mantida” com clareamento do quadro cutâneo. Esta evolução mimetiza o fenômeno da chamada “tolerância imunitária de zona baixa”, descrita em Imunologia.

CASO 68 Fem., 18a., estudante, foi vista em 3.12.74 apresentando “espinhas há muitos anos”, manchas escuras no tronco, hipersudorese e prurido noturnos, memória fraca, cansaço fácil, melancolia e ansiedade. Chamou atenção o fato da jovem estar exageradamente agasalhada em dia quente de dezembro. Ao exame, presença de lesões pouco numerosas, do tipo comedoniano, papular e nodular, distribuídas na face (Fig. 68-a), bem como formações maculares hiperocrômicas descamativas, recobrando pescoço e tronco, cuja microscopia revelou fungos *Malassezia furfur*. Diagnósticos clínicos: Acne vulgar. Pitiriasis versicolor. Diagnóstico medicamentoso: *Psorinum*, prescrito em doses diárias de C 30. Sem recursos locais.

Evolução Paciente retornou após 6 meses (2.6.75) sensivelmente agravada relatando que, tendo o acne regredido de imediato e de modo completo desde a primeira semana de tratamento, o mesmo recidivou depois de dois meses “apesar do uso ininterrupto do medicamento”; as manchas pitiriásicas desapareceram. Ao exame da face, presença de numerosas lesões pápulo-pustulosas disseminadas, algumas exsudativas, escoriadas e sangrantes por traumatismo de coçagem (Fig. 68-b); foi adotada conduta expectante. No decurso de 20 dias (11.11.75) ocorreu involução completa das lesões (Fig. 68-c). A face mantinha-se livre do acne 4 meses depois (11.11.75), quando a paciente retornou por cefaléia, dor no joelho e outros sintomas justificáveis de *Bryonia alba*. Ao ser vista 4 anos mais tarde estava ansiosa, com medos e manifestava discretas alterações de dermatite seborréica, sem acne (Fig. 68-d); o conjunto de sintomas, coincidentemente, justificava *Psorinum*, então prescrito em dose única C 200.

Interesse **Agravação patogenética.**

Comentário Ilustração de agravação patogenética, após fase de melhora geral satisfatória, induzida pelo *simillimum*. Conjunção excepcional de muitos sintomas característicos de *Psorinum*. Esta agravação, denominada patogenética por definição, se presta a polêmicas, considerando que a paciente, agravada “patogeneticamente” no setor dermatológico, continuava bem quanto às demais queixas iniciais.

CASO 69

Reg. 7114 AK

Fig. 69-a

Fig. 69-b

Fig. 69-c

Masc., 18a. Em 6.5.81, com acne pustuloso evoluindo há 4 anos, situado na face, pescoço e tórax (Fig. 69-a), sob tratamento com tetraciclinas; seborréia profusa. Trabalha em padaria há 3 anos. Teve bronquite asmática até os 13 anos. Tendência ao emagrecimento. Intolerância ao calor. Desejo de gorduras; pirose em jejum. Dificuldade em acordar pela manhã. Paciente agitado, com mãos sempre em movimento; rancoroso, tem dificuldade para expressar-se, demorando a responder; melhora pelo consolo e sente-se mais disposto ao entardecer. Diagnóstico atual de acne severo, ou de grau IV. Prescrito *Kali bromatum* C 30 em doses diárias.

Evolução

No 4º mês (10.9.81), lesões agravadas, com pústulas disseminadas e abscessos (Fig. 69-b); paciente informa que o recrudescimento sobreveio na primeira semana e, desde então, vem repetindo o mesmo remédio, o *Kali bromatum*, por conta própria. Adotada conduta expectante. Em 20.4.82, isto é, 7 meses depois da última consulta, remissão completa das lesões, sem sinais de atividade (Fig. 69-c), com desaparecimento da cefaléia e da seborréia. A melhora se mantinha, 17 meses após iniciado o tratamento.

Aspectos de interesse

Agravação homeopática “mantida” pela persistência inoportuna do estímulo dinâmico semelhante durante 4 meses.

Comentário

O caso representa situação esteticamente grave que evoluiu favoravelmente na vigência de plano terapêutico individualizado, apesar da fase de agravamento desnecessária e incompatível com o trabalho do paciente numa padaria. Faz-se provável a influência de brometos na etiologia deste quadro cutâneo considerando que, na época, os brometos eram adicionados ao pão para garantir-lhe melhor aparência.

CASO 70

Reg. 6728 AK

Fig. 70-a

Fig. 70-b

Menina de 3 anos e meio. Em 10.6.80 apresenta eczema atópico evoluindo há 1 ano, em fase de agudização. Nervosa, grita e “insulta”. Calorenta, com prurido noturno generalizado e intenso. Tem rinite alérgica. Vermelhidão chamativa da face, dos lábios e da língua. Ao exame, quirodáticos ásperos e com esboço de fissuras na porção distal; região anterior do punho esquerdo, ocupada por lesão extensa, única, em placa, de contornos nítidos, superfície irregular, parcialmente cruenta e em parte, ocupada por crostas; algumas lesões eritemato-papulosas dispersas nos antebraços e pernas (Fig.70-a). Prescrito *Sulfur* C 6, em duas doses diárias.

Evolução

No 9º dia de uso de *Sulfur*, evidente agravação da dermatose. A lesão do punho ampliou-se em diversas direções, especialmente sobre a região tenar e assumiu aspecto cárneo, recoberto por fina camada de material sero-descamativo; surgimento de numerosas lesões eritemato-papulosas, disseminadas ao nível de todos os membros e, inclusive, da face e do colo, até então livres; eritema discreto evidente sobre as pregas cutâneas antecubitais (Fig.70-b). Adotada conduta expectante. Houve regressão imediata, paulatina e completa das alterações cutâneas, nas duas semanas seguintes. Por questão de domicílio, paciente não retornou para o indispensável tratamento de terreno.

Aspecto de interesse **Agravação homeopática, simplesmente.**

CASO 71
Reg. 6765 AK
Fig. 071-a
Fig. 071-b

Masc., 41a., sofrendo de eczema crônico há 20 anos. Calorento, agitado, afobado, antecipado, confessa ser uma pilha ambulante; desejo de doces; facies muito envelhecida. Ao exame, lesões em placas eritemato-papulosas, de contornos irregulares, de tamanho variável desde poucos milímetros até alguns centímetros, disseminadas no corpo, sem simetria. No dorso as lesões predominam à esquerda, em conglomerações desordenadas (Fig. 70-a). Prescrito *Argentum nitricum* C 30.

Evolução Retorno no 11º dia. As lesões do tórax, conservando superfície uniforme, se ampliaram e confluíram, assumindo configurações variadas. Paciente sentindo-se bem. Não mais retornou.

Aspecto de interesse **Agravação homeopática, simplesmente.**

CASO 72
Reg. 0666 AK
Fig. 072-a
Fig. 072-b

Fem., 17a. Portadora de disidrose recidivante, em acalmia. Também bromidrose, acne dorsal e verrugas de côncavo plantar. Foi por nós tratada de bronquite na primeira infância, quando recebeu *Chamomilla*, *Natrum sulfuricum* e *Bromium*. Ao exame (16.12.78), mãos ásperas, sem lesões disidróticas ativas; ao nível das últimas falanges presença de discreta descamação, eritema e fissuras justaungueais (Fig.72-a). Com base no conjunto sintomático, prescrito *Graphites* C 30 em doses diárias.

Evolução Em retorno no 4º dia, mãos e punhos totalmente envoltos por lesões bolhosas, coalescentes e isoladas, de tamanho variável, algumas medindo cerca de 15 mm de diâmetro (Fig.72-b). Conduta expectante, com cuidados locais antissépticos até a recuperação. Paciente disposta e cooperativa, estando instruída e habituada à Homeopatia. Retornou ao consultório após 3 anos, por amigdalite. Sem recidiva da disidrose.

Aspectos de interesse **Agravação homeopática. Originalidade: reação “detonada” em período de acalmia, quando a paciente procurou tratamento homeopático no intuito corretivo e preventivo de eventuais paroxismos recorrentes, isto é, visando o terreno como predisposição mórbida.**

Comentário A interrupção brusca e definitiva dos episódios habitualmente recidivantes em portadores de doenças crônicas, não constitui a regra dentro do tratamento segundo a lei da semelhança. No atendimento homeopático destas doenças, a exemplo da disidrose, do herpes simples e da bronquite asmática, espera-se o maior espaçamento, a menor intensidade, a duração mais breve e a modificação no sentido mais aceitável do aspecto clínico dos paroxismos - transformações estas que se processam gradativamente, sem ordem e sem época predeterminada. O “tratamento homeopático” de base subentende aquele profundo, de terreno, fora do evento paroxístico. A paciente, usuária eventual da Homeopatia, buscou o consultório no intuito de tratamento da predisposição mórbida, de caráter preventivo. A instalação imediata e violenta das lesões disidróticas das mãos faz supor que o estímulo de semelhança detonou, com maior força, uma crise já iminente.

CASO 73

Reg. 6761 AK

Fig. 73-a

Fig. 73-b

Fem., 24a. Em 8.7.80, queixa de dermatose de couro cabeludo, evoluindo há mais de 2 anos; também erupções nas axilas, na nuca, regiões retroauriculares e região supra-pubiana. Intensificação do problema durante o inverno e piora pela água. Transpiração fétida. Memória fraca, com desorientação nas ruas. Fases de melancolia e depressão. Ao exame, couro cabeludo ocupado por crosta espessa, contínua, maciça, a desprender escamas gordurosas, de rebordas periféricas eritematosas, nítidas e salientes, avançando para a nuca; cabelos conservados íntegros; lesões eritemato-crostosas nas regiões retroauriculares e nos sulcos naso-genais; nas axilas, raras erupções eritemato-papulosa. Diagnóstico de dermatite ou eczema seborréico do couro cabeludo (Fig. 73-a). Prescrito *Petroleum C 30*.

Evolução

Agravação da dermatose desde os primeiros dias. No 8º dia, a placa crostosa do couro cabeludo estava ampliada sobre a nuca; pavilhões auriculares apresentavam-se igualmente comprometidos na porção interna, com aumento da área lesada retroauricular; pescoço com erupções novas, eczematóides; axilas comprometidas para além dos respectivos limites topográficos, por extensa placa contínua eritematosa e infiltrada, denotando atividade inflamatória, com formações pápulo-vesiculosas e crostosas, lembrando o aspecto das dermatites agudas por contato (Fig. 73-b).

Aspectos de interesse

Agravação homeopática imediata, com complementação sindrômica de determinada entidade nosológica - o eczema seborréico.

Comentário

O eczema seborréico costuma acometer o couro cabeludo, os pavilhões auriculares e axilas. No caso, a expressão de agravamento foi mais forte nas axilas, áreas pouco comprometidas por ocasião da consulta inicial, mas que fazem parte do diagnóstico, como síndrome. O mesmo fenômeno tem sido observado na disidrose isolada de única extremidade e que, após o simillimum, tende a se instalar em ambas as plantas e ambas as palmas, completando a síndrome disidrótica clássica.

CASO 74

Reg. 5697 AK

Fig. 74-a

Fig. 74-b

Fig. 74-c

Fig. 74-d

Menino de 12 anos. Em 22.7.77 apresenta deambulação penosa que desperta gemidos; superfícies plantares comprometidas por lesões evoluindo há 2 anos, em surtos repetidos, supurativas, muito fétidas e dolorosas ao toque, assumindo caráter incapacitante nos últimos 12 meses; após uso intensivo de antimicóticos e antibacterianos, os cuidados atuais limitam-se a banhos esporádicos com solução de permanganato de potássio. Hipersudorese geral fétida. Rinofaringite crônica, exacerbada ao frio; amigdalectomia aos 3 anos, seguida por duas exéreses de vegetações adenóides. Enjão por movimento. Hipersensibilidade aos estímulos do ambiente. Criança extremamente irritável, insociável, impertinente, difícil de ser suportada; entra em cólera por nada; acomodada, maldosa e não avalia a consequência de seus atos; busca isolamento; ao exame geral, franzina, musculatura flácida, boquiaberta (respiradora oral); face pálida, lábios proeminentes (Fig. 74-a); gânglios cervicais e axilares aumentados. Ao exame, regiões plantares de cor róseo-violácea, dolorosas ao toque; áreas de apoio ocupadas por lesões em placa de contornos

irregulares, constituídas por inumeráveis formações pápulo-vesiculosas, em distribuição variada, muitas delas coalescentes e recobrimdo material de aspecto purulento; na região ântero-mediana esquerda, lesão arciforme de cerca 3 cm de maior diâmetro, com superfície cruenta seca, com sufusões hemorrágicas em pontos isolados da reborda; todos pododáctilos comprometidos; na planta direita as alterações são semelhantes, menos ativas (Fig. 73-b).

Diagnósticos	Nosológico: disidrose plantar crônica. Diátese supurativa. Linfatismo.
Conduta	<i>Hepar sulfuris</i> C 6 em doses diárias, como <i>simillimum</i> geral. Banhos com permanganato de potássio 1:25.000, se necessários.
Evolução	No 4º dia, plantas sensíveis, de tonalidade violácea, secas, com descamação. Regressão da lesão ectimatoso arciforme esquerda; clareiras de pele normal, em meio de aglomerados de pápulo-vesículas caracterizadas por halo eritematoso acentuado e de pontos disseminados com sufusão de sangue vermelho-brilhante. A região plantar direita mostra involução mais evidente e também revela contornos eritematosos e focos dispersos de sufusão hemorrágica; a atividade lesional do 1º pododáctilo contrasta com o aspecto normal dos demais artelhos (Fig. 74-c). Paciente sente-se bem. Conduta terapêutica: manutenção de doses diárias de <i>Hepar sulfuris</i> C 6 por duas semanas, sem recursos tópicos. No 21º dia, criança sem queixas, com tegumentos plantares normais (Fig. 074-d); recebe dose única de <i>Hepar sulfuris</i> C 30. Continuava bem, sem medicamento, quando vista 60 dias depois.
Aspectos de interesse	Esboço de discrepância reativa lesional local, dentro de mesma entidade nosológica, caracterizada pela regressão completa de parte da lesão, em contraste à simultânea reativação de outras áreas remanescentes contíguas, caracterizadas, no menino apresentado, por eritema e sufusões hemorrágicas.
Comentário	O caso clínico exposto caracteriza-se pelo aparecimento precoce (aos 10 anos de idade), pela evolução tórpida (2 anos) e pela condição incapacitante. A dose medicamentosa isolada em C 30 no 21º dia, na ausência da queixa que motivou a consulta inicial, visou o atendimento do terreno predisposto, justificado pelos estigmas remanescentes ainda situados dentro da abrangência farmacodinâmica de <i>Hepar sulfuris</i> .

CASO 75

Reg. 5171 AK

Fig. 75-a

Fig. 75-b

Fig. 75-c

Masc., 25a. Escriturário. Em 15.07.75 apresenta "eczema" evoluindo há 2 anos, gastralgia e obstipação rebeldes; magro, triste, emotivo e indeciso. Ao exame, presença aparente de dois quadros cutâneos: a) face eritematosa, com erupções pápulo-vesiculosas, algumas recobertas por material melissérico, úmido e aderente, distribuídas nas regiões labiais e zonas de implantação da barba.; b) no membro superior esquerdo, lesões eritêmato-papulosas descamativas, secas e pruriginosas, constituindo placas irregulares e confluentes, de contornos nítidos, circinados, em distribuição densa desde o ombro ao terço superior do antebraço (Fig. 75-a). Diagnóstico de eczema seborréico. Prescrito *Graphites* C 30, em dose diária.

Evolução Transcorridos 10 dias (25.7.75) o quadro cutâneo apresenta duas alterações: a) na face, lesões estão exacerbadas, secretantes, com algumas exulcerações sangrantes, havendo ainda discreta expansão da área comprometida inicial. b) lesões do braço em franca regressão, com clareamento da área central, mantendo-se os contornos circinados pouco nítidos, sem sinais de atividade; ao nível do cotovelo, persistência de pápulas secas, assintomáticas (Fig. 75-b). Após 10 dias de conduta expectante, restam poucas lesões residuais na face, permitindo feitura de barba; nos cotovelos, ainda persistem conglomerados de lesões papulosas descamativas secas (Fig.75-c).

Em consulta posterior é reiniciado *Graphites*, sobrevindo nova agravação das lesões periorais, enquanto prossegue a involução favorável lenta das lesões de cotovelo e terço superior do braço. Depois de ministrada dose única de *Graphites* 1000, o paciente atinge condições ideais de equilíbrio; quando visto em 23.9.75, está otimista, livre de alterações cutâneas, com intestinos regularizados, sem gastralgia, tendo aumentado 6 Kg nesse período.

Aspectos de interesse **Respostas cutâneas dissociadas, de agravação e de melhora simultâneas, em regiões diferentes de portador de mesma síndrome nosológica.**

Comentário A ocorrência de exacerbação lesional numa região e melhora em outra, em doença de mesmo órgão - neste caso a pele - não é eventualidade rara. As lesões observadas na face deste paciente, apresentavam aspecto clínico-macroscópico diferente daquelas do antebraço, não obstante, possuíam alterações básicas enquadradas dentro de mesmo diagnóstico ou síndrome - o eczema seborréico ou seborrheides. Enquanto a evolução facial seguiu duas etapas, uma primeira de agravação e uma segunda de melhora, as lesões do membro superior esquerdo tomaram, desde o início, um sentido regressivo e contínuo para a cura, alheias aos acontecimentos reacionais simultâneos da face. Ao ser tentada a complementação terapêutica posterior com o mesmo medicamento, sobreveio uma segunda agravação exclusiva da face, seguida por melhora sistêmica completa.

CASO 76 Masc., 20a. Em 11.11.76 queixa-se de acne conglobata há 6 anos, em distribuição facial, torácica anterior (Fig. 76-a) e dorsal (Fig.76-b), sob tratamento com tetraciclina. Acentuada atividade supurativa, com impossibilidade de se barbear devido às pústulas mandibulares. Trabalha como almoxarife, em contato com óleos. Temperamento linfático, tendência a resfriados. Emotivo, chora por música; indeciso; deseja companhia; é lento, sendo apressado apenas no trabalho. Prescrito *Graphites* C 30 em doses diárias.

Figs. 76 a-b
Figs. 76 c-d
Figs. 76 e-f
Figs. 76 g-h

Evolução Convém esquematizar a evolução deste paciente em etapas, conforme DIAGRAMA VIII:

- A primeira, o intervalo de 35 dias, entre a 1ª consulta (11.11.76) e a 2ª consulta (16.12.76), com prescrição de *Graphites* C 12.
- A segunda, o intervalo de 15 dias, entre a 2ª consulta (16.12.76) e a 3ª consulta (3.3.77).

- A terceira, o intervalo de 4 meses e 26 dias, entre a 3ª consulta (3.3.77) e a 4ª consulta (29.7.77).

Os seguintes aspectos merecem ser destacados, conforme Figs. 76 a-h:

- Exacerbação imediata do processo supurativo na região mandibular, que se dissipou a partir da 2ª consulta.
- Clareamento parcial das lesões da região torácica anterior, entre a 1ª e a 2ª consulta, cuja atividade acnéica atingiu o máximo na 3ª consulta, para depois involuir rapidamente até a 4ª consulta.
- Normalização imediata, gradativa e global das lesões dorsais e escapulares.
- Clareamento completo, final e simultâneo, da face, da região torácica anterior e do dorso.

Aspectos de interesse

1. Discrepância evolutiva das lesões pertencentes à mesma entidade nosológica, num mesmo indivíduo.

2. Direcionamento ascendente, padrão escapular, das lesões dorsais em processo de cura.

CASO 77

Reg. 7248 AK

Figs. 77 a-b

Figs. 77 c-d

Figs. 77 e-f

Fig. 77 g

Masc., 20 a. Em 14.8.81 apresenta acne facial (Fig. 77-a) e dorsal (Fig. 77-b), evoluindo há 8 anos; o uso de antibióticos, durante 2 anos, não surtiu resultado. Gastrite desde os 14 anos, com ardor gástrico, despertada e agravada por preocupação; ansiedade refletida no estômago; boca amarga ao acordar; intolerância ao leite. Sensibilidade ao frio, com resfriados frequentes. Piora geral à noite. Tremor de extremidades. Paciente ansioso, suscetível, pessimista, lento, melhor ao se distrair, pela música e pela leitura. Prescrição inicial de *Sepia C 30*.

Evolução

Convém esquematizar a evolução deste paciente em etapas:

- A primeira, na vigência de *Sepia C 30*, correspondente ao intervalo de 18 dias, entre a 1ª consulta (14.8.81) e a 2ª consulta (2.9.81), quando foi prescrita *Sepia C 200*.
- A segunda, de 2 meses, entre a 2ª consulta (2.9.81) e a 3ª consulta (4.11.81)
- A terceira, de 3 meses, entre a 3ª consulta (4.11.81) e a 4ª consulta (9.2.82).

Os seguintes aspectos foram observados:

- Agravação das lesões faciais, entre a 1ª e a 2ª consulta, com erupções bastante evidentes nas regiões hióidea, mentoniana e nasal, que persistiram por ocasião da 3ª consulta, clareando subitamente antes da 4ª.
- As lesões dorso-escapulares, sem fase de exacerbação, entraram em processo direto, imediato e contínuo de clareamento, chegando ao estado final de inatividade, em sincronia com as lesões faciais.

Aspectos de interesse

Discrepância evolutiva de alterações pertencentes à mesma entidade nosológica, num mesmo indivíduo. Simultaneidade de agravamento e melhora.

Tendência ao sincronismo evolutivo final favorável.

Comentário

O direcionamento involutivo predeterminado não é regra em clínica. No entanto, por coincidência, este paciente também apresentou esboço de convergência ascendente das lesões remanescentes ativas, em padrão escapular.

CASO 78

Reg. 3288 AK

Figs. 78-a-b

Figs. 78 c-d

Masc., 5a. Em 25.09.72 com vitiligo, tendo feito tratamento alopático, à base de *Brosimum guadchaudii*, e homeopático, à base de *mica*, sem resultado. Ao exame da pele, manchas acrômicas irregulares, de limites nítidos, distribuídas no quadrante abdominal inferior esquerdo e, na região posterior, estendendo-se da nádega ao terço médio da perna esquerda (Figs. 78 a-b). A sintomatologia global resultou em prescrição de *Silicea* C 30. O paciente, residindo em Mato Grosso, retornou após 9 anos (19.2.81), relatando que as lesões primitivas de vitiligo, após regredirem completamente, permaneceram ausentes durante 7 anos consecutivos, sem interferência de medicamentos, mas que, no decurso dos últimos dois anos, alterações acrômicas iguais ressurgiram paulatinamente, ocupando agora o lado direito, em disposição parecida, porém inversa à anterior (Figs. 78 c-d). O conjunto sintomático geral atual, físico e psíquico, justificou *Pulsatilla*. Não houve retorno.

Aspecto de interesse

Inversão espontânea ou natural da lateralidade de lesões de vitiligo após 7 anos de acalmia, sem interferência medicamentosa.

Comentário

Argumento sobre a inversão de lateralidade como parte da história natural das doenças. A lateralidade preferencial consta, na Matéria Médica Homeopática, como contribuição da vivência clínica. Por si mesma, não decide nenhuma prescrição. Representa curiosidade médica. O vitiligo por sua vez, caracterizado por curso imprevisível, invalida qualquer hipótese sobre interferência farmacológica no modo de apresentar-se.

CASO 79

Reg. 5135 AK

Figs 79 a-b

Fig. 79-c

Fig. 79-d

Fem., 7a. Em 9.6.75 foi trazida à consulta devido ao súbito edema, dor e prurido intenso na hemiface D. Afebril. Apesar de doente, criança mandona, contraditória, impertinente e falando muito. Ao exame, discreto edema, quente, com rubor difuso, comprometendo hemiface D, inclusive pálpebra; destaca-se formação nodular justanasal avermelhada, quente e dolorosa, ao modo de furúnculo em abscedação; aftas em localização D; mãos secas, com verrugas ao nível das últimas falanges do polegar, anular e dedo médio D; presença de lesão eczematosa única, sobre o punho D (Figs.79 a-b). O conjunto sintomático justifica *Lycopodium*, prescrito em doses diárias da C 30.

Evolução

Retorno 2 dias depois, sem edema e sem rubor facial. O furúnculo justanasal "explodiu e cicatrizou". A lesão do punho, que teria piorado durante o primeiro dia, apresenta aspecto melhor daquele da consulta inicial (Fig. 79-c). Aftas em processo de cicatrização. Novo furúnculo em formação na prega poplitéa D. Outro retorno no 16º dia (26.6.75), com regressão das manifestações, exceto as verrugas, pouco visíveis, dos quirodáctilos D (Fig. 79-d); prescrita dose única de *Lycopodium* C 200. Retornou ao consultório 1 ano depois, com enurese; referia aftas menos frequentes, reaparecimento recente de verrugas e furúnculos esporádicos. Prescrito *Causticum* C 6.

Aspectos de interesse

Conjunção numerosa de entidades nosológicas de natureza distinta, todas de lateralidade direita, em criança/*Lycopodium*. Ilustração berrante de lateralidade dominante D.

Comentário Ao aspecto dinâmico e ao sincronismo relativo deste paciente, cabem algumas considerações: 1. A paniculite, condição aguda nova na paciente, parece constituir uma resultante complicadora do processo inflamatório justanasal. 2) Os furúnculos de modo geral constituem aspecto agudo recorrente caracterizado pela mudança topográfica. 3) As aftas, também condição recorrente, traduzem estado de impregnação mórbida de terreno. 4) O eczema de punho, um processo crônico, igualmente exterioriza substrato miasmático. 5) As formações verrucosas, quando presentes dentro de um complexo de outras alterações, são as últimas a capitularem, nem sempre de forma definitiva. Exemplo de criança psórica e sicótica, a exigir tratamento homeopático prolongado. Coincidentemente, *Causticum*, o segundo *simillimum* do caso traz, na Matéria Médica, marcante lateralidade D.

CASO 80

Reg. 5693 AK

Fig. 80-a-b

Fig. 80-c

Fig. 80-d

Fem. 18 a. Em 14.7.77 queixa-se de acne (Fig. 80 a-b) evoluindo há 3 anos, em razão do qual tomou anticoncepcionais durante 1 ano. Antecedentes de anemia, gastrite e teníase; foi criança irritada, ansiosa e insone; na adolescência, apresentava crises de hipotensão arterial, com desfalecimento. Atualmente, irregularidade menstrual, mastodínia e períodos de amenorréia prolongados até alguns meses; possui radiografia, com laudo de cisto ovariano E (Fig. 80-b). Paciente assustada, ansiosa, afobada, deprimida, sente-se culpada sem motivo; procura isolamento e piora, física e psiquicamente, pela umidade.

Conduta

Thuya occidentalis. Dinamizações sequenciais C 5-12-30. Dez dias por etapa.

Evolução

Primeiro retorno após 4 meses e 10 dias (24.11.77), ainda em uso de *Thuya occidentalis*; acne exacerbado desde a primeira semana após o medicamento, acompanhado por diarreia profusa que perdurou alguns dias. Ao novo exame, quadro de agravação, havendo lesões em atividade, eritemato-pápulo-nodulares, conglomeradas em faixas diagonais compactas (Fig. 80-c). A paciente relata outros sintomas subjetivos recentes, cuja avaliação indica *Calcium sulfuricum*, prescrito em C 5. Retorna após 21 dias com a dermatose em franco clareamento e remissão de outras manifestações sistêmicas; estado de otimismo, com desaparecimento da ansiedade. Em 15.2.78, acne em resolução, havendo raras lesões evanescentes, inativas (Fig. 80-d); sem medicamento. A regressão do acne persistia um ano após a consulta inicial.

Aspectos de interesse

1) **Agravação homeopática “mantida”**. 2) **Não praticidade e falta de base na recomendação preventiva de reações indesejáveis, mediante uso sequencial de dinamizações ascendentes**. 3) **Fenômeno de convergência de lesões, no padrão diagonal de “curvas anguladas”**. 4) **Cisto de ovário E, uma contribuição clínica à patogenesia de *Thuya occidentalis***. 5) **Exemplo de segundo medicamento, *Calcium sulfuricum*, adaptado ao estado atual, em meio de situação caracterizada como agravação mista - homeopática mantida e patogênica - com resultado final satisfatório**. 6) **Ocorrência de eliminações**. 7) **Importante melhora de manifestações concomitantes**.

Comentário O recrudescimento precoce desde os primeiros dias caracterizou a agravação como sendo homeopática, mas a sua perpetuação resultou da instigação abusiva pelo estímulo, tornando-a patogênica ou medicamentosa, por erro da paciente; seria iatrogênica indireta, pelo fato de advir de prescrição que, embora correta, foi mal aplicada. O que importa assinalar é que, nas eventualidades de agravação, o prognóstico final costuma ser bom. A presença de cisto de ovário esquerdo consta em algumas outras patogenias, sem significar que o mesmo desaparecerá sob influência do respectivo medicamento. Nesta paciente, o segundo medicamento, prescrito tardiamente numa situação estabilizada, difere do critério seletivo emergencial e episódico que caracteriza o homeodoto proposto por GRANIER.

CASO 81

Reg. 6092 AK

Fig. 81-a

Fig. 81-b

Fig. 81-c

Fem., 25a., manifesta acne iniciado durante gravidez complicada por toxemia, que exigiu internamento hospitalar e cujo parto ocorreu há 2 meses; antes de engravidar fez uso de anticoncepcionais durante 4 anos; apresenta acentuada seborréia facial. Foi submetida à amigdalectomia aos 8 anos. Paciente calorenta e sensível à umidade; obstinada, com pensamentos persistentes. Ao exame, acne grau II, distribuído na face e região frontal (Fig.81-a). Prescrita *Thuya occidentalis* C 5.

Evolução

No 3º mês, era evidente o clareamento das lesões frontais, genais e masseterinas, estando aquelas ainda remanescentes e ativas, concentradas no mento (Fig. 81-b); seborréia ausente. Prescrito mesmo medicamento, em C 30. Ao exame no 6º mês a paciente estava ótima sob ponto de vista físico e psíquico, sem sinais de atividade acnéica (Fig. 81-c).

Aspectos de interesse

Convergência mentoniana de lesões cutâneas remanescentes, na vigência de *Thuya occidentalis*. A gravidez como exemplo de condição desencadeante de natureza endógena.

Comentário

Esta paciente enquadrou-se na patogenia de *Thuya occidentalis* por razões diferentes do CASO 80 e reagiu de modo diferente. Esclarece que os movimentos de convergência são inerentes ao organismo e não dependem da natureza do *simillimum*.

CASO 82

Reg. 6448 AK

Fig. 82-a

Fig. 82-b

Fig. 82-c

Masc., 16a. Em 16.10.79 apresenta acne severo evoluindo desde os 11 anos de idade (Fig. 82-a); intolerância às tetraciclina. Antecedentes de amigdalectomia aos 6 e hepatite aos 14 anos. Diátese supurativa e herpética. Hipersudorese ao menor esforço. Cefaléia pós-prandial. Sono leve. Ardor noturno dos pés, que precisam ser mantidos descobertos. “Só toma banho empurrado”. Paciente alegre, comunicativo e despreocupado. Relaxado, foi trazido à consulta pelo pai, à força. Prescrito *Sulfur* C 5 em doses diárias.

Evolução

Evidentes sinais gerais de melhora e remissão parcial das lesões, no 20º dia (Fig. 82-b). No 3º mês prossegue a involução acnéica, a cefaléia desapareceu e mostra-se evidente a convergência centro-genal das lesões ativas remanescentes (Fig. 82-c); prescritas 4 doses quinzenais de *Sulfur* C 200. Clareamento completo no 7º mês (Fig. 82-d), que persistia 1 ano depois.

Aspectos de interesse

Convergência centro-genal das lesões em paciente/*Sulfur* típico.

CASO 083 Fem., 25 a. Em 14.4.72 apresenta acne vulgar severo de grau III ocupando face e dorso, estando sob tratamento alopático contínuo há 12 anos. Apresenta seborréia facial acentuada, queilite angular crônica, pirose, obstipação pré-menstrual e dismenorréia. É misântropa, suscetível, magoando-se facilmente. Conduta: *Natrum muriaticum* C 30, doses diárias durante 3 semanas.

Reg. 3569 AK

Fig. 83-a

Fig. 83-b

Fig. 83-c

Evolução

No 13º dia, as lesões mostram sinais de franca regressão. A paciente retorna após 6 meses (9.10.72) relatando ter tido melhora geral e desaparecimento quase completo do acne mas que, nas últimas três semanas, estão retornando numerosas erupções novas (Fig. 83-a, primeira foto). O exame com lente de aproximação permite distinguir algumas formações acnéicas remanescentes em processo de extinção, tendo de permeio outras lesões diferentes, incaracterísticas, papulosas, achatadas, de cor pálida, assintomáticas; prescrita dose única de *Natrum muriaticum* C 200. Paciente retorna após 45 dias, sem vestígios das lesões acnéicas primitivas (Fig. 83-b), porém apresentando inumeráveis lesões recentes, novas, papulosas, planas, pouco elevadas, de contornos demarcados, pálidas, medindo de 1 a 5 mm de diâmetro, evidenciando aspecto característico de verrugas planas da face - identificáveis de forma nítida ao exame aproximado (Fig. 83-c). Indicada segunda dose única de *Natrum muriaticum* C 200. Sucedeu involução lenta da segunda dermatose intercalada, até o completo desaparecimento. Nos 7 meses seguintes, não houve nenhuma alteração cutânea.

Aspectos de interesse

Intrusão de segunda doença. Fase transitória de coexistência de dois tipos de lesões cutâneas: a) aquelas remanescentes do acne vulgar, cuja evolução durava 12 anos sem acalmia; b) aquelas novas, emergentes, inicialmente incaracterísticas mas que logo se definiram como verrugas planas da face - na vigência do *simillimum* *Natrum muriaticum*. c) Fase de remissão definitiva de ambas as dermatoses. Impossível é assegurar se, na ausência desse medicamento, a evolução clínica teria sido diferente.

Comentário

1. Inicialmente as lesões de acne regrediram de modo favorável parcial (sem foto), frente a *Natrum muriaticum*, com melhoras sincrônicas sistêmicas.
2. Após fase de estabilização relativa (6 meses) ocorreu intercalamento de lesões estranhas que logo evidenciaram aspecto característico de verrugas planas da face.
3. Após dose única de *Natrum muriaticum* C 200, desapareceram as lesões remanescentes de acne, com permanência exclusiva das verrugas planas da face.
4. Desaparecimento da dermatopatia intrusa após 2ª dose de *Natrum muriaticum* C 200.

CASO 84

Reg. 5342 AK

Fig. 84-a

Fig. 84-b

Fem., 23a. Portadora de acne desde os 14 anos, sob tratamentos homeopáticos esporádicos nos últimos dois anos. Em 9.3.76 afirma que nos últimos dois meses as lesões acnéicas vêm se mostrando muito alteradas e, inclusive, tornaram-se pruriginosas; além disso, as lesões se espalharam pelo corpo. Ao exame presença de numerosas lesões pustulosas disseminadas na face (Fig. 84-a, no tronco e nos membros, com lesões generalizadas róseas, sem relevo, ovais, redondas e maculares

polimorfas, sem coalescência; nas mãos, presentes alterações eritemato-pápulo-escamosas palmares, sugestivas de sífilides secundárias. Ausência absoluta de vestígios de acne. A sorologia mostra-se positiva para lues: reação de Wasserman +++ 1/32 e VDRL +++ 1/32.

Conduta Esquema clássico com Penicilina-benzatina. Também *Mercurius solubilis*, com base na agravação noturna, desgosto pela vida, hipersudorese fétida noturna e lesões pustulosas. Em 31.5.76, as reações sorológicas evidenciam sinais de negatificação; clareamento da pele, agora sem sífilides e sem acne (Fig. 84 b-c); presença de máculas hipocrômicas residuais no tronco; paciente ainda deprimida, apresentando insônia, melancolia e pensamentos suicidas; opta-se por *Aurum metallicum C 30*, uma dose. Em 19.7.77 as provas para lues apresentam-se não reagentes; paciente em boa disposição física e psíquica, sem alterações cutâneas. Continuou livre de qualquer dermatose nos 4 anos seguintes, sem nenhum tratamento específico.

Aspectos de interesse

- 1. Intrusão de sífilides secundárias em portadora de acne antigo grau II.**
- 2. Desaparecimento inesperado de dermatose primitiva antiga - o acne vulgar renitente - e sua substituição por lesões luéticas supervenientes, exclusivas.**
- 3. Exemplo de conjunção de duas entidades nosológicas, bem definidas e dessemelhantes, sob tratamento combinado *Antibioticoterapia/Homeopatia*, com desaparecimento final de ambas as entidades, sem recidiva em 4 anos de seguimento.**

Comentário A oportunidade de objetivação de doenças intrusas ou superpostas não é comum em Dermatologia. Na clínica geral, esta eventualidade é mais freqüente, embora nem sempre objetivável, nem dissociável em suas características. A paciente ignorava sua soro-positividade e a provável época da infecção primária. A sífilis constitui limitação da Homeopatia, desde HAHNEMANN até os dias atuais, e qualquer negligência por parte do médico traz o risco de acarretar ao doente, sofrimentos tardios irreparáveis. A Homeopatia isolada tem se mostrado útil nas chamadas “cicatrizes sorológicas” em pacientes cansados pelo uso de antibióticos e quando estes se mostram inúteis na negatificação completa das reações de laboratório. No caso apresentado, a negatificação ocorreu, seguramente, por influência do antibiótico, mas não o desaparecimento do quadro acnéico severo com 9 anos de duração, apesar dos tratamentos perseverantes anteriores.

CASO 85 Fem., 14a. Em 18.12.72 informa estar há 2 anos sob tratamento especializado em clínica dermatológica; o último esquema, constando de Tetraciclina, vem sendo usado há um ano, sem interrupção; nunca foi adotada Homeopatia. Subitamente, as lesões acnéicas mudaram de aspecto, tornando-se claras, sem a habitual atividade inflamatória e pustulosa. A paciente, sendo obstipada crônica, faz uso de produto com fenolftaleína; é sensível à umidade e, desde os 6 anos, tem tendência a verrugas vulgares nos quirodáctilos. O exame atual revela presença exclusiva de verrugas planas da face (Fig. 85). A totalidade sintomática converge para *Thuya occidentalis*. Não houve seguimento.

Reg. 4147 AK

Fig. 85

Aspectos de interesse

O interesse do caso consiste, justamente, no fato dos fenômenos registrados haverem ocorrido fora da influência homeopática:

1. Intrusão e substituição de lesões cutâneas por segunda entidade nosológica - as verrugas planas da face - uma categoria bem caracterizada dentro do grupo das lesões causadas por papovavírus.

2. A Tetraciclina, pelo fato de ter sido o último e único medicamento rigorosamente usado pela paciente por tempo prolongado, aparece como fator suspeito de influência no desenvolvimento do fenômeno - se tais influências forem realmente possíveis.

3. A intrusão de segunda doença foi seguida pelo desaparecimento completo da primeira.

Comentário

Falta saber se a Tetraciclina teria funcionado como terceira doença de natureza medicamentosa, somada às duas outras “naturais” em processo de imbricamento espontâneo, de mecanismo desconhecido, e se esta eventual influência ocorreu em zona farmacológica primária ou zona secundária. A Tetraciclina guarda aspectos desconhecidos, mas sua propriedade imunossupressora primária não é contestada. Admite-se que, durante a administração de grandes doses de determinado medicamento, ou fármaco, acontecem intervalos e momentos que propiciam fugas de quantidades infinitesimais do mesmo fármaco, capazes de estabelecer sintonia com determinadas estruturas de defesa, despertando-as para a atividade, em fase farmacológica inversa. Por esta razão, os quadros patogenéticos experimentais apresentariam mescla de sintomas e sinais contraditórios, ou inversos, ora inibidores, ora estimulantes do organismo.

HAHNEMANN dedica os §§ 35-46 às doenças dessemelhantes, com ilações importantes sobre os fenômenos de cura, de interesse aos médicos homeopatas e alopatas. A referência do presente caso visa lembrar que estas situações acontecem na rotina terapêutica diária, onde passam despercebidas, ou recebem o rótulo de “complicadas por”. Os Casos 83, 84 e 85 são comentados em conjunto no capítulo XV.

P A R T E I I I

D o c u m e n t a ç ã o **f o t o g r á f i c a**

A referência numérica das Figuras obedece à ordem crescente e corresponde aos respectivos Casos e Citações Clínicas da Parte II do presente texto.

QUADRO XIII - Relação das Figuras, na ordem da seqüência.

Ordem	N.º da Figura	Principais aspectos de interesse	Medicamento	Página
01	20 a,b	Eritema facial de decúbito.	Acon.	185
02	21 a,b	Eritema reacional.	Bor.	185
03	22 a,b	Eritema reacional.	Thuy.	185
04	23 a,b	Eritema reacional.	Ars.	186
05	24 a,b,c	Eritema reacional.	Graph.	186
06	27 a-d	Agravação homeopática. Eritema perioral.	Graph.	187
07	28 a,b,c	Agravação homeopática. Eritema tóxico.	Am-c.	187
08	29 a,b	Agravação homeopática. Eritema pérmio.	Puls.	188
09	30 a,b	Agravação homeopática. Eritema pérmio.	Puls.	188
10	32 a,b,c	Modificação de manifestações concomitantes.	Merc.	188
11	33 a,b,c	Modificação de manifestações concomitantes.	Nat-m.	189
12	34 a-d	Modificação de manifestações concomitantes.	Lyc.	190
13	35 a-e	Modificação de manifestações concomitantes.	Apis	191
14	36 a,b,c	Retorno de manifestações antigas. Furúnculos.	Nux-v.	192
15	37 a,b,c	Retorno de manifestações antigas. Metamorfose.	Luesin.	193
16	58 a,b	Aparente agravação. Metamorfose involutiva das lesões.	Med.	193
17	59 a-e	Agravação homeopática. Metamorfose involutiva.	Sulfur	194
18	60 a-e	Discrepância de resposta. Metamorfose de lesões.	Graph.	195
19	61 a-d	Agravação homeopática.	Rhus-t.	196
20	62 a,b,c	Agravação homeopática em quadro agudo.	Led.	197
21	63 a-d	Agravação homeopática. Dissociação de respostas.	Petr.	198
22	64 a-f	Agravações a diferentes dinamizações.	Petr.	199
23	65 a-i	Agravações a diferentes dinamizações. Resp. dissociadas	Nit-ac.	200
24	66 a-d	Não resposta. Agravação ao 2º medicamento correto.	Zinc-val	202
25	67 a-d	Agravação homeopática mantida.	Merc.	203
26	68 a-d	Agravação patogénica mantida.	Psor.	204
27	69 a,b,c	Agravação homeopática mantida.	Kali-br.	205
28	70 a,b	Agravação homeopática.	Sulf.	205
29	71 a,b	Agravação homeopática.	Arg-nit.	206
30	72 a,b	Reagudização imediata de condição subclínica.	Graph.	206
31	73 a,b	Agravação homeopática. Complementação sindrômica.	Petr.	206
32	74 a-d	Discrepância reativa intra-lesional.	Hep.	207
33	75 a,b,c	Respostas cutâneas dissociadas.	Graph.	208
34	76 a-h	Respostas cutâneas dissociadas.	Graph.	209
35	77 a-g	Respostas cutâneas dissociadas.	Sep.	211
36	78 a-d	Inversão natural da lateralidade.	-	212
37	79 a-d	Concomitantes. Lateralidade D exclusiva.	Lyc.	213
38	80 a-d	Agravação mantida. Convergência diagonal das lesões remanescentes.	Thuy. Calc.s.	214
39	81 a,b,c	Convergência mentoniana de lesões remanescentes.	Thuy.	214
40	82 a-d	Convergência centro-genal de lesões remanescentes.	Sulf.	215
41	83 a,b,c	Intrusão e substituição por 2ª doença.	Nat-m	216
42	84 a,b	Intrusão de sífilides secundárias como 2ª doença.	Merc.	216
43	85	Intrusão e substituição por 2ª doença, na vigência prolongada de tetraciclinas.	Tetraci-clinas	216



Fig. 20-a Criança de 2a3m em crise febril por amigdalite. Face vultuosa. Expressão angustiada. Simillimum *Aconitum napellus*.

Fig. 20-b Mesma criança, poucos instantes depois, sentada. Palidez súbita da face. Sinal característico de *Aconitum napellus*.



Fig. 21-a Portadora de aftas recorrentes e algumas lesões acnéicas. Prescrito *Borax C 30*.



Fig. 21-b 13º dia na vigência de *Borax*. Eritema reacional no colo e segmento cefálico.



Fig. 22-a Acne antes de *Thuya occidentalis*.

Fig. 22-b No 13º dia após *Thuya occidentalis*. Clareamento satisfatório; Eritema reacional





Fig. 23-a Eczema crônico de mãos. Lesões descamativas e crostosas, com prurido. *Simillimum Arsenicum album*.



Fig. 23-b Aspecto de eczema no 16º dia após *Arsenicum album*. Eritema envolvendo mãos. Maioria das lesões iniciais involuídas. Resquícios descamativos córneos.

Fig. 24-a Dermatite seborréica em criança de 2 meses. Lesões eritemato-crostosas exsudativas do segmento cefálico e descamação difusa no tronco. *Graphites C 12*.



Fig. 24-b Dermatite seborréica, no 7º dia sob vigência de *Graphites*. Eritema generalizado e lesões iniciais involuindo. Bom estado geral.



Fig. 24-c 30º dia após iniciado *Graphites*. Ausência de eritema e de alterações de dermatite seborréica. Sem problemas cutâneos nos 3 anos seguintes.



Fig. 27-a Dermatite perioral com 1 ano de evolução. Placa simétrica, eritematosa e infiltrada. *Graphites*, (10.3.80)



Fig. 27-b Dermatite perioral no 7º dia após iniciado *Graphites*, com propagação mandibular. *Agravação homeopática* (17.3.80)



Fig. 27-c Prossegue melhora cutânea. Cefaléia menos intensa. (18.4.80)



Fig. 27-d No 58º dia, apenas vestígios da lesão inicial. Paciente se considera curada (7.5.80)



Fig. 28-a Dermatite tóxica de provável causa química. Eritema facial difuso evoluindo há 1 ano. *Ammonium carbonicum* (21.1.80)



Fig. 28-b No 13º dia, agravação homeopática do eritema, com simultânea agudização de cefaléia crônica. (3.2.80)



Fig. 28-c Após mais 40 dias, pele normal. Paciente assintomática e eufórica. (26.3.80)



Fig. 29-a Eritema pérmio recorrente. Lesões difusas concentradas em quirodáctilos. *Pulsatilla*. (17.7.75)

Fig. 29-b Aspecto no 8º dia. Lesões agravadas, de cor vinho, intumescidas, de contornos nítidos. Conduta expectante. (27.7.75). Regressão imediata satisfatória.



Fig. 30-a Em (21.8.81) Eritema pérmio. Lesões difusas nas mãos. Prescrita *Pulsatilla*.



Fig. 30-b Em 29.8.81. Eritema pérmio exacerbado no 8º dia de vigência de *Pulsatilla*. Conduta expectante. Evolução favorável.



Fig. 32-a Concomitância de eczema seborréico, pitiríasis versicolor e verrugas de quirodáctilos. Psiquismo e sintomas gerais de *Mercurius solubilis*.



Fig. 32-b No 17º dia. Sinais de regressão das lesões eczemato-seborréicas e das pitiríasicas. Verrugas estacionadas.

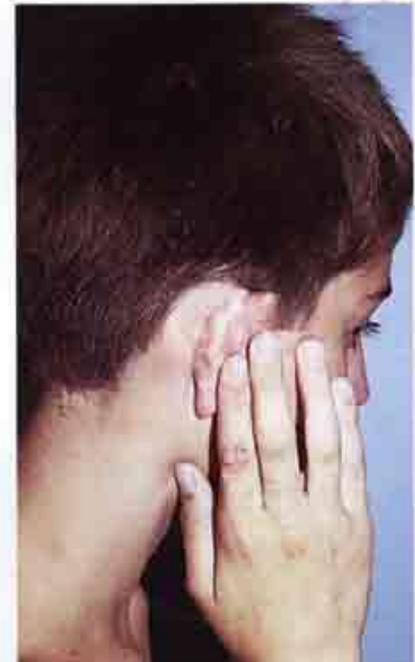


Fig. 32-c No 80º dia. Repilamento do couro cabeludo. Ausência de lesões na cabeça e tronco. Persistem verrugas.

Fig. 33-a Queilite esfoliativa com 1 ano de evolução. Alterações dominantes no lábio inferior, com fissuras, descamação e crostas hemáticas. Concomitante enxaqueca crônica e seborréia de couro cabeludo. Simillimum *Natrum muriaticum*.



Fig. 33-b Alterações favoráveis em queilite esfoliativa no 8º dia de influência de *Natrum muriaticum C 30*. Simultânea melhora da enxaqueca.



Fig. 33-c 37º dia após iniciado *Natrum muriaticum*. Desaparecimento da queilite, da cefaléia e das lesões seborréicas do couro cabeludo.





Fig. 34-a Fissuras de calcanhares, de caráter incapacitante, em menino de 8 anos, evoluindo há 14 meses. Prescrito *Lycopodium C 30*.



Fig. 34-b Mesmo paciente. Cisto de conduto tireoglossso operado há um ano, complicado por dor local e sinais flogísticos.



Fig. 34-c Regiões plantares normais, vistas no 47º dia após iniciado *Lycopodium C 30*.



Fig. 34-d Visão externa de cisto de conduto de tireoglossso, agora assintomático, no 47º dia. Redução parcial da proeminência inicial por resolução da atividade inflamatória.



Fig. 35-a Líquen rubro hipertrófico em membros inferiores, evoluindo há 1 ano. Antes de *Apis mellifera*. Exemplo de segunda doença. (13.8.76)



Fig. 35-c Modificações favoráveis ocorridas em líquen rubro hipertrófico, vistas no 28º dia de vigência de *Apis mellifera* (10.9.76)



Fig. 35-b Mesma portadora do líquen. Acne vulgar renitente com 7 anos de evolução. Antes de *Apis mellifera*. (13.8.76)



Fig. 35-d Simultâneo clareamento do acne em portadora de líquen rubro hipertrófico, medicada com *Apis mellifera*. Aspecto no 28º dia. (10.9.76)



Fig. 35-e Imagem radiológica de útero e anexos em pacientes/*Apis* portadora de acne vulgar e líquen rubro hipertrófico. Documento de contribuição clínica à Matéria Médica Homeopática.



Fig. 36-a Acne grau I como queixa central. Aspecto após remoção de maquiagem. Importantes manifestações sistêmicas. Adotado plano com *Nux vomica* em dinamizações crescentes.



Fig. 36-b Aspecto das lesões acnéicas no 3º mês após *Nux vomica*. Contrastando com a melhora pouco chamativa da queixa central, ocorreram importantes transformações favoráveis sistêmicas, com excelente estado psíquico.



Fig. 36-c Mesma paciente no 3º mês após iniciada *Nux vomica*. Instalação de sucessivos furúnculos, atualmente na coxa D, como retorno de manifestação antiga vivenciada há 4 anos. Verruga vulgar na borda do quirodáctilo anular e verruga justaungueal de polegar, como manifestações novas.



Fig. 37-a Lesões de vascularite necrotisante em membros inferiores, antes de *Luesinum C 200*. Eritema e lesões ectimatosas.

Fig. 37-b Aspecto de vascularite necrotisante 9 dias após *Luesinum C 200*. Metamorfose. Na perna D formação crostosa ocupando 2/3 da área comprometida inicial e confluência de lesões ectimatosas, Perna E com placas hiperpigmentadas, sem atividade.



Fig. 37-c 44º dia sob influência de doses espaçadas de *Luesinum C 200*. Placas hipercrômicas descontínuas substituem as lesões iniciais de vascularite.



Fig. 58-a Impetigo em crianças de 20 meses. Perna E com lesões eritemato-papulosas, sobre placas de eritema, e escoriações recentes. Na perna D, apenas esboço de lesões. Interferência na imagem por uso de solução iodada. Prescrito *Medorrhinum C 30*.

Fig. 58-b Impetigo, no 7º dia após iniciado *Medorrhinum*. Lesões da perna E em franco processo cíclico resolutivo, inclusive abscedação. Exteriorização daquelas lesões antes apenas esboçadas. Lesões independentes e assintomáticas. Perna D sem lesões.



Fig. 59-a Eczema numular em criança de 15 meses. Lesões torácicas unilaterais esparsas, pruriginosas, com focos infecciosos secundários. *Simillimum Sulfur*. (17.6.77)



Fig. 59-b No 7º dia, a despeito de sinais discretos de melhora após *Sulfur C 5*, foi adotado *Sulfur C 30*. Aspecto no 3º dia após iniciada a agravação homeopática, com simultânea instalação de lesões novas na região anterior do hemitórax E, antes livre. Chama atenção a placa única, compacta, homogênea, resultante da confluência de lesões circinadas, com uniformidade involutiva. Criança assintomática. (24.6.77)



Fig. 59-c 25º dia de seguimento de eczema numular influenciado por *Sulfur*. Conduta expectante. Criança em condições ótimas. (8.7.77)



Fig. 59-d 40º dia de seguimento em criança portadora de eczema numular com história de 11 meses, após *Sulfur* como *simillimum*. Região torácica anterior E livre de alterações (22.7.77)



Fig. 59-e 40º dia de seguimento. Aspecto posterior do hemitórax E, sem anormalidades. (22.7.77)



Fig. 60-a Piodermite com 3 anos de evolução, em antebraço. Região posterior com lesão em placa única de contornos sinuosos, infiltrados e com microvesículas. Superfície irregular, secreção escassa e crostas sero-hemáticas, com permeio de pele aparentemente normal. Lesões isoladas na base do dedo mínimo. *Graphites*. (11.7.77)



Fig. 60-b Piodermite crônica. Região anterior de antebraço E. Lesões conglomeradas incluindo escoriações por traumatismo de coçagem. Antes de *Graphites* (11.7.77)



Fig. 60-c Região posterior de antebraço E, no 4º dia após *Graphites C 30*. Placa delimitada homogênea, com lesões ativas eritemato-pápulo-vesiculosas. Reborda superior parcialmente espessada. Na porção inferior a lesão se propagou até a base dos dedos anular e mínimo. (15.7.77)



Fig. 60-d Região anterior de antebraço E. Piodermite. 4º dia após *Graphites*. As poucas lesões iniciais confluíram em placa única que avançou até o punho. Bordas irregulares, infiltradas, com sinais de atividade inflamatória e com descamação papirácea. (15.7.77)



Fig. 60-e Aspecto de piodermite crônica com 3 anos de duração, no 11º dia de tratamento com *Graphites C 30*. Desaparecimento final simultâneo de todas as lesões. (22.7.77). Paciente continuava bem 3 meses depois.

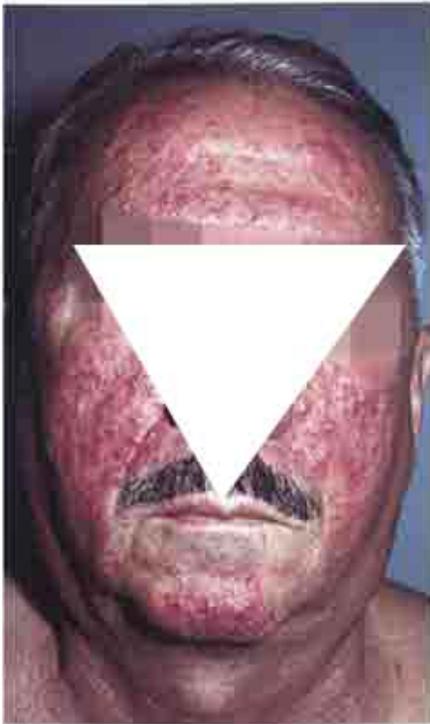


Fig. 61-a Rosácea em homem de 62 anos. Lesões faciais eritemato-telangiectásicas, poupando regiões labiais e orbitárias. *Rhus toxicodendron* como simillimum. (5.8.82)



Fig. 61-b Rosácea; no 5º dia após *Rhus toxicodendron*. Reativação, com aumento e confluência das lesões iniciais, acrescidas por outras novas; numerosos focos supurativos. Conjunto com aspecto de placa infiltrada de superfície irregular e de cor vinhosa. (10.8.82)



Fig. 61-c Rosácea crônica, evoluindo há 3 anos, 52 dias após iniciado *Rhus toxicodendron*. Clareamento geral, mais evidente ao nível do maciço centro-facial. (27.9.82)



Fig. 61-d Rosácea crônica, 5 meses e meio depois de iniciado tratamento homeopático. Raras lesões remanescentes cicatriciais e telangiectásicas. O paciente, eufórico, declara-se curado. (20.1.83)



Fig. 62-a Eritema nodoso, em evolução aguda. Na região pré-tibial D, áreas mal definidas, de cor vermelho-violácea, com discretos relevos ondulados superficiais. A palpação detecta nódulos dérmicos mal delimitados, pouco móveis e dolorosos. Perna E livre de lesões. *Simillimum Ledum palustre*.



Fig. 62-b Eritema nodoso no 3º dia sob influência de *Ledum palustre*. Na região pré-tibial D, intensificação dos fenômenos inflamatórios iniciais. Áreas brilhantes de eritema. Formações nodulares aumentadas, de base firme, dolorosas. Iguais formações recentes na perna E. Exemplo de agravamento homeopático em quadro agudo.



Fig. 62-c Aspecto do eritema nodoso 20 dias após instituído tratamento com *Ledum palustre*. Ao exame, discreta hiperpigmentação residual.



Fig. 63-a Eczema de mãos e dermatite de contato em região infraumbilical. *Petroleum* como *simillimum*.
1) Palmas: Eritema acentuado difuso uniforme; comprometimento preferencial das últimas falanges por microvesículas exulceradas secretantes; descamação e esboço de fissuramento. 2) Abdômen com lesões polimorfas distribuídas em placa descontínua transversal; na região mediana, conglomerado de lesões ativas papulosas, algumas foliculares.

Fig. 63-b Eczema. No 3º dia após *Petroleum*.
1) Agravação global das palmas, com pronunciado eritema reticulado; falanges comprometidas por lesões eritemato-pápulo-vesiculares, algumas exulceradas e secretantes. 2) Redução da placa abdominal, agora de cor ferruginosa uniforme.



Fig. 63-c Lesões no 9º dia após iniciado *Petroleum C 30*.
1) Palmas: Concomitância de formações vesiculosas, isoladas de conteúdo seroso, de lesões exulceradas e de outras em processo final de cicatrização. 2) Lesão infraumbilical em regressão consumada.

Fig. 63-d Aspecto no 25º dia de tratamento homeopático de eczema de mãos com 1 ano de duração e de simultânea dermatite de contato no abdômen. 1. Regiões palmares sem lesões. Paciente assintomático. 2. Abdômen normal. OBS: notar a tolerância pelo mesmo vestuário.



Fig. 64-a Eczema generalizado crônico de 22 anos. Membros inferiores com lesões eritemato-pápulo-vesiculosas, algumas exsudativas, situadas sobre pele espessada e liquenificada. Prescrito *Petroleum C 5*. (2.7.75)



Fig. 64-b Eczema crônico no 5º dia com *Petroleum*. Ausência de lesões ativas, notando-se apenas descamação branca pulverulenta. Mantido *Petroleum C 5*. (7.7.75)



Fig. 64-c Eczema crônico no 15º dia de uso do *Petroleum C 5*. Aspecto congestivo violáceo, com lesões salientes eritemato-papulosas; áreas exulceradas. Conduta expectante. (17.7.75).



Fig. 64-d Regressão parcial de processo eczematoso, após 5 dias de conduta expectante (22.7.75). Orientada dose única de *Petroleum C 200* após estabilização do quadro.



Fig. 64-e Metamorfose de eczema crônico. Lesões ectimatosas sangrantes, lembrando lesões artefatas em "saca-bocados". Aspecto já remanescente da agravção imediata ocorrida após a dose única de *Petroleum C 200* (19.8.75). Programada conduta expectante com posterior dinamização C 30.



Fig. 64-f 5º mês desde a consulta inicial (11.11.75) e após receber *Petroleum C 30* quando, após superar outra exacerbação lesional, o paciente entrou em processo regressivo franco, com redução das placas liquenificadas e melhora cutânea geral. Mantinha-se ótimo 1 mês depois. Sem recidiva e sem medicamento nos 6 anos seguintes.



Fig. 65-a Criança de 7 anos portadora de síndrome cutâneo-mucosa. (30.1.72).



Fig. 65-b Mesma criança em 13.5.72, um mês após ser medicada com *Sulfur C 5*, o qual reativou processo de conjuntivite e queilite; meatos nasais erodados. Aspecto já em regressão.



Fig. 65-c Mesma criança, 1 mês após *Sulfur C 5*. No vértex cefálico, instalação de lesão em placa única, exulcerada, sangrante e exsudativa. Prescrito *Nitricum acidum C 30*. (13.5.72).



Fig. 65-d Em 15.7.72, após agravação seqüente ao *Nitricum acidum C 30*, ainda presença de queilite e de conjuntivite.



Fig. 65-e Em 15.7.72, aspecto remanescente de agravação pós *Nitricum acidum C 30*: lesão invasiva sobre o couro cabeludo, intumescida, de consistência mole e sangrante. Adotado *Nitricum acidum C 5*. Seguiu-se nova agravação, não fotografada. Adotada então potência *C 200*.

OBS: Seqüência das figuras deste Caso Clínico na próxima página.



Fig. 65-f Acentuada agravção homeopática após dose única de *Nitricum acidum C 200*. Conjuntivite aguda impedindo visibilidade. Emergência, com recursos tópicos e antibióticos. (1.10.72).



Fig. 65-g Couro cabeludo normal. (1.10.72).



Fig. 65-h Em 27.10.72, apenas vestígios de conjuntivite. Conduta expectante.



Fig. 65-i Em 26.11.72, tegumentos normais. Sem manifestações sistêmicas. Mudança comportamental. Comparar fâcias atual com o inicial.



Fig. 66-a
Líquen plano
com 6-anos
de evolução,
antes do
tratamento.
(10.7.81)



Fig. 66-b Lesões de
líquen plano.
Resposta local e
geral favorável
mínima, após *Nux
vomica*. Mudança
para *Zincum
valerinatum*.
(5.8.81)



Fig. 66-c Líquen
plano em
agravação homeopática
no 16º dia após
Zincum valerinatum.
Conduta expectante.
(31.8.81)



Fig. 66-d Antiga
portadora de líquen
plano, 5 meses após
consulta inicial.
Exemplo de
agravação e de cura,
por segundo
medicamento,
correto. (16.12.81)



Fig. 67-a Aspecto inicial de acne, antes de *Mercurius solubilis*. (2.8.78)



Fig. 67-b Lesões de acne em processo de agravção homeopática discreta, no 20º dia após iniciado *Mercurius solubilis*. Orientada conduta expectante. (22.8.78)



Fig. 67-c Intensificação pronunciada de lesões acnéicas no 5º mês de uso ininterrupto de *Mercurius solubilis C 30*. (29.1.79)
Exemplo de “agravação mantida”.



Fig. 67-d Clareamento do acne após 8 meses de uso ininterrupto de *Mercurius solubilis C 30*. O processo de intensificação das lesões se dissipou, apesar da persistência inoportuna do estímulo inicialmente adequado. Instalação de estado de tolerância. (28.3.79)

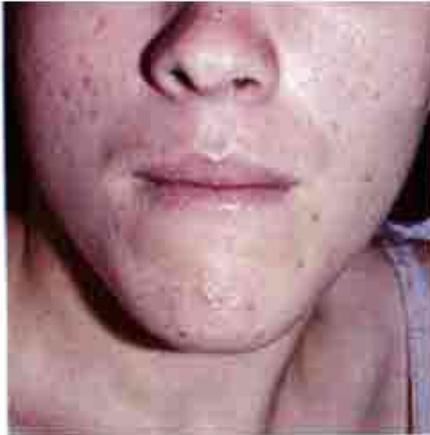


Fig. 68-a Acne grau I. Escassas formações comedonianas e papulosas, antes de *Psorinum* C 30. (3.12.74)

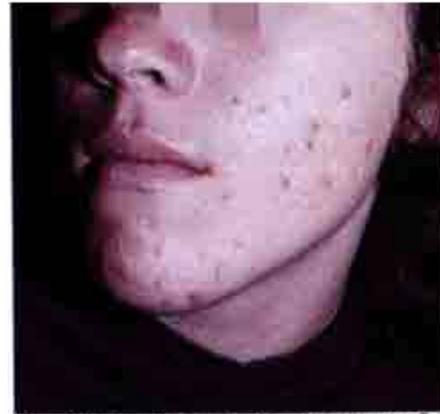


Fig. 68-b Aspecto do acne grau I, após 6 meses de estímulo diário, ininterrupto, de *Psorinum*. Múltiplas lesões eritemato-pápulo pustulosas, algumas escoriadas. Melhora geral. Desaparecimento de *Tinea versicolor* no tronco e membros. Exemplo de "agravação mantida". (2.6.75)

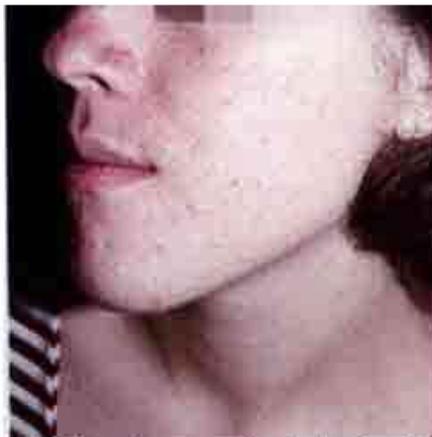


Fig. 68-c A regressão das lesões foi imediata à suspensão de *Psorinum* e se manteve. Aspecto facial 5 meses depois, sem tratamento. (11.11.75)



Fig. 68-d Aspecto da face 4 anos depois (8.2.79), quando a paciente retornou com outras queixas.



Fig. 69-a Acne pustuloso severo, com cicatrizes vi-
ciosas, evoluindo há 4 anos. *Kalium bromatum*.



Fig. 69-b Exacerbação acnéica, com novas pústulas
e abscedações, sob estímulo ininterrupto de *Kalium
bromatum* durante 4 meses. Exemplo de "agravação
homeopática mantida".

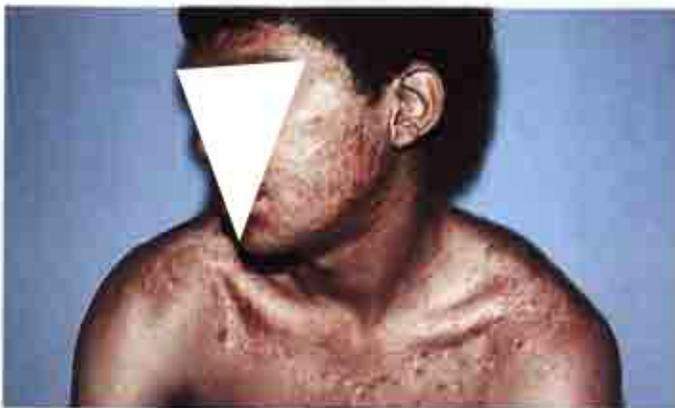


Fig. 69-c Clareamento satisfatório, visto no 11º mês
após consulta inicial, sem tratamento. O processo
entrou em regressão, desde que suspenso o
simillimum.



Fig. 70-a Aspecto inicial de
eczema atópico, antes de *Sulfur*.
Lesão principal em placa única
bem delimitada, sobre região ín-
terna do punho E.



Fig. 70-b Aspecto de lesão
eczematosa, aumentada e rea-
tivada, no 9º dia sob influência de
Sulfur. Novas erupções eritêmato-
papulosas, algumas pustulosas, em
áreas até então livres.

Fig. 71-a Eczema numular generalizado, antes de *Argentum nitricum C 30*. Aspecto inicial do dorso.



Fig. 71-b Lesões de eczema numular, aumentadas e confluentes, vistas no 11º dia após iniciado *Argentum nitricum*.



Fig. 72-a Portadora de disidrose, em fase de acalmia. Mãos ásperas. Últimas falanges com discreta descamação. Eritema e fissuras justaungueais. *Graphites* como simillimum global.



Fig. 72-b Reagudização de disidrose palmar. Aspecto no 4º dia pós *Graphites*. Mãos e punhos recobertos por bolhas tensas de variadas dimensões. Conduta expectante, com regressão imediata satisfatória e persistente.

Fig. 73-a Dermatite seborréica, antes de *Petroleum*. Couro cabeludo totalmente recoberto por placa crostosa, que se propaga à nuca. Regiões retroauriculares comprometidas. Axilas com algumas lesões eritemato-papulosas.



Fig. 73-b Dermatite seborréica agravada após *Petroleum C 30*. Aspecto no 8º dia. Lesão do couro cabeludo ampliada. Porção interna das orelhas comprometidas. Novas lesões no pescoço. Axilas e áreas circunvizinhas ocupadas por placa eritematosa, infiltrada, com vesículas e crostas.



Fig. 74-a Criança portadora de disidrose plantar bilateral crônica. Facies adenoídiano, compatível com constituição sulfúrica, fria, seg. H. BERNARD.



Fig. 74-b Disidrose plantar em menino de 12 anos, com 2 anos de duração contínua. A totalidade sintomática indicou *Hepar sulfuris* como simillimum.



Fig. 74-c Lesões de disidrose modificadas no 4º dia de estímulo por *Hepar sulfuris C 6*. Uma parte das lesões regrediu. Outra parte persiste reativada, com halo eritematoso. Abundantes sufusões hemorrágicas punctiformes. Exemplo de discrepância reativa regional.



Fig. 74-d Disidrose plantar no 21º dia de tratamento homeopático. As lesões regrediram antes do 10º dia. O aspecto normal se mantém quando visto após 4 meses.

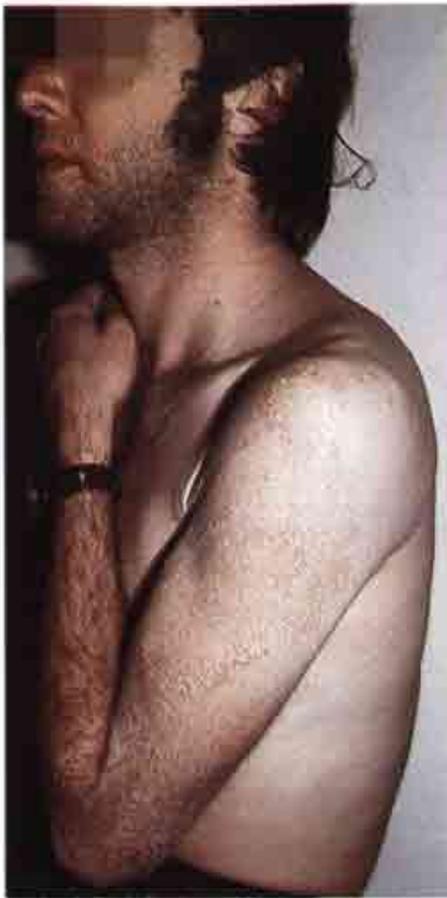


Fig. 75-a Eczema seborrheides, antes de *Graphites*. Regiões labiais e porção inferior da face ocupadas por erupções eritêmato-pápulo exsudativas, algumas recobertas por material melissérico. Membro superior E com lesões eritêmato-papulosas, secas, pruriginosas, confluindo em placa irregular, de contornos nítidos, que se estende do ombro ao terço superior do antebraço. (15.7.75)



Fig. 75-b No 10º dia com *Graphites*, exacerbação das lesões faciais. No lábio superior estão evidentes lesões escoriadas e sangrantes. Abundantes erupções exsudativas ocultas sob a barba. Lesões do braço em franca regressão, com contornos circinados e centro substituído por pele de aspecto normal; sem sinais de atividade. Exemplo de resposta dissociada ou discrepante. (25.7.75)



Fig. 75-c Aspecto no 20º dia de conduta expectante. Na face, raras lesões descamativas residuais. Já possível feitura de barba. Ao nível do cotovelo E algumas lesões conglomeradas, em processo de regressão. (15.8.75)



Fig. 76-a Acne pustulosa em disposição torácica anterior, genal e masseterina, antes de iniciado *Graphites C 30*. (11.11.76)



Fig. 76-b Mesmo paciente. Acne pustulosa dorsal, antes de iniciado *Graphites C 30*. (11.11.76)



Fig. 76-c Aspecto do acne torácico e facial no 35º dia. Tórax anterior em evidente clareamento. Encobertas pela barba, lesões exacerbadas masseterino-genais. Prescrito *Graphites C 12*. (16.12.76).



Fig. 76-d Aspecto do acne dorsal, no 35º dia. Sinais de clareamento na região inferior, esboçando direcionamento escapular do processo de cura. (16.12.76).

OBS: As figuras deste paciente seguem na próxima página.



Fig. 76-e Clareamento completo da face, 4 meses após prescrição de *Graphites* e depois de cessado o recrudescimento. Discrepância de atividade do tórax anterior, onde as lesões se encontram ainda em plena agravação. Prescrito *Graphites 1000* (3.3.77)



Fig. 76-f O clareamento dorsal prossegue, com convergência em padrão escapular. (3.3.77)



Fig. 76-g Clareamento total e simultâneo, da face e do tórax anterior. Aspecto no 8º mês de seguimento. (29.7.77)



Fig. 76-h Clareamento total do dorso, simultâneo às demais áreas acnéicas. (29.7.77)

OBS: Analisar os DIAGRAMAS VIII e IX, referentes aos Casos 76 e 77.

Fig. 77-a Aspecto inicial de lesões acnéicas pápulo-pustulosas concentradas na região hióidea; lesões pouco numerosas nas regiões mentoniana e frontal. *Sepia C 30*. (14.8.81)



Fig. 77-b Mesmo paciente. Lesões pápulo-pustulosas em distribuição escápulo-lombar. Antes de *Sepia C 30*. (14.8.81)



Fig. 77-c Lesões da face no 18º dia após *Sepia C 30*. Agravamento das lesões faciais. Lesões hióides, mentonianas e nasais muito evidentes. (2.9.81) Prescrita *Sepia C 200*.



Fig. 77-d Aspecto do dorso no 18º dia. Involução nstica, global e simultânea pós *Sepia C 30*. (2.9.81)



Fig. 77-e Após 2 meses (4.11.81) persistem lesões pustulosas nas regiões hióidea, masseterina e genal inferior, dificultando feitura de barba.



Fig. 77-f Ausência de atividade no dorso. (4.11.81)



OBS: Última foto de face e colo: na página seguinte.

Fig. 77-g Clareamento súbito e satisfatório da face no 6º mês após prescrição inicial de *Sepia*. Exemplo de resposta dissociada ou discrepante.



Ver DIAGRAMAS VIII e IX.



Fig. 78-a Criança de 5 anos. Lesões de vitiligo distribuídas no quadrante abdominal inferior E, coxa e perna E. *Silicea* como similimum. (23.9.72)

Fig. 78-b Mesma criança. Regiões posteriores. Placas polimorfas e confluentes de vitiligo na nádega, coxa e perna, confinadas ao dimídio E. (25.9.72)



Fig. 78-c Mesmo paciente, 9 anos depois (19.2.72). Após 7 anos sem hipocromia, instalação de vitiligo agora confinado à direita, em configuração semelhante à anterior esquerda. *Pulsatilla* como similimum atual. Sem tratamento no intervalo.

Fig. 78-d Lesões hipocrômicas do mesmo paciente, 9 anos depois (19.2.72), de lateralidade oposta à anterior. Sem tratamento no intervalo. Exemplo de mudança espontânea ou natural de lateralidade.



Fig. 79-a Aspecto inicial de criança *Lycopodium* portadora de paniculite facial D, furúnculo justanasal D, verrugas de quirodáctilo D e eczema de punho D.



Fig. 79-b Mesma criança. Detalhe das aftas, também em situação direita exclusiva.



Fig. 79-c Dois dias após *Lycopodium* C 30. Furúnculo justanasal cicatrizando após abscedação súbita. Eczema de punho que, depois de reativado nas primeiras horas, mostra sinais de involução. Persistem aftas. Medicamento mantido. (11.6.75).



Fig. 79-d No 20º dia (26.6.75) sem queixas. Aftas regrediram. Persistem verrugas de quirodáctilos. Seguimento satisfatório durante 4 anos.



Fig. 80-a Aspecto inicial de acne de *Thuya occidentalis* (14.7.77)



Fig. 80-c Agravção homeopática "mantida" pelo abuso do estímulo dinâmico durante 4 meses e meio. Convergência das lesões remanescentes ativas no padrão de curva diagonal, contrastando com o aspecto do restante da face (24.11.77).



Fig. 80-d Resolução imediata do acne após suspensão o estímulo de *Thuya occidentalis*. Ausência de atividade. Lesões residuais evanescentes. (15.2.78)



Fig. 80-b Radiografia evidenciando cisto de ovário E, em paciente *Thuya occidentalis*. Documentação. Exemplo do sinal clínico não experimental, incorporado à Matéria Médica.



Fig. 81-a Acne iniciado na gravidez em paciente *Thuya occidentalis*. Lesões dispersas na face e na frente (22.11.78)



Fig. 81-b Evolução do acne no 3º mês (14.2.79) após *Thuya occidentalis*. Convergência mentoniana de lesões, diferente do caso 80.



Fig. 81-c No 6º mês após prescrição inicial (11.5.79). Aspecto satisfatório. Sem tratamento nos últimos meses.



Fig. 82-a Acne severo, em paciente típico de *Sulfur*. (29.10.79)



Fig. 82-b Indícios de remissão lesional, no 20º dia de uso de *Sulfur C5*



Fig. 82-c Clareamento do acne, na vigência de *Sulfur*, com nítida convergência centro-genal das lesões ativas remanescentes (4.2.80)



Fig. 82-d Clareamento completo após *Sulfur C 200*. (14.5.80).

Fig. 83-a Acne severo, evoluindo há 12 anos, depois do uso de *Natrum muriaticum* C30. Lesões remanescentes em perneio a outras de aspecto diferente, pálidas, planas, verruciformes, incaracterísticas e assintomáticas. Prescrita dose única de *Natrum muriaticum* C 200. Aspecto em 14.4.72.



Fig. 83-b (24.11.72) Aspecto 45 dias após *Natrum muriaticum* C 200. Ausência de lesões acnéicas, com dominância de lesões planas, pálidas, com 1 a 5 mm de diâmetro, disseminadas na face, nítidas ao exame aproximado, mas despercebidas à inspeção habitual. Diagnóstico de verrugas planas da face.



Fig. 83-c Detalhe da foto anterior. Lesões do mento, típicas de verrugas planas da face, em antiga portadora de acne severo, após tratamento com *Natrum muriaticum*. Exemplo de intrusão e substituição por segunda doença.

Fig. 84-a Sífilides secundárias, em portadora de acne grau II, evoluindo há 9 anos. Lesões pápulo-pustulosas e eritemato-maculares em distribuição generalizada. Lesões palmares características de lues secundária (9.3.76). Plano terapêutico associado, com penicilina e *Mercurius solubilis*, depois substituído por *Aurum metall*.



Fig. 84-b Em retorno no 3º mês, sem lesões cutâneas. Sorologia negativa. Seguimento de 4 anos, sem intercorrências cutâneas.

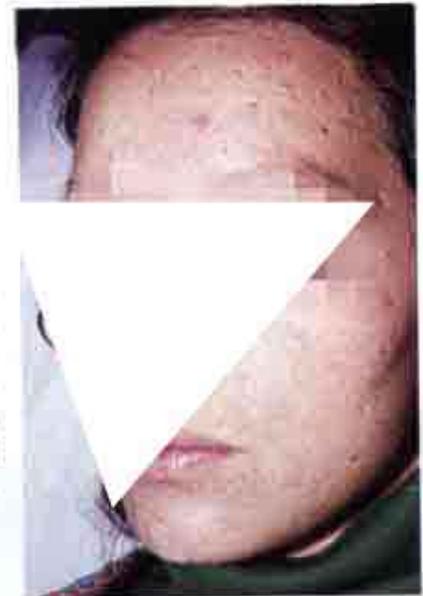


Fig. 85b Intrusão de segunda dermatose, em portadora de acne sob tratamento ininterrupto com Tetraciclina nos últimos 12 meses. Dominância de verrugas planas de face. Documentação complementar aos casos 83 e 84.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABBAS, A. K.; LICHTMANN, A. H.; POBER, J.S. - *Cellular and Molecular Immunology*, 3th ed., Philadelphia, Saunders, Saunders Comp, 1997
2. ALMEIDA, M. - *L'Inibition et la Facilitation dans de Systeme Nerveux Central et Péripherique*, Rio, Ed. Atlantica, 1944
3. BERNARD, H. - *Réticulo-Endothéliose Chronique ou Sycose*, Angoulême, Éd. Coquemard, (sem data)
4. BERNARD, H. - *Doctrine Homéopathique*, Angoulême, Éd. Coquemard, 1966
5. BERNARD, H. - *Traité de Médecine Homéopathique*, Angoulême, Éd. Coquemard, 1951
6. BLAKISTON - *Dicionário Médico*, 2ª ed., S.Paulo, Andrei, 1982
7. BOENNINGHAUSEN, C.M.F.(1832) - *Therapeutic Pocket Book*, Philadelphia, Boericke & Taffel, 1935
8. CARDOSO, L. - *Dyniotherapia Autonósica*, Rio, Typ.Leuzinger, 1923
9. CORBETT, C.E. - *Farmacodinâmica*. 5ª ed., S.Paulo, Ed.Guanabara-Koogan, 1977
10. DEMARQUE, D. - *Technique Homéopathique*, Paris, Libr. François, 1973
11. DUDGEON, R.E. (1853) - *Lectures on the theory and practice of Homoeopathy*. B.Jain Publ., New Delhi, 1987 (Reprint)
12. DUPRAT, H. - *Traité de Matière Médicale Homéopathique*, 3 v., Paris, J. Bailliére, 1947
13. DICIONÁRIO BÁSICO DA LÍNGUA PORTUGUESA - *Folha/Aurelio*, Ed. Nova Fronteira, 1995
14. DOMART A., BOURNEUF J. et col. - *Larousse de la Médecine*, 3 vol., Nantes, Impr. Nantaise, 1971
15. EGITO, J.L. (1980) - *Homeopatia, Contribuição ao Estudo da Teoria Miasmática*, S.Paulo, Elcid, 1986
16. ENTRALGO, P.L. - *História de la Medicina*, Barcelona, Ed. Científica, 1954
17. FARMACOPÉIA HOMEOPÁTICA BRASILEIRA - S.Paulo, Org. Andrei, 1997
18. FITZPATRICK, T.B. e col. - *Dermatology in General Medicine*, 4th ed., N.York, Mac Graw-Hill, 1993
19. FRANÇOIS, J.C. - *Éléments D'Étude de L'Homéopathie*, Moulins, Impr. SCRIID, 1979
20. GRANIER - In: KENT J.T. *Conférences de "Philosophie Homoeopathique"*. La Science et l'Art de l'Homoeopathie, 2e. éd., trad. P.Schmidt, Saint Ruffine, Fr., Maisonneuve, 1969, p. 169, 246, 248, 354.
21. GRANDE ENCICLOPEDIA DELTA LAROUSSE, Ed. Delta, Rio, 1972
22. HAHNEMANN, S. (1828/30) - *Les Maladies Chroniques et leur Traitement Homoeopathique*, 3me éd. franç., trad. P. Schmidt et Kunzli, Paris, Maisonneuve, 1969
23. HAHNEMANN, S. (1842) - *Organon da Arte de Curar*, trad. espanh. da 6ª ed. Alemã, p. Kurt Hochstetter, Santiago de Chile, Ed. Hochstetter, 1979
24. HAHNEMANN, S. (1789-1843) - *Lesser Writings*, trad. ingl. R.E. Dudgeon, New Delhi, B.Jain Publishers, 1984
25. HAHNEMANN, S. (1811-1821) - *Materia Medica Pura*, 2 vol., trad. ingl. R.E. Dudgeon, New Delhi, B. Jain Publ., 1983
26. HAHNEMANN, S. - *Organon der Heilkunst/Organon da Arte de Curar*, trad. port. Da 6ª ed. Alemã, p. Edméa Marturano Villela e Izaio Carneiro Soares, Ribeirão Preto, Museu de Homeopatia Abrahão Brickmann, 1995
27. HERING, C. (1845) - *Prefácio*. In HAHNEMANN, *Les Maladies Chroniques*, 3me éd. franç., Paris, Maisonneuve, 1969, p. 19-28
28. HOEHNE, F.C. - *Plantas e Substâncias Vegetais Tóxicas e Medicinais*, S.Paulo, Novos Horizontes Ed., 1978
29. JAHR, G.H.G. (1857) - *Princípios e Regras que devem guiar a prática da Homeopatia*. Trad. M A. M.Santos, Rio, Detalhes, 1987
30. JULIAN, O A.; HAFFEN, M. - *Homéopathie et Terrain*, Metz, Éd. Lehning, 1984
31. KENT, J.T. (1900) - *Conférences de "Philosophie" Homoeopathique - La Science et l'Art de l'Homoeopathie*, 2me éd. trad. franc. p. P.Schmidt, Saint Ruffine, Maisonneuve, 1969. Baseado no texto original norte-americano "Lectures on homoeopathic philosophy".
32. KENT, J.T. - *Homeopatia, Escritos Menores, Aforismos y Preceptos*, trad. espanh. M.C.Bandoel, B.Aires, Albatros, 1981
33. KENT, J.T. - *Repertory of the Materia Medica*, 6ª ed., Calcutta, Roy Publishing House, 1961
34. KOSSAK, A. - *Antídoto ou Homeodoto?*, Rev. Assoc. Paulista Homeop., 129:5-6, 1975

35. KOSSAK, A. - *Injúrias Imunológicas*, *A Voz da Homeopatia* 109/112:44-54, 1980
36. KOSSAK, A. - *Os prováveis mecanismos das agravações Homeopáticas*. In: *Anais XIV Congr. Méd. Bras. Homeopatia*, S.Paulo, 1978, p.185-191
37. KOSSAK, A. - *Agravações Dermatológicas em Homeopatia*. *Tese de Docência-Livre em Clínica Homeopática, Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, da Universidade do Rio de Janeiro*, 1976
38. KOSSAK-ROMANACH, A. - *Variantes Reativas dos Portadores de Acne sob Tratamento Homeopático*. *Tese para Professor Titular da Universidade do Rio de Janeiro*, 1987
39. KOSSAK-ROMANACH, A. - *Homeopatia em 1000 Conceitos*, 2ª ed., São Paulo, Ed.Elcid, 1993
40. KOSSAK-ROMANACH, A. - *Efeito Secundário das drogas como resposta ao Simillimum*. *Gazeta Homeopática, IBEPH, S.Paulo*, 2 (2): 4-8, 2º trim. 1987
41. LAROUSSE DU XX SIECLE - *Paris, Éd. Larousse*, 1931
42. LITTRÉ, M.P.E. - *Hippocrates. Oeuvres Complètes (10 vol)*. Paris, Baillière, 1839 a 1861. IV:p.458-609; V:p. 276-349, 407-508
43. MAFFEI, W.E. - *Os Fundamentos da Medicina (2 vol)*, 2ª ed., S.Paulo, Artes Méd., 1978
44. MAURY, E.A. - *Drainage in Homoeopathy*, Sussex, Albion Press, 1965
45. MEHREGAN, A. H. - *Transepithelial Elimination*, *Curr.Prob.Derm.*, 3:124-147, Michigan (USA), 1975
46. PASQUALINI, R.Q. - *Stress. Enfermedades de Adaptacion, ACTH y Cortisona*, B.Aires, El Ateneo, 1952
47. ROBERTS, H. - *The Principles and Art of Cure by Homeopathy*, Fourth Impr., Sussex, Health Science Press, 1972
48. ROIT, I., BROSTOFF, J., MALE, D. - *Immunology*, 5th Ed., London, Gower Medical Publ., 1998.
49. ROUY, A. - *Quelques Enseignements sur la Thérapeutique Homoeopathique d'après 30 ans de Pratique*, Paris, Vigot, 1951
50. SARKAR, B.K.; DUDGEON, R.E. - *Organon of Medicine by Samuel Hahnemann*, Calcutta, Bhattacharyya, 1976
51. SCHMIDT, P. - *Agravação medicamentosa Homeopática*. In: *El Arte de Interrogar*, B.Aires. Ed.Similia
52. SELYE, H. - *Stress. The Physiology and Pathology of Exposure to Stress. A Treasure based on the Concepts of the General Adaptation-Syndrome and the Diseases of Adaptation*, Montreal, Acta Inc., 1950
53. STEDMAN - *DICIONÁRIO MÉDICO*, 25ª ed., Rio, Guanabara-Koogan, 1996
54. STITES, D.P., ABBAS, I.T. - *Basic Human Immunology*, Th.ed., Connecticut, Appleton & Lange, 1997
55. TYLER, M.L. - *Curso de Homeopatia*, Ed. Homeopática, S.Paulo, 1965
56. VANNIER, L. (1934) - *La pratique de l'Homeopathie*, 3me éd., Paris, G.Doin, 1947
57. VANNIER, L. - *Les Tuberculiniques*, Paris, G.Doin, 1947
58. VIJNOVSKY, B. - *Organon de Hahnemann - Traducción y Comentarios*, B.Aires, Ed. personal, 1983
59. VIJNOVSKY, B. - *Valor Real de los Sintomas*, B.Aires, Ed. Personal, 1981
60. VITHOULKAS, G. - *The Science of Homeopathy*, New York, Grove Press, 1980, p.295-321
61. VOISIN, H. - *Répertoire et Thérapeutique*, Tome I, 2me.éd., Toulouse, Impr. Occitane, ano?
62. ZISSU, R. - *Matière Médicale Homéopathique Constitutionnelle*, 4 v., Paris, Peyronnet Ed., 1959

ÍNDICE REMISSIVO

Adenomegalia,

- entre as respostas pós simillimum, 53
- hipótese interpretativa, 25

Agravação,

- homeopática,

- - conduta na, 87, 88
- - conselhos úteis, na, 88
- - definição, 83
- - dermatologia e, 48
- - diferenciação, 88, 93
- - dissociada regional, 85, 97, 98
- - doenças agudas, nas, 83
- - efeito secundário das drogas e, 82
- - história da, 82
- - mantida, 85
- - orientação do paciente na, 87
- - prognose clínica, 86
- - prolongada, 84

- isoterápica,

- - abrangência prática, 87
- - caracterização, 86

- patogênica,

- - aspectos comuns às homeopáticas, 93
- - aspectos diferenciais, 93
- - aspectos práticos, 93
- - caracterização, 90, 93
- - como "experimentação", 90
- - conduta, 91, 92, 94
- - estado de tolerância, na, 92
- - mantida, 92
- - prognose clínica, 92, 93

- reações em Dermatologia, 48

- - contribuição brasileira ao tema, 48

Agravações iatrogênicas, 84

Agravações isoterápicas, 86, 87

Agravações patogênicas,

- como "experimento em homem são", 90
- - deduções científicas, 90
- - inadmissibilidade em novo experimento, 90
- - situações de automedicação popular, 90

Agravações pós simillimum,

- ambulatório-escola e, 52
- dificuldades de documentação das, 51
- discrepantes, 85
- dissociadas, 85
- doenças agudas e, 83
- estado de tolerância em, 92
- imediatas, 54
- mediatas, 54
- publicações específicas, 48, 49
- sinopse das, QUADRO VI, 53

Amigdalectomia,

- episódios de orofaringite pós, 78
- variantes reacionais e, 106

Anticorpo, conceito, 16

Antígenos,

- destruição dos, 18
- fatores de eliminação, QUADRO I, 19
- toxinas como, 31

Assincronia, dissociação ou discrepância, 95

Avaliação terapêutica precoce,

- agravações homeopáticas e, 109
- aspectos práticos e sociais da, 51, 52, 109
- eritemas, 109
- importância das primeiras semanas na, 108
- intensificação da funções fisiológicas, 109
- modificação de sintomas concomitantes, 109
- supurações, 109

Boenninghausen,

- contribuição de, 60
- sintoma totalizado segundo, 60
- sintomas concomitantes segundo, 55

Caracter, manifestações, causas de erro, 114

CASOS CLÍNICOS: Tabela XII, 146-150

Conduta expectante,

- abusiva, 117
- nas agravações pós simillimum, 87-89
- sinais favoráveis durante, 93

Convergência de lesões cutâneas, 99-102

- deslocamento induzido, 99
- padrões de convergência, 100, 102

Defesas orgânicas primitivas, 12

Depuração, 17

Dermatologia,

- argumentos de Hahnemann na área da, 9
- argumentos de Hering na área da, 9
- aspectos da reação orgânica em, 48
- contribuição à Homeopatia, 9
- enfoque orgânico global em, 10
- medicina interna e, 10
- objetivação dos fenômenos de defesa em, 48

Deslocamento de lesões cutâneas, 102

Dietas, sua relativa não relevância, 121

Dinamização ou potência,

- eletiva, 70, 71
- mudança de, 105, 116

Discrepâncias reativas, 95, 97, 98

- assincronia ou dissociação, 95
- importância da nosologia nas, 95
- medicina interna e, 95
- tegumentos e, 95
- variantes reacionais e, 96

Doenças agudas,

- abstenção terapêutica, 120
- agravações homeopáticas, 83
- critérios de alta, 119

Doenças crônicas,

- artrismo e gota como protótipos, 35
- concepção hahnemanniana sobre, 36
- concepção de Hans Selye sobre, 36
- síndrome geral de adaptação, 36

Doenças dessemelhantes, 80, 81

Drenagem,

- Alopátia e, 28
- conceito, 25
- Fitoterapia e, 28
- frente aos §§ 273 e 274 do Organon, 26
- Homeopatia e, 28
- medicamento drenador, 26
- níveis de especificidade da, 28
- sistemas terapêuticos e, 28

Efeito secundário das drogas, 56, 82

Eliminações, 20

- categorias clínicas, 27
- correlações entre miasmas, 22-24
- intensificação pós simillimum, 23
- mecanismo, 21
- na conduta de espera, 93
- naturais, 20
- semiologia, 24

Episódios agudos esporádicos, 79

Episódios agudos recorrentes,

- aspectos práticos especiais, 77
- conduta terapêutica, 76
- diferenciação daqueles induzidos, 74, 77
- interpretação miasmática, 75
- estudos de Julian e Haffen, 75
- terreno, importância nos, 76
- orientação do doente nos, 76
- prescrições repetitivas e, 113

Episódios “como se fosse”, 68, 69, 79, 90

Eritemas,

- diferenciação, 62
- duração, 62
- fatores de inobservância, 61
- fisiopatologia, 61
- incidência, 61
- interpretação, 62
- primeiros registros, 61
- significado prognóstico, 62

Erros no seguimento clínico, 111-121

Eventualidades pós simillimum,

- dermatológicas, 48-51
- segundo Hahnemann, 39-43
- primeiros registros de reações, 42
- segundo Kent, 41, 43-47
- sinopse: QUADRO VI, 53

Experimentação patogênica,

- automedicação e, 90
- efeitos inversos na, 91

Fagócitos, fisiopatologia, 16

Fagocitose,

- na escala filogenética, 13
- no processo inflamatório, 16

Fatores da má interpretação de resposta, 112

Fatores influentes na resposta ao simillimum,

- antiinflamatórios, 106
- corticosteróides, 106
- exérese cirúrgica, 106
- hormônios estrogênicos, 106

FIGURAS: sinopse na Tabela XIII, 198

Funções celulares fundamentais, 12

Homeopatia,

- como sistema terapêutico, seg. L. Cardoso, 55-57
- lei da semelhança e lei universal da equivalência, 56
- medicamento como sistema complexo estável, 57
- potencial farmacodinâmico manifesto e oculto, 57
- organismo como sistema complexo instável, 56

Iconografia das formas reacionais, 183-216

Imunidade,

- natural, inata ou inespecífica, 14
- adquirida, adaptativa ou específica, 17-19

Instalação de episódios,

- agudos novos esporádicos, 79
- agudos recorrentes, 74
- “como se fosse”, 68, 69

Instalação de quadros novos não agudos, 80

Inversão de lateralidade, 100

Licínio Cardoso, contribuição de, 55-57

Manifestações concomitantes,

- conceito, 55
- contribuição à MMH das, 58
- Homeopatia como sistema e, 55-57
- interdependência de fatores de sistema e, 58

Manifestações patogênicas propositais, 62

Medicamento de drenagem, 26

Miasmas,

- discrepâncias interpretativas, 37
- contribuições importantes, 38

Mudança de dinamização, 105

Mudança de medicamento, 105

Potência medicamentosa, ver dinamização.

Potencial farmacodinâmico oculto, 57, 59

Prescrição antecipada, erro por, 121

Prescrição homeopática, normas, 124-126

Procedimento repertorial, normatização, 122-123

Processo inflamatório,

- fisiopatologia, 16
- fatores de influência no, 63

Prurido,

- como aspecto clínico reacional, 53
- interpretação, 25

Quadros novos não agudos, 80

Recidivas,

- independência clínica dinâmica, 103, 104
- - deduções práticas, 104
- - implicações doutrinárias, 104
- interpretação dinâmica, 104
- segundo simillimum nas, 105
- tratamento em etapas nas, 105

Repertorização, normas de, 122-123**Respostas cutâneas dissociadas, 95-98****Respostas,**

- comuns a qualquer etapa, 54
- fatores de influência, 105
- imediatas, 54, 109
- mediatas, 54

Retorno de manifestações antigas,

- aspectos clínicos, 72, 73
- contribuição de Hering, 66
- - avaliação crítica, 67
- diferenciação, 66, 79
- época de instalação, 67-69
- episódios "como se fosse", 69
- importância prognóstica, 66
- interpretação, 67
- natureza bacteriana ou virótica, 68
- sinopse: QUADRO VII, 70-71

Seguimento do doente,

- avaliação dentro do primeiro mês, 108-110
- conseqüências da omissão da consulta/controle, 51
- erros no, 111-121
- importância do retorno precoce, 51
- sinais precoces de melhora, 39-40

Segunda doença: intrusão e conjunção, 80-81**Segundo simillimum,**

- critérios de prescrição, 105
- dúvidas quanto à conveniência de, 120

Simillimum,

- influência sobre sistemas de defesa, 18
- segundo e terceiro simillimum, 105, 120
- similar ou, 58

Sintoma na totalidade seg. Boenninghausen, 60**Sistema de defesa específico ou adaptativo, 17, 19****Sistema de defesa inespecífico ou natural, 14**

- componentes, 19
- fatores humorais, 15
- mucosas e, 15
- participação da pele no, 15

Sistemas complexos,

- importância da interação de fatores, 58
- Lei Universal da Equivalência, 56
- medicamento e, 57
- organismo humano e, 57

Supurações,

- capacidade de resposta e, 65
- caracterização clínico-terapêutica das, 65
- conotações clínicas, 64
- contribuição dos pacientes acnéicos, 64

- exacerbação pós simillimum das, 64
- - contribuição dos acnéicos ao estudo das, 65
- exsudatos e, 63
- sistema imunitário inespecífico e, 63

Totalidade sintomática integrada, 124-126**Toxinas, 29**

- alarmógenas, seg. Selye, 31
- antígenos e, 31, 32
- categorias, 29
- conceitos de Nebel e Vannier
- correlações miasmáticas, 29
- definições clássicas, 33
- diferenciação de exo e endotoxinas, 29
- fisiopatologia, 29
- miasmáticas, 33
- não bacterianas, 32
- - texto de Hohene, 32
- terreno e, 30
- - texto de Zissu, 31

Tratamentos prolongados,

- caracterização dinâmica das fases da doença, 105
- critérios de mudança da dinamização, 105
- critérios de mudança do medicamento, 105
- segundo simillimum, 105

Vithoukas, contribuição de, 110

ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E DIAGRAMAS

	Pág.
QUADRO I - Imunidade inespecífica e específica. Diferenciação	19
QUADRO II - Mecanismos das eliminações	21
QUADRO III - Drenagem e sistemas terapêuticos	28
QUADRO IV - Modos reativos seg. Hahnemann, sistematizados por Kent	42
QUADRO V - Eventualidades clínicas evolutivas seg. Kent	43
QUADRO VI - Variantes reativas pós simillimum, na visão da autora	53
TABELA VII - Retorno de manifestações antigas. Contribuição da autora	70
DIAGRAMA VIII - Discrepância reacional. Referência ao Caso Clínico 76	97
DIAGRAMA IX - Discrepância reacional. Referência ao Caso Clínico 77	98
DIAGRAMA X - Padrões de convergência de lesões remanescentes em acnéicos	102
DIAGRAMA XI - Deslocamento transversal de lesões	102
TABELA XII - CASOS CLÍNICOS. Relação sucinta	146 - 150
TABELA XIII - Iconografia. Sinopse das FIGURAS	198

A VIDA DA AUTORA

Anna Kossak Romanach nasceu em 30 de abril de 1929, em Três Barras, Estado de Santa Catarina. Graduiu-se em Medicina pela Universidade Federal do Paraná, em 1953. Após dois anos de clínica em Paranaguá, procurou a capital de São Paulo, para aperfeiçoamento.

Na Santa Casa de São Paulo estagiou no setor de Pediatria (1956-57), no Departamento de Patologia (1966) e, nos anos 1967-68, trabalhou na 2ª Clínica de Homens, sob direção do Prof. Ulysses Lemos Torres, tendo exercido, sucessivamente, as atribuições de Médica Estagiária, Adjunta Voluntária e Substituta de Chefe de Serviço da respectiva Enfermaria. Nos "Arquivos do Hospital da Santa Casa de São Paulo" publicou vários trabalhos ligados ao serviço.



Em 1957 foi nomeada médica do Departamento Estadual da Criança, da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, onde permaneceu até 1973 e onde iniciou a Homeopatia no atendimento de otites e de eczemas. Promoveu, junto às famílias, uma campanha anti-alcoólica, fixando-se no emprego do Sulfuricum acidum C 30, tendo enviado em 1969 a síntese de sua experiência, intitulada "Ethylism and the minimal doses of Sulfuric acid", ao *24th International Homeopathic Congress*, de Atenas, Grécia, com grande e inesperada repercussão. Influenciou campanhas semelhantes junto aos núcleos adventistas, espíritas e no Instituto Nacional de Previdência Social.

Em 1958 apresentou-se à Associação Paulista de Homeopatia. Foi eleita para 1ª Secretária desta entidade em 1959, 1961 e 1967 e para Vice-Presidente em 1975. Em 1991 recebeu homenagem por serviços prestados à Homeopatia e o Título de Sócia Honorária da APH. Em 1967 obteve o mesmo título da Liga Homeopática do Rio Grande do Sul. Em 1976 tornou-se Membro Titular do Instituto Hahnemanniano do Brasil.

Desde 1964, interessada em Dermatologia e na oportunidade da objetivação fotográfica capaz de documentar fenômenos clínicos da Homeopatia, passou a freqüentar o serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, do qual nunca se desligou. Nesta área realizou repetidos estágios, cursos e apresentou trabalhos em Congressos nacionais e estrangeiros. Sua formação dermatológica foi orientada pelo Prof. Sebastião A.P. Sampaio. Foi qualificada nesta especialidade em 1970. Desde então preocupou-se em documentar os aspectos cutâneos do seu próprio consultório, instalado no bairro da Lapa no período 1959-83. Em 1982, por ocasião do 38º Congresso Brasileiro de Dermatologia, foi premiada em Concurso de Documentação Fotográfica em Dermatologia.

Prestou assistência médica voluntária na Casa Transitória de São Paulo, durante onze anos consecutivos.

Em 1976 foi aprovada em concurso de Livre-Docência para a disciplina de Clínica Homeopática, na Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

Em 1979 freqüentou e concluiu Curso de Especialização em Imunopatologia, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Em 1980 organizou em São Paulo um curso formativo em Homeopatia, junto à Sociedade Brasileira de Homeopatia Dr. Alberto Seabra e sob o patrocínio do Instituto Hahnemanniano do Brasil. Em 1984 fundou o Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Homeopatia, ou IBEPH, que assumiu a

responsabilidade do Curso. Ainda em 1984, acessorada por colegas, fez surgir e coordenou a Unidade de Homeopatia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, solucionando o problema clínico prático dos futuros especialistas. Na Gazeta Homeopática, órgão oficial do IBEPH, motivou a publicação de vários trabalhos originais de equipe. Nos anos 1988-89, pelas repetidas ausências e delegação de encargos, por força dos compromissos na UNI-RIO, comprometeu a gloriosa atuação da Unidade de Homeopatia, que “deixou de ser a mesma”, conforme declaração da autoridade imediata, o Chefe do Departamento de Clínica Médica; realmente, neste período surgiram falhas na Unidade. No final de 1990, através de argumentos alheios ao desempenho da Unidade, foi induzida pelo então superintendente do nosocômio, à não renovação do convênio anual. Em 1991 formou a última turma de especialistas. Pôs o Instituto, que já adquirira prestígio nacional, à disposição da equipe assistente, mas ninguém ousou assumi-lo. Conseguiu ver realizado o principal objetivo dos seus cursos, ou seja, a formação de novos docentes na especialidade quando, em 1990, nos concursos de três disciplinas, da UNI-RIO, entre os oito candidatos aprovados constavam quatro ex-alunos seus.

Em 1984 publicou o livro didático “Homeopatia em 1000 Conceitos”.

Em 1988 foi aprovada no concurso para Professor Titular de Clínica Homeopática, da Universidade do Rio de Janeiro, com posse em 3.10.88. Foi bem recebida pelos colegas alopatas de todos os serviços, mas não pelo Departamento de Estudos Homeopáticos onde, após sete meses, formalizou a demissão, com perda de todos os direitos, exceto o uso do título.

Nos anos 1988 e 89 introduziu três disciplinas de Homeopatia, nível mestrado, na área de concentração em Patologia, em Curso de Pós Graduação em Ciências Biológicas, na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, atualmente uma autarquia.

Em 1990 presidiu a Comissão Especial Examinadora das provas do 1º Concurso para Título de Especialista em Homeopatia, organizado pela Associação Médica Homeopática Brasileira.

Em 1994 deixou a capital de São Paulo e instalou-se em Termas do Ibirá, Ibirá SP, para, junto ao marido, viver feliz para sempre. Cinco meses após, faleceu o seu companheiro de todos os momentos.

Nos anos 1995-96, mediante contrato, exerceu o magistério na Universidade Federal de Uberlândia, na qualidade de substituta do professor titular de Homeopatia. Nesta Universidade foi quem, em 1980, pela primeira vez falou sobre a terapêutica segundo a lei da semelhança, num Simpósio caracterizado pela presença maciça do corpo docente.

Continua sendo solicitada para comissões examinadoras de concursos universitários, reuniões de esclarecimento e colaboração em trabalhos de divulgação em livros, revistas e na Internet. Como palestrante, tem comparecido ao Instituto Lamasson, de Ribeirão Preto, assim como à Secretaria de Higiene e Saúde e à Associação dos Médicos, de Santos. Participou ativamente no último Congresso Nacional de Homeopatia de Gramado, RS, em 1998.

Em 1998 estruturou um programa completo para especialização em Homeopatia numa das Universidades santistas, mas fatores intrusos obstaculizaram o seu intento.

Enfim, em paz pelo dever cumprido, pôde dedicar-se ao presente texto que, iniciado há cerca de 7 anos, foi interrompido por sucessivos contratempos.