

COLECCIÓN HOMEOPATÍA

Tratado de HOMEOPATÍA

Comité de lectura:

*Pierre Benkemoun, Pierre Cornillot
Micheline Deltombre-Kopp,
Louis-Joseph Lützler †, Bernard Poitevin,
Alain Sarembaud, Michel Solon*

Elizabeth Aguilar A.
Homeopatía - Tel.: 260-1763



Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del "copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

Título original: HOMÉOPATHIE. LE TRAITÉ.

Traducción: Marta Moreno

Revisor técnico: Dr. Javier G. Lozano

© Éditions Frison-Roche

© 2000, Editorial Paidotribo
Consejo de Ciento, 245 bis, 1º 1ª
08011 Barcelona
Tel. 93 323 33 11- Fax. 93 453 50 33
<http://www.paidotribo.com>
E-mail: paidotribo@paidotribo.com

Primera edición:
ISBN: 84-8019-440-5
Fotocomposición: Editor Service, S.L.
Diagonal, 299 - 08013-Barcelona
Impreso en España por A & M Gràfic

LISTA DE AUTORES

- ABECASSIS Jacky, Doctor en farmacia, Presidente del Sindicato nacional de farmacia homeopática. Laboratorios Boiron, Sainte-Foy-lès-Lyon.
- BARBANCEY Jacqueline, antigua Presidenta del Grupo homeopático de estudios fisiopatológicos (GHEPP), Le Pizou.
- BASTIDE Madeleine, Profesora de inmunología y responsable del diploma de homeopatía en la Universidad de Montpellier I, Facultad de Farmacia, Montpellier. Antigua Presidenta del Grupo Internacional de Investigación sobre lo Infinitesimal (GIRI).
- BAUR Jacques, Doctor en medicina, miembro del consejo de administración de la Fundación Pierre Schmidt, diplomado en Estudios orientales, Lyon.
- BELON Philippe, Doctor en medicina, dermatólogo, doctor en ciencias, Presidente del Instituto francés de investigaciones en homeopatía (IFRH). Instituto Boiron, Sainte-Foy-lès-Lyon.
- BELOT Jean-Paul, Doctor en medicina, antiguo interno de hospital encargado de los cursos de homeopatía en la Facultad de Besançon.
- BENKEMOUN Pierre, Doctor en medicina, diplomado en medicina agrícola, Vicepresidente de la Sociedad médica de bioterapia (SMB), Copresidente de la Escuela de París de la SMB (sección Homeopatía).
- BERTHIER Daniel, Doctor en medicina, homeópata, Lyon.
- BESSON Nadine, Psiquiatra homeópata, diploma nacional de E.E.G., antigua interna del Hospital Psiquiátrico de Montpellier, miembro del GHEPP, Vichy.
- BESSONART Jeanette, Comadrona, diplomada de la facultad de medicina de Bobigny (homeopatía), Experta jurídica próxima al tribunal de apelación de París.
- BLAQUIERE Raoul, Doctor en medicina, homeópata, Carbone-Blanc.
- BURAUD François, Doctor en medicina, Presidente del Sindicato nacional de médicos homeópatas franceses (SNMHF).
- CHEMOUNY Bernard, Vicepresidente de la Escuela de homeopatía del Hospital Saint Jacques (París). Secretario general de la Asociación francesa para la investigación en homeopatía.
- CONAN MERIADEC Michel, Presidente de honor de la Sociedad francesa de homeopatía, Presidente de la Escuela homeopática del Hospital Saint-Jacques (París).
- COQUEREL Gerard, Pediatra, homeópata, antiguo jefe de clínica asistente del CHU¹ de Caen (pediatría, neonatología), Le Mans.
- CORNILLOT Pierre, Profesor de universidad, biólogo de los Hospitales de París (bioquímica), CHU de Bobigny (Universidad París Norte).
- COULAMY André, Doctor en medicina, homeópata, Presidente de la Sociedad Francesa de Homeopatía, delegado para Francia en la Organización Médico Homeopática Internacional, París.
- DAVID-ETEVE Chantal, Farmacéutica especializada en analítica, Directora de control de calidad. Laboratorios Boiron, Sainte-Foy-lès-Lyon.
- DELTOMBE-KOPP Micheline, Presidenta de la Asociación de pediatras homeópatas de lengua francesa, pediatra asesor del hospital Sain-Jacques (París), profesora adjunta del CHF, Director de estudios de homeopatía en la facultad de medicina de Bobigny (Universidad París Norte).
- DEMARQUE Denis, Doctor en medicina, antiguo interno de los Hospitales de Burdeos, responsable médico del Centro de estudios y de documentación homeopática (CEDH), Presidente de honor de la Asociación francesa para la investigación en homeopatía.
- DUFLO-BOUJARD Odette, Médico oftalmólogo, antiguo externo de los Hospitales de París, antigua consultora adjunta de los Hospitales psiquiátricos del Sena, antigua adjunta del hospital Léopold-Bellan, profesora en el Centro homeopático de Francia.
- GARCIA Christian, Doctor en cirugía dental, miembro asociado de la Academia nacional de cirugía dental, Presidente de la Asociación odontoestomatológica de Homeopatía, Secretario general del Sindicato nacional de cirujanos dentistas homeópatas, Massy.
- GUERMONPREZ Michel, Profesor del Centro de estudios homeopáticos de Francia, profesor adjunto en la facultad de medicina de Lille (IEP), Lille.
- HAFFEN Marc, Doctor en medicina, homeópata, acupuntor, Adjunto en el Hospital Saint-Jacques (París).
- HARARI Albert, Doctor en medicina, homeópata, CES² de dermatología y venerología, Libourne.
- HOLTZSHERER Aimé, Doctor en medicina, homeópata, profesor adjunto en la Universidad Burdeos II, profesor en el CEDH.
- JÄGERSCHMIDT Guy, Pediatra, Secretario general de la asociación de pediatras homeópatas de lengua francesa, ex-adjunto del servicio de pediatría del Hospital Saint Michel (Pa-

¹ CHU: Abreviatura de Centre hôpital-universitaire, hospital clínico o universitario. (N. del T.)

rís), profesor adjunto del Centro de estudios homeopáticos de Francia.

LAFORGUE Denis, Cardiólogo, antiguo adjunto del hospital Ambroise Paré, Presidente del Instituto nacional homeopático francés (INHF), París, Director de estudios de homeopatía en la facultad de medicina de Bobigny (Universidad París Norte).

LAGACHE Agnès, Profesor adjunto de filosofía, doctor en letras, Premio de Roma en literatura.

LÜTZER Louis-Joseph, antiguo Director de estudios de homeopatía en la facultad de medicina de Bobigny (Universidad París Norte), fallecido el 16 de enero de 1994.

MAJER-JULIAN Evelyne, Ginecóloga, antigua externa de los Hospitales de París, homeópata y acupuntora.

MARCHAT Philippe, Doctor en medicina, homeópata, Arros-Nay.

OLIVIER Jacques, especialista en medicina interna, Lyon.

PAYRAU Bernard, Cardiólogo, antiguo interno de los Hospitales de la región de París, responsable de la escuela de París de CEDH.

PIESSE Xavier, Médico homeópata, les Sables d'Olonne.

POITEVIN Bernard, Doctor en medicina, doctor en ciencias, Presidente de la Asociación francesa para la investigación en homeopatía, Director de investigación de Boiron-LHE.

PONCET, Jacques Edouard, médico homeópata, diplomado en pediatría y puericultura, antiguo interno de los Hospitales de Lyon, consultor adjunto de los Hospicios civiles de Lyon.

QUEMOUN Albert Claude, Farmacéutico responsable del laboratorio LSH y Rocal, profesor adjunto de homeopatía en la facultad de Bobigny (Universidad París Norte), Presidente del Instituto homeopático científico (París y Québec).

RABANES Olivier, Doctor en medicina, homeópata, DEA¹ en Historia de las ideas (París XII), profesor en la Escuela francesa de homeopatía (Hospital Saint-Jacques), París.

RODWICH Jean-Michel, Otorinolaringólogo, adjunto en el Centro hospitalario de Saint Denis, Presidente de la sociedad francesa de médicos homeópatas especialistas, profesor de homeopatía en la facultad de medicina de Bobigny (Universidad París Norte).

SAINT-JEAN Yves, Doctor en medicina, profesor adjunto de homeopatía en la Universidad de Burdeos II, profesor en el Centro de estudios y de documentación homeopática (CEDH), Jarnac.

SAREMBAUD Alain, Doctor en medicina, homeópata, profesor adjunto de homeopatía en la facultad de medicina de Bobigny (Universidad París Norte), Esvres-sur-Indre.

TETAU Max, Doctor en medicina, farmacéutico, Presidente de la Sociedad médica de bioterapia, Presidente de la Federación nacional de sociedades de medicina homeopática, Presidente de Homeopatía Universalis, París.

ZIEGEL Geneviève, Psiquiatra homeópata, antigua interna de los Hospitales psiquiátricos de Montpellier, Presidenta del Grupo homeopático de estudios psicopatológicos (GHEPP), profesora adjunta.

ZISSU Roland, Médico y profesor homeópata, antiguo presidente de la Escuela francesa de homeopatía (EFH).

² CES: Abreviatura de *college d'enseignement secondaire*, colegio de enseñanza secundaria. (N. del T.)

¹ DEA: Abreviatura de *Diplôme d'études approfondies*, diploma de estudios superiores especializados (curso equivalente al primer año de doctorado en España). (N. del T.)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN, 9

PRIMERA PARTE: HISTORIA Y FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE LA HOMEOPATÍA, 15

Capítulo I - Historia, 17

1. Hahnemann, su vida, su obra.....17
2. El método hahnemaniano.....33
3. Lectura de la obra de Hahnemann.....37

Capítulo II - Principios fundadores de la homeopatía actual, 49

1. Principio de similitud y concepto de patogénesis.....49
2. El principio de la infinitesimalidad.....63
3. Globalidad.....71

Capítulo III - Principios organizadores de la práctica homeopática, 77

1. Individualización del medicamento y personalización del tratamiento.....77
2. Diluciones y dinamizaciones.....87
3. Las diátesis homeopáticas.....93
4. Homeopatía y biotipologías.....121
5. Interés actual del tipo sensible.....131
6. Los repertorios.....135

SEGUNDA PARTE: LA HOMEOPATÍA A LA LUZ DE LA CIENCIA Y DE LA TÉCNICA, 149

Capítulo IV - La investigación en homeopatía, 151

1. Las grandes direcciones de investigación en homeopatía.....151
2. Los ensayos clínicos del medicamento de uso homeopático.....173
3. Homeopatía e inmunidad.....183
4. Evaluación de la homeopatía: objetivos y métodos.....197

Capítulo V - El medicamento de uso homeopático, 205

1. Reglamentación y control.....205
2. Fabricación y formas galénicas.....215

6 TRATADO DE HOMEOPATÍA

Capítulo VI - La homeopatía en cuestión: observaciones y debates, 223

1. Las paradojas de la homeopatía: un error de escala	223
2. Los auténticos precursores de la homeopatía y los derivados actuales sobre el concepto de similitud	229
3. Homeopatía y psicopatología	239
4. Argumentos para una homeopatía crítica	249

TERCERA PARTE: PRÁCTICA CLÍNICA DE LA HOMEOPATÍA, 259

Capítulo VII - El marco reglamentario, 261

1. Formación de los médicos	261

Capítulo VIII - El acta médica homeopática, 265

1. Los marcos de acción terapéutica en homeopatía	265
2. La consulta médica en homeopatía	271
3. La prescripción en homeopatía	279

Capítulo IX - La homeopatía y el niño, 289

1. La consulta en pediatría homeopática	289
2. Patología neonatal y homeopatía	293
3. Las fiebres del niño	303
4. Patología digestiva de la primera infancia	309
5. Patología de las vías respiratorias altas del niño	321
6. Dermatología infantil	335
7. Trastornos del comportamiento relacional del niño	345
8. La pubertad	355

Capítulo X - La homeopatía y la mujer, 365

1. Ginecología	365
2. Obstetricia	381

Capítulo XI - Homeopatía en andrología y en nefrourología, 393

1. Andrología y homeopatía	393
2. Nefrología y urología homeopáticas	407

Capítulo XII - La homeopatía y la persona anciana, 419

1. Sistémica homeopática y patologías del envejecimiento	419

Capítulo XIII - Sistémica homeopática en otorrinolaringología, 437

1. Otorrinolaringología y homeopatía	437
2. Otitis medias	441
3. Epistaxis	447

Capítulo XIV - Sistémica homeopática en oftalmología, 453

1. Técnicas y posibilidades terapéuticas de la homeopatía en oftalmología	453
2. Afecciones de los párpados	463
3. Conjuntivitis y otras afecciones inflamatorias del segmento anterior del ojo	475

Capítulo XV - Homeopatía y enfermedades respiratorias, 487

1. Terapéutica homeopática en patología respiratoria	487

Capítulo XVI - Sistémica homeopática y patologías cardíaca y vascular, 505	
1. Homeopatía y patología cardiovascular	505
2. Hipertensión arterial	509
3. Palpitaciones	523
Capítulo XVII - Sistémica homeopática y enfermedades infecciosas, 529	
1. El síndrome gripal	529
Capítulo XVIII - Sistémica homeopática y afecciones de la boca y de los dientes, 537	
1. Homeopatía y patologías bucodentales	537
Capítulo XIX - Sistémica homeopática y patología digestiva, 549	
1. Úlceras gastroduodenales	549
2. Diarreas agudas	561
3. Hepatitis víricas	569
Capítulo XX - Homeopatía y enfermedades de la piel, 577	
1. Sistémica homeopática y dermatología	577
Capítulo XXI - Sistémica homeopática y aparato locomotor, 591	
1. Límites y posibilidades de la homeopatía en reumatología	591
2. Reumatismos degenerativos y metabólicos	595
3. Tratamiento homeopático de los reumatismos inflamatorios	605
4. Osteoporosis	615
5. Homeopatía y medicina del deporte	621
Capítulo XXII - Sistémica homeopática en psiquiatría, 627	
1. Homeopatía y psiquiatría	627
2. Trastornos psicopatológicos de la adolescencia	633
Capítulo XXIII - Sistémica homeopática y afecciones del sistema nervioso, 643	
1. Epilepsias	643
2. Vértigos y zumbidos de los oídos	653
ÍNDICE DE MATERIAS, 665	

10

11

12

INTRODUCCIÓN

Pierre Cornillot

La homeopatía es una práctica médica única en su género. Concebida, hace dos siglos, por Samuel Hahnemann, implica una trayectoria terapéutica original que se basa en un enfoque a la vez empírico y conceptual de la enfermedad, de su integración en la personalización del enfermo y de su tratamiento. En ningún caso podemos resumirla a la simple prescripción de algunos gránulos recetados por un médico aquejado de originalidad, ni al consejo avisado de un farmacéutico convencido del interés que supone disponer en su almacén de una serie de medicamentos totalmente inofensivos.

De la misma manera, concebir un tratado de homeopatía a finales del siglo XX no podía limitarse a la exploración y a la prescripción más exhaustiva posible de los conocimientos y prácticas en curso. Era necesario aportar la dimensión de un auténtico debate a fin de contribuir eficazmente a una clarificación de las ideas en un controvertido campo de la medicina. Quisiéramos, a modo de introducción de esta empresa colectiva, subrayar, en primer lugar, la aportación de las ideas y la obra de Samuel Hahnemann a la reflexión sobre la ciencia médica.

SAMUEL HAHNEMANN
EL HOMBRE DE UNA ÉPOCA

Es difícil abordar el significado completo de la homeopatía si no situamos a su fundador en el ambiente de su época, una época especialmente agitada tanto en Alemania como en Francia y tanto en medicina como en ciencias o en filosofía, política, arte, música o literatura. Samuel Hahnemann se incluye en esta esfera de renovación: es una persona al corriente de las nuevas ciencias que, durante sus estudios, traduce diversos textos de química, física y fisiología y que cuando abandona momentáneamente el ejercicio de la medicina en el año 1790 lo hace por insatis-

facción. Para él, significa una rebelión contra los medios terapéuticos de su tiempo y contra el discurso que los justificaba.

«Sangrías, remedios para la fiebre, baños tibios, bebidas amenazadoras, dietas debilitadoras, limpiezas de sangre y los eternos aperitivos y lavativas forman el círculo en el cual el médico alemán se repite continuamente» (Hahnemann, 1790, in Dantas, 1994)

«[...] mi sentido del deber no me permitía ocuparme del estado patológico desconocido de mis hermanos que sufrían recetándoles medicamentos desconocidos [...]. La idea de transformarme de esa forma en asesino o en malhechor, tratándose de la vida de mis compañeros, era terrible para mí, tan espantoso e inquietante que abandoné toda mi práctica de la medicina durante mis primeros años de matrimonio...» (Hahnemann, 1808, in Dantas, 1994)

«Es mejor no tener ningún médico ni ningún medicamento que dejarse tratar con los métodos de la antigua escuela» (Hahnemann, in Baur, 1993)

No obstante, también se detuvo para reflexionar, para informarse y conocer. Siempre conservando una producción científica personal, especialmente en química, traduce diversas obras que reflejan el orden de sus preocupaciones: *Las Investigaciones sobre la tisis pulmonar* de M. Ryan, *Advertencias a las mujeres* de J. Grigg, *La Materia médica* de Cullen, *El Tratado de química médica y farmacéutica* de D. Monro, *Las Observaciones sobre el azúcar* de E. Ringby, *El Ensayo sobre el aire puro y sobre los diferentes tipos de aire* de De La Méthérie, etc. El «retiro» que se impuso a sí mismo durante varios años, antes que continuar empleando métodos en los cuales no creía en absoluto, le condujo a una profunda reflexión sobre las propias bases del saber médico de su época y de sus prácticas terapéuticas. Con ello, se unía a otros muchos pensadores a los que las corrientes de finales del siglo XVIII habían dejado insatisfechos. En este contexto, nació

en el espíritu de Samuel Hahnemann su búsqueda hacia algo diferente, todavía rodeada de una aureola de confianza depositada en el poder divino y su capacidad para poner fin a las empresas humanas.

«No, existe un Dios personificación de la bondad, de la propia sabiduría, y debe haber también un medio creado por Él para curar las enfermedades con certeza [...] ¿Por qué no ha sido encontrado todavía ese medio después de veinte siglos de existencia de esos hombres que se llaman a sí mismos médicos? Es porque estaba demasiado cerca de nosotros y porque era fácil acceder a él; porque no eran necesarios para alcanzarlo, ni brillantes sofismos ni seductores hipótesis. ¡Bien! [...] buscaré el lugar donde se encuentre muy cerca de mí, un medio en el que nadie ha pensado jamás porque era demasiado simple. [...] Debes, pensaba, observar la forma en que los medicamentos actúan en el cuerpo del hombre cuando éste se encuentra en la plenitud de la salud. Los cambios que determinen no tienen lugar en vano sino que deben, necesariamente, significar algo; puesto que sin ello, ¿por qué se producen?...» (Hahnemann, *Carta sobre la urgencia de una reforma en medicina*, 1805, traducida en *Estudios de medicina homeopática*, t.I. París, 1855, citada por L. Simon, *Nota histórica y médica sobre la vida y los trabajos de Samuel Hahnemann*, 4ª ed. fr. de *El Organon del arte de curar, Exposición de la doctrina médica homeopática*, publicado en París por J.B. Bailliére en 1856 a partir de la 5ª ed. original) (Hahnemann, 1834, trad. fr. 1856).

La búsqueda de otra forma de curar las enfermedades y de forma más amplia de conceder otro significado a la enfermedad y a su tratamiento se incluye perfectamente, ya lo hemos mencionado, en el movimiento sorprendentemente poderoso que elabora el pensamiento europeo a finales del siglo XVIII de ruptura epistemológica con los fundamentos teístas que regulaban *de facto* el saber humano e incluso el orden del pensamiento y la sociedad. Curiosamente, la medicina marca el paso si comparamos sus progresos con los de la filosofía o las ciencias. Mientras que la química y la física propiciarán el avance decisivo de la industria y la electricidad, la fotografía y la máquina de vapor revolucionarán la sociedad, la biología apenas ha dado sus primeros pasos y la medicina permanece siempre envuelta en sus conflictos, sus confusas teorías, sus rentas de situación y sus querellas de prestancia. Algunos nombres empezaban a definir etapas, combates e incluso errores, siempre a la búsqueda de nuevos conocimientos: Réaumur, Spallanzani, Pinel, Lavoisier, Bichat, Broussais, Dupuytren, Laennec, Magendie que establecería las bases de la fisiología moderna...

En nuestra opinión, el carácter profundamente innovador de la trayectoria de Samuel Hahnemann en la época en que vivió e incluso hoy día, reside en la combinación de algunas ideas-base:

- un medicamento no actúa directamente sobre el agente mórbido sino sobre los desarreglos que este último ha intro-

ducido en la armonía vital del organismo expresada como buena salud «cuando la fuerza vital instintiva, automática e incapaz de razonar ha sido llevada por la enfermedad a producir reacciones anormales...» (Hahnemann, 1834, trad. fr. 1856, Introducción);

- en la puesta en práctica del tratamiento por los semejantes (*similia similibus curantur*) y en virtud del principio de similitud, el médico debe buscar la dosis más baja de medicamento capaz de provocar una reacción salvadora del organismo, «mediante una fuerza mórbida apta para producir síntomas parecidos y un poco más fuertes...» (Hahnemann, 1834, trad. fr. 1856);
- el ensayo sobre uno mismo de los medicamentos permite al médico conocer, a través de la experiencia personal, los desórdenes generados por cada uno de ellos a dosis elevadas, actitud de un elevado valor ético y que confiere al profesional un conocimiento real del producto prescrito.

Estas ideas-base son expresadas actualmente mediante los tres principios de la homeopatía actual: similitud, infinitesimalidad y globalidad y la experiencia individual de las patologías.

Curiosamente, el principio de vitalidad o de fuerza vital parece haber sido ligeramente eliminado de la memoria colectiva en beneficio de la globalidad a pesar de que representaba y representa todavía una espina punzante para los organicistas, mecanicistas y materialistas y es, sin duda, el alma del pensamiento hahnemanniano. (Recordaremos esta dimensión del debate científico en la segunda parte del tratado dedicada a la investigación: P. Cornillot, *Les paradoxes de l'homéopathie*) [«Las paradojas de la homeopatía»], capítulo VI, 1). En particular el principio de globalidad sólo encuentra su verdadera dimensión, tal y como lo explica muy claramente M. Guernonprez en su artículo «Globalité» («Globalidad») (capítulo II,3), al tomar en cuenta este concepto esencial del cual se derivará, por encadenamiento lógico, la idea de la reactividad propia de un individuo como expresión de esta energía interna la cual abrirá un vasto campo de reflexión y de observación alrededor del concepto de «terreno» y en la cual se incluirán los múltiples intentos de valorización y de jerarquización de los síntomas, de racionalización de las afecciones crónicas, de sistematización y de tipología de los individuos que a su vez marcan la trayectoria de la homeopatía hasta nuestros días.

Debido a que el discurso de Samuel Hahnemann se opone totalmente a las ideas recibidas, la homeopatía se ha desarrollado sin concesiones a los grandes discursos triunfalistas de una medicina académica incapaz de emitir sobre ella misma las críticas y censuras tan habituales contra sus oponentes. El talento polémico del fundador de la homeopatía le hizo ganar amigos, la virulencia y la perfidia de los ataques de sus adversarios estaban a menudo alimentadas por una pluma muy poco amable:

«Mi visión se eleva muy por encima de esta rutina mecánica que se burla de la vida tan preciada de los hombres, tomando como guía una colección de recetas cuyo número, que

crece diariamente, prueba hasta qué punto está desgraciadamente extendido el uso que se hace de ellas. Por mi parte dejo este escándalo a la opinión del pueblo médico, yo me ocupo únicamente de la medicina reinante, que imagina que su ancianidad le concede realmente el carácter de ciencia.

«Esta vieja medicina se vanagloria de ser la única que merece el título de *racional* porque es la única, dicen, que se ocupa de buscar y separar las causas de la enfermedad, la única también que *sigue las indicaciones de la naturaleza en el tratamiento de las enfermedades*.

«*Tolle causam!* se dice a sí misma sin cesar; sin embargo, sólo se limita a ese vano clamor. Creen que pueden encontrar la causa de la enfermedad, pero en realidad no la encuentran en absoluto...» (Hahnemann, 1834, trad. fr. 1856).

El indiscutible éxito de los recursos de la homeopatía durante las epidemias de cólera que batieron Europa en el siglo XIX obtuvo, ciertamente, expresiones de agradecimiento popular. No obstante, la distancia establecida por Samuel Hahnemann respecto a la *alopatía*, su posición confirmada a favor de una concepción vitalista de la enfermedad y de la salud y, por lo tanto, de la forma, de actuar de los medicamentos son otras tantas razones que explican por qué la homeopatía es y sigue siendo actualmente blanco de efectivas polémicas académicas y profesionales.

LOS TÉRMINOS DE UN DEBATE ESENCIAL DE LA MAYOR ACTUALIDAD

Las concepciones del fundador de la homeopatía sobre la función de la «energía vital» han sido tomadas muchas veces como muestra para dejar entrever que podrían significar una cierta tendencia o connivencia con el animismo y el espiritismo de la época, representados entre otros por Swedenborg y sus seguidores, con la medicina hermética de Paracelso o con otros médicos esotéricos. Tachándola de obscurantismo, incluso algunos de nuestros contemporáneos no han dudado, durante estos últimos años, en denunciar las sospechosas relaciones de la homeopatía y condenarla bajo el pretexto de que un alto dignatario nazi inauguró, en su momento, un congreso de homeópatas alemanes (algo así como si los Juegos Olímpicos o la práctica del deporte se hubieran convertido en sospechosos tras los JJOO de Berlín en 1936).

Si la observación se lleva a cabo desde la distancia, las cosas no son tan simples y merecen que nos detengamos un poco en su análisis. Especialmente, el empeño mostrado por algunos en ridiculizar la homeopatía y en desconsiderar a todos aquellos que se unen para validar o verificar determinados principios (cf. la polémica alrededor de la memoria del agua, y los intentos, mantenidos especialmente por la revista británica *Nature*, de provocar a J. Benveniste sobre la realidad de los efectos biológicos de las altas diluciones de anticuerpos anti-IgE) expresa sobre

todo la gran irritación de los defensores de una cierta medicina basada en el concepto bio-órgano-mecanicista, actualmente bien establecida, contra todo aquel que no esté de acuerdo con sus ideas, oscilando entre un terrorismo intelectual y profesional insidioso y destructor y un pseudo-eclecticismo infantil cuyo último libro de nuestro colega J.-J. Aulas representa un estándar del género (Aulas, 1993).

De hecho, este empeño y esta irritación duran desde hace ciento cincuenta años y la obcecación ciega es tal que pueden encontrarse de la pluma de brillantes cerebros de nuestros días argumentos que han sido rebaridos desde hace un siglo y medio.

Intelectualmente, sólo podemos alegrarnos de la existencia de esta polémica que no hace más que demostrar la vitalidad y la agudeza de las ideas; no obstante, los progresos de nuestros conocimientos en medicina, en biología y en psicología al igual que en física y en química han sido demasiado importantes a lo largo de estos dos últimos siglos como para no reclamar una mayor agudeza en contacto con los saberes modernos antes de intentar vapulear a los demás: Comprender y formular en términos aceptables hoy en día las concepciones que sostienen la trayectoria terapéutica homeopática o declararlas inoperantes obligan a tener en cuenta los conocimientos y los resultados obtenidos por disciplinas tan variadas como la inmunología, la biología molecular, la enzimología o el efecto de las radiaciones electromagnéticas sobre los organismos vivos. En este sentido, los trabajos y la contribución de M. Bastide («*Homéopathie et immunité*», «Homeopatía e inmunidad», capítulo IV.3) y de B. Poitevin («*Les grandes directions de la recherche en homéopathie*», «Las grandes líneas de la investigación en homeopatía», capítulo IV.1) nos ofrecen importantes e ineludibles perspectivas.

Y, en la misma línea, no podemos evitar integrar en nuestra reflexión a K. Popper y su discurso sobre la relatividad de las verdades científicas, a M. Feigenbaum y la teoría del caos y a E. Lorenz y el efecto mariposa. Para ilustrar el sentido de tales aportaciones, no podemos resistirnos al placer de transcribir aquí la antigua canción citada por James Gleick en su libro *La Teoría del caos* (*La Théorie du chaos*, Gleick, 1987, tr. fr. 1989) tan aplicable a la concepción homeopática de las enfermedades y su tratamiento:

«Si falta el clavo, se pierde la herradura;
«Si falta la herradura, se pierde el caballo;
«Si falta el caballo, se pierde el caballero;
«Si falta el caballero, se pierde la batalla;
«Si se pierde la batalla, se pierde el reino!»

Releer los fundamentos de la homeopatía, intentar demostrarlos y validarlos a través de los conocimientos actuales resulta de imperiosa necesidad para la supervivencia de la disciplina. Sabemos que el resultado será una mejor interacción entre las exigencias del presente y las experiencias del pasado. La homeopatía, puesto que expresa un enfoque conceptual original de la enfermedad, del enfermo y del tratamiento, no puede sino enri-

quecer y enriquecerse de la participación en los modernos debates sobre medicina.

Visto desde ese ángulo, es necesario decir y repetir que el discurso de S. Hahnemann sobre las finalidades de la medicina, la escucha del enfermo, las exigencias de la experimentación sobre el individuo sano, la obligación moral que recae sobre el médico de experimentar con él mismo, la preocupación puesta en identificar los precursores de la homeopatía, la consideración de la influencia del psiquismo sobre el transcurso de los acontecimientos ("el remedio moral"), son otras tantas lecciones de total actualidad. Su preocupación sobre el sentido que debe concederse al concepto de fuerza vital no debe ser reducida a una vicisitud histórica del pensamiento médico. El propio Claude Bernard, tan a menudo solicitado como defensor del modernismo en contra de los miasmas obscurantistas, acabará diciendo en su *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (Introducción al estudio de la medicina experimental):

«La misma idea vital es la que siempre conserva el ser, reconstituyendo las partes vivas desorganizadas por el ejercicio o destruidas por los accidentes y las enfermedades; de manera que las explicaciones vitales deberán buscarse siempre en las condiciones físico-químicas del desarrollo primitivo tanto en el estado normal como en el patológico [...]» (Bernard, 1865/1984).

No podemos negar que todavía nos encontramos ante un problema real y el silencio de la "medicina reinante" (como decía S. Hahnemann) dice mucho sobre la imprecisión y la vaguedad del pensamiento oficial al respecto.

El vitalismo fracasó en su formulación antigua, pero la idea esencial permanece hoy día: si existe un proceso que confiere la vida a los órganos y aparatos del organismo humano y con la cual se encuentran transitoriamente animados, ¿cómo se expresa ese proceso? ¿cómo se transmite? ¿cómo se desarregla? ¿cómo desaparece? ¿cómo se expresan sus desórdenes? ¿cómo intervenir?

La cuestión se reduce, en efecto, a saber cómo se sitúa este "principio vital" en los procesos patológicos. Reconociendo, con Claude Bernard (*op. cit.*), que la muerte es el efecto de la desaparición de esta "fuerza vital creadora" todo lleva a pensar que enfermedad y alteración de este "principio vital" son dos conceptos paralelos. La trayectoria hahnemanniana ha consistido, esencialmente, en ver en las manifestaciones mórbidas una expresión del desarreglo de esta fuerza vital bajo los efectos de un agente patógeno y considerar este desarreglo como el peligro real. Intentar, mediante una estimulación específica, corregir este desarreglo procede de una lógica indiscutible, pero plantea, simultáneamente, los términos de una trayectoria terapéutica totalmente nueva.

Este concepto de la acción curativa y preventiva en medicina no puede ser eliminado de un simple plumazo puesto que se

trata de una concepción fisiopatológica perfectamente justificada aunque situada en la antípoda de la racionalización habitual sobre el origen de las enfermedades y su tratamiento. ¿Debemos emocionarnos? Nuestros conocimientos son demasiado fragmentarios todavía para pretender realizar un discurso unívoco. Fijémonos en los investigadores de las ciencias denominadas duras: las verdades parciales les han enseñado a esperar un descubrimiento futuro trascendental. ¿Cómo los especialistas del mundo de lo vivo y con ellos los médicos pueden rechazar que puedan coexistir puntos de vista diferentes, concepciones diferentes, lógicas diferentes sobre la forma de comprender las enfermedades y su curación? El genio de Samuel Hahnemann trascendió las concepciones de su época y en consecuencia, una parte de su propio discurso y de su argumentación: no existe en ello nada inusual que no haya ocurrido antes a lo largo de la historia del pensamiento humano. Referirse a curiosidades del lenguaje, a excesos del verbo o a representaciones anticuadas conduce a enmascarar la dimensión esencial de la aportación de Samuel Hahnemann a la evolución del pensamiento médico, de la misma manera que los árboles no dejan ver el bosque.

Ciertamente, la homeopatía no debe pretender ser, hoy en día y en todas las situaciones patológicas, el único recurso en el sentido más absoluto del término. Su intervención no posee más que un sentido limitado tanto en las situaciones extremas en las que el decaimiento de un órgano o de una función pone en juego la supervivencia inmediata como en estados avanzados de un proceso maligno en el que el tamaño del tumor y el desarrollo de las metástasis provocan disfunciones de carácter anatómico o en la corrección de desórdenes inducidos por una afección genética congénita. No obstante, tanto en el desarrollo de los procesos mórbidos a largo plazo como en las afecciones agudas, la homeopatía es un recurso que además es poco costoso y particularmente bien adaptado para los grupos de población frágiles y sensibles a los efectos perniciosos de las prescripciones alopáticas (niños, mujeres embarazadas, ancianos). Esperemos que tanto partidarios como detractores de la concepción homeopática de las enfermedades y sus tratamientos sepan contribuir, cada uno a su manera, a identificar el auténtico tema de debate, es decir, el del significado que debe concederse a la manifestación mórbida y a partir de ahí dedicarse a buscar la acción terapéutica más adecuada, en el más amplio sentido del término.

Desde el momento en que los poderes públicos declaran su preocupación ante el aumento imparable de los gastos de salud, no podemos dejar de sorprendernos de la eficacia de la "campana de silencio" que impide que se plantee realmente la cuestión de buscar alternativas a la prescripción alopática. Excepto si creemos que estos poderes públicos se incluyen en un poderoso *lobby* que impediría cualquier desviación al respecto, hay que reconocer que los defensores de la homeopatía no han conseguido todavía demostrar la importancia de la concepción homeopática en términos de salud pública y de economía de la salud.

DEL INTERÉS DE UN TRATADO HOMEOPÁTICO

Es desde esta perspectiva que debemos comprender el esfuerzo colectivo realizado en este libro, para crear un tratado enciclopédico capaz de aportar tanto a los médicos, homeópatas o no, como a los farmacéuticos, una información fiable, crítica, moderna y evolutiva. Los numerosos autores que han aceptado unirse a esta empresa lo han comprendido de esa forma y nosotros somos conscientes del valor excepcional de sus contribuciones. Permítannos recordar también a tres colegas cuya muerte ha interrumpido una colaboración que todos esperábamos, Jean Charonnet, presidente del CHF, desaparecido el 22 de enero de 1992, Pierre Joly, muerto el 10 de abril de 1992 tras haber asumido durante varios años la coordinación del tratado de Homeopatía de la Enciclopedia Médico-quirúrgica, y Louis-Joseph Lützer, miembro del Comité de lectura, fallecido el 16 de enero de 1994.¹

El tratado de HOMEOPATÍA presenta las características de una obra original en muchos sentidos.

- Como continuación al antiguo tratado de Homeopatía de la Enciclopedia Médico-quirúrgica, es el producto de la reflexión profunda y especialmente ecuménica de un comité de lectura que reúne a médicos homeópatas, investigadores y universitarios especializados y pertenecientes a instituciones a veces muy diferentes. Los miembros de este comité de lectura han trabajado sin descanso durante más de dos años para proporcionar coherencia a la obra y para salvaguardar, al mismo tiempo, la originalidad de la aportación de cada uno de los autores.
- Lejos de concebir un tratado dogmático, el comité de lectura ha pretendido que el carácter enciclopédico de la obra se

expresase mediante la diversidad de puntos de vista y el establecimiento de un auténtico debate. Esbozada en el capítulo VI "Opiniones y Debates" esta voluntad se concretará a través de los volúmenes complementarios anuales, con el objetivo de proporcionar al lector la posibilidad de aprehender claramente los fundamentos y las posturas de la discusión.

- Convencidos de que la homeopatía posee un papel importante a desempeñar en el desarrollo de la medicina de nuestros días y del futuro, los miembros del comité han priorizado y favorecerán siempre la información científica. En la 2ª parte "La homeopatía a la luz de la ciencia y la técnica" diversos investigadores de renombre y especialistas que colaboran en las actividades de diferentes laboratorios fabricantes de medicamentos homeopáticos aportan su contribución a este esfuerzo de investigación y desarrollo sin el cual, la homeopatía correría el riesgo de convertirse en un simple episodio de la historia médica a modo de un libro cerrado.
- La formación de los médicos y farmacéuticos homeópatas al igual que la información de profesiones médicas y asistenciales han sido un tema de preocupación constante del comité de lectura. Actualmente, en muchos países, existe una demanda más o menos satisfecha a la que hemos intentado responder mediante el carácter didáctico de la obra. Esperamos que pueda representar el papel de preciada obra de consulta para aquellos colegas para los cuales la distancia y la lengua puedan representar obstáculos para acceder fácilmente a las fuentes de información y de documentación.

Para acabar, es nuestro mayor deseo que los lectores encuentren en esta obra enciclopédica las respuestas a las preguntas que les plantea la práctica de la medicina homeopática de nuestra época y que las actualizaciones anuales sean a lo largo de los años una forma de respuesta adecuada a sus requerimientos.

¹ Responsable del diploma de homeopatía en la facultad de Bobigny desde 1983. L.-J. Lützer ocupaba en el seno de la homeopatía francesa y europea un lugar muy especial que se había ganado por su gran cultura, su profunda experiencia y su elevada altura. De refinada inteligencia, supo contribuir, por la originalidad de su pensamiento y la precisión de sus conocimientos, a que el tratado de HOMEOPATÍA sea una obra única.

BIBLIOGRAFÍA

- AULAS JJ (1993). *Les médecines douces, des illusions qui guérissent*. Odile Jacob. Paris. 301 p.
- Autres médecines, autres mocurs* (1986) Obra colectiva, Bouchayer F dir. Autrement; 85. 236 p.
- BARGUES ML (1991). *La santé au coeur des médecines*. Centurion. Paris. 240 p.
- BASTIDE M, LAGACHE A (1995) "Homeopatía e inmunidad. Homeopatía", Cap. IV.3, *Enciclopedia Medicinas Naturales*, Editorial Paidotribo, (Barcelona-España).
- BAUR J (1995). "Lectura de la obra de Hahnemann, Homeopatía", Cap. I.4, *Enciclopedia Medicinas Naturales*, Editorial Paidotribo, (Barcelona-España).
- BERNARD C (1865/1984). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Réed Flammarion. Paris. 318 p.
- CHOFÉAT F (1993). *L'homéopathie au chevet de la médecine? Essai pour un nouveau débat*. Éditions d Cerf. Paris. 336 p.
- CONAN MERIADEC M (1990). *L'homéopathie, conception médicale à la dimension de l'homme*. Boiron. Lyon. 381 p.
- CORNILLOT P (1993). *Le discours moderne sur la médecine est de mauvaise foi* - Entretien avec B Geidel. *Le Généraliste*; 1465: 14-17.
- DANTAS F (1994). *La logique clinique de l'homéopathie* (trad CA Cardoso de Andrade). *Homéopathie Européenne*; 1.
- DEMARQUE D (1981). *L'homéopathie, médecine de l'expérience* (2ª ed). Maisonneuve. Moulins-lès-Metz. 458 p.
- FEDERSPIEL G, SCANDALLARI C (1993). *Les médecines parallèles*. Pour la Science; 192: 38-47.
- GLEICK J (1987) *La théorie du chaos* (trad fr Jeanmougin C). Albin Michel. Paris (1989) Réed Coll Champs, Flammarion. Paris (1991). 431 p.
- GUERMONTPREZ M (1995) Globalidad. Homeopatía, Cap. II.3, *Enciclopedia de las Medicinas Naturales*, Editorial Paidotribo (Barcelona-España).
- HAHNEMANN S (1829 Trad fr 1856/1986). *Organon der rationellen Heilkunst* (4ª ed). Dresden, 1829. Exposición de la doctrina médica homeopática u *Organon del arte de curar*. Editorial Albatros.
- L'homme et la santé* (1992). Obra colectiva, Bernardis MA dir Seuil et Cité des Sciences et de l'industrie. Paris 319. p.
- JOUANNY J, CRAPANNE JB, DANCER H, MASON JL (1986) *Thérapeutique homéopathique*. Tomo I: Possibilités en pathologie aiguë. Boiron. Lyon. 356 p.
- JOUANNY J, CRAPANNE JB, DANCER H, MASON JL (1988) *Thérapeutique homéopathique*. Tomo II: Possibilités en pathologie chronique. Boiron. Lyon. 509 p.
- Les médecines différentes, un défi?* (1986) Informe para el ministro de Asuntos sociales y de la Solidaridad nacional y para el secretario de estado encargado de la Salud. Obra colectiva. la Documentation française. Paris. 290 p.
- POITEVIN B (1987). *Le devenir de l'homéopathie*. *Éléments de théorie et de recherche*. Doin. Paris. 256 p.
- POITEVIN B (1990). *Introduction a l'homéopathie, bases expérimentales et scientifiques*. CEDH. Paris. 103 p.
- POITEVIN B (1995). *Las grandes líneas de la investigación en homeopatía*. Homeopatía. Cap. IV.1. *Enciclopedia de las Medicinas Naturales*. Editorial Paidotribo (Paris-Francia).
- SAREMBAUD A (1991). *Homéopathie*. Masson. Paris. 229 p.
- VITHOULKAS G, GUINEBERT C. (1981). *L'homéopathie, origines et avenir d'une nouvelle médecine*. Payot. Paris. 174 p.

PRIMERA PARTE

Historia y fundamentos conceptuales de la homeopatía

CAPÍTULO I — HISTORIA

I.1

Hahneman, su vida, su obra

O. Rabanes

El médico sajón Samuel Hahnemann (1755-1843) fue el único fundador de una doctrina médica nueva, la homeopatía, que tuvo lugar en la confluencia del siglo XVIII y XIX, período de revolución de las ideas médicas en toda Europa. Dejó numerosos escritos que han determinado la teoría y la práctica homeopáticas de las cuales muchas todavía siguen vigentes actualmente.

Estudiar cómo se desarrolló su vida y su obra, tanto prehomeopática como homeopática, permite comprender el original lugar que este creador ocupa en la trayectoria de las ideas médicas e insertar su pensamiento en la historia de la medicina de su época. En este caso, se trata más bien de una historia de las ideas que de una historia de acontecimientos.

La estructura de este capítulo seguirá el orden cronológico de la vida y la obra de Hahnemann, intentando anotar los principales ejes y puntos de referencia no referidos a la doctrina homeopática (objeto de otros capítulos en esta enciclopedia [ver capítulos I.4 y II.1]), sino al contexto histórico, social, filosófico y cultural de su época.

Estudiaremos más ampliamente la primera parte de la vida de Hahnemann, hasta el año 1800, período poco explorado y sin embargo generador de sus conceptos homeopáticos y situaremos más rápidamente las principales fechas de su período homeopático.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

La doctrina homeopática es la obra de un solo hombre: Christian Friedrich Samuel Hahnemann (Meissen, 1755-París, 1843). Publicó el primer artículo fundador de esta doctrina en 1796 con el título *Versuch über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen nebst einigen Blicken auf die bisherigen* (Ensayo sobre un nuevo principio para descubrir las virtudes curativas de las sustancias medicinales precedido de algunas ideas sobre los principios admitidos hasta nuestros días) (Hahnemann, 1796) en el diario de Hufeland. Este nuevo principio basado en la similitud de los síntomas, denominado *similia similibus curantur*, fue transformado en teoría general y catorce años más tarde, en 1810, en doctrina médica con la principal obra de Hahnemann: *Organon der rationellen Heilkunde* (Organon de la medicina racional).

Toda referencia a este artículo debe llevar la mención: RABANES O. - Hahnemann, su vida, su obra.- Homeopatía, Cap. I, 1 - Enciclopedia de las Medicinas Naturales - Editions Frison Roche - París, Francia, 1995.

El *Organon* fue reescrito y revisado por Hahnemann varias veces a lo largo de su vida y la obra no ha dejado de ser reeditada y traducida a numerosos idiomas desde sus casi dos siglos de existencia (Baur, 1991).

Podría parecer que esta referencia única a la obra de un autor permitiría la realización de estudios críticos precisos sobre la vida y el pensamiento del fundador de una nueva teoría médica. Por el contrario y ante nuestra sorpresa, existen pocas biografías de Hahnemann de carácter histórico-crítico que proporcionen los medios de verificar sus orígenes, de comprender la cultura, la formación, el entorno y el campo de las ideas médicas del nacimiento de la homeopatía.

BIOGRAFÍAS ESPAÑOLAS

Desde el primer momento en que la Homeopatía hizo su entrada en España, se despertó una hostilidad infundada contra la nueva Doctrina, tan exagerada que apenas si podía concebirse en hombres de Ciencia. No hay que extrañarse de las luchas que en toda España tuvieron que librar durante largos años los defensores de la homeopatía en nuestro país (International Homeopathic

Council, 1924 Barcelona. Academia Médico Homeopática de Barcelona).

Actualmente no encontramos más que reseñas y citas a los libros de Hahnemann, como por ejemplo en el libro de historia de la medicina, pero ningún autor español ni a favor ni en contra de la Homeopatía ha realizado un estudio en profundidad de la vida y la obra de Samuel Hahnemann.

La única obra en español que se puede encontrar actualmente sobre la biografía del fundador de la homeopatía es una traducción del libro del autor alemán, H. Ritter: *Samuel Hahnemann. Biografía*.

BIOGRAFÍAS FRANCESAS

En lengua francesa no existe un auténtico estudio biográfico realizado por historiadores no partidarios de la doctrina homeopática, tanto porque la homeopatía era considerada por los científicos como un sistema médico cerrado y la vida de su fundador podía ser resumida con algunas frases lapidarias como porque las biografías fueran realizadas por escribanos (Larnaudie, 1935; Croll-Picard, 1933; Verbaine, 1962) que no poseían ninguna competencia sobre el tema y que, por lo tanto, no llegaron a realizar ninguna investigación profunda. Estos últimos se contentaron con citar algunas fechas importantes y mantener un discurso hagiográfico sobre el "maestro" y la "vida sobrehumana" del "padre de la homeopatía". Muchos médicos homeópatas lo intentaron pero sin demasiado éxito (Gumpert, 1946; Thourer 1934).

Las diversas obras de Jacques Baur merecen mención aparte: están muy bien documentadas, como debe ser en todo trabajo de historiador, pero el autor se extiende en determinados aspectos teóricos y prácticos de la doctrina hahnemaniana y no sobre el estudio histórico del propio Hahnemann.

Señalemos, no obstante, en el siglo pasado el inicio del trabajo histórico de F. Frédault. El autor, ferviente defensor del vitalismo de Montpellier, sirvió de manera juiciosa el *Essai sur un nouveau principe* (Ensayo sobre un nuevo principio) en el movimiento de ideas médicas de su época. Considera que Hahnemann persigue las ideas terapéuticas de John Hunter y su análisis le hace dudar de las explicaciones del autor sobre el descubrimiento de su nuevo principio (Frédault, 1870-1873). Este inicio de análisis es interesante, pero desgraciadamente demasiado sucinto puesto que Frédault rehúsa penetrar en la historia de la medicina del siglo XIX y situar globalmente la obra de Hahnemann. No obstante, es el primer intento francés de estudio crítico sobre la elaboración del pensamiento de Hahnemann.

BIOGRAFÍAS INGLÉSAS

En inglés, además de las simples biografías de T.L. Bradford (1895) y de T. Cook (1981) hay que citar sobre todo la volumi-

nosa historia de la medicina de H.L. Coulter, *Divided Legacy, a History of the Schism in Medical Thought* en la cual la obra de Hahnemann ocupa un lugar central (en el tomo II principalmente).

Coulter divide la historia de la medicina en dos grandes corrientes de pensamiento opuestas, el "empirismo" y el "racionalismo". Para él, el empirismo de la homeopatía, fundado sobre la experiencia de los fenómenos observados, se opone al racionalismo de la alopatía, sistema fundado sobre la investigación de las causas internas. Esta concepción infundada, parcial y errónea no hace más que retomar la visión de Hahnemann a finales del siglo XVIII.

Coulter prescinde de los trabajos, numerosos y pertinentes, sobre la historia del pensamiento médico desde hace dos siglos y adopta sin reservas la visión hahnemaniana de la historia de la medicina de su época. Nosotros, ahora, poseemos la suficiente visión histórica como para comprender su inteligibilidad. Por otra parte, Coulter sólo ofrece un comentario de los textos sin aportar ningún tipo de análisis histórico.

BIOGRAFÍAS ALEMANAS

En contrapartida, en Alemania, país natal del fundador de la homeopatía, encontramos muchos trabajos interesantes. Sus autores poseen un acceso más fácil a las fuentes históricas necesarias tanto por proximidad geográfica como lingüística.

Históricamente es obligado citar los trabajos de F. Albrecht: *Christian Friedrich Samuel Hahnemann, Ein biographisches Denkmal* (Hinrich, Leipzig, 1851; 2ª edición en 1875 con el título *Dr Samuel Hahnemann's des Begründers der Homöopathie, Leben und Wirken*, Schwade, Leipzig), de G.O. Kleinert: *Geschichte der Homöopathie* (Shäfer, Leipzig 1863), de W. Ameke: *Die Entstehung und Bekämpfung der Homöopathie* (Janle, Berlin, 1884), trabajos que progresivamente elaboran y enriquecen la documentación sobre Hahnemann y la homeopatía.

Para nuestro trabajo, nos hemos referido en parte a dos biografías alemanas contemporáneas:

- Richard Haehl, *Samuel Hahnemann, sein Leben und Schaffen* (1922). Es la biografía de referencia más documentada y la más completa. El primer tomo comprende los textos y análisis del autor; el segundo tomo proporciona *in extenso* las referencias, los documentos y las cartas de Hahnemann. Haehl ha encontrado, tras considerables investigaciones, y publicado por primera vez un gran número de cartas y manuscritos inéditos relacionados con Hahnemann. No obstante, estas fuentes, a veces interesantes, a veces anecdóticas no son utilizadas por Haehl para un análisis crítico del pensamiento de Hahnemann y no han sido incluidas en el contexto histórico, lo cual podría haber supuesto su mayor comprensión.
- Rudolf Tischner, *Geschichte der Homöopathie* (1939). Este volumen reúne cuatro partes editadas sucesivamente en

1932, 1934, 1937 y 1939. Tischner verifica y aumenta las referencias de Haebl sobre todo, sitúa mucho mejor a Hahnemann en la medicina de su tiempo buscando la influencia de otros grandes pensadores en su obra. Es una historia de la homeopatía que se sostiene por una aceptación sin reservas de ciertos conceptos hahnemaniaños y algunas de sus interpretaciones son objeto de controversia.

Hemos incluido en la bibliografía del presente artículo las obras de H. Henne: *Quellenstudien über Samuel Hahnemann Krankheitsjournal Nr 2 und 3* (Hippokrates, Stuttgart, 1963) y *Nr 4 (ibidem, 1968)* puesto que ilustran bastante bien uno de los aspectos de nuestra trayectoria: referencia a textos originales y respeto a la lengua de Hahnemann. El autor propone una transcripción exacta de las consultas médicas cotidianas de Hahnemann descifrando los manuscritos difícilmente legibles del profesor. Estos documentos originales aclaran la práctica terapéutica de Hahnemann hacia 1800-1805, pero son presentados sin analizar. Henne, además de numerosos artículos, ha publicado también un pequeño libro sobre el pensamiento de Hahnemann: *Hahnemann, a Physician at the Dawn of a New Era* (Hippokrates, Stuttgart, 1977).

El estudio de H. Ritter: *Samuel Hahnemann. Begründer der Homöopathie. Sein Leben und Werk in neuer Sicht* (Haug, Heidelberg, 1974) intenta sobre todo situar la homeopatía en la historia de la medicina como terapéutica reguladora, biológica y natural. Su objetivo no es el de un trabajo preciso sobre los textos de Hahnemann ni sobre los orígenes de su pensamiento.

Citaremos también el estudio bibliográfico de J. Schmidt (Siegle, Ravenberg, 1989) sobre los escritos de Hahnemann (libros, artículos, traducciones, más completa que el de Haebl o el de Tischner. De la misma manera se pueden encontrar numerosas referencias en el catálogo de la biblioteca de Archivos homeopáticos de Stuttgart elaborado por R. Günther y R. Wittern (1988).

Para esta bibliografía comentada, no exhaustiva, hemos querido mostrar las diferentes formas de abordar la historia de Hahnemann y la homeopatía. Numerosos trabajos aportan documentos, algunas informaciones interesantes, pero casi todos presentan una visión demasiado "homeopática" o hahnemaniaña de la historia de la medicina y carecen de referencias culturales sobre la historia de las ideas de la época. En nuestro caso, se trata sobre todo, más allá de las referencias cronológicas indispensables, de seguir el contexto cultural de la época a fin de comprender la trayectoria del pensamiento del fundador de la homeopatía.

EL JOVEN HAHNEMANN (1755-1775)

Christian Friedrich Samuel Hahnemann nació el 10 de abril de 1755 en Meissen, una ciudad de tamaño mediano de la Sajonia

electoral cuyas principales ciudades son Dresde y Leipzig. Meissen era la sede de la más importante fábrica de porcelanas de Europa en el siglo XVIII. La fábrica, fundada en 1710 tras los descubrimientos de J.F. Bottger, aún en funcionamiento actualmente, empleaba a más de setecientas personas hacia el año 1765, de las cuales doscientas setenta eran pintores de porcelana que estaban considerados como verdaderos artistas (Wurst, 1983). Christian Gottfried Hahnemann, el padre de Samuel, era pintor de porcelana desde hacia varios años y parecía bien remunerado puesto que compró su casa en 1753. Se casó por primera vez en 1748 pero su mujer falleció algunos meses más tarde, tras haber dado a luz dos gemelos que murieron rápidamente.

Del segundo matrimonio de Christian Gottfried, con Johanna Christina Spiess en 1750, nacerían cuatro hijos, de los cuales Samuel sería el tercero. Anteriormente habían nacido Carlota (1752-1812) y Carl Gerhard, muerto a los 8 años (1754-1762) y tendría un hermano menor nacido en 1757, Samuel August. Es interesante señalar que Carlota se casaría en primeras nupcias con Anton Bernhard Trinius, pastor y probablemente hijo del pastor Johann Anton Trinius a quien Hahnemann consagraría dos páginas de dedicatoria al principio de su tesis de medicina (Rabanes, 1983). La fama de J.A. Trinius procedía de sus numerosos escritos de historia, de teología protestante y sobre todo de sus convicciones deístas y de librepensador que marcarían toda la vida y la obra de Hahnemann.

Se saben muy pocas cosas sobre la infancia de Hahnemann. Él mismo recuerda en su autobiografía escrita en 1791 (Elwert, 1799, pp. 195-215), sus fuertes relaciones con su padre, aunque parece ser que entraba muy a menudo en conflicto con él: «[...] fue mi maestro. Sus opiniones sobre los primeros principios de la creación, sobre la dignidad humana, sobre su elevado destino, eran totalmente acordes con su forma de vida. Esa fue la base de mi educación moral» (trad. fr. de Baur, 1981, p. 5). Curiosamente Hahnemann no habla de las relaciones con su madre.

En esta autobiografía, explica los estudios realizados en Meissen, en la escuela latina de los franciscanos a la edad de 12 años, más tarde de los 15 a los 20 años en la escuela principal de San Afra donde será el alumno particular y pasante de J.A. Müller, profesor en esa escuela. Samuel es un alumno externo que se aloja en casa de su profesor y no paga derechos de escolaridad (Preuss, 1930, p. 9). Esta escuela, frecuentada por los nobles de la región, era famosa por su seriedad, su severidad y también por la calidad de sus estudios durante los cuales el alumno aprendía diversas lenguas extranjeras además del griego y el latín.

En toda la obra posterior de Hahnemann, se encuentran traducciones y referencias en todas las lenguas. El espíritu "luminoso" de los Lumières parecía reinar también en esta escuela puesto que, según Preuss, el lema *Sapere aude* se encontraba escrito sobre las paredes del colegio (*ibidem*, p. 10).

A la edad de 20 años, en 1755, Hahnemann redacta en latín una pequeña disertación sobre la «maravillosa conformación de

la mano del hombre» (Preuss, *op. cit.*, pp. 18-22; Schmidt, 1977). Para él, la mano es el más perfecto ejemplo de «la existencia de la Providencia manifestada, fácilmente reconocible en el mecanismo del universo». El hombre es una creación del Ser supremo, espíritu divino que, con sabiduría, precaución e inteligencia ha organizado todos los maravillosos mecanismos de la naturaleza. Hahnemann adopta aquí una visión finalista y providencialista, característica de principios del siglo XVIII en la que uno se contenta con admirar la naturaleza y no demostrar los mecanismos que la regulan (Roger, 1993, p. 224). Hahnemann también escribió en francés una oda (Preuss, *op. cit.* pp. 25-27) para gloria de sus enseñantes y de Dios, en la cual nos revela que ha estado muy enfermo (algo que también señala en su autobiografía).

¿Fue la enfermedad la que llevó a Hahnemann a realizar sus estudios de medicina o bien se vio empujado por uno de los conocidos de su padre, el doctor C.W. Pörner, médico y consejero de Mines en la fábrica de porcelana de Meissen? (Falconer 1777-1778, prólogo).

LOS ESTUDIOS DE MEDICINA (1775-1779)

LEIPZIG

En la primavera de 1775, Hahnemann se dirige a Leipzig para estudiar en la facultad de medicina donde obtendrá la gratuidad de sus estudios gracias al apoyo de Pörner. Leipzig es la capital intelectual de Sajonia; su universidad, fundada a principios del siglo XV, posee una excelente reputación en todo el centro de Alemania pero no ostenta el lugar privilegiado de la de Göttingen.

La facultad de medicina de Leipzig sólo ofrecía clases de enseñanza teórica y no existía ningún tipo de enseñanza práctica con enfermos. Hermannus Boerhaave (1668-1738) estableció la primera clase práctica en Leyde en Holanda a principios de siglo y sus alumnos harían lo mismo más tarde: Alexandre Monro (1697-1767) fundaría una escuela clínica en Edimburgo en Escocia hacia 1720, G. Van Swieten (1700-1772) en Viena en 1745 (Irsay, 1933-1935, tomo II, pp. 78-85). La enseñanza en Halle, universidad próxima a Leipzig donde practicaron la docencia tanto Hoffmann (1660-1742) como Stahl (1660-1734) era también únicamente teórica.

Este movimiento, en el que la teoría dominaba a la práctica, en el que la idea de sistematización suplanta a la observación clínica, se encontrará ampliada a partir de 1790 en Alemania mediante las construcciones metafísicas de los filósofos de la naturaleza y el conocimiento del hombre se efectuará a través de síntesis idealistas en lugar de por investigaciones y análisis críticos. Ésta es la razón que explica el retraso científico experimentado por todas las universidades alemanas que, hasta 1830, no

generaron ningún descubrimiento fundamental (Schryock, 1956, pp. 73-81). La única universidad alemana que facilitó, por su juventud y su espíritu innovador la investigación médica fue la de Göttingen donde el célebre A. de Haller (1708-1777) practicó numerosos experimentos médicos.

Hahnemann, en su autobiografía, no cita a ningún profesor o figura médica que le hubiera marcado durante su estancia en Leipzig. Ello puede comprenderse por el hecho de que posteriormente no se referirá a la forma de pensamiento teórico de aquella escuela sino a la observación y a la clínica.

A partir de 1776, el estudiante Hahnemann efectúa diversas traducciones de obras médicas inglesas y escocesas: J. Stedmann, C. Nuguet, G. Falconer, J. Ball (cf. bibliografía). En la introducción de la obra de Stedman (1777), Hahnemann admira la trayectoria de Haller y de Boerhaave debido a que utilizan conjuntamente los conocimientos de física, matemáticas y fisiología para su práctica médica; además, cita numerosas obras sobre el pulso escritas en latín, francés e inglés.

Esta intensa actividad de traducción se prolongará durante más de veinte años y le permitirá satisfacer sus necesidades hasta 1800, cuando su actividad médica exclusiva será suficiente para atender a toda su familia. Las traducciones le ofrecieron también la ocasión de estudiar en detalle la obra de numerosos autores, tanto franceses como ingleses e italianos y en el campo de la medicina y la química, lo cual contribuiría a su excelente formación científica en las diferentes lenguas europeas.

VIENA

En la primavera de 1777, Hahnemann se dirige a Viena, sede de la nueva escuela médica de Van Swieten, fundada sobre la observación y la enseñanza clínica con enfermos.

Durante un período de aproximadamente seis meses, Hahnemann acompaña a Joseph Quarin (1733-1814) en sus visitas al hospital de los Hermanos de la Misericordia a cuya creación contribuyó el propio Quarin y del que acabaría siendo médico jefe. Rector de la universidad en seis ocasiones, médico privado de la emperatriz María Teresa, mejoró las condiciones y la salubridad de numerosos hospitales, perfeccionó la enseñanza y la clínica médicas priorizando la observación y la terapéutica. Quarin publicó numerosas obras de clínica: un tratado de fiebres (1772), de inflamaciones (1774) y de enfermedades crónicas (1786). Hahnemann pudo asistir también a sus consultas, seguirle en sus visitas y aprender su profesión a través de la observación y la exploración de los enfermos. Después le expresaría su reconocimiento en su autobiografía.

El "Aufklärung"

Viena es en el siglo XVIII, el centro cultural de Europa central. Nos encontramos en el siglo de las Luces en Francia y de la *Aufklärung* en los países germánicos. Kant (1724-1804), profe-

sor de lógica y de metafísica en Königsberg es el representante máximo de este movimiento filosófico que, muy pronto en Alemania, reclamaría la libertad de pensamiento, de libre examen y el poder absoluto de la Razón.

No hemos de olvidar aquí las diferencias sociales y políticas fundamentales que existían entre Austria y Prusia por una parte y las Länder alemanas por otra que supondrían una importante influencia sobre el desarrollo de la vida intelectual (Gusdorf, 1971, pp. 81-94). La unidad de la razón reclama la centralización del poder, idea que volveremos a encontrar en el concepto de "despotismo ilustrado" (Godechot, 1958, tomo III, pp. 312-341). Austria y Prusia eran Estados muy centralizados que permitieron la generalización de las ideas en toda la sociedad. Así, la emperatriz María Teresa (que reinó desde 1740 hasta 1780) y José II (co-regente y más tarde emperador desde 1780 a 1790) en Prusia, ocuparán un lugar primordial en el movimiento cultural de sus países y orientarán el pensamiento y la sociedad hacia la razón hasta 1790 (Brunschwig 1947, p. 3). Por el contrario, Alemania estaba compuesta de una multitud de territorios autónomos (trescientos aproximadamente) todos ellos «fuertemente apegados a sus privilegios» (Gusdorf, *op. cit.* p. 83) en los que el pensamiento dependerá de cada príncipe, conde u obispo que ostente el poder en cada caso. La diferenciación de ideas reinante dificultó la generalización del pensamiento racional, pero permitió, de lo cual se benefició Hahnemann, la posibilidad de expresar ideas y prácticas diferentes. Señalemos también que la severa cultura luterana del norte de Alemania encaja muy mal el pensamiento liberal de la *Aufklärung*.

El movimiento del *Sturm und Drang*, ("tempestad e impulso"), nacido en 1774 con la publicación de *Werther* de Goethe, prefigurará, quince años antes de la revolución romántica alemana, la oposición al concepto de la Razón (Brunschwig, *op. cit.*, p. 109). La valoración de las pasiones servirá para afirmar «las particularidades culturales que exaltan los valores de singularidad contra los valores de universalidad» (Gusdorf, *op. cit.*, p. 45), característicos de la *Aufklärung*. Veremos más abajo cómo Hahnemann se vio envuelto entre estos dos movimientos, el racionalismo y el romanticismo.

La influencia del racionalismo positivo de la *Aufklärung* sobre las teorías médicas se destaca especialmente en Austria. La escuela vienesa fundada por Van Swieten irá en aumento al añadirse especialistas clínicos de gran valía como: A. Van Haen (1704-1766), A. Von Storck (1731-1803), M. Stoll (1742-1788), L. Auenburger (1722-1809) y J. Quarin (1733-1814). G. Lichtenhaeler (1978, p. 381) cita como ejemplo la relación entre la *Aufklärung* y la trayectoria higienista de J. P. Franck (1745-1821) quien estableció las reglas colectivas de higiene para combatir los efectos de desigualdad social. Encontramos otro ejemplo en la consecución de esta corriente en la trayectoria de C. W. Hufeland (1762-1836), profesor en Jena y después en Berlín, responsable desde 1795 de la edición de un diario de medicina práctica (*Journal der practische Arzneykunde und Wun-*

darzneykunst) en el cual también escribirá Hahnemann. En su libro sobre macrobiótica (1796), Hufeland expone la suma de consejos higiénico-dietéticos populares y "razonables" en el cual, el sentido común desea combatir los prejuicios tradicionales y las aspiraciones místicas y románticas de finales de siglo (Brunschwig, *op. cit.*, pp. 230-231).

El mesmerismo

No obstante, en el extremo opuesto al espíritu de la Razón, Viena será, hacia 1772-1776, el primer lugar donde se lleven a cabo las curas magnéticas de Franz Anton Mesmer (1734-1815) que pretendía curar todas las enfermedades mediante la intervención del magnetismo animal (Amadou, 1971, pp. 15-24). El "mesmerismo" fue violentamente debatido y más tarde rechazado por la Academia de las ciencias en el año 1778. Mesmer abandonó rápidamente Viena para dirigirse a París, ciudad donde conocería un gran éxito. No es sorprendente que Mesmer retornara a su ciudad natal en 1789, fecha en que se iniciaría el movimiento romántico.

Hahnemann cita las curas magnéticas de Mesmer en 1779 en su tesis de doctorado; más adelante volverá a hablar de ellas en sus escritos hasta la tercera edición del *Organon*, en 1824, momento en el que asimila la fuerza curativa del magnetismo animal a una impulsión sobre la fuerza vital, impulsión próxima, según él, a la del remedio homeopático. Las razones de ese cambio teórico permanecen todavía desconocidas.

HERMANNSTADT

Al cabo de sus seis meses de estancia en Viena, Hahnemann ha aumentado la suma de dinero ganado con sus traducciones. En octubre de 1777 se convierte en médico privado y bibliotecario del baron Von Bruckenthal, y es nombrado por la emperatriz María Teresa nuevo gobernador del Hermannstadt en Transilvania. En esa época pondría orden en la biblioteca privada del barón y en la colección de piezas raras y ejercería una pequeña actividad como médico.

La francmasonería

El 16 de octubre de 1777, Hahnemann es admitido en la logia francmasónica de *St Andreas zu den drei Blättern*. Hahnemann mantendrá siempre una unión con la masonería y al final de muchas de sus cartas, al lado de su firma, marcará la abreviación "Br", es decir, *Bruder* ("hermano"). Esta unión no es en absoluto anodina y muestra claramente la adhesión de Hahnemann a las ideas de la *Aufklärung*.

El movimiento masónico, que alcanzó su dimensión europea a partir de Inglaterra en 1720, se extendió a favor de la filosofía de la Ilustración (Fay, 1942) y del deísmo filantrópico que

cuestionaban los intelectuales occidentales y del cual se «propuso realizar el programa» (Gusdorf, *op. cit.*, p. 402).

En Alemania, la primera logia masónica fue fundada en 1727 en Hamburgo; más tarde se crearon otras en Hannover, Leipzig y Brunswick (Brunschwig, *op. cit.*, p. 221) y en Berlín, el propio Federico II presidiría la creación de la logia *De los tres globos* en 1740. En Viena, el baron von Bruckenthal pertenecía a la misma logia que el marido de la emperatriz María Teresa y es muy probable que fuera él quien promoviera la adhesión de Hahnemann a ese movimiento. Ambos eran protestantes, de cultura sajona, tocados por el espíritu de la Ilustración y por un deísmo próximo al de J.-J. Rousseau, cuya filosofía admite una existencia divina sin aceptar ningún tipo de religión revelada ni de dogma.

La francmasonería estaba compuesta por la aristocracia ilustrada y burgueses liberales que deseaban «mejorar la sociedad civil, provocar el progreso del gobierno de sus países y hacer más justa y fraternal la vida en sociedad» (Grappin, 1963, p. 222), aspiraciones muy próximas a las de la *Aufklärung*, pero que sólo conseguirían perdurar hasta 1790. Tal y como escribió P. Grappin, «la renovación sentimental e irracionalista de los años 1775 a 1780 marcaría el fin del período más vigoroso tanto de la francmasonería como de los Ilustrados racionalistas en general». El misticismo renaciente o sea los primeros movimientos de lo que más tarde será el espíritu romántico ya han invadido los corazones y las almas (p. 225). La búsqueda de lo milagroso en la vida será una de las características de la sociedad prusiana hacia el 1790 y conducirá a visiones globales del mundo y del hombre a partir de las intuiciones metafísicas de la *Naturphilosophie* de principios del siglo XIX, cuyo cabeza de serie sería F.W.J. von Schelling (1775-1854).

El racionalismo

Aunque Hahnemann publicó sus principales obras a principios del siglo XIX, en pleno período romántico alemán, su pensamiento permaneció impregnado del racionalismo del siglo anterior. Su primera edición del *Organon*, en 1810, es calificada por él como de medicina racional, más tarde, en las ediciones siguientes, escogería como exergo en la portada de su libro la fórmula kantiana *Aude sapere* ("Ten el valor de servirte de tu propio entendimiento") que es uno de los más importantes lemas de los Ilustrados. Numerosos pasajes del *Organon* indican la primacía de la Razón todopoderosa que separa la ignorancia de los tiempos antiguos y se basa en la experiencia: «la verdad es eterna, sabia y buena [...] la búsqueda de razones claras e inteligibles [...] los razonamientos basados en la naturaleza de la experiencia [...] idea de beneficencia, de médico conservador de la salud», así como otras obras sobre la lucha contra los prejuicios, contra los envenenamientos y por la educación natural de los niños.

Este espíritu acompañará a Hahnemann durante toda su vida aunque determinados aspectos de su teoría homeopática pueden proceder de otras reflexiones filosóficas.

ERLANGEN

En la primavera de 1779, dieciocho meses más tarde, abandona su puesto para dirigirse a Erlangen en Baviera donde permanecerá durante seis meses antes de presentar su tesis de doctor en medicina el 10 de agosto de 1779.

No conocemos exactamente las razones por las cuales escogió esta ciudad, situada a varios cientos de kilómetros de Leipzig y de Viena y aunque era corriente viajar de una universidad a otra el periplo clásico era Halle-Jena-Weimar. La disparidad de los Estados alemanes, las prerrogativas relacionadas con cada poder local y la diversidad de orientaciones de las ideas de las universidades podrían explicar los numerosos desplazamientos de una universidad a otra.

¿Por qué no presentó su tesis en Leipzig, el lugar donde había realizado sus estudios? ¿Quizá por que no realizó contactos personales con sus profesores, tal y como deja suponer su autobiografía? ¿Fue a Erlangen guiado por la fama de hospitalidad con los extranjeros y estudiantes de la nueva universidad así como por la elevada presencia protestante en esa ciudad? O simplemente ¿los gastos de escolaridad eran menores en Erlangen? Desconocemos la respuesta.

En su autobiografía, Hahnemann menciona a varios profesores de Erlangen: H. F. Delius (1720-1791), J. von Schreber (1739-1810), F. von Wendt (1738-1818) y J.F. Isenflamm (1726-1793). En su tesis, defiende las ideas de Isenflamm sobre la importancia de los nervios en la economía animal y como Delius, se opone a las teorías vitalistas de Haller sobre la irritabilidad (Rabanes, 1983, pp. 116-120 y 160). ¿Se trata simplemente de un ejercicio de estilo o bien de una afinidad de pensamiento con la corriente de enseñanza de Erlangen? Hahnemann no volvió a trabajar jamás en esa ciudad.

La teoría nerviosa

El análisis de la tesis de doctorado de Hahnemann muestra claramente la influencia de un movimiento que junto con K. Sprengel (1815-1820) denominamos la «teoría nerviosa». R. Whytt (1714-1766) profesor en Edimburgo y su alumno directo W. Cullen (1710-1790) que le sucede en la misma cátedra, son los principales representantes de esta teoría en la que los nervios y el alma, por su sensibilidad, controlan todas las acciones del organismo.

Whytt retoma el concepto de irritabilidad de Glisson y amplía el sentido restringido de contractilidad acuñado por Haller (Whytt, 1759, 1767). La irritabilidad es una reacción de las partes a cualquier estímulo, o "irritante" y debe ser precedida necesariamente por la sensibilidad de las partes a dicho estímulo. Así, toda sustancia, todo veneno, todo irritante actúa a través del estímulo que provoca sobre la sensibilidad y la economía animal. La sensibilidad se encuentra bajo el control de los nervios que, en su

totalidad, convergen hacia el *sensorium commune*, sede principal del alma. Esta teoría busca explicar los conceptos de "simpatía de las partes", de constitución nerviosa, de predisposición a estar enfermo y de la forma de actuar de los medicamentos.

Volveremos a hablar más adelante de esta teoría analizando el *Tratado de enfermedades venéreas*. Volveremos a encontrar numerosos restos de la teoría nerviosa en el conjunto de la obra de Hahnemann.

La medicina de observación

La segunda gran influencia conceptual revelada en el análisis de la tesis de Hahnemann es el método de medicina de observación de Sydenham (1624-1689) y de Boissier de Sauvages (1707-1767) basada en el método de clasificación de los botánicos. La definición y el conocimiento de la enfermedad se efectúan mediante la observación atenta de todos los síntomas con el fin de conseguir relatar una historia exacta. La observación está basada en el testimonio de los sentidos y es denominada "experiencia" (Boissier de Sauvages, 1772, tomo I, p. 60).

Al igual que Sauvages, Hahnemann se opone a la concepción de J.B. Morgani (1682-1771) que completaba la observación del ser vivo mediante la búsqueda de lesiones internas, visibles tras la apertura del cuerpo. Para Hahnemann, la verdadera causa interna se encuentra escondida y es inaccesible a los sentidos; además, las concepciones etiológicas de las enfermedades son demasiado oscuras y demasiado hipotéticas para el médico del siglo XVIII que no puede basarse en sistemas globales explicativos fundados en teorías previas.

En esta línea, Hahnemann admite la existencia de una auténtica correlación entre los cambios externos (síntomas) y los cambios internos, lo cual le permite interpretar la enfermedad en su expresión manifiesta (fenomenología). Esta concepción es diametralmente opuesta al método de análisis de Condillac (1714-1780) que estima que esta correlación no es fiable y que, contrariamente a la botánica, los síntomas no presentan características fijas. Bayle (1774-1816) y Laenne (1781-1826) establecieron un método de análisis de síntomas del ser vivo en correlación con las lesiones anatómicas después de la muerte: es el inicio del método anatomoclínico de la escuela de París de la primera mitad del siglo XIX, método sobre el cual se funda la práctica médica actual (Imbault-Huart, 1975, pp. 129 y siguientes).

Hay que señalar que el país en el que se acabaría elaborando el método anatomoclínico fue precisamente Francia y que Alemania no adoptará este movimiento hasta el año 1850. En contrapartida, Alemania conservará los éxitos terapéuticos empíricos de la medicina de observación mientras que los anatomoclínicos franceses, renunciando al pasado, se cerrarán en un rechazo hacia las antiguas terapéuticas. No es de extrañar que Hahnemann, con su propuesta de una terapéutica coherente a partir de la observación, fuera alemán.

EL PERÍODO PREHOMEOPÁTICO (1780-1790)

LA QUÍMICA

El período 1780-1790 es el de los primeros pasos del joven Hahnemann en la vida activa. Es un momento de construcción de su práctica médica y de su vida familiar así como de una intensa actividad de traducción y de química.

Poco después de la presentación de su tesis, se instala en Hettstedt en Sajonia, más tarde, un año después, se traslada a Dessau. Su interés por la química le lleva a tomar contacto con el farmacéutico Haeseler quien había sustituido al farmacéutico Küchler tras haber desposado a su viuda y adoptado a su única hija, nacida en 1764 y de la cual Hahnemann se enamora casándose con ella en 1782. Tendrían once hijos. Enriqueta será una esposa fiel durante cuarenta y ocho años, hasta el momento de su muerte en 1830 y mantendrá la estabilidad del hogar a pesar de los numerosos traslados y la falta de dinero.

En la rebotica de la farmacia de su suegro, Hahnemann realizaría sus primeras experiencias en química, siempre manteniendo una pequeña actividad médica. Parece ser que Hahnemann fue iniciado en la química por J.G. Leonhardi durante sus estudios en Leipzig (Haas, 1956, p. 9).

Hahnemann realizó un importante trabajo de traducción de obras químicas del francés: Demanchy, *L'Art du distillateur d'eaux fortes* (1784) (El Arte de destilar aguas fuertes), *L'Art du distillateur liquorista*, (1785) (El Arte de destilar licores), *L'Art du vinaigrier* (1787), (El Arte del vinagrero); de la Methrie, *Essai sur l'air pur et sur les différentes espèces d'air* (1791) (Ensayo sobre el aire puro y sobre las diferentes especies de aire), traducciones que completaba con un cierto número de anotaciones añadidas. Todos estos trabajos de química contribuyeron de forma importante a que Hahnemann fuera conocido en Alemania, por ejemplo, en 1788 cuando Leonhardi tradujo al alemán el diccionario de Macquer, cita a Hahnemann más de setenta veces a lo largo de la obra (Leonhardi, 1788).

Hahnemann también publicó un cierto número de artículos originales de química en diversas revistas de química y farmacia tales como *Chemisten Annalen* de Crell, *Neues Magazin für Aertze* de Baldinger, *Journal der Pharmacie für Aertze, Apotheker und Chemisten* de Trommdorf y *Allgemeine Journal der Chemie* de Sherer. La publicación de artículos fue regular y abundante hasta 1796; éstos suscitaron intercambios por escrito y respuestas, en varias revistas, a las críticas que a veces provocaban sus artículos.

En cuanto a las obras médicas podemos citar: *Ueber die Arsenikvergiftung, ihre Hülfe und gerichtliche Ausmittelung* (Del envenenamiento por arsénico, su tratamiento, su demostración médico-legal) (1786) y *Unterrichte für Wundärzte venerischen Krankheiten, nebst einem neuen Quecksilberpräparate* (Instrucción a los

cirujanos sobre las enfermedades venéreas precedido de una nueva preparación de mercurio) (1789), que fueron publicados en el mismo período por Hahnemann y que incluyeron un gran número de teorías químicas que le llevaron a ser objeto de comentarios en las revistas químicas. De hecho su nombre sigue estando unido al menos a un descubrimiento: el mercurio soluble de Hahnemann que seguiría utilizándose a principios del siglo XIX.

No obstante, la cuestión del lugar que ocupó Hahnemann en la historia de la química permanece todavía planteada. Amcke, Haehl y Tischner lo consideran como un gran químico, pero no aportan demasiadas pruebas concluyentes sino simplemente algunos comentarios de sus contemporáneos y los expertos en historia de la química lo citan poco. ¿Aportó Hahnemann alguna cosa nueva a la teoría química? ¿Contribuyó a la elaboración de esa nueva ciencia en movimiento? ¿Fue original en sus métodos, su práctica de laboratorio o en sus descubrimientos?

Hemos intentado aportar un esbozo de respuesta (Rabanes, 1985) estudiando sus textos de química y en el momento actual de nuestras investigaciones podemos decir que Hahnemann se refiere principalmente al "flogisto" o "principio inflamable" de Stahl, químico de principios y mediados del siglo XVIII y mantiene esta referencia al flogisto y a la teoría que sustenta hasta aproximadamente 1792-1795. Por el contrario, no se une a la revolución química aportada por Lavoisier en 1772 sobre la calcinación y la descomposición del aire, publicadas en Alemania diez años más tarde, y que invalidaban las teorías de Stahl. Hahnemann tampoco participó en el debate entre la antigua y la nueva química, debate que se inició en Alemania con un cierto retraso respecto a Francia.

En contrapartida, en 1796, en la publicación del *Versuch über ein neues Prinzip...*, utiliza (p. 394) la expresión "aire vital" (es decir oxígeno) y habla de los componentes del aire. Además, en su *Apothekerlexikon* (1798, tomo II, p. 16) en el artículo "Lebensluft" ("aire vital"), explica las concepciones de Lavoisier sobre el aire y en ningún momento vuelve a citar el flogisto de Stahl.

Así pues, Hahnemann realizó un cambio importante en su doctrina química al abandonar el "flogisto" de Stahl y aceptando las nuevas teorías de combustión y de los cuerpos simples de Lavoisier. Cabe señalar que a partir de 1796, Hahnemann no vuelve a publicar artículos de química y se dedica a textos relacionados con su nueva teoría médica.

Hahnemann, tras haber vivido el nacimiento de la química moderna, vivirá el de la medicina moderna.

LAS PRIMERAS OBRAS MÉDICAS

Además de su obra química, Hahnemann empieza a publicar obras médicas, entre ellas: *Anleitung alte Schäden und faule Geschwüre gründlich zu heilen...* (Método para tratar cuidadosamente las heridas antiguas y las úlceras pútridas...) (Hahnemann, 1784;

Grall, 1989), *Abhandlung über die Vorurtheile gegen die Steinkohlenfeuerung...* (Tratado sobre los prejuicios contra la calefacción de carbón...) (Hahnemann, 1787). En estos tratados, Hahnemann quiere recuperar las reglas más simples de tratamiento como la cura fortificante (higiene, hidroterapia), seguir los caminos y los designios de la naturaleza (ayudar a las fuerzas del organismo, eliminar los obstáculos que impiden la curación) y combatir los prejuicios que mantienen unas malas condiciones de vida. El tono empleado es muy crítico, sobre todo contra los médicos (especialmente los profesores), los cirujanos y algunos medicastro basándose en las teorías etiológicas de su época, es decir, el humo-rismo, el solidismo y la teoría nerviosa.

En estos textos, al igual que en su tesis, Hahnemann no demuestra ninguna originalidad sino que más bien muestra su voluntad de contribuir al bienestar social y a una higiene de vida tanto individual como colectiva. Son textos todavía dominados por los ideales de la masonería y de la Razón como vía de escape al obscurantismo de los tiempos antiguos.

En el tratado *Del envenenamiento por arsénico* (Hahnemann, 1786), Hahnemann se incluye en la misma corriente de benefactor de la humanidad, proporcionando a la justicia conceptos aclaratorios sobre el envenenamiento por arsénico. Además, algo muy característico del racionalismo, la comprensión de los síntomas y del tratamiento de la enfermedad por arsénico puede efectuarse a partir de los conocimientos químicos sobre la naturaleza, la composición y las reacciones del arsénico.

UN REPRESENTANTE DE LA "AUFKLÄRUNG"

Hasta 1810, durante todo el período de elaboración de la doctrina homeopática, Hahnemann publicará varias obras cuyos títulos indican muy bien su interés por los temas de la Ilustración: *Freund der Gesundheit* (1792-1795) (El Amigo de la salud); *Apothekerlexikon* (1793-1799) (Diccionario de farmacia); *Handbuch für Mutter* (17986) (Manual para las madres o bases para la educación de los niños); *Der Kaffee in seinen Wirkungen* (1803) (Los Efectos del café).

Estos títulos demuestran la voluntad de justicia, de beneficencia, de aclaración de conocimientos, de educación para la salud, de educación de los niños y de higiene, ni más ni menos que los centros de interés del *Aufklärer*, el "hombre honesto" comprometido socialmente y útil a la colectividad. Escribir en el diario de medicina práctica de Hufeland, el heraldo de la medicina de la Ilustración, participar en la campaña contra el café y el té, negar el valor de los sistemas de medicina y crear su práctica basada en su experiencia, no eran otra cosa que las preocupaciones básicas del intelectual de la *Aufklärung* (Brunschwig, 1947; Gusdorf, 1971; Cassirer, 1966; Roger, 1963).

En su obra homeopática posterior, Hahnemann manifiesta sin rodeos su compromiso con el espíritu de la Ilustración. En el *Organon*, ya lo hemos visto, escoge como exergo del título de su

libro la célebre fórmula *Aude sapere*, fórmula empleada por Kant para resumir la *Aufklärung* (Kant, 1985, tomo II, p. 209). Esta llamada al advenimiento de la Razón todopoderosa que marca la diferencia con la ignorancia de los tiempos antiguos se ve confirmada por una muy bella metáfora que encontramos como primera nota de la introducción del *Organon* y por numerosos pasajes del texto que se refieren a las ideas de los ilustrados tales como los conceptos de búsqueda de razones claras e inteligibles, de razonamientos basados en la naturaleza y la experiencia, de idea de beneficencia, de ley natural, de verdadera curación suave y duradera, de médico conservador de la salud, etc.

Todos estos conceptos muestran que Hahnemann, a principios del siglo XIX, todavía está fuertemente impregnado de las ideas y la cultura del siglo anterior y dista mucho de encontrarse invadido por las ideas románticas, algo a lo que podría conducirnos una interpretación equivocada de su cronología.

EL "TRATADO DE ENFERMEDADES VENÉREAS"

El último gran tratado escrito por Hahnemann en este período prehomeopático es el *Tratado de enfermedades venéreas* publicado en 1789. Es un libro bastante poco conocido, a pesar de haber sido traducido, debido a la confusión que puede generar en el lector que no sabe que Hahnemann, retomando las conclusiones de J. Hunter (1728-1793), confunde sífilis con blenorragia. En efecto, Hunter se había inoculado pus de un enfermo de blenorragia que también padecía sífilis por lo cual concluyó que ambas eran la misma enfermedad. La dificultad de lectura de este texto ha impedido en muchas ocasiones captar una las claves explicativas de la conceptualización del principio de similitud (muchos historiadores de la homeopatía han remarcado esta filiación, pero en cambio pocos practicantes de la homeopatía lo han hecho). Hunter, médico en Edimburgo, contemporáneo de Jenner, en su *Tratado de la enfermedad venérea* de 1781, explica el efecto beneficioso del mercurio a través de «una fuerza de estimulación propia [...] que se opone a la irritación venérea por la producción de otra irritación de especie diferente» (Hunter, trad. fr. 1852, p. 689). Hunter explica la terapéutica de mercurio mediante la susceptibilidad del principio vital que debe ser irritado por ese estímulo (*ibidem*, p. 499) y la incompatibilidad en el mismo organismo entre irritación mórbida e irritación medicamentosa (*ibidem*, p. 8). Hunter es vitalista, es decir, partidario del concepto de estímulo que actúa sobre la irritabilidad de las partes y el de simpatía de partes que a su vez explica la enfermedad general, lo cual no es otra cosa que la definición de la teoría nerviosa de Whytt.

En su *Tratado de enfermedades venéreas*, Hahnemann retoma todas las concepciones teóricas de Hunter. El mercurio, al «excitar las fibras nerviosas» (*op. cit.*, p. 106) produce una «fiebre mercurial específica» (*ibidem*, p. 103), irritación medicamentosa propia para «excitar una irritación diferente de la causada por

la sífilis, irritación que destruye a esta última» (*ibidem*, p. 166). El mercurio soluble sólo actúa a través de la irritación que produce en el organismo y aquella tiene lugar a través de los nervios. Hahnemann retoma así los conceptos de la teoría nerviosa de Whytt y se fundamenta también en el concepto de disposición individual del individuo a ser sensible al estímulo (*ibidem*, p. 28) (lo que él llama «constitución») en función de su irritabilidad nerviosa (*ibidem*, p. 43).

Parece ser que la teoría nerviosa de Whytt y de Cullen influye en gran medida en el pensamiento de Hahnemann a partir de la presentación de su tesis (Rabanes, 1983, p. 159), de hecho, el tratado sobre el arsénico y otras obras homeopáticas posteriores nos proporcionan las pruebas de ello. Para Whytt, la sensibilidad del organismo a cualquier estímulo o irritante es anterior a la reacción contra ese irritante. El alma, denominada «que siente», por oposición al alma «que gobierna», de Stahl y los nervios controlan todas las reacciones y acciones del organismo por la necesaria anterioridad de la sensibilidad. De ahí los conceptos de «estímulo», de «predisposición nerviosa» y de «constitución delicada de los nervios», de ahí la explicación sobre la forma en que actúan los medicamentos que no procede de los efectos mecánicos sino de su poder para producir una irritación específica, incluso a muy pequeñas dosis, sobre un individuo sensible.

La clave explicativa de la teoría nerviosa, jamás señalada por los historiadores de la homeopatía hasta hoy, permite comprender muy bien la trayectoria de Hahnemann en sus teorías pre y homeopáticas.

EL VAGABUNDEO DOMICILIARIO

En esta época, Hahnemann no llega a instalarse definitivamente en una ciudad. Tras Hettstedt (1780), Dessau (1781), Gommern (1782-1784), donde sólo permanece un año, se quedará cuatro en Dresde donde sustituye durante un año al doctor Wagner en el hospital de la ciudad, pero tras cuya muerte no obtiene el puesto vacante. En 1789 —a fin de «acercarse a las fuentes de la ciencia» según su autobiografía— Hahnemann vuelve por segunda vez en su vida a Leipzig donde permanecerá durante tres años. Es evidente que todavía no ha conseguido triunfar en su profesión, no posee una clientela fija, incluso podríamos hablar de fracaso.

En contrapartida, sus actividades de química y de traducción siguen siendo importantes: en Dresde publica en 1787 una traducción de la obra de J.B. van den Sande *La falsificación de los medicamentos al descubierto* (1784) a la cual añade numerosas anotaciones considerándose como co-autor en la introducción de la traducción; en Leipzig, publica traducciones del francés (Guérin, 1790), del inglés (Berington, 1789; Ryan, 1790; Young, 1790) y del italiano (Fabroni, 1790), es decir, varios miles de páginas.

Para conducir a buen fin todos sus trabajos de escritura, Hahnemann es llevado a conocer al consejero Adelung y al bi-

bibliotecario Dossdorf, responsables de la biblioteca del Electorado en Dessau. Sus trabajos de química, de medicina y de traducción le procuran, en 1791, diversas distinciones honoríficas y es elegido miembro de la Sociedad económica de Leipzig y de la Academia de las ciencias del Electorado de Mayence. Ante este inicio de celebridad, J. Elwert encarga a Hahnemann su biografía en 1791 (Elwert, 1799), pero Hahnemann todavía no ha encontrado su camino en el seno de la medicina y continúa con su actitud crítica respecto a sus contemporáneos en la profesión.

EL NACIMIENTO DE LA HOMEOPATÍA (1790-1809)

LA "MATERIA MÉDICA" DE CULLEN

1790 es la fecha en que Hahnemann emite el primer enunciado del principio de similitud, enunciado del cual acabamos de festejar recientemente el bicentenario en la Sociedad francesa de homeopatía (*Aspects historiques de l'homéopathie*, 1989) (*Aspectos históricos de la homeopatía*).

En la traducción a la lengua alemana de *Lectures on the Materia medica* (primera edición inglesa en 1772, reedición revisada en Edimburgo en 1789) del escocés Cullen, bajo el título *Abhandlung über die Materia medica*, Hahnemann inserta en forma de nota un gran número de comentarios sobre el texto.

Cullen, como ya hemos dicho, alumno y posterior sucesor de Whytt en la cátedra de medicina teórica y práctica de la facultad de medicina de Edimburgo, retoma en parte el concepto de observación y clasificación de las enfermedades —divididas en clases, órdenes...— en su *Nosología metódica* en la cual proporciona excelentes descripciones de enfermedades, pero se opone a Boissier de Sauvages ordenándolas según sus concepciones sistémicas. Para Cullen, lo hemos mencionado en anteriores párrafos, los nervios y el alma controlan todas las reacciones y las acciones del cuerpo humano y basándose en esta concepción construye su *Materia médica* explicando la forma como actúan los medicamentos según los conceptos de sensibilidad e irritabilidad:

«[...] los efectos particulares de los medicamentos dependen de la forma en que actúan sobre las partes sensibles e irritables del cuerpo humano [...] a su vez dependientes de las diferentes disposiciones nerviosas» (Cullen, trad. fr. 1789, tomo I, p. 58).

No obstante, en contradicción con la teoría nerviosa, sus concepciones solidistas, en las que los sólidos son la sede de las enfermedades, por oposición a las teorías humoristas, conducen a Cullen a afirmar que los tónicos y los amargos, entre ellos la quinina, poseen un efecto general a través de su efecto local sobre el tono del estómago (*ibidem*, tomo II, pp. 96-97).

Es exactamente sobre esta controversia teórica que Hahnemann insertará su célebre nota sobre la quina:

«Mediante la combinación de las sustancias más amargas y las más astringentes, se puede obtener una mezcla que, a pequeñas dosis, posea dichas cualidades en mayor medida que la corteza y no obstante una mezcla semejante jamás resultará un específico de la fiebre. Es una cuestión a la cual el autor debería responder. El principio, del cual carecemos todavía, para explicar el efecto de la corteza, no podrá encontrarse tan fácilmente aunque es necesario reflexionar respecto a lo siguiente. Las sustancias que generan algún tipo de fiebre (el café muy fuerte, la pimienta, la árnica, el haba de San Ignacio, el arsénico) aniquilan los tipos de fiebre intermitente. Para experimentar, tomé durante algunos días, cuatro dracmas de buena quina dos veces diarias; al principio, mis pies, la punta de los dedos, etc. se enfriaron y yo caí en un estado de agotamiento y somnolencia, después mi corazón se puso a latir y mi pulso se hizo fuerte y rápido a lo cual siguió un estado de ansiedad insostenible, temblores (sin temblar), agotamiento de todos mis miembros y a continuación martilleo en la cabeza, enrojecimiento de las mejillas, sed, en resumen, todos los síntomas habituales que yo conozco como de la fiebre intermitente, aparecieron progresivamente aunque sin un auténtico temblor febril. En resumen: en mi opinión los síntomas habituales particularmente característicos de las fiebres intermitentes, el estupor de los sentidos, una especie de rigidez de las articulaciones, y especialmente también la sensación sorda y desagradable que parece instalarse en el periestio de todos los huesos del cuerpo, todos en fin, acabaron apareciendo. El paroxismo duraba de dos a tres horas cada vez y reaparecía cada vez que volvía a tomar la dosis; si no, no pasaba nada. Al dejar de tomar la quina, recuperé la salud» (Nota del traductor, Cullen, 1790, tomo II, pp. 108-109 [traducción personal de la nota en alemán de Hahnemann]).

Hahnemann afirma en esta nota una nueva propiedad de la quina que permite explicar sus virtudes curativas: la quina cura las fiebres intermitentes en el enfermo puesto que posee la capacidad de producir —a dosis bastante elevadas— una fiebre semejante en el individuo sano. Es el primer enunciado del principio de similitud, base teórica de toda la doctrina homeopática, que será retomado y desarrollado en el *Organon*.

LA TOXICOLOGÍA DE STÖRCK

Estudiando los síntomas tóxicos provocados por la ingestión de quina, Hahnemann retoma en parte la concepción experimental de A. von Störck, sucesor de Van Swieten y rector de la universidad de Viena cuando Hahnemann estudiaba allí en 1777. Hahnemann ya citó a Störck en la página 15 de su tesis en 1779 (Rabanes, 1983, pp. 37 y 61).

A partir de 1760, Störck experimentó en sí mismo los efectos de determinadas sustancias venenosas (cicuta, estramonio, *hyoscyamus*, acónito, beleño negro, cólico, clemátide, dictame, pulsatilla, negruzca, etc.) (Störck, 1760; Störck, trad. fr. 1887) con la intención de comprobar si estas sustancias, a pesar de su fama de alta toxicidad, podían ser útiles en terapéutica. Además, el descubrimiento del órgano que era finalmente atacado por la toxicidad de la planta podía proporcionar una indicación terapéutica precisa:

«Como el estramonio, trastornando el espíritu, causa la locura en los hombres sanos, no está permitido experimentar con él. Pero si el trastorno, el cambio de ideas y del *sensorium commune* ocasionado fuera el de los locos y de los espíritus enfermos ¿no los convertiría en espíritus sanos; y si, por un movimiento contrario, hiciera desaparecer las convulsiones en aquellos que las padecen?» (Störck, trad. fr. 1887, p. 4).

Störck se encuentra muy próximo al concepto de principio de similitud, formulado con anterioridad y en varias ocasiones por Hipócrates, pero se sitúa preferentemente en una trayectoria de impacto farmacodinámico que en una similitud de síntomas. No obstante, Störck señala el efecto inverso de estas sustancias, inversión de acción que será posteriormente una de las explicaciones dadas por Hahnemann sobre la forma de actuar de los remedios homeopáticos.

UNA CONFIRMACIÓN DE LA TEORÍA NERVIOSA

La traducción del libro de Cullen marca una etapa importante en la trayectoria de Hahnemann, de hecho el propio Hahnemann en *Ensayo sobre un nuevo principio...* determina la fecha de 1790 como la principal en la observación de este nuevo principio (Hahnemann, 1796, trad. fr. 1850, p. 40). No obstante, antes de abandonar a Cullen, ante la abundancia de notas de traducción (unas quinientas setenta aproximadamente) que representaban cerca de ciento veinte páginas sobre las mil ciento cuarenta del libro completo, nos hemos preguntado si el estudio de esas notas no podría aportar otro tipo de información. Fue así como encontramos gran cantidad de notas que confirman la utilización de la teoría nerviosa por parte de Hahnemann (*ibidem*, tomo I, pp. 103-106, 110-112, 129, etc.) y a veces las mismas cuestiones planteadas en su tesis sobre el poder de los nervios. Para él, el medicamento actúa mediante su propiedad de provocar un estímulo que irritará las fibras que a su vez se encuentran bajo la dependencia de la fuerza nerviosa:

«[...]la fibra del movimiento no posee más que una disposición más o menos alta a disminuir su longitud bajo la influencia de la fuerza nerviosa, sin ésta última permanecería eternamente relajada. La más pequeña fibra posee nervios y no puede ser irritada por nosotros si éstos no son tocados» (*ibidem*, tomo I, p. 103 [traducción personal]).

LA FIEBRE ANTAGONISTA ARTIFICIAL

Otro concepto, esencial en nuestra opinión, es el de "fiebre antagonista artificial" que encontramos en diversas notas:

«Cabe señalar que el autor siente no poder aniquilar mediante su forma de explicación todas las objeciones de sus adversarios. Su empeño parece dirigirse especialmente contra aquellos que siempre tienen en la punta de la lengua la ambigua palabra específico a propósito de la Quina, sin saber ni siquiera su significado. Pero sí había pensado que se puede, a partir del extracto de Cañafístula y de Agalla, componer una sustancia amarga mucho más astringente que cualquier otra, aunque sin poder curar ninguna fiebre que haya durado más de seis meses; si ha adivinado que existía en la corteza una fuerza que puede producir una fiebre antagonista artificial... no se cerraría tanto a sus explicaciones» (*ibidem*, tomo II, p. 110 [traducción personal]); «[...]si se estimula durante algún tiempo una especie de fiebre artificial (de gran malestar provocadas por la Ipecacuana...[...]) los accesos de fiebre disminuyen...» (*ibidem*, tomo II, p. 114 [traducción personal]); «[...] la fiebre propia del mercurio que describí en mi curso sobre la enfermedad venérea [...]» (*ibidem*, tomo I, p. 82 [traducción personal]).

Hahnemann utiliza el concepto de fiebre artificial antagonista para explicar la forma en que actúan numerosas sustancias medicinales, pero sin basarse en un principio de similitud como lo hace para explicar la acción de la quina. La concepción de fiebre tóxica artificial, antagonista de la enfermedad natural, ya presente en su *Tratado de enfermedades venéreas* de 1789, procede de las teorías de Hunter sobre la incompatibilidad de los efectos mórbidos entre ellas.

Nos parece importante resaltar y explicitar las diferentes fuentes del pensamiento de Hahnemann puesto que en su obra no proporciona ninguna referencia a los fundamentos teóricos que le permitieron construir su doctrina. Actualmente poseemos, al menos así lo creemos, una gran parte de sus fuentes de inspiración (biografías, cartas, diarios de consulta médica, textos no reeditados, artículos, estudios de los autores de su época) y ello nos ayuda a comprender mejor la trayectoria del fundador de la homeopatía. Recorriendo las obras de Hahnemann es sencillo reconocer las influencias que le marcaron en función de la lista que acabamos de proponer. A partir de esa fecha, la obra de Hahnemann se incluye íntegramente en la doctrina homeopática.

EL PRIMER TEXTO HOMEOPÁTICO

En 1796, Hahnemann publica en el diario de medicina práctica de Hufeland, su primer texto fundador de la teoría homeopática, titulado *Ensayo sobre un nuevo principio...* (*op. cit.*). En este voluminoso artículo de ciento cincuenta páginas, Hahnemann

generalizará sus observaciones e hipótesis y las transformará en un principio universal ampliado a numerosos productos.

La primera parte es una introducción teórica que enuncia el principio de similitud (que él llama *similia similibus*):

«para curar radicalmente ciertas afecciones crónicas, se deben buscar los remedios que provoquen normalmente en el organismo humano una enfermedad lo más análoga posible» (Hahnemann, 1796, p. 439, trad. fr. 1850, p. 40).

La segunda parte cita ejemplos de tratamiento con éxito según el principio anterior, tomados de su experiencia personal, lo cual le permite confirmar sus aseveraciones.

A partir de 1796, Hahnemann ha planteado su trayectoria teórica y, además de sus trabajos de traducción que continuará hasta el año 1806, trabajará únicamente en esa dirección. Progresivamente irá precisando su doctrina, punto por punto, publicando numerosos artículos en el diario de medicina práctica de Hufeland o en el *Reichs-Anzeiger*. Publicará también varias obras todas ellas inspiradas en los principios de la homeopatía: *Curación y prevención de la fiebre escarlatina* (1801), *Los efectos del café* (1803), *Esculapio en la balanza* (1805), *La Medicina de la experiencia* (1805), y *Fragmentos sobre los efectos positivos de los medicamentos observados en el hombre sano* (1805). Este último es la primera Materia médica homeopática (tomo I) y el primer repertorio homeopático (tomo II).

DE NUEVO EL VAGABUNDEO

Hahnemann conoció una vida médica y familiar muy movida hasta el año 1804. Tras una violenta controversia sobre la defunción del emperador de Austria, Leopoldo II, Hahnemann, sin trabajo como médico, abandona Leipzig en 1792 para iniciar una larga peregrinación por toda Alemania. Se mudará con toda su familia en más de quince ocasiones en tan sólo trece años. Sus fuentes de ingresos proceden casi exclusivamente de las traducciones que continuará regularmente hasta 1800, fecha del inicio de una práctica médica homeopática regular, tal y como lo demuestran sus *Krankenjournalen* (Hahnemann, 1963), diarios de consultas médicas donde Hahnemann consignará sus observaciones hasta el final de sus días. Traducirá obras del inglés (Grigg, 1791; Monro, 1791; Rigby, 1791; Taplin, 1796; Nuevo dispensario de Edimburgo, 1797; Home, 1800) y del francés (de la Methrie, 1791; Rousseau, 1796; Vicat-Haller, 1806). A partir de 1804, Hahnemann permanece siete años en Torgau donde practicará la medicina con regularidad.

LA MADUREZ (1810-1835)

Es un largo período de estabilidad, tanto a nivel familiar y afectivo como a nivel de la práctica médica. Tras su regreso a

Leipzig en 1811, Hahnemann sólo cambiará de ciudad dos veces: Köthen en 1821 y finalmente París en 1835 donde ejercerá una práctica médica regular que le asegurará, finalmente a los 55 años, una estabilidad financiera que jamás había conocido hasta entonces.

Es también el período de madurez de la doctrina homeopática.

"EL ORGANON"

En 1810, publica la primera edición de *Organon der rationellen Heilkunde* (Organon de la medicina racional) en la editorial Arnold de Dresde. Se trata de un libro de ciento veintidós páginas precedido de una introducción de cuarenta y ocho páginas. El cuerpo de esta primera edición estaba compuesto de doscientos setenta y un párrafos en los que Hahnemann explica su concepción de las enfermedades, la forma de actuar de los medicamentos y de la prescripción y conducta terapéuticas. Es la exposición de la doctrina homeopática, auténtica biblia de referencia para todo aquel que quiera practicar la homeopatía incluso actualmente, a finales del siglo XX. Hahnemann publicará cuatro nuevas ediciones del *Organon* revisadas y completadas en función de las modificaciones de su teoría, bajo el título de *Organon der Heilkunst* (Organon del arte de curar): 1819, 1824, 1829 y 1833. En 1921, se editará una sexta edición póstuma en la editorial Haehl a partir de los documentos originales de Hahnemann.

El *Organon* ha sido traducido en quince idiomas y ha dado la vuelta al mundo (Baur, 1991).

Las fuentes que hemos estudiado en las páginas anteriores ayudarán al lector a abordar con mayor facilidad la lectura de una obra de casi dos siglos de antigüedad.

LA "MATERIA MÉDICA"

En 1811, Hahnemann publica el primer tomo de la *Reine Arzneimittellehre* (Materia médica pura). La Materia médica homeopática comprende el conjunto de las patogénesis, es decir, las tablas clínicas experimentales de las sustancias medicinales activas en el hombre sano. El primer tomo contiene doce remedios; el segundo, publicado en 1816, contiene diez; el tercero, en 1817, ocho; el cuarto, en 1818, doce; el quinto en 1819, once; el sexto y último, en 1821, diez.

A partir de 1823 hasta 1827, Hahnemann publica una segunda edición de su *Materia médica*, con únicamente tres medicamentos más, pero con un neto aumento del número de síntomas proporcionados por algunos de sus alumnos que participan de las patogénesis. En 1830 aparecerá una tercera edición que comprenderá solamente el primer y segundo volúmenes.

"LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS"

En 1828, Hahnemann opera un cambio importante en su doctrina homeopática publicando el primer tomo de las *Die chronischen Krankheiten, ihre eigenthümliche Natur und homöopathische Heilung* (Las Enfermedades crónicas, su particular naturaleza y su tratamiento homeopático). En efecto, ante el aspecto proteiforme y el carácter crónico de determinadas enfermedades, Hahnemann introduce el concepto de "miasmas" para explicar las recaídas para lo cual describe tres diátesis de origen miasmático: la psora, la sycosis y la syphilis. Los demás tomos, parecidos en 1828 y 1830, contienen la materia médica de veintidós nuevos remedios. La segunda edición, publicada entre 1835 y 1839, contiene veinticinco nuevos medicamentos.

Todas estas obras serán traducidas también a numerosos idiomas.

LOS PRIMEROS ALUMNOS

A partir de 1812, Hahnemann empieza a tener algunos alumnos. Después de sostener una disertación sobre el eleborismo en junio de 1812, Hahnemann enseña su nueva doctrina homeopática en la universidad de Leipzig lo cual le lleva a captar algunos estudiantes que se convertirán en sus primeros discípulos: Franz, Gross, Hartmann, Hornburg, Langhammer, Ruckert, Stapf y Wislizenus quienes participan en las reuniones en casa del viejo maestro y en la experimentación de las patogénesis. Hahnemann conoce un gran éxito en su práctica médica y empieza a ser consultado desde todos los puntos del país.

Su enseñanza universitaria, sin demasiado éxito debido al irritable carácter de Hahnemann, continuará hasta el conflicto ocurrido en 1820 con los farmacéuticos de la ciudad quienes le reprochaban que preparaba y distribuía sus propios medicamentos. Hahnemann perdió el juicio y buscó refugio en Köthen en 1821 bajo la protección del duque de Anhalt-Köthen. Fue nombrado consejero y pudo continuar ejerciendo su medicina homeopática y repartir él mismo los remedios.

Los primeros alumnos difundirán la doctrina de su maestro: Stapf creó en 1822 el primer diario homeopático titulado *Archiv*

für die Homöopathische Heilkunst; Haubold funda en 1829 una sociedad de médicos homeópatas en Leipzig; Müller y Hartmann inauguran el primer hospital homeopático en 1833 en Leipzig. La nueva doctrina homeopática también empezaría a desarrollarse en toda Europa (Rapou, 1847).

EL FINAL DE SU VIDA EN PARÍS (1835-1843)

El final de la vida de Hahnemann es lo suficientemente romántico como para ser contado y demuestra también la extrema vitalidad de este anciano testarudo.

Enriqueta, la primera mujer de Hahnemann, falleció en 1830 y a partir de entonces, Hahnemann vive con sus dos hijas, Carlota y Luisa. A menudo, permanecía encerrado en su pequeña casa de Köthen, ocupado en recibir enfermos y en escribir nuevas ediciones de sus libros. Con el pretexto de una enfermedad, la joven María Melania d'Hervilly va a visitarlo en octubre de 1834 (Handley, 1990). Ella tiene 34 años, el viejo maestro 79. Hahnemann es seducido por esta joven y elegante mujer llegada de París, se deja llevar por su fogosidad y sus proyectos de viajar a Francia. Finalmente se casan en enero de 1835 y parten hacia París en junio del mismo año.

Tras recibir la autorización para ejercer en París, Hahnemann reinicia una gran actividad médica, ayudado por Melania, obteniendo muy buenos resultados lo cual le hará famoso y aumentará su clientela. Su estancia en la capital francesa, ciudad clave de la cultura y la medicina, ayudará al desarrollo y la difusión internacional de la homeopatía. El maestro participará en el congreso de la Sociedad homeopática galicana y organizará numerosas reuniones en su casa (Janot, 1936, p. 66). Muchos de sus alumnos acabarán difundiendo su doctrina en el extranjero.

Hahnemann muere de bronquitis crónica el 2 de julio de 1843, en su domicilio parisino, en el n° 1 de la calle de Milán. Tenía 88 años.

Sus restos mortales fueron enterrados en el cementerio de Montmartre y después trasladados al cementerio de Père-Lachaise donde reposa actualmente.

Samuel Hahnemann vivió una larga vida y publicó una obra teórica imponente que todavía hoy sirve como base para la práctica de numerosos médicos homeópatas actuales.

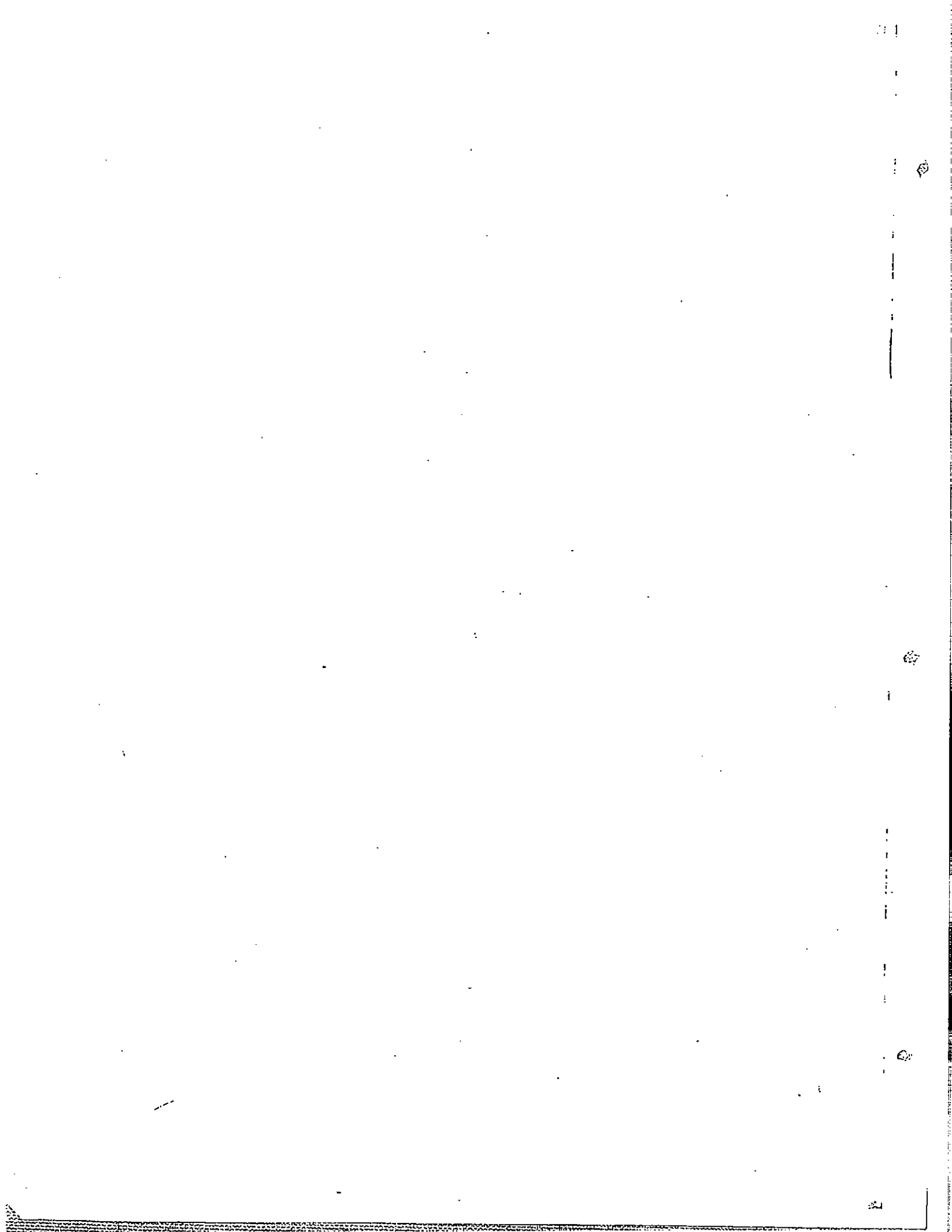
Es necesario releer su obra al amparo de las obras de los autores de su tiempo para comprender el contexto de sus ideas. Además, hay que conocer los trabajos de los historiadores de la medicina sobre esta época clave del pensamiento médico a fin de poseer la perspectiva histórica suficiente para analizar el lugar de Hahnemann en el pensamiento médico y filosófico de su época.

La teoría homeopática se explica en parte por el contexto médico de su nacimiento, por los sistemas filosóficos que la sostienen y por la particularidad del país que la vio nacer. El estudio de la práctica y de la teoría actuales de la homeopatía no puede llevarse a cabo más que a la luz de su historia y de la de su fundador.

BIBLIOGRAFÍA

- ALBRECHT F (1851). Christian Friedrich Samuel Hahnemann. Ein biographisches Denkmal. Hinrich. Leipzig. 2ª edición bajo el título: Dr. Samuel Hahnemann's des Begründers der Homöopathie, Leben und Wirken. Schwabe. Leipzig. 1875.
- AMADOU R (1971). Le magnétisme animal. Payot. París.
- AMEKE W (1884). Die Entstehung und Bekämpfung der Homöopathie. Junke. Berlin. Traducción inglesa por AE Drysdale bajo el título: History of homeopathy: its origin, its conflicts. Gould. London. 1885.
- BAUR J (1981). Homéopathie, quelques pages d'histoire. Apuntes del autor.
- BAUR J (1983). Avatars et aventures du remède homéopathique. Apuntes del autor.
- BAUR J (1991). Un livre sans frontières, histoire et métamorphoses de l'Organon de Hahnemann. Boiron. Lyon.
- BOISSIER DE SAUVAGES (1772). Nosologie méthodique (traducción del latín, Gouviou). Bruysser. Lyon.
- BRADFORD TL (1895). The life and letters of Dr Samuel Hahnemann. Boericke and Tafel. Philadelphia.
- BRUNSCHWIG H (1947). La crise de l'Etat prussien à la fin du XVIII siècle et la genèse de la mentalité romantique. PUF. París.
- CASSIRER E (1966). La philosophie des Lumières (traducción del alemán, Quillet P). Fayard. París.
- COOK T (1981). Samuel Hahnemann. The founder of homeopathic medicine. Thorson. Welingsborough.
- COULTER HL (1973.1975-1977). Divided legacy a history of the schism in medical thought (3 tomos). Wehawken Book Co. Washington.
- CROLL-PICARD AS (1933). Hahnemann et l'homéopathie. Doin. París.
- CULLEN W (1785-1787). Eléments de médecine pratique (2 tomos) (traducción del inglés, bajo diferente título Bosquillon M) Borrois-Méguignon. París.
- CULLEN W (1789). Traité de Matière médicale (traducción de la edición inglesa de 1789, Bosquillon M) Barrois-Méguignon. París 437 y 637 p.
- CULLEN W (1790). Abhandlung über die Materia medica (2 tomos) (traducción de la edición inglesa de 1789 con anotaciones, Hahnemann S) Schwickert. Leipzig 468 y 672 p.
- ELWERT J (1799). Nachrichten von dem Leben und den Schriften jetzlebender teutscher Aerzte (2 volúmenes) Gerstenberg Hildelsheim. 195 y 215 p. traducción inglesa en: Haebl (1922). Traducción francesa en: Baur (1981); pp 5-9.
- FALCONER W (1777-1778). Versuch über die mineralischen Wasser und warmen Bäder (2 tomos). Hilschern. Leipzig. Traducción del inglés al alemán, Hahnemann S.
- FAY B (1942). La franc-maçonnerie et la révolution intellectuelle du XVIII siècle. Cluny. París.
- FREDAULT F (1870-1873). Histoire de la médecine. Etude sur nos traditions (2 volúmenes) Baillière. París. Vol II, p. 386.
- GODECHOT J (1958). Le siècle des Lumières. En: Histoire universelle. La Pléiade, Gallimard. París.
- GRALL JC (1958). Samuel Hahnemann avant l'homéopathie. Apport biographique et conceptuel de sa "Méthode pour traiter soigneusement les vieilles plaies et les ulcères purulents" (tesis de medicina). Estrasburgo.
- GRAPPIN P (1963). Lumières et franc-maçonnerie en Allemagne au XVIII siècle. IN: Francastel P (ed). Utopies et institutions au XVIII siècle. Mouton. París.
- GUMPERT M (1946). Hahnemann (traducción del alemán, Pitrou R) Stock. París.
- GUNTHER R, WITTERN R (1988). Katalog der Bibliothek des Homöopathie-Archivs. Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.
- GUSDORF G (1971). Les principes de la pensée au siècle des Lumières. Payot. París.
- HAAS K (1956) Hahnemann der Chemiker und Apotheker. Ein historische Studie. haug. Ulm-Donau.
- HAEHL R (1922). Samuel Hahnemann sein Leben und Schaffen (2 tomos). Schwabe. Leipzig. Traducción inglesa bajo el título: Samuel Hahnemann. His life and work (traducción Wheeler, Grundy) (2 volúmenes) Clarke and Wheeler. Homeopathic Publishing Company. London. Faksimil Jain Publishers. Nueva Delhi. 1971.
- HAHNEMANN S (1784). Anleitung alte Schäden und faule Geschwüre gründlich zu heilen. Crusius. Leipzig. Traducción francesa comentada, Grall JC. 1989.
- HAHNEMANN S (1786) Ueber die Arsenilvergiftung ihre Hülfe und gerichtliche Ausmittelung. Crusius. Leipzig.
- HAHNEMANN S (1787). Abhandlung über die Vorurteile gegen die Steinkohlenfeuerung... Walter. Dresde. 72 y 239 p.
- HAHNEMANN S (1789) Unterricht für Wundärzte über die venerischen Krankheiten, nebst einem neuen Quecksilberpräparate. Crusius. Leipzig. Traducción francesa en Etudes de médecine homéopathique; tomo I: pp 1-256.
- HAHNEMANN S (1792-1795). Freund der gesandheit. Heischer, Frankfurt (tomo I); Crusius, Leipzig (tomo II).
- HAHNEMANN S (1793-1798). Apothekerlexikon. Crusius. Leipzig. 1793 (A a la K); 1798 (L a la Z).
- HAHNEMANN S (1796) Versuch über ein neues Prinzip... In: Journal der practischen Arzneykunde und Wundarneykunst, Hufeland (ed.) Tomo II, cah 3, pp 391-439; ch 4, pp 465-561. Traducción francesa Schlessinger-Rahier. In: Etudes de médecine homéopathique. París. 1850: pp 10-103.
- HAHNEMANN S (1796) Handbuch für Mütter, oder Grundsätze der ersten Erziehung der Kinder... G Fleischer. Leipzig.
- HAHNEMANN S (1803). Die Kaffee in seinen Wirkungen. Steinacker. Leipzig. Traducción francesa in Etudes de médecine homéopathique, tomo I: pp 606-632.
- HAHNEMANN S (1810) Organon der rationellen Heilkunde. Arnold. Dresde. 222 p. Traducción francesa Brunnov: de la 2ª edición del Organon del arte de curar. Arnold. Dresde. 1824. Otras ediciones francesas, Jourdan AJL.
- HAHNEMANN S (1811-1827) Reine Arzneimittellehre (6 tomos). Arnold. Dresde. Varias traducciones francesas: Bigel, Jourdan, Simon.
- HAHNEMANN S (1850-1855). Etudes de médecine homéopathique (2 tomos). Baillière. París.
- HANDLEY R (1990). The story of Samuel and Melanie Hahnemann. North Atlantic Books. Berkeley. 252 p.
- HENNE H (1963) Quellenstudien über Samuel Hahnemann Denken und Werken als Arzt. Hippokrates. Stuttgart.
- HENNE H (1963-1968) Hahnemann Krankentagebuch Nr 2 und 3 (1963); y Nr 4 (1968) Hippokrates. Stuttgart.
- HENNE H (1977) Hahnemann A physician at the dawn of a new era. Traducción inglesa del alemán: Hahnemann Ein Arzt im Aufbruch einer neuen Zeit, Skopec Russel M, Skopec M. Hippokrates. Stuttgart.
- HUFELAND CW (1796) Macrobiotik, oder die Kunst das menschliche Leben zu verlängern. Berlin. Traducción francesa bajo el título: L'art de prolonger la vie ou la macrobiotique. Pelagot J. Baillière. París 1871.
- HUNTER J (1852) Traité de la maladie vénérienne. Baillière. París (traducción francesa de la edición inglesa de 1781, Richelot G).
- IMBAULT-HUART MJ (1975) L'école pratique de dissection de Paris de 1750 à 1822 ou l'influence du concept de médecine pratique et de médecine d'observation dans l'enseignement médico-chirurgical au XVIII siècle et au début du XIX siècle (tesis presentada en la universidad de París I en 1973). Servicio de reproducción de tesis. Lille. 370 p.

- IRSAY d' S (1933-1935). L'école de Leyde et son influence. In: Histoire des universités françaises et étrangères. Picard. Paris. Tomo II; pp 78-85.
- JANOT C (1936). Histoire de l'homéopathie française. Apuntes del autor. Fontenay-aux-Roses. 253 p.
- Journal der praktischen Arzneikunde und Wundarzneikunst*. Hufeland CW (ed). Akademischen Buchhandlung. Jena.
- KANT E (1985) Oeuvres philosophiques (traducción francesa del alemán Wismann H) La Pléiade. Gallimard. París.
- KLEINERT GO (1863) Geschichte der Homöopathie. Schäfer. Leipzig.
- LARNAUDIER R (1935). La vie surhumaine de Samuel Hahnemann, fondateur de l'homéopathie. Parthénon. París.
- LEONHARDI JG (1788-1791). Hern PJ Macquers chemisches Wörterbuch oder allgemeine Begriffe der Chemie (7 tomos). Weidmannisch. Leipzig.
- LICHTENHAELER C (1978) Histoire de la médecine. Fayard. París.
- PREUSS E (1930). Der zwanzigjährige Hahnemann. Schwabe. Leipzig. Traducción francesa Schmidt P. in: Cah Group Hahn; 1977, 14, 2: 57-62.
- RABANES O (1983) Traduction commentée de la thèse de Samuel Hahnemann. Introduction à la lecture de son oeuvre (tesis de medicina). París XIII-Bobigny.
- RABANES O (1985) Introduction à l'oeuvre chimique de S Hahnemann (memoria del diploma de estudios superiores de metodología en historia de las ideas) París XII.
- RAPOU PA (hijo) (1847) Histoire de la doctrine médicale homéopathique, son état actuel dans les principales contrées de l'Europe (2 volúmenes) Baillière. París.
- RITTER H (1974). Samuel Hahnemann. Begründer der Homöopathie. Sein Leben und Werk in neuer Sicht. Haug Heidelberg. 2ª edición 1986.
- ROGER J (1993). Les sciences de la vie dans la pensée française au XVIII siècle. Albin Michel. París 1ª edición 1963.
- SCHMIDT JM (1989) Bibliographie der Schriften Samuel Hahnemann. Siegle. Rauenberg.
- SCHMIDT P (1977). Hahnemann: "La merveilleuse conformation de la main de l'homme". Cah Group Hahn; 14, 2: 57-62.
- SHRYOCK R (1956). Histoire de la médecine moderne (traducción del inglés por R. Tarr). Colin. París. 311 p.
- Société Française d'Homéopathie* (1989). Aspects historiques de l'homéopathie: la pensée de S Hahnemann. 141 p.
- SIPRENGEL K (1815-1820) Histoire de la médecine depuis son origine jusqu'au XIX siècle (traducción francesa de la 2ª edición alemana por Jourdan AJI. y revisada por Bosquillon) (2 volúmenes) Deterville et Desoer. París.
- STEDMAN J (1777) Physiologische Versuche und Beobachtung Müllem. Leipzig (traducción del inglés, Hahnemann S, pero no indicado en el libro). 134 p y 4 pl.
- STÖRCK von A (1760) Libellus quo demonstratur cicutam non solum usu interno tutissimo exhiberi, sed et esse simul remedium. Trattator. Vindoboria. 110 p.
- STÖRCK von A (1887) Etudes de thérapeutique expérimentale (traducción francesa Piedevache H) Baillière. París. 423 p. El título completo de las obras de Störck es: Petit traité dans lequel on démontre que le stramoine, la jusquiame et l'aconit non seulement peuvent être employés chez l'homme à l'intérieur sans aucun danger, mais sont des remèdes extrêmement salutaires dans beaucoup de maladies.
- THOURET G (1934) Hahnemann, père de l'homéopathie. Baccouner Frères. Alger. 212 p.
- TISCHNER R (1939) Geschichte der Homöopathie. Schwabe. Leipzig.
- Van der SANDE JB (1784). La falsification des médicaments dévoilée. Van Clef. La Haye. 4443 p. Traducción del alemán con el título: Die Kenzeichen der Güte und Verfälschung der Arzneimittel, Hahnemann S, Walter. Dresden. 1787; 370 p.
- VERBAINE E (1962) Un certain Hahnemann. Editions Universitaires. París.
- WHYTT R (1759) Essais physiologiques (trad. francesa de la ed. inglesa de 1755 Therbant). Estienne. París. 297 p.
- WHYTT R (1767) Les vapeurs et maladies nerveuses, hypochondriaques ou hystériques (2 volúmenes) (traducción francesa del inglés por Labeue de Presle). Vincent. París. 2ª edición en 1777 bajo el título: Traité des maladies nerveuses, hypochondriaques et hystériques (2 volúmenes). Didot. París.
- WURST W (1983) La porcelaine de Meissen. L'or blanc épées bleues. VEB Staatliche Porzella Manufaktur. Meissen.



1.2

El método hahnemaniano

D. Demarque

Ciertas controversias actuales intentan desacreditar la homeopatía denegándole todo carácter científico y considerándola como una "doctrina irracional" (cf. *Médecine et Nutrition: "L'homéopathie science éprouvée ou doctrine irrationnelle"* [Medicina y Nutrición: La homeopatía ciencia experimental o doctrina irracional]). La realidad es todo lo contrario. De hecho podríamos incluso reprochar a Hahnemann un exceso de racionalismo cuando intenta crear un método susceptible de conducir a una certeza en el Arte de curar.

A LA BÚSQUEDA DE UNA LÓGICA MÉDICA: DE LA INDUCCIÓN A LA DEDUCCIÓN

En su crítica de la medicina de su tiempo y de los siglos precedentes, Hahnemann (ed. fr. 1824) vuelve constantemente a los inconvenientes de los sistemas a priori sin referencia a la experiencia:

«La medicina no debe, en ningún momento, alejarse ni un ápice de la esfera de las experiencias y de las observaciones puras, si quiere evitar caer en la nulidad y la charlatanería.»

Este texto figura en el prefacio de la segunda edición alemana del *Organon* aparecida en 1819. En 1810, Hahnemann había escogido el título *Organon racional del Arte de curar* para exponer su método. El *Organon*, subraya Léon Simon en sus *Comentarios a la quinta edición francesa* (1873), «no es un tratado dogmático ni mucho menos una obra didáctica: es una lógica médica». En esta obra no se trata de imponer un sistema nuevo, ni de priorizar una idea concebida a priori sino de ofrecer a los médicos un instrumento, un recurso, un método para dirigirlos en el tan difícil arte de curar.

El nombre *Organon* designaba los seis tratados de Aristóteles relacionados con la lógica. Este último, creía que la inducción, basada en la sensación, era la base de todo lo demás. La inferencia inductiva es necesaria para el paso de lo singular a lo general.

Aristóteles y muchos otros después de él, el canciller Francis Bacon, autor del *Novum Organum*, y Stuart Mill mostraron los sofismas susceptibles de inducir a error al sabio más objetivo: la observación inexacta de los hechos, su falsa interpretación, una enumeración insuficiente, etc.

David Hume (1711-1776) estableció que «la inducción jamás puede conducirnos a ninguna regla general puesto que no tenemos la seguridad de haber pasado revista a todos los casos posibles para justificarla». Algunos lógicos modernos van todavía más lejos; así, Karl Popper escribía, en 1772: «Por muy numerosas que sean las verificaciones de un enunciado, no pueden justificar la pretensión de que la teoría universal explicativa que se deriva es exacta» (Popper, 1985).

Estas reflexiones no condenan el modo de razonamiento inductivo sino que únicamente marcan sus límites.

Claude Bernard mostró, en 1865, la dificultad existente en la mente de los investigadores para disociar las formas de razonamiento inductivo y deductivo: «En el método experimental, la búsqueda de los hechos, es decir, la investigación, se acompaña siempre de un razonamiento de manera que, en la mayoría de los casos, el experimentador realiza una experiencia para controlar o verificar el valor de una idea experimental. Así, podemos decir, que en ese caso, la experiencia es una observación provocada con un objetivo controlado» (Bernard, 1984).

EL PRINCIPIO DE SIMILITUD EN LA PRUEBA DE LA EXPERIMENTACIÓN: LAS PATOGÉNESIS

Su conocimiento de los textos hipocráticos sobre la relación terapéutica de similitud llevó a Hahnemann a investigar en la literatura médica otras observaciones en favor de una acción curativa mediante lo semejante. Después, intentó encontrar, a través de la experimentación consigo mismo, según el método recomendado por el gran fisiólogo del siglo XVIII Albrecht von Haller, si existía un punto de unión lógico entre los efectos de una droga en el hombre sano y su actividad sobre el enfermo.

«En 1790, escribe Hahnemann en el prefacio al tomo III de su *Tratado de Materia médica pura*, hice sobre mí mismo la pri-

Toda referencia a este artículo, debe llevar la mención: DEMARQUE D.- El método hahnemaniano. - Homeopatía, Capítulo 1.2 - *Encl. Med. Nat.* - Ediciones Frison - Roche. (París, Francia), 1995.

mera experimentación pura con la corteza de la quina (*con el objetivo de constatar su capacidad de provocar una fiebre intermitente*); y estos primeros ensayos aportaron *la aurora* que ilumina actualmente con una mayor claridad la terapéutica...» (Hahnemann, 1821, tr. fr. 1834).

Así, en 1816, fecha de la aparición de la primera edición alemana del tomo III de su *Materia médica*, veintiséis años después de la primera confirmación de su "idea experimental", Hahnemann habla de un pequeño resplandor al principio puesto que siempre espera la iluminación total.

Un único experimento no es significativo. Hahnemann era perfectamente consciente y continuó experimentando consigo mismo durante seis años antes de publicar, en 1796, su *Ensayo sobre un nuevo principio*.

Todavía esperaba nueve años antes de ofrecer, en un estudio de unas cincuenta páginas—*La Medicina de la experiencia*—, precisiones técnicas sobre sus experimentos. En este prospecto expone, por primera vez, en el año 1805, una teoría explicativa, la de la substitución mórbida. Hahnemann había comprobado con la práctica que los medicamentos curaban las enfermedades cuyos síntomas eran capaces de producir ellos mismos sobre el hombre sano y emitió la hipótesis de que la enfermedad medicamentosa artificial substituye a la enfermedad natural.

LOS LÍMITES DE LA TEORÍA DE LA SUBSTITUCIÓN MÓRBIDA

La enfermedad artificial (medicamentosa) substituirá a la enfermedad natural debido a su mayor intensidad y la similitud de los síntomas. Para demostrar que los procesos naturales de curación se efectúan según esta hipótesis, Hahnemann recurre a ejemplos clínicos utilizados por sus contemporáneos, Larry, Jenner, Hunter... citándolos ampliamente y refiriéndose, como ellos, a las entidades patológicas, a enfermedades específicas en el sentido de la antigua medicina, la rubeola, la varicela... Así, curiosamente, Hahnemann funda su teoría basándose en conceptos nosológicos rechazados por él (con matices referentes a enfermedades epidémicas contagiosas).

Ello puede explicar el interés que esta teoría despierta en algunos adversarios tales como Trousseau y al mismo tiempo las severas críticas lanzadas por numerosos discípulos. Cuando Hahnemann, escribe Trousseau, emite el principio terapéutico *similia similibus curentur*, prueba su afirmación basándola en hechos atribuidos a los médicos más inteligentes. De forma evidente, las flegmasias locales suelen curarse con la aplicación directa de irritantes que causan una inflamación análoga, inflamación terapéutica que substituye a la irritación primitiva.

Lo que puede ser cierto para enfermedades locales y agentes tópicos lo es mucho menos para afecciones generales y remedios generales; pero Hahnemann cegado por la verdad de una idea que había vislumbrado y formulado, exagera precipitadamente, como todos los novatos, la importancia de su descubrimiento (Trousseau y Pidox, 1862).

Con el nombre de "medicación substitutoria", Trousseau incorporaría en su *Tratado de terapéutica* esta aplicación elemental de la homeopatía.

Los primeros discípulos de Hahnemann tuvieron dificultades para seguir el pensamiento de su maestro. El término substitución era equivocado. La función de la fuerza vital no estaba demasiado clara. Si la enfermedad es un desorden, "una aberración dinámica de la fuerza vital desordenada", no se entiende como un desorden mayor podría devolver la paz, la salud. Todo ello no encajaba con el concepto de un efecto equilibrador, regulador.

Trousseau reprochaba a Hahnemann el haber generalizado. El término "ley" puede, efectivamente, ser rechazado, la teoría de la substitución, abandonada, pero ello no cambia en nada lo esencial: la evidencia mediante experimentos repetidos del hecho positivo de la similitud terapéutica. La inducción debe dejar siempre una puerta abierta a la discusión e incluso a la negación. Hahnemann fue el primero en dudar de la veracidad de su teoría explicativa y a ello se refiere en todas las ediciones del *Organon*:

«El hecho es positivo, poco nos importa la teoría científica de la forma en que ha tenido lugar. Concedo muy poca importancia a las explicaciones que pueden intentar ofrecerse.»

UN DATO DE LA EXPERIMENTACIÓN: LA INFINITESIMALIDAD

La misma concepción racional, «empírica-inductiva», según la expresión de Buschauer (1988), se encuentra en los importantes descubrimientos para el futuro de la farmacología del efecto de las diluciones infinitesimales y la importancia de la "succusión" o sacudida mecánica en la preparación de medicamentos (dinamización).

Durante sus primeros ensayos terapéuticos según la similitud, Hahnemann empleaba dosis ponderables. La observación de reacciones, a veces activas en los enfermos, seguidas de una mejora rápida, lo llevó a utilizar dosis cada vez más bajas. Hahnemann empleaba el término "atenuación" para designar las diluciones efectuadas.

«No es, escribía, en virtud de una opinión preconcebida ni por amor a la singularidad que me he decidido a utilizar dosis tan bajas... He llegado a ello después de las experiencias y observaciones, a menudo repetidas, y todo me ha demostrado que mayores cantidades de medicamento, incluso en los casos en que son beneficiosos, actúan con mayor intensidad de la necesaria para obtener la curación» (Hahnemann, 1821, tr. fr. 1876, p. 258: "China").

Hahnemann vuelve sobre este tema en un estudio sobre el arsénico: «En medicina sólo puede aprenderse mediante el estudio y la experiencia puesto que la medicina no es otra cosa que una ciencia de observación. Si observamos que una billonésima parte es demasiado fuerte en determinadas circunstancias por

qué no bajar hasta la cuatrillonésima o incluso más abajo?... La naturaleza y la intensidad de acción de la dosis mínima no pueden ser determinadas por visiones más o menos ingeniosas de la mente; sólo la experiencia puede decidir; la experiencia que se basa en los hechos y contra la cual no existen argumentos» (Hahnemann, 1821, tr. fr. 1876, p. 388: *Arsenicum album* párrafos subrayados por el autor).

EXPERIMENTAR PARA COMPRENDER

Toda su vida, Hahnemann continuó experimentando y dando consejos a los discípulos que le siguieron en su camino, variando las condiciones de experimentación, tanteando, retrocediendo a veces respecto a un ensayo precedente... Estas dudas y contradicciones demuestran su preocupación por las verificaciones y el rigor científico. Existen diferencias notables entre las diversas ediciones del *Organon* y la lectura de otros escritos, especialmente de la correspondencia, permite entender mejor los matices de su pensamiento y sus dudas.

Hahnemann vio la necesidad de construir la ciencia de los medicamentos sobre las bases de la realidad clínica de carácter sintético. El estudio de una enfermedad en la universalidad de los síntomas es la base a la vez lógica y experimental de la patología hahnemaniana.

En consecuencia, el medicamento también debe ser planteado de una manera sintética. Es necesario conocer a través de la experiencia sobre el hombre sano la universalidad de los síntomas específicos provocados por su acción sobre el cuerpo. Y en el hombre y no en el animal puesto que no es lícito extrapolar, en el plano de la universalidad de los síntomas, del animal al hombre.

Correlativamente a estas investigaciones patogenéticas, Hahnemann observó en los enfermos los resultados de la aplicación terapéutica de la regla de similitud. Tras veinte años de práctica, reconoció que la eficacia en las enfermedades agudas contrastaba con la frecuencia de fracasos en las enfermedades crónicas lo cual le supuso, por otra parte, una inmensa decepción. Razonando como patólogo, intentó profundizar en las causas de esas enfermedades, buscando la solución, medio siglo antes de los trabajos de Pasteur, en una causalidad infecciosa, microbiana, "miasmática", dicho en el lenguaje de su época. No obstante, también puso en entredicho las bases de su propia doctrina, planteando el ejemplo a sus alumnos de una autocrítica constructiva. De esta forma, resituó la homeopatía tras la estela de la medicina clásica.

En cualquier caso, no existe contradicción entre el método experimental de Hahnemann y el de Claude Bernard sobre el modo de razonamiento mismo, incluso aunque existan diferencias esenciales sobre el objeto de sus investigaciones y sobre los hechos que ambos se esfuerzan en demostrar.

Como médico, Samuel Hahnemann centró todo su método sobre las relaciones entre el paciente considerado como uni-

dad y en su individualidad, la enfermedad como su especificidad relativa respecto a la reacción individual del enfermo y el medicamento con sus cualidades específicas. Su razonamiento es, por lo tanto, sintético.

Como fisiólogo, Claude Bernard limitó sus observaciones y experimentos de laboratorio con animales al estudio analítico de las causas eficientes de fenómenos fisiológicos y fisiopatológicos.

El arte médico, situado en la confluencia de todas las ciencias biológicas, no debe rechazar ningún descubrimiento susceptible de ayudar a la consecución de sus objetivos: la prevención de las enfermedades y la curación de los enfermos.

LA RELATIVIDAD HISTÓRICA DE LAS INTERPRETACIONES Y LA TENTACIÓN DEL DOGMATISMO

Hahnemann desarrolló una inmensa obra y proporcionó las bases experimentales, empírico-inductivas, de una Medicina racional susceptible de progresar sin cese mediante un vaivén constante entre los estudios patogenéticos y la observación de los enfermos. Indicó las reglas de aplicación y vio la necesidad del uso de dosis bajas e incluso muy bajas para no perjudicar a los enfermos. Comprendió la importancia de las predisposiciones individuales y la influencia del terreno respecto a los factores infecciosos... Hubiera podido, según su método, permanecer en el plano de la observación y de la experiencia —como creador de una nueva ciencia— y dejar que tomara libremente su camino.

En la medicina de los siglos anteriores y en la de su propia época, Hahnemann veía «un teatro de hipótesis barrocas y a menudo contradictorias, de explicaciones, de demostraciones, de conjeturas, de dogmas y de sistemas» y como espíritu positivo que era, desconfió de las especulaciones metafísicas en medicina.

No obstante, la lectura de las últimas ediciones del *Organon*, convertida en una «exposición de la doctrina médica homeopática», da la impresión de una obra dogmática.

En la quinta edición, que redactó a la edad de 78 años, en 1833, Hahnemann desarrolla una teoría sobre el «dinamismo vital» dándole una importancia primordial y el cariz de una doctrina espiritualista inmutable. El propio medicamento se convierte en su aplicación homeopática en una energía inmaterial capaz de influir directamente sobre la energía inmaterial que anima la parte material del cuerpo humano.

En nombre de esta teoría, calificada de "hahnemaniana" de "homeopatía pura", ciertos epígonos de Hahnemann se desviaron hacia el iluminismo. Siguiendo las palabras al pie de la letra se olvidaron de lo esencial: el método experimental.

LA CIENCIA NO SE DETIENE

De hecho, la concepción racional de Hahnemann está dirigida a los espíritus abiertos al progreso de las ciencias fundamentales de la medicina y se inclina a una crítica constructiva.

«Se sabe que en todos los tiempos, las concepciones teóricas, hipotéticas han sido tomadas como convicciones en medicina. No se ha interrogado a la experiencia, el único método que puede arrojar luz sobre una ciencia experimental como la medicina, porque era más cómodo contentarse con afirmaciones. Es por esta razón que hemos honrado las decisiones más atrevidas y las teorías y las hipótesis menos sólidas en lugar de la verdad basada en los hechos» (Hahnemann, 1821, tr. fr. 1834, p. 228: *Aurum metal*; tra. fr. 1876, p. 145: *Aurum foliatum*).

Hahnemann creó una nueva ciencia experimental o dicho de forma más precisa, una medicina de la experiencia. Era lógico que intentara, durante toda su vida, explicar, "logificar" sobre resultados experimentales y hechos clínicos, la necesidad de que la propia naturaleza de la ciencia permanezca sometida a la crítica científica y a la evolución del saber. Los discípulos fieles al espíritu de su método deben ser capaces de proponer, a través de los progresos de la ciencia, adaptaciones y nuevas formulaciones de los aspectos teóricos en perpetua evolución, basándose siempre en hechos experimentales indiscutibles.

BIBLIOGRAFÍA

L'homéopathie, science éprouvée ou doctrine irrationnelle (La Homeopatía, ciencia experimental o doctrina irracional). Méd Nutr; n° especial, 1984.

BERNARD C (1984) Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Flammarion. París.

BUSCHAUER C (1984) Homéopathie, parachèvement de la médecine hippocratique. Maisonneuve. Metz.

HAHNEMANN S (1821, tr fr 1834). Reine Arzneimittelehre. Traité de Matière médicale ou de l'action pure des médicaments homoeopathiques (Tratado de materia médica o de la acción pura de los medicamentos homeopáticos). Con tablas proporcionales de la influencia que diversas circunstancias ejercen sobre esa acción (por Boenninghausen C) (trad fr Jourdan JL de las 2ª y 3ª ediciones alemanas). Bailliére. París.

HAHNEMANN S (1821 tr fr 1876) Reine Arzneimittelehre. Traité de Matière médicale homoeopathique comprenant les pathogénésis du Traité de

Matière médicale pure et du Traité des Maladies chroniques (Tratado de Materia médica homeopática incluidas las patogénesis del Tratado de materia médica pura y del Tratado de las Enfermedades crónicas) (tr fr Simon L a partir de las últimas ediciones alemanas) Bailliére. París.

HAHNEMANN S (1824). Prefacio de la 2ª edición del Organon del arte de curar (1ª edición francesa, tr fr von Brunnow) Arnold. Dresde. Facsimil Laboratorios Boiron. Sainte-Fay-lès-Lyon.

POPPER K (1985) La connaissance objective. Complexe. Bruselas.

SIMON L (1873) Comentarios a la quinta edición francesa del Organon de Samuel Hahnemann. Bailliére. París. p. 349.

TROUSSEAU A, PIDOUX H (1862) Traité de thérapeutique et de Matière médicale (tomo I). Béchet Jeune. París. p. 528.

1.3

Lectura de la obra de Hahnemann

J. Baur

Sólo la lectura de la obra de Hahnemann permite definir claramente los aspectos teóricos y prácticos así como precisar las cuestiones que hasta ahora han permanecido sin respuesta y legadas por su fundador a la sagacidad de sus sucesores.

Todos sabemos lo que ocurre con una obra cuando sólo se han transmitido sus interpretaciones subjetivas. Las páginas que siguen a continuación son un intento, mediante la lectura de la obra de Hahnemann, de restituírle las características principales, doctrinales y técnicas y de identificar algunas de las alteraciones que ha sufrido a lo largo de los dos siglos que nos separan de sus primeros trabajos.

HAHNEMANN Y SU TIEMPO

«Es mejor no tener ningún médico ni ningún medicamento que dejarse tratar con los métodos de la antigua escuela», declaró Hahnemann y, fiel a sus ideas, abandonarla, a partir de 1789, la práctica de una medicina que él juzgaba ineficaz y peligrosa, para dedicarse a las traducciones y trabajos personales.

Estos últimos trataban sobre estudios de química y en su mayoría empezaron a aparecer en los *Anales de química* de Crell a partir de 1787. Es la época en que, bajo la influencia de Lavoisier, la alquimia cedería el paso a la química de la cual Hahnemann pasaría a formar parte de sus precursores. Sus trabajos le valieron un cierto prestigio en el ambiente científico y en 1801, el profesor Gmelin, en los *Anales de química* incluso lo presentaría como un «célebre químico y médico». De la misma manera y hasta sus últimas ediciones, el *Diccionario de medicina* de Littré-Gilbert ha mencionado la preparación del «mercurio soluble de Hahnemann».

Además de los trabajos de química, Hahnemann se dedicó a temas de química alimentaria, siendo un precursor de la pasteurización de la leche. En el campo de la farmacología, su *Apothekerlexikon*, aparecido entre 1793 y 1799, le valió gran cantidad de elogios en los medios especializados donde también se dio a conocer por sus publicaciones sobre la higiene. En el

campo de la dietética, el profesor Riecke de Tübingen consideraba que sus publicaciones le proporcionaron el mayor de los prestigios.

Fue en 1790 cuando, traduciendo la *Materia médica* de Cullen, Hahnemann intuye una nueva aplicación del principio de similitud. Desde entonces, se vería envuelto en nuevas aventuras. Se trata del inicio de una nueva serie de trabajos personales que, tras seis años, desembocarían en 1796 en la publicación en el *Journal de Hufeland* de su *Ensayo sobre un nuevo principio para descubrir las virtudes curativas de las sustancias medicinales*. El *Journal der praktischen Arzneikunde* de Hufeland era muy apreciado entre los médicos de la época y acogió favorablemente los primeros ensayos del fundador de la homeopatía.

La formulación de la nueva doctrina, a lo largo de los años que siguieron, iba a valerle a su autor la enemistad feroz de los médicos y apotecarios de su tiempo. Hahnemann rechazó todas las construcciones médicas que había visto sucederse ante sus ojos. John Brown, Philippe Pinel, Paul Joseph Bathez, Frédéric-Guillaume-Joseph Shelling, Jean Rasori, François-Joseph Victor Broussais también intentaron basar la medicina sobre nuevos fundamentos. Pero ninguno lo consiguió.

El modelo formulado por Hahnemann gozará, en cambio, de una sorprendente longevidad y tras dos siglos de desarrollo, su fecundidad no se ha agotado. A través de la larga historia de los conflictos que salpicaron su vida profesional, su fundador podría dar la impresión de haber sido un genio marginado. En realidad, participó intensamente en las corrientes sociales de su época con la cual compartía el dinamismo. Apasionado por la búsqueda de una medicina inteligente y eficaz, se oponía a las doctrinas cuya ineficacia y carácter absurdo le parecían de lo más evidente. Pero, como él mismo escribió en 1819 en su prefacio a la segunda edición de su *Organon*:

«Los médicos son mis hermanos como el resto de los hombres; respeto su persona. La medicina es mi único objeto.»

En otoño de 1812, a la edad de 56 años, se instala en Leipzig con la intención de fundar un instituto para médicos diplomados, previendo que seis meses serían suficientes para adquirir las bases de la nueva ciencia. No conseguirá realizar su proyecto aunque podrá enseñar en la facultad de medicina. La violencia de sus ataques contra la medicina clásica le hará ganarse la hostilidad creciente del ambiente médico, al mismo tiempo que a su alrededor se formará un grupo de jóvenes estudiantes que se convertirán rápidamente en sus colaboradores.

Sus trabajos de química conocieron una amplia difusión con su publicación en los *Anales de química* de Crell. Sus primeros estudios de homeopatía fueron también ampliamente difundidos no solamente por el *Journal* de Hufeland, sino también por un diario de gran tirada, editado en Gotha por el consejero R.Z. Becker, *Allgemeine Anzeiger der Deutschen*, que en 1808 publicó un largo artículo titulado "Valor de los sistemas en medicina considerados sobre todo en su relación con la práctica que se deriva". Al igual que los *Anales* de Crell habían dado a conocer sus trabajos de química, el *Journal* de Hufeland y el del consejero Becker difundirían sus primeros trabajos homeopáticos.

La formulación de los principios de la homeopatía, que ponía en tela de juicio las fortalezas de la medicina y la farmacia, fue motivo de conflictos, tanto más cuanto que sus primeros trabajos de química, higiene y profilaxis habían sido recibidos favorablemente. Su método experimental fue objeto de múltiples críticas si bien éstas fueron siempre teóricas. A fin de conseguir un rechazo más efectivo, el profesor Jörg de Leipzig decidió iniciar una serie de experimentos sobre individuos sanos tras lo cual y ante su sorpresa obtuvo resultados muy parecidos a los conseguidos por Hahnemann. Jörg publicó sus resultados con el título *Materiales para una futura Materia médica obtenidos mediante el ensayo de medicamentos sobre individuos sanos*. Estos trabajos fueron incluidos en las *Materias médicas homeopáticas* al igual que los del profesor Armand Trousseau de París, el profesor Eduard Martin de Jena, el profesor Karl August Wibmer de Munich e incluso de la tan oficial Sociedad de medicina de Viena.

En su obra *Divided Legacy*, Harris L. Coulter consagra un capítulo entero a los numerosos plagios realizados, sin citar la fuente, por la medicina clásica a la terapéutica hahnemaniana. Por su parte, Hahnemann no dudó en adoptar, de la medicina de su tiempo, todo aquello que según su opinión resultaba útil para sus objetivos de forma que un gran número de medicamentos de la medicina popular, experimentados sobre el hombre sano, encontraron también su lugar en la *Materia médica homeopática*. Y se puede ver en las colecciones del Instituto für Geschichte der Medizin de Stuttgart un estetoscopio que había pertenecido a Hahnemann.

Sorprendentemente, la nueva medicina se difundió amplia y rápidamente por todo el continente europeo, las dos Américas y el subcontinente indio. De entrada, la homeopatía había

llegado a todos los niveles de la sociedad, desde el pueblo llano hasta la más alta aristocracia. Las epidemias que devastaron Europa en aquella época fueron, aunque desgraciadamente, un elemento que ayudó a la propagación de esta nueva terapéutica. Primero fueron, en 1812, las epidemias de tifus extendidas por los restos del ejército napoleónico que retrocedían a través de las llanuras de Leipzig con elementos de todas las nacionalidades, franceses, españoles, italianos, alemanes, rusos y poloneses. Tras la batalla de Leipzig en 1813, se desarrolló otro tipo de epidemia, diferente pero tan mortal como una cruenta batalla. Hahnemann trató ciento veinticuatro casos de tifus en Leipzig y sólo perdió un paciente, resultados que publicó en 1814. Años más tarde, en 1831, una epidemia de cólera propició la apreciación comparativa de los resultados obtenidos por cada una de las medicinas, la alopática y la homeopática.

El ambiente médico de la época llevó a cabo contra Hahnemann una lucha sin cuartel e incluso se llegó a acusarle de relaciones malsanas con sus alumnos, obligándole finalmente en 1821 a abandonar Leipzig y refugiarse en el pequeño principado de Ferdinand von Anhalt Köthen. No obstante, los ataques no obtuvieron ningún resultado. Hahnemann gozaba, en efecto, de poderosos apoyos que le permitieron hacer frente, con su numerosa familia, a las vicisitudes de una vida errante por todo el territorio europeo.

Son de todos conocidas las facilidades que obtuvo durante su adolescencia, en sus estudios en la escuela primaria de Meissen. A lo largo de su vida, Hahnemann encontrarla, en los momentos difíciles, la ayuda que le permitiría salir adelante. Dos elementos, sobre todo, contribuyeron a mantenerlo en el desarrollo de su obra: primero en 1777, su afiliación a la francmasonería y más tarde, a partir de 1835, su matrimonio con la marquesa María Melania d'Hervilly.

Durante sus estudios de medicina en Viena, el joven Hahnemann había sido el preferido del doctor Quarin, médico de la emperatriz María Teresa y director del hospital de los hermanos de la Caridad. Quarin le tomó como amigo y lo recibió en el hospital ofreciéndole sus enseñanzas gratuitamente, confiándole incluso el cuidado de algunos de sus pacientes. Los deseos de aprender del joven Hahnemann, su devoción y la agudeza de su inteligencia le sorprendieron enormemente, como a muchas personas de la alta sociedad de la época. Quarin era francmasón y presentó al joven a uno de sus amigos, gobernador de Transilvania, el barón von Brukenthal que buscaba un joven médico al cual confiar el cuidado de su familia y la tarea de poner en orden su vasta biblioteca y su importante colección de medallas. Hahnemann le siguió hasta su palacio en Hermannstadt, actualmente Sibiu en Rumanía, donde acababa de inaugurarse una logia masónica. El barón, que pertenecía a una logia vienesa, introdujo al joven médico en la logia de Saint-André-aux-Trois-Lotus y abonó en su nombre los 20 guldens tradicionales: era el 16 de octubre de 1777. En esa época apareció en Leipzig la traducción hecha por Hahnemann de la obra de William Falconer sobre las

aguas minerales y los baños calientes. El frontispicio de la obra se encontraba ornado de una viñeta que incluía un cierto número de insignias masónicas, en particular la escuadra, el compás y la estrella de seis puntas. A continuación, durante su estancia en Leipzig, Hahnemann fue recibido en la logia Minerve-aux-Trois-Palmes y en 1828, el duque Ferdinand que lo acogió en su ducado era también maestro de ceremonias de la logia A la Colonne. Hahnemann no estableció, parece ser, relación directa alguna con esta logia pero su introducción de la mano del duque fue de gran importancia para su afiliación en Leipzig.

El 8 de octubre de 1834, una joven francesa de 34 años vestida con ropas masculinas llegó de incógnito a Köthen para acudir a la consulta de Hahnemann, que por aquel entonces contaba con 80 años de edad. Tres meses más tarde se casaban. Poco tiempo después, la llegada y la instalación de la pareja en París inaugurarían un nuevo capítulo de la historia de la homeopatía. La joven marquesa María Melania d'Hervilly era poeta y artista, alumna del pintor Guillaume Guillon-Léthière y por lo tanto, estaba muy introducida en los ambientes artísticos del París de aquella época. Sus cuadros se vendían bien lo cual le aseguraba una libertad material que pocas mujeres de su tiempo hubieran podido conquistar. Sus relaciones con el político Lúois Jérôme Gohier, antiguo presidente del Directorio, con el abad Grégoire, miembro del Consejo de los Quinientos en los últimos años de la república, con François Guillaume Andrieux, también miembro del Consejo de los Quinientos, le aseguraron su entrada en las esferas de la política. Además, su hermano había acompañado al marqués de La Fayette en su aventura americana.

Poco antes de la llegada de la pareja a París, la Academia de medicina, consultada por François Guizot, ministro de Educación y Salud Pública, respecto al interés de abrir un hospital homeopático, había respondido negativamente declarando que «la homeopatía estaba repleta de contradicciones chocantes y de evidentes absurdos». Cinco meses más tarde, el mismo ministro, por decreto real del 12 de agosto de 1835, concedía a Hahnemann la autorización para practicar la homeopatía en Francia. Entre los amigos de María Melania d'Hervilly, La Fayette y Andrieux eran masones influyentes así es que no podría asegurarse si la autorización para practicar la homeopatía fue como consecuencia de su intervención o bien gracias a las buenas relaciones que María Melania Hahnemann mantenía con el rey Luis Felipe.

En los círculos homeopáticos parisinos, se creía que Hahnemann no se lanzaría a una práctica de la homeopatía con pacientes y que se limitaría a terminar tranquilamente sus días dedicándose a trabajos de escritura. Pero en realidad, tras algunas semanas en el viejo París, en el domicilio de María Melania, 26 rue de Saints-Pères, la pareja se instalaría en el 7 de la rue Madame, cerca de los jardines de Luxemburgo y los pacientes empezaron a acudir. En 1837, Hahnemann atendía a sus enfermos en un pequeño hotel situado en el número 1 de la rue de Milan donde pudo hacer frente, con mayor comodidad, a una clientela cada vez mayor.

Los diecisiete registros de consultas correspondientes a su práctica parisina atestiguan el interés que suscitó en todas las clases sociales. Las primeras visitas fueron las de los británicos, más tarde llegaron pacientes de todas las regiones de Europa: España, Italia, Holanda, Bélgica, Portugal, Alemania, Suecia, Irlanda, Rusia, Polonia e incluso de Canadá y los Estados Unidos. Entre sus pacientes se encontraban grandes aristócratas franceses, numerosos artistas como Paganini, David d'Angers y el pintor Staní Scheffer, la actriz Rachel, Eugène Sue, Honoré de Balzac, junto a religiosos, hombres de leyes, militares...

Los medios literarios de la época nos han dejado numerosos testimonios sobre la forma en que fue recibida la doctrina hahnemaniana, nombrada especialmente en *Les Mystères de Paris* (Los Misterios de París) d'Eugène Sue, en la Correspondencia de Pierre Joseph Proudhon, más tarde en el periódico de Jules Michelet o en los Estados Unidos en las novelas de Henry James, de William D. Howells o Elisabeth Stuart Phelps Ward. Más cerca de nuestra época, la muy voluminosa correspondencia del pintor Camille Pissarro recuerda en numerosas ocasiones el uso que él hacía de la medicina hahnemaniana.

La intensa actividad parisina de Hahnemann se encontraba salpicada de grandes fiestas que colmaban el hotel de la rue de Milan de numerosas personalidades. Mientras tanto, Hahnemann preparaba una nueva edición de su *Organon* confirmando sin ninguna duda los principios de su doctrina y manifestando una firme oposición contra aquellos que no la aceptaban, especialmente, el grupo de homeópatas parisinos que acabarían perpetuando hasta nuestros días las desviaciones de los primeros disidentes alemanes bajo la denominación de homeopatía francesa. Por el contrario, siempre mantuvo excelentes relaciones con el conde Sébastien Des Guidi, a quien él había iniciado en Köthen y que fue uno de los primeros en desarrollar la homeopatía en Francia desde la región lionesa.

El 8 de julio de 1843 a las 5 horas de la mañana, Hahnemann se apagó en su hotel de la rue de Milan. La doctrina que él había formulado iba a transmitirse y seguir su desarrollo desde Europa hasta la India y las dos Américas. Su longevidad sigue siendo un caso único en la historia de las doctrinas médicas.

LA HERENCIA HAHNEMANIANA

LAS DIFICULTADES DE ESTE ESTUDIO

A pesar de su dos siglos de existencia y de su extensa propagación por los países de Europa, de Oriente y de las dos Américas, a pesar de una literatura abundante, la homeopatía, hasta nuestros días, ha sido pocas veces objeto de estudios serios y en profundidad. Las referencias a las enseñanzas de Hahnemann no suelen ir más allá de una literatura de segunda clase normalmen-

te caracterizada por una insuficiente documentación y la subjetividad de sus autores. Cuando las referencias señalan al fundador de la homeopatía, no suelen citar más que la sexta edición del *Organon* o a la segunda edición del *Tratado de enfermedades crónicas*. Estas dos obras que compuso respectivamente a los 87 y a los 80 años de edad, sólo poseen un significado si se las considera en el conjunto de la obra completa de Hahnemann. Nos enfrentamos, así, a todo tipo de dificultades.

Las dimensiones de la obra hahnemaniana

La primera de estas dificultades es la propia dimensión de la obra puesto que Hahnemann, a través de la creación de una forma original de *medicina experimental*, no es únicamente el promotor de una nueva modalidad de aplicación de la antigua ley de similitud sino que también es uno de aquellos que, en los albores de los Tiempos modernos, presintieron y afirmaron *el origen microbiano* de determinadas enfermedades infecciosas y concedió un lugar importante a la *higiene* en el tratamiento de las enfermedades.

Frente a las cerca de las catorce mil páginas de texto que constituyen el conjunto de sus obras médicas, sería injusto olvidar los muy numerosos ensayos que publicó en las revistas médicas de su época. Por otra parte, hace poco se descubrió también que las doce mil páginas de traducciones que publicó a partir de obras en inglés, francés e italiano sobre diversos temas relacionados con la medicina, la educación de los niños, la farmacia, la química y la agricultura incluyen numerosas anotaciones personales que merecen ser estudiadas aparte a fin de conseguir una mejor comprensión de sus descubrimientos y de la evolución de sus ideas. Finalmente, no hay que olvidar las obras inéditas, formadas por cincuenta y cuatro registros de consultas diarias (de las cuales diecisiete, redactadas en francés, corresponden a su práctica médica en París), varios centenares de cartas a pacientes escritas de su puño y letra, cartas personales, repertorios, notas referentes a pruebas con medicamentos, etc. Ante semejante obra puede entenderse que no es fácil pretender haber leído todo Hahnemann...

Sin embargo, por esa misma razón, quien desee emprender semejante estudio se enfrenta a una nueva dificultad pues, aunque se han publicado numerosas listas de sus trabajos ninguna de ellas, hasta la fecha, aparece ni completa ni correctamente establecida. A este respecto, la reciente publicación del doctor Josef Schmidt dedicada a la bibliografía de Hahnemann es la más completa editada hasta nuestros días (Schmidt, 1988).

No es, sin embargo, suficiente poseer un inventario completo de la obra de Hahnemann, todavía falta encontrar los libros en los catálogos, incluso de las mayores bibliotecas. Ninguna posee una colección completa y los archivos que conservan los documentos inéditos no serán accesibles hasta dentro de algunos años.

El contexto cultural hahnemaniano

Todas estas dificultades bastarían para explicar las dudas de los autores modernos ante semejante estudio a lo cual hay que añadir el contexto cultural en el que Hahnemann pudo elaborar su obra. Conocemos sus cualidades de lingüista y su bagaje cultural excepcional que, en consecuencia, le permitieron tanto en su *Organon* como en su *Tratado de materia médica* proporcionar referencias de un impresionante número de autores antiguos o contemporáneos en los cuales se había inspirado: médicos griegos y latinos, alemanes, ingleses, italianos y holandeses, él, que a la edad de 12 años fue autorizado a dar clases de repaso de griego a sus compañeros de colegio (Hahnemann, 1799). En el capítulo de *Veratrum album* en su *Materia médica*, no duda en escribir:

«Hubiera podido comparar los síntomas descritos por los antiguos médicos de Grecia con los observados por mí, pero me abstuve a fin de evitar hacer alarde de mi erudición» (Hahnemann, 1817).

Su erudición explotó en la tesis presentada en 1812 en Leipzig con la intención de obtener una cátedra docente. En su texto original, citaría a numerosos autores de la Antigüedad, corregiría una interpretación de Dioscórides, añadiría las palabras que faltaban en un texto griego de Teofrasto o discutiría el término árabe mediante el cual Avicena tradujo una expresión de Dioscórides (Hahnemann, 1812). Ciertamente, existen pocos médicos, en el momento actual, que sean capaces de leer este trabajo en el cual Hahnemann esboza un cuadro de la historia de la medicina desde Hipócrates, corroborándolo con un gran número de citas textuales del griego, del latín y del árabe.

EL OBJETO DE ESTE ESTUDIO

El ámbito de este estudio, dedicado a la "lectura de la obra de Samuel Hahnemann" estará voluntariamente limitado a la lectura del *Organon* (Hahnemann, 1952), del *Tratado de enfermedades crónicas* (Hahnemann, 1969) y de algunos opúsculos especialmente significativos aparecidos antes de 1810 (Hahnemann, 1989b). Considerado como la «Biblia del médico homeópata» el *Organon* durante la primera mitad del siglo XX, dejó de interesar a los que sin embargo se presentaban como los sucesores de Hahnemann.

El artífice de la reaparición de la homeopatía en Europa fue el doctor Pierre Schmidt que, a la vuelta de un ciclo de estudios en los Estados Unidos, se dedicó a la difusión de la doctrina hahnemaniana, asumiendo en 1952 la publicación de una nueva traducción del *Organon* al francés realizada a partir de la sexta edición alemana aparecida en Leipzig en 1921 (Hahnemann, 1952).

No obstante, la lectura del *Organon* no puede llevarse a cabo únicamente a través de la sexta edición alemana, y su comprensión necesita del acceso a las ediciones precedentes. Así, en 1975 apareció una reproducción de la primera traducción al

francés (1824) realizada por Ernest George von Brunnow (Hahnemann, 1824) a partir de la segunda edición alemana de 1819 y en 1986 la traducción de A.J.L. Jourdan (1856) a partir de la quinta edición alemana de 1833 (Hahnemann, 1856). De esta forma el lector moderno francófono, que rechaza la lectura de los textos alemanes y a pesar de los vicios inherentes a toda traducción, puede aproximarse a los fundamentos doctrinales de la homeopatía. No obstante le faltará la primer edición de 1810 que sólo ha sido traducida al inglés, la tercera que ha sido traducida únicamente al holandés y la cuarta que si bien fue objeto de dos ediciones en francés, no ha sido reeditada por los editores modernos.

Leer el *Organon* en su desarrollo a lo largo de los años no es únicamente buscar la significación desde su prefacio hasta su último párrafo, sin olvidar la larga introducción que precede al texto propiamente dicho, sino que también es intentar comprender la trayectoria de su autor, quien, hasta el final de su vida, no dejó de profundizar en sus investigaciones, dejando a sus sucesores la tarea de continuarlas. Leer el *Organon* significa familiarizarse con sus seis ediciones aparecidas sucesivamente entre 1810 y 1921 cuya lectura hace resurgir *unas indicaciones que jamás han sido variadas* y que por sí mismas permiten ofrecer una definición precisa de la homeopatía, estableciendo claramente sus bases doctrinales, sus límites y sus técnicas de aplicación. En contrapartida, existen algunas cuestiones que nunca han sido aclaradas de manera definitiva y a las cuales Hahnemann jamás aportó una respuesta satisfactoria.

La lectura del *Organon* debe completarse con la del *Tratado de enfermedades crónicas* que, ampliando la visión doctrinal inicial, conduce a nuevas modalidades de aplicación. De la misma manera, los *Estudios de medicina homeopática* (Hahnemann, 1989b) constituyen una importante ayuda para la comprensión de esta doctrina.

LAS BASES DOCTRINALES DE LA HOMEOPATÍA

Poniendo en evidencia las características que se encuentran constantemente en los escritos hahnemannianos, puede que sea posible poner fin a las querellas que dividen el mundo homeopático y definir sin ambigüedad qué es y qué no es la homeopatía.

LOS ELEMENTOS ORIGINALES DE LA DOCTRINA HAHNEMANIANA

La definición de los estados mórbidos a través de la sintomatología

La sintomatología ha sido siempre un elemento de capital importancia para la medicina tradicional. La precisión de las ob-

servaciones médicas de antaño no bastaban, sin embargo, para definir los estados mórbidos y sólo los procesos escondidos que se suponían subyacentes eran considerados como la verdadera enfermedad. Se estaba valorizando la especulación a expensas de la observación. Hahnemann, prohibiéndose toda especulación, definió uno de los primeros pilares de su doctrina.

«En cada manifestación patológica individual, el observador sin prejuicios sólo puede percibir las alteraciones del cuerpo y del alma perceptibles para los sentidos.»

Esta afirmación, incluida en el párrafo 8 de la primera edición del *Organon*, vuelve a aparecer de forma idéntica en las ediciones siguientes. A partir de la segunda edición se verá reforzada por una nota al primer párrafo que dice:

«Basta ya de esas sabias reflexiones denominadas *medicina teórica* para las cuales se han creado incluso Cátedras especiales y es tiempo ya de que aquellos que se llaman a sí mismos médicos dejen de confundir a los pobres humanos con sus galimatías y *empiecen finalmente a actuar*, es decir, a socorrer y curar realmente.»

La individualización de los estados mórbidos

«Es imposible que exista un auténtico arte de curar sin tratar cada enfermedad de una forma particular, es decir, sin que el médico se enfrente a cada caso de enfermedad que se le aparece como un caso particular.»

Esta indicación se encuentra en los párrafos 61 de la primera edición y 88 de la segunda y la tercera. En las tres ediciones siguientes, Hahnemann habla de la necesidad de "individualizar" cada caso particular de una manera rigurosa y absoluta (párrafos 75 de la cuarta edición, 82 de la quinta y sexta ediciones).

Cada estado patológico lleva, en efecto, la marca de la individualidad que lo manifiesta y como no existen dos individuos idénticos, el médico debe determinar lo propio perteneciente a cada uno. Ésta es una postura totalmente opuesta a la de la medicina clásica que a lo largo de los años tenderá a constituir entidades nosológicas generales cuya sintomatología es susceptible de pertenecer a grupos más o menos numerosos. La homeopatía individualiza, la medicina clásica generaliza.

La individualización del paciente se lleva a cabo mediante una fórmula que también se encontrará en todas las ediciones del *Organon* y en particular en el párrafo 153 de la sexta edición, buscando

«los síntomas objetivos y subjetivos característicos *más sorprendentes, más singulares, más específicos y particulares*».

A partir de la publicación del *Tratado de enfermedades crónicas* el individuo enfermo ya no es considerado en su realidad instantánea sino resituado en su contexto histórico, lo cual conce-

de de nuevo importancia a toda la sintomatología que ha podido manifestarse a lo largo de toda su vida, los síntomas más antiguos son muchas veces los más importantes.

La individualización de los agentes terapéuticos mediante la experimentación

Si bien la individualización de los estados mórbidos es una característica de la doctrina hahnemaniana, el conocimiento de los agentes terapéuticos mediante la experimentación sistemática en el hombre sano es otra no menos importante. Mucho antes de que Claude Bernard publicara en 1865 su *Introducción al estudio de la medicina experimental*, Hahnemann había afirmado la necesidad de la experimentación en 1796 en su *Ensayo sobre un nuevo principio para descubrir las virtudes curativas de las sustancias medicinales* (Hahnemann, 1796) y en 1806 en otro opúsculo en el que citaba «la medicina de la experiencia» (Hahnemann, 1805a). Verificadas a lo largo de sus dos siglos de existencia, estas experimentaciones han visto confirmado su carácter de reproducibilidad y han conducido al establecimiento de una Materia médica experimental de la cual Hahnemann publicó en 1805 el primer compendio y el primer repertorio (Hahnemann, 1805b).

De esta forma, cada medicamento se encontraba definido por un conjunto de síntomas característicos, y a la individualización del enfermo mediante su sintomatología clínica respondía la individualización del medicamento mediante su sintomatología experimental. De la misma manera que no existen dos enfermos idénticos tampoco existen dos medicamentos idénticos.

La similitud

La coherencia de todo conjunto de conocimientos se establece alrededor de las relaciones que unen a las diferentes partes que componen esos conocimientos y la medida que define un cierto orden de relaciones ha permitido organizar diversas "ciencias" a las que se puede denominar *exactas* de manera que, mediante los cálculos estadísticos, la medida intenta estructurar las ciencias que denominamos "naturales" y que constituyen lo que llamamos *ciencias de la observación*. No obstante, el cálculo estadístico al tener en cuenta el "conjunto" no ofrece lugar alguno a los individuos.

Frente a la medida que expresa relaciones de cantidad la similitud define las relaciones de cualidad. Enunciada desde los tiempos más antiguos, la ley de similitud expresa otro tipo de relaciones entre los objetos o los acontecimientos y tiene en cuenta los fenómenos individuales. Además de estructurar numerosas doctrinas médicas también se encuentra aplicada en otros muchos ámbitos.

La comparación entre la sintomatología clínica y la sintomatología experimental debió conducir rápidamente a Hahne-

mann a formular la ley terapéutica que los relacionaba: la ley de similitud.

Desde 1796, en su *Ensayo sobre un nuevo principio* (Hahnemann, 1796), Hahnemann lo expresaba en su fórmula abreviada: *similia similibus*. En consecuencia, en la larga introducción que precede cada una de las ediciones del *Organon*, Hahnemann incluye una cita completa: *Similia Similibus Curantur* y regresa a ella en todas las ediciones a partir de la segunda:

«Heile durch Symptomen Aehnlichkeit!» (curad por la similitud de síntomas) (párrafo 45 de las segunda, tercera y cuarta ediciones, 50 de las quinta y sexta).

En la primera edición de su *Organon*, Hahnemann presentaba la homeopatía como una ciencia racional. La razón, la relación que une las diferentes partes, sólo puede responder a una ley general; siendo la relación de similitud la que confiere a la ciencia de la homeopatía su carácter racional. Descubriendo la posibilidad de caracterizar los agentes terapéuticos a través de una sintomatología experimental, Hahnemann evitaba las especulaciones hasta entonces necesarias para expresar las propiedades farmacodinámicas del medicamento. Descubriendo una nueva modalidad de aplicación de la ley de similitud; establecía la unión, en un lenguaje común, entre la patología y la terapéutica.

El remedio único

La simplicidad de los medios terapéuticos es otra de las grandes características de la doctrina homeopática. Es de todos conocida la lucha que Hahnemann llevó, durante toda su vida, contra la complejidad de la medicina de su época. En este sentido, desde 1805, en su opúsculo dedicado a la medicina de la experiencia, escribió:

«Nunca es necesario utilizar más de un medicamento simple al mismo tiempo cuando se ha encontrado uno que se adapta bien al caso mórbido» (Hahnemann, 1805a).

En todas las sucesivas ediciones del *Organon*, vuelve a mencionar este principio. Así, podemos encontrar en el párrafo 234 de la primera edición:

«In keinem Fall von Heilung, ist es nöthig, mehr als eine einzige einfache Arzneisubstanz auf einmal anzumelden» (en ningún caso es necesario emplear más de un medicamento simple al mismo tiempo).

La concepción holística del ser humano en su estado fisiopatológico conduce a una "imagen" proporcionada por los "síntomas característicos" de manera que a una imagen única no puede corresponderle más que una imagen medicamentosa única. De ahí la necesidad de la prescripción "de un solo remedio simple a la vez". El concepto de "remedio único" si bien se inscribe

en diferentes modalidades de aplicación, es también una característica de la doctrina homeopática.

La farmacopraxis

La cuestión de un nuevo tipo de preparación de las sustancias medicinales no fue planteada en los primeros ensayos de aplicación clínica. Al inicio de su práctica, Hahnemann utilizaba dosis sustanciales que correspondían aproximadamente a la posología clásica mínima usada en su época. No obstante, rápidamente y como consecuencia de la constatación de las agravaciones medicamentosas, Hahnemann cambiaría su orientación hacia nuevas investigaciones. Esta primera constatación tuvo como primera consecuencia la disminución de las dosis según un procedimiento farmacopráxico particular, el de la *dilución* y después el de las diluciones sucesivas hasta llegar a las microdosis tal y como se puede leer, desde 1801, en sus registros de visitas o incluso en un estudio que publicó, en la misma época, sobre la prevención de la escarlatina.

En 1805, Hahnemann escribía en *La Medicina de la experiencia*:

«Dosis de una increíble exigüidad bastan para los tratamientos curativos» (Hahnemann, 1805a).

En 1814, en un artículo sobre el tratamiento del tifus o fiebre de hospital, cita una técnica de preparación mediante diluciones sucesivas al 1/1000 pero hasta 1816, en el segundo volumen de su *Materia médica pura*, no incluirá la forma de preparación mediante diluciones sucesivas a 1/100.

Al principio, estas técnicas de preparación de remedios no pretendían otra cosa que la disminución del volumen de la dosis y la mezcla íntima del medicamento con su excipiente estaba asegurada mediante las técnicas de trituración o «sucusión». No obstante, la constatación de una persistencia en la agravación medicamentosa, unido al hecho de que estos procedimientos de preparación modificaban de forma importante las propiedades farmacodinámicas de la sustancia inicial, dotaría sus investigaciones de un objetivo diferente. Ya no se trataba de asegurar la homogeneización de una mezcla sino también de desarrollar las fuerzas terapéuticas, de dinamizar. El descubrimiento de la *dinamización* es otra de las características de la medicina hahnemanniana que impulsó las investigaciones hacia un campo totalmente nuevo: el de lo infinitesimal en farmacología, planteando cuestiones cuya variedad y complejidad desafían todavía hoy la sagacidad de los médicos. No obstante, sólo en la quinta y sexta ediciones del *Organon* podemos encontrar en el párrafo 269 lo siguiente:

«Mediante un procedimiento que le es propio, y que jamás se había experimentado hasta hoy, la medicina homeopática despeja y libera, por su especial uso, las virtudes medicinales inmateriales inherentes a las sustancias brutas y ello hasta un punto que en otro tiempo parecía inimaginable.»

La agravación medicamentosa

El fenómeno de agravación como consecuencia de la aplicación del medicamento homeopático condujo a Hahnemann a la preparación de diluciones ultramoleculares. Sin embargo, la experiencia demostró que esta agravación persistía en numerosos casos y que no dependía del grado de atenuación.

«Esta ligera agravación homeopática durante las primeras horas es, de hecho, un buen pronóstico que indica que la enfermedad aguda cederá probablemente con la primera dosis.»

Esta afirmación, que se encuentra en el párrafo 132 de la primera edición del *Organon* y que volverá a aparecer en las ediciones siguientes, concierne a los estados agudos y permite formular un buen pronóstico. En el caso de los estados crónicos será matizada con una serie de proposiciones que serán citadas con respecto a lo que los homeópatas han dado en llamar «ley de curación».

LOS ELEMENTOS TRADICIONALES RETOMADOS POR HAHNEMANN

A pesar de los indiscutibles éxitos que aseguraron el desarrollo geográfico explosivo de sus ideas, Hahnemann no tardó en observar que, a pesar de una elección correcta de su remedio, algunos pacientes padecían recaídas constantemente. Estas recaídas, que se traducían en una agravación evidente de la enfermedad, estaban a veces caracterizadas por una modificación más o menos acusada de la sintomatología o incluso por la aparición de síntomas nuevos. Esta observación fue el origen de unas nuevas investigaciones que se prolongaron más de doce años y que condujeron a Hahnemann a modificar determinados aspectos de su doctrina y a retomar ciertas formulaciones de la medicina tradicional. Tal fue el origen de su *Tratado de las enfermedades crónicas* (Hahnemann, 1969).

La concepción holística

La concepción holística del ser humano, cuyo equilibrio fisiopatológico y psicológico es mantenido gracias a la fuerza vital, es una concepción tradicional que se encuentra expresada en la antigua medicina humoral e inscrita en el contexto cultural indoeuropeo. El ser humano no es una máquina cuyas partes constitutivas funcionan por yuxtaposición sino que es un conjunto organizado y animado, un organismo que participa de la armonía cósmica general.

«El organismo es el instrumento material de la vida pero no podría concebirse al margen de la energía vital que lo anima con su sensibilidad y su voluntad puramente instintivas, y tampoco sabríamos concebir esta energía independiente-

mente de él. En consecuencia, ambos no son más que uno aunque en nuestro pensamiento separemos esta unidad en dos conceptos a fin de facilitar la comprensión.»

Esta concepción, que podemos leer en el párrafo 15 de la quinta y la sexta ediciones del *Organon*, incluye numerosos colorarios.

La totalidad de los síntomas

En una nota al párrafo 10 de la primera edición del *Organon*, Hahnemann señalaba:

«Uno solo de los síntomas presentes no constituye la enfermedad de la misma manera que una sola pierna no forma un hombre completo.»

Esta observación se encuentra en todas las ediciones y se refiere en un principio, al conjunto de los síntomas presentados por el paciente en el momento de la consulta. La doctrina de las enfermedades crónicas ampliará esta sintomatología momentánea a la totalidad de las manifestaciones presentadas por el individuo a lo largo de su vida, incluyendo incluso las particularidades patológicas que pueden haber sido heredadas de los progenitores.

Las diátesis

El concepto de diátesis recupera aquí su lugar, haciendo que intervengan los estados patológicos latentes, subyacentes a una sintomatología que sólo se manifestará bajo la influencia de una causa ocasional.

«Esta diátesis es tan pífida, y su obra se lleva a cabo de manera tan secreta durante un largo período de tiempo, muchas veces incluso varios años, que quien no esté al corriente de los signos que denotan su presencia en estado de latencia, creará y declarará al individuo como en perfecto estado de salud y exento de todo tipo de enfermedad» (Hahnemann, 1969).

Las metástasis

Las diátesis pueden manifestarse a través de metástasis, es decir, en cambios en la zona de manifestación de la enfermedad y en las que los fenómenos de alternancia constituyen una modalidad. Estas metástasis pueden ser manifestaciones favorables o desfavorables.

Los antiguos médicos, en efecto, habían observado que las metástasis podían ser la consecuencia de una alteración aportada por la desaparición espontánea de una enfermedad. Contemporáneo de Hahnemann, en 1757, el doctor Dominique Ray-

mond publicó una importante obra dedicada a las «enfermedades que es peligroso curar» (Raymond, 1757) y muchos siglos antes, Hipócrates, en su libro dedicado a los «humores» realizó varias anotaciones al respecto:

«No dejéis pasar hacia adentro los humores derramados y desecad la fuente de la que brotan»

«Hay que conocer lo que no debe ser detenido antes de que el peligro no haya llegado» (Hipócrates, 1953).

Las nefastas alteraciones aportadas por la desaparición espontánea de una enfermedad, calificadas de *supresiones*, se convierten en la base de las reflexiones que proporcionan al concepto de *etiología* un nuevo sentido susceptible de ser aplicado tanto en los estados agudos como en los crónicos. La sintomatología, como consecuencia directa de ello, restituía así a la etiología su verdadero sentido de orientación de la investigación terapéutica. En los estados crónicos, Hahnemann puso en evidencia la posibilidad de diversas formas de evolución patológica como consecuencia de la supresión de manifestaciones cutáneo-mucosas, de condilomas o ulceraciones venéreas. Las afecciones que denominó «psora», «syphilis» y «sycosis» fueron caracterizadas por la *sintomatología producida por las supresiones*.

No obstante, las metástasis no siempre fueron consideradas como desfavorables, algunas, al contrario, estaban consideradas como muy ventajosas y proporcionaban al médico los elementos de un pronóstico favorable. Así la evolución de un estado patológico era considerada como favorable cuando se manifestaba desde el interior hacia el exterior del organismo o bien en el orden inverso de aparición cronológica de la sintomatología o incluso de arriba a abajo si se trataba de manifestaciones dolorosas. Este fenómeno pasó a llamarse «*ley de curación*» o «*ley de Hering*».

LOS CONFLICTOS INTERNOS

«La homeopatía se basa en la experiencia. Imítame, dice ella en voz alta, pero imítame bien, y verás, en cada paso, la confirmación de lo que anticipo» (Hahnemann, 1813).

Este consejo, dado por Hahnemann desde 1813 en un artículo titulado «Espíritu de la nueva medicina» hubiera podido poner fin a todas las polémicas que levantó si hubiera sido escuchado. Aquellos médicos clásicos que, como Constantín Herin, para combatirla en su propio terreno, llevaron a cabo su estudio y aplicación, hubieron de convencerse de su eficacia y se unieron a las filas de quienes la practicaban. En efecto, sólo la experiencia y la disciplina podían conducir al principiante hacia la verificación de las tesis hahnemánianas.

No obstante, no faltaron las polémicas incluso entre las filas de aquellos que parecían estar de acuerdo con él. Cuando en el

otoño de 1812 comenzó sus cursos en la universidad de Leipzig, no tardó en despertar el interés de un pequeño número de estudiantes que acudieron a participar de sus experiencias. Pero también excitó la curiosidad de un cierto número de médicos, bien aposentados en una práctica médica clásica, deseosos de iniciarse en la homeopatía aunque sin abandonar sus antiguas costumbres a las cuales recurrían en caso de dificultades.

EL DOCTOR MORITZ MÜLLER

La oposición de Hahnemann a semejantes posturas fue el origen de una querrela entre los "homeópatas puros" y los partidarios de un cierto eclecticismo. Entre estos últimos, el doctor Moritz Müller fue uno de los más representativos y justificaba su posición diciendo que las conversiones a la homeopatía serían mucho más numerosas si se permitiera a los médicos recurrir a los procedimientos tradicionales cuando se creyera necesario. Fuera cuales fueran las cualidades de Hahnemann, no incluían una excesiva tolerancia frente a aquellos que el calificaba de "semihomeópatas" y de los cuales escribía, el 25 de diciembre de 1823, en una carta al doctor Wislicenius:

«Los "convertidos" no son sino híbridos, anfibios que en la mayoría de las ocasiones se revuelcan en el fango de la ciencia alopática y que sólo rara vez se arriesgan a levantar la cabeza libremente hacia la verdad esencial» (in Haehl, 1922).

LA MEDICINA ESPECÍFICA DE GRIESELICH

La aparición en 1828 del *Tratado de enfermedades crónicas* iba a dar lugar a otro tipo de querrela.

Esta vez fue conducida por el doctor Ludwig Grisselich que, algunos años más tarde, rodeado de un pequeño grupo de colaboradores, fundaría una sociedad y publicaría una revista en la cual pondría en cuestión un cierto número de proposiciones fundamentales. Grisselich, que tampoco había renunciado totalmente a las prácticas clásicas, atacaba sobre todo la metodología de la experimentación, el concepto de dinamización, la teoría de las diátesis y las supresiones mórbidas y las del dinamismo vital. Combatía en dos frentes: primero desde la medicina clásica con sus hipótesis patológicas y seguro de sus procesos terapéuticos y a continuación desde el de los "homeópatas puros" y su aplicación estricta de la doctrina hahnemaniana. Para marcar su ruptura con la escuela de Hahnemann, denominó a su sistema "medicina específica" conservando como base únicamente el principio de similitud, la experimentación fisiológica de las drogas sobre el hombre sano y una posología relativamente reducida respecto a la utilizada por la medicina clásica (Haehl, 1922).

No existían grandes diferencias entre las ideas de Moritz Müller y las de Ludwig Grisselich, pero los temperamentos de los dos hombres eran bien diferentes. Müller, que buscaba el

acuerdo, proclamaba su pertenencia a la escuela de Hahnemann. Grisselich, al contrario, señalaba su ruptura. La obra que publicó en 1848 en Karlsruhe, titulada *Handbuch zur Kenntnis der homöopathischen oder spezifischen Heilkunst*, conoció un importante éxito.

LA DIFUSIÓN DEL CONFLICTO

El conflicto que dividía a los homeópatas alemanes no estuvo exento de prolongaciones en los medios homeópatas internacionales, especialmente en Francia, el Reino Unido y los Estados Unidos. En Francia, concretamente en París, el ambiente se encontraba muy dividido y si bien en Lión, alrededor del conde Sébastien Des Guidi (del cual conocemos el papel que representó en la difusión de la homeopatía) permanecían fieles a la doctrina hahnemaniana, en contrapartida, un determinado número de parisinos, alrededor de Antoine Petroz, se unieron a las ideas constestatorias, ampliamente extendidas a través de la revista del doctor Jourdan *Archives de la médecine homéopathique* (*Archivos de la medicina homeopática*). Desde el primer número, se granjeó severos reproches por parte de Hahnemann:

«Aquel que trata de reducir el gran arte de la homeopatía también se encuentra entre los semihomeópatas que, para hacer menos penoso el tratamiento de sus pacientes, introducen en la práctica homeopática pura los procedimientos alopáticos, siempre perniciosos, cuya rutina empedernida permite al médico una pereza de espíritu totalmente condenable en cuanto a la vida humana se refiere» (Hahnemann, 1835).

Cuando Hahnemann se instaló en Francia, en junio de 1835, la situación seguía siendo igualmente explosiva y durante el congreso internacional del 15 de septiembre de 1835 del cual fue presidente de honor, leyó un discurso en el cual declaraba:

«Sólo reconozco como discípulos a aquellos que practican la homeopatía pura y cuya medicación se encuentra absolutamente exenta de toda mezcla con los medios empleados hasta hoy por la antigua medicina» (In Janot, 1936).

Frente a aquellos que aceptaron el largo y difícil aprendizaje de las disciplinas de la homeopatía se situaron todos aquellos que defendían la polifarmacia y las prácticas mixtas. Su característica principal era el rechazo, en diversos grados, de tres reglas hahnemanianas: la similitud de los síntomas, la dinamización de los medicamentos y la prescripción del remedio único. Hasta tal punto que, en una carta dirigida a C. Hering en 1836 durante su práctica médica en París, Hahnemann escribió:

«He encontrado aquí un gran número de médicos que se llaman a sí mismos homeópatas» (In Janot, 1936).

Las dificultades de aplicación de la homeopatía fueron el origen de las diferentes esferas ideológicas que llevaron a muchos a la búsqueda de la facilidad susceptible de evitar las obligaciones de una disciplina exigente. Desgraciadamente, la facilidad no conduce siempre a unos resultados positivos y sólo puede desembocar en exigir lo aproximativo como sistema. Esta actitud, que persiste todavía hoy, hace de la medicina el único campo de la actividad humana donde es posible un fenómeno semejante. Cuando algunos médicos, bajo la excusa homeopática, prescriben recetas que comportan sesenta medicamentos, tenemos el derecho de preguntarnos sobre la naturaleza de la inteligencia humana.

Hahnemann, al final de su vida, declaró que, entre los muchos que se declaraban sus partidarios, el pequeño número que él reconocía podía contarse con los dedos de las manos. No obstante, su fuerza moral compensaba su pequeño número puesto que representaban todas las figuras importantes de la profesión (Coulter, 1973).

Su función sigue siendo necesaria, no sólo para transmitir a aquellos que lo desean los instrumentos de una práctica eficaz sino también para dilucidar los problemas que todavía subsisten puesto que si los fundamentos que definen la doctrina no supieran, bajo pena de ser destruidos, afrontar las dudas, la construcción del edificio estaría muy lejos de llegar a su fin. Así, todavía se plantean cuestiones sobre la elección de la sintomatología característica, la valoración de los síntomas patogenéticos, la farmacopraxis y la posología.

En 1849, Benoist Mure escribió:

«De todas las lagunas dejadas por Hahnemann en el *Organon* y legadas por él mismo a la meditación de sus discípulos, la más importante es sin lugar a dudas, la posología homeopática.»

«Es la historia de todos los descubrimientos. Colón descubrió un islote, sus sucesores encontraron un continente inmenso. No obstante, Colón sigue siendo el inventor» (Mure, 1849).

Desde 1952, los textos hahnemannianos se han publicado de nuevo y desde hace algunos años el Instituto Robert Bosch de Stuttgart ha puesto sus archivos a la disposición de los investigadores y ha iniciado al mismo tiempo la publicación de los registros de visitas de Hahnemann. Se está operando un importante movimiento de vuelta a los orígenes que permitirá reencontrar las raíces doctrinales. Al mismo tiempo se está desarrollando una investigación que intenta proporcionar a la sintomatología un nuevo sentido. Así es que sólo resta iniciar las investigaciones que podrían concernir a la farmacopraxis. De esta forma se manifiesta, inalterado, el dinamismo inicial de la homeopatía, ya expresado por Hahnemann en una frase de su discurso de apertura del congreso internacional de París en 1835:

«Cuando de un Arte conocedor de la vida se trata, negarse a aprender es un crimen.»

BIBLIOGRAFIA

- COULTER HL (1973). *Divided Legacy. A history of the schism in medical thought* (vol III). McGrath Pub Co. Washington DC.
- GRIESELICH L (1849). *Manuel pour servir à l'étude critique de la médecine homéopathique* (trad. del alemán) J.B. Baillière. París.
- HAEHL R (1922) *Samuel Hahnemann, sein Leben und Schaffen*. W. Schwabe. Leipzig.
- HAHNEMANN (1796) *Über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen, nebst einigen Blicken auf die bisherigen*. Hufeland's Journal der praktischen Arzneikunde. Jena. II.
- HAHNEMANN S (1799). *Autobiografía*. In: *Nachrichten von dem Leben und der Schriften jetzlebender teutscher Aerzte, Wundärzte, Apotheker, und Naturforscher* (como i). Johan Kaspar Philipp Elwert. Hildesheim pp 195-201.
- HAHNEMANN S (1800-1843) *Hahnemann's Krankenjournale* (manuscritos originales). Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart. Krankjournal nº 2 y 3. Hippocrates Verlag. Stuttgart. 1963. Krankjournal nº 4 Hippocrates Verlag. Stuttgart. 1968 Krankjournal D5 (1803-1805). Karl F Haug Verlag. Heidelberg. 1992. Krankjournal D5 (1838-1843). Karl F Haug Verlag. Heidelberg. 1992.
- HAHNEMANN S (1805A). *Heilkunde der Erfahrung*. Hufeland's Journal der praktischen Arzneikunde und Wundarzneikunst. Berlin.
- HAHNEMANN S (1805b). *Fragmenta de viribus medicamentorum positivis sive in sano corpore humano observatis*. Sumtu Joan Ambros Barthii Lipsiae.
- HAHNEMANN S (1812). *Dissertatio historico-medica de Helleborismo veterum*. Lipsiae.
- HAHNEMANN S (1813) *Geist der neuen Heillhre*. Allgemeiner Anzeiger. Gotha.
- HAHNEMANN S (1817) *Reine Arzneimittellehre* (tomo III) In: *Arnoldischen Buchhandlung*. Dresden.
- HAHNEMANN (1824) *Organon de l'art de guérir* (traducción del original alemán por Ernesto George de Brunow). En Dresde, en Arnold Libraire. Reproducción Laboratorios Boiron. 1975.
- HAHNEMANN S (1835) *Carta al Dr. Croserio*. Biblioteca homeopática de Ginebra (volumen V). Baillière. París. p. 121.
- HAHNEMANN S (1856). *Exposition de la doctrine médicale homéopathique ou Organon de l'art de guérir* (traducción del alemán a partir de la última edición, 5ª, por el Dr. AJL Jourdan) Baillière. París. Reimpresión OEIL. París. 1986.
- HAHNEMANN S (1852) . *Doctrine homéopathique ou Organon de l'art de guérir*. Con glosario y anotaciones seguidas de un índice creado por el Dr. Pierre Schmidt de Ginebra (traducción de la 6ª edición alemana) Vigot Frères (depositarios). París.
- HAHNEMANN S (1969) *Traité des maladies chroniques et de leur traitement homéopathique* (traducido por P Schmidt y J Künzli). Maisonneuve. Metz.
- HAHNEMANN S (1984) *Organon de l'art de guérir* (6ª edición, traducido por René Claire Roy, a partir de la edición alemana de 1921 publicada por Richard Haebl). Boiron. Lyon.
- HAHNEMANN S (1989a) *Doctrine et traitement homoeopathique des maladies chroniques* (traducido del alemán a partir de la 2ª edición de 1836 por AJL Jourdan) Boiron.
- HAHNEMANN S (1989b) *Etudes de médecine homoeopathique*. Reimpresión Maloine. París.
- HIPÓCRATES (1953) *OEuvres médicales d'après l'édition de Foës*. Editions du Fleuve. Lyon.
- JANOT Ch (1936). *Histoire de l'homéopathie française*. Del propio autor. Fontenay aux Roses.
- MURE B (1849). *Doctrine de l'Ecole de Rio de Janeiro et pathogénésie brésilienne*. Institut homoeopathique rue de la Harpe. París.
- RAYMOND D (1757). *Traité des maladies qu'il est dangereux de guérir*. FB Mirande. Avignon.
- SCMIDT J (1988) *Die Publikationen Samuel Hahnemann's* Sudhoff Archiv (tomo 72, fascículo I). Franz Steiner Verlag. Wiesbaden.
- TISCHNER R (1932-1939) *Geschichte der Homöopathie*. Verlag Dr. Wilmar Schwade. Leipzig.

CAPÍTULO II — PRINCIPIOS FUNDADORES DE LA HOMEOPATÍA ACTUAL

M. Guernonprez

II.1 Principio de similitud y concepto de patogénesis

PRESENTACIÓN

Este artículo aborda el más importante principio fundador de la homeopatía. A continuación veremos que el *principio de similitud* enunciado por Hahnemann comporta una historia y unas formulaciones sucesivas.

En cuanto a las patogénesis, representan en primer lugar la relación más fidedigna posible del efecto que ejercen las sustancias sobre el hombre sano y a continuación el fundamento de la trayectoria hahnemaniana hacia la individualización del medicamento. La naturaleza y el origen de los medicamentos así como su denominación latina también serán citados. Efectuados en un principio sobre individuos voluntarios con una posología moderada fueron probados a continuación a dosis homeopáticas dando lugar a la aparición, en todos los individuos sujetos a prueba, de todos los síntomas padecidos en el transcurso de la experimentación, acompañándolos del mayor número posible de precisiones.

Los síntomas son de naturaleza física o mental, de hecho, la homeopatía fue la primera medicina de carácter psicosomático.

No obstante, la pura experimentación sobre individuos sanos no permite poner en evidencia los síntomas tóxicos graves de forma que las patogénesis son completadas con la toxicología clásica de sustancias y por elementos de su conocimiento empírico.

Al estadio de la experimentación le sucede el de la confirmación mediante utilización terapéutica, la cual orienta las indicaciones precisas, la forma en que actúan, los ritmos e incluso la tipología de los individuos "sensibles".

Una patogénesis homeopática, a partir de una experimentación humana rigurosa, es por lo tanto el producto de una compleja maduración. La homeopatía añade un conjunto de conceptos teóricos: diátesis, temperamentos, constituciones.

Se propone también un protocolo a doble ciego de un ensayo patogénico según los criterios actuales.

Al final del artículo figura una lista de Materias médicas o colecciones de patogénesis necesarios para la práctica de la homeopatía.

PRINCIPIO DE SIMILITUD

La homeopatía consiste en la aplicación terapéutica del *principio de similitud* mediante dosis muy pequeñas de sustancias especialmente preparadas.

El principio de similitud fue enunciado por Hahnemann por primera vez en 1796 en *Ensayo sobre un nuevo principio para verificar el poder sanador de las drogas*. Posteriormente ha conocido numerosas formulaciones de las cuales la más simple se transcribe a continuación:

«Toda sustancia capaz de inducir a dosis ponderable en un individuo sano una serie de síntomas patológicos es susceptible, a dosis muy bajas y especialmente preparada, de hacer desaparecer los síntomas parecidos en el enfermo que los presente.»

La formulación lapidaria de este principio en latín es debida también a Hahnemann: *Similia Similibus Curantur*.¹

Esta formulación, fundadora de la homeopatía, necesita una serie de explicaciones, de comentarios y de críticas. Hahnemann tuvo la idea al experimentar sobre sí mismo los efectos de la quinina (1790), tras lo cual padeció un estado febril y otros síntomas que recordaban al paludismo, para el cual es remedio la quinina, y muy parecidos a los de una enfermedad que padeció él mismo algunos años atrás. Hahnemann esperaba todavía seis años antes de generalizar su descubrimiento a partir de su experiencia personal con la quinina. La historia del principio de similitud es, verdaderamente, algo desgraciada puesto que, por una parte, la quinina sólo excepcionalmente, produce fiebre en administración ponderal y, por otra, Hahnemann se reconocía como un individuo experimental previamente preparado por una afección anterior. En efecto, Hahnemann había vivido en Transilvania, aquejada de paludismo en aquella época (Thouret, 1934; Demarque, 1968), de manera que, desde un principio, la homeopatía fue objeto de controversias y polémicas al respecto.

La progresión hacia la formulación general puede ser determinada a través de una sucesión de enunciados hahnemannianos que conducen a ella:

- «La quina, que destruye la fiebre, provoca en el individuo sano la aparición de una fiebre parecida» (1790).
- «Las sustancias que producen diversos tipos de fiebre (café fuerte, pimienta, árnica, haba de San Ignacio, arsénico) contraatacan los tipos de fiebre intermitente» (1790).
- «El mayor número de medicamentos produce un doble efecto; un efecto directo y un efecto secundario opuesto al primero [...]. Para sanar radicalmente determinadas afecciones crónicas se deben buscar los remedios que provocan ordinariamente en el organismo una enfermedad análoga» (1796) (*in* Thouret, 1934, pp. 70-71).

Y todavía más:

- «Para descubrir las verdaderas propiedades medicinales de una sustancia en las enfermedades crónicas, se debe centrar la atención en la enfermedad artificial particular que el mismo medicamento provoca ordinariamente en el organismo a fin de adaptarla a un estado patológico muy parecido que es importante separar» (Saly, 1987).

Así pues, el enunciado del principio se acompaña del método siguiente: la experimentación humana que permite la aplicación terapéutica.

Afortunadamente para la confirmación de la homeopatía, la primera experiencia con la quina fue seguida de otras tantas realizadas por Hahnemann y sus alumnos con numerosas sustancias; constituyeron las primeras patogénesis o experimentaciones

en el hombre cuyo conjunto constituye la Materia médica homeopática.

Tras este breve resumen sobre las fuentes de la homeopatía, por otra parte ampliamente desarrolladas en esta obra, examinaremos con detalle el enunciado del principio de similitud.

Señalemos, en primer lugar, que el principio de similitud suele denominarse también «ley de similitud». No obstante, una ley no incluye ninguna excepción —al menos muy pocas en la ciencia física y mucho menos en la fisiología— puesto que rige fenómenos absolutamente generales que no exigen ningún tipo de verificación posterior. El principio de similitud no responde a esta definición puesto que, por muy general que sea, exige una experimentación de todas las sustancias, algunas de las cuales se revelan inactivas a cualquier dosis. Demarque prefiere la denominación «ley de analogía» pero parece ser que Hahnemann no estableció una diferencia clara entre los dos términos cuya distinción podría parecer aparente.

El principio de similitud enuncia que, en un individuo enfermo, las sustancias ejercen a dosis homeopáticas un efecto inverso al de su acción tóxica o fisiopatológica. Por ejemplo, el café que a dosis fuertes produce taquicardias, insomnio y afluencia de pensamientos, restablece, a dosis homeopáticas, un ritmo cardíaco normal, el sueño y calma la hiperidrosis, sobre todo si los tres síntomas se encuentran asociados. Un efecto semejante puede ser concebido si se trata, bien de una intoxicación caféínica —regla de identidad— bien sobre todo de un estado parecido al caféismo no inducido por el café —principio de similitud.

El sulfato de sodio es purgante a dosis altas (30 g) pero produce estreñimiento o como mínimo detiene una diarrea leve a dosis bajas (0,50 a 1 g). Estos efectos inversos a dosis clásicas dependen de un factor importante, el de la sensibilidad individual, lo cual recuerda el concepto homeopático de «tipo sensible» ya citado. La homeopatía utiliza el inverso del efecto diarreico del sulfato de sodio: *Natrum sulfuricum* 15 CH detiene una diarrea matinal acuosa sobre todo si sobreviene después del desayuno. Se dice que el efecto primario de *Natrum sulfuricum* es la diarrea y el efecto secundario, un estreñimiento, pero *Natrum sulfuricum* 15 CH y 30 CH —en el campo específicamente homeopático— actúa también sobre trastornos mentales y funcionales como consecuencia de un traumatismo craneal, lo cual carece totalmente de relación con los efectos a dosis ponderables. Se trata de propiedades nuevas con lo cual podemos concluir que la experimentación humana de la mayoría de las sustancias pone en evidencia su efecto primario por impregnación masiva e intoxicación y su efecto secundario normalmente inverso al precedente y en relación con la exigüidad de la dosis o la preparación anterior del individuo con el que se realiza la experiencia; además, favorece la aparición de propiedades nuevas desconocidas para la farmacodinámica clásica.

Para observar todos los efectos de una sustancia, es necesario:

- que sea fisiológicamente activa o tóxica a posología normal moderada: *Aconitum*, *Belladonna*, *Arsenicum album*; en caso

¹ Hahnemann también escribió esta fórmula en condicional: *curantur*.

de que falten no aparecen efectos primarios: *Calcarea carbonica*, *Silicea*...

- que a dosis ínfimas y tras preparación homeopática provoque la aparición de efectos inesperados sin relación de evidencia con la toxicidad; no obstante, ello supone bien una preparación del individuo —pero la homeopatía lo prohíbe— bien una “sensibilidad” o idiosincrasia particular; el alcance general del principio de similitud se encuentra singularmente restringido lo cual permite comprender que tampoco sea posible reducir la actividad del medicamento homeopático a una “inversión del efecto” cualquiera.

El efecto difásico de las sustancias había sido erigido en ley por dos profesores alemanes, Schultz y Arndt, hacia el año 1820, mediante la generalización de una experiencia con levaduras: «Las pequeñas excitaciones provocan la actividad vital; las excitaciones medias la aumentan; las excitaciones fuertes la contienen; las excitaciones exageradas la abolen». Esta dualidad de acción también había sido afirmada por Claude Bernard: «Toda sustancia que a pequeñas dosis excita las propiedades o las funciones de un elemento anatómico las atenúa a dosis altas» (in Demarque, 1968, pp. 30-31). Actualmente, ya no se recurre a la “ley de Arndt-Schultz” para explicar la homeopatía.



DESARROLLO DEL ANÁLISIS DEL PRINCIPIO DE SIMILITUD

En homeopatía se utiliza un gran número de sustancias, de hecho, en la farmacopea francesa se recogen más de cuatro mil pertenecientes tanto al reino mineral como al vegetal y al animal, incluyendo productos naturales y patológicos, surgidos en ocasiones de la propia enfermedad, así como moléculas de síntesis de origen más reciente. Los medicamentos “tradicionales”, antiguos y demostrados, constituyen la base de la farmacopea homeopática y figuran en los códigos de la época hahnemania de donde han sido extraídos. La homeopatía experimenta y utiliza productos más recientes como el *Fenobarbital*, *Folliculinum*, *Chlorpromazine*, *Thymulinum*, *Cardiazol*, *Naloxone*... Las aportaciones recientes siguen siendo, sin embargo, de utilización limitada, de hecho, la confianza de los profesionales se centra mayormente en las sustancias cuyas patógenesis iniciales han sufrido la larga y progresiva prueba del tiempo y el modelado preciso de doscientos años de experiencia terapéutica.

Desde Hahnemann y según el uso de su época, los medicamentos homeopáticos son designados en latín, particularidad que los distingue de la sustancia de origen: *Sulfur* no se dice “de azufre”, ni *Natrum muriaticum* de la “sal marina”. Esta costum-

bre, que podría calificarse de arcaica o de tradicionalista, posee la ventaja de la universalidad. Mucho más desconcertante es la costumbre de denominar la enfermedad con el nombre del medicamento que le corresponde. Así, diremos de un lactante que “es” *Silicea*, de una joven que “es” *Pulsatilla* y de un anciano, *Baryta*. Este tipo de lenguaje, por insólito que parezca a primera vista, traduce implícitamente un concepto importante de la homeopatía: la individualidad-globalidad.

El medicamento indicado especialmente para un conjunto morfológico, comportamental y patológico corresponde a la persona enferma al completo. Sólo por el nombre del remedio, la homeopatía comprende e incluso visualiza al paciente en su globalidad del momento. De esta forma, se expresa que el enfermo en su totalidad es parecido al medicamento que le es apropiado.

Veamos a continuación algunos ejemplos de sustancias utilizadas en homeopatía.

PRODUCTOS MINERALES Y SUSTANCIAS QUÍMICAS

Sulfur, el azufre, *Calcarea carbonica*, *Natrum sulfuricum*, *Silicea*, *Aurum*, *Zincum*, *Plumbum*, *Arsenicum album*, *Arsenicum iodatum*, *Antimonium crudum*, *Antimonium tartaricum*, *Antimonium arsenicosum*, *Antimonium sulfuratum aureum*...

Se trata en general de productos naturales, no sintéticos. Así, *Natrum muriaticum* tiene su origen en la sal marina y no en el cloruro de sodio puro; lo cual no es indiferente puesto que contiene pequeñas cantidades de cloruros de potasio y de magnesio con trazas de calcio, aluminio y otros metales. *Calcarea carbonica* es un extracto de cal procedente de la concha de la ostra, contiene pequeñas cantidades de cloruros, fosfatos y magnesio. Estos productos impuros son acordes a los que fueron utilizados en experimentación humana en el transcurso de la patógenesis inicial.

Algunas sustancias químicas poseen un origen complejo, procedentes de manipulaciones de tipo espagírico, pero su importante patógenesis los hace irremplazables. Por ejemplo, *Cauticum*, destilado de una mezcla de cal y de sulfato monopotásico, o *Hepar sulfuris calcareum*, obtenido mediante el calentamiento al rojo de una mezcla a partes iguales de azufre sublimado lavado y concha de ostra.

Si bien la homeopatía ha conservado las preparaciones antiguas, también ha asimilado metales pesados y tierras raras de descubrimiento más reciente: paladio, osmio, radio...

PRODUCTOS VEGETALES Y SUSTANCIAS ACTIVAS EXTRAÍDAS

El tesoro empírico de las plantas medicinales se encuentra de nuevo en la homeopatía y ninguna planta conocida, indígena o exótica, escapa a los procesos de experimentación. Se utiliza la planta entera o bien las partes ricas en componentes activos; el

origen, la cultura y la recolección de la planta es un proceso que se realiza bajo control. Entre las innumerables especies de plantas utilizadas podemos citar: *Belladonna*, *Pulsatilla*, *Thuja*, *Arnica*, *Nux vomica* y también *Ginseng*, *Ginko biloba*, *Anacardium orientale*... Otras plantas recién descubiertas por la fototerapia han sido integradas en el uso de la homeopatía: *Vinca minor*, *Rauwolfia serpentina*, *Harpagophytum*... Desgraciadamente otros medicamentos de probada eficacia desaparecen debido a una legislación que parece ignorar que el uso de la homeopatía se limita a dosis no tóxicas: *Cannabis indica*.

PRODUCTOS ANIMALES

Se utilizan los animales enteros como en el caso de *Apis*, los venenos, como en *Lachesis Naja*, secreciones, excreciones y concreciones como en *Amba grisea*, *Sepia* y también los órganos, sobre todo las glándulas endocrinas: *Folliculinum*, *Thyroidea*; obtenemos remedios a partir de productos animales modificados convertidos en patológicos como *Pyrogenium* (autolisado de carne de cerdo, de buey y de placenta humana), *Anthraxinum* (lisado de hígado de conejo carbuncoso), *Oscillocoquinum* (autolisado de hígado y corazón de pato de Berberia).

PRODUCTOS PATOLÓGICOS HUMANOS Y MICROBIANOS

A los productos patológicos humanos y microbianos se les denominaba nosodes, ahora se conocen con el nombre de bioterápicos. Entre ellos encontramos el *Psorium*, serosidad de lesiones de la sarna; *Medorrhinum*, secreción uretral blenorragica; *Luesinum*, serosidad treponémica del chancro primitivo sífilítico; *Bacillinum*, no disponible, constituido por paredes, pus y bacilos de las cavernas tuberculosas y sustituido por *Tuberculinum*, tuberculina bruta de origen humano y bovino. Podemos constatar que, en la medida de lo posible, la homeopatía prefiere el producto patológico complejo al cultivo puro, de la misma manera que opta por la concha de ostra frente al carbonato de calcio puro. No obstante, también se utilizan cultivos microbianos como *Staphylococcinum*, *Streptococcinum* e *Influenzinum*, así como vacunas y sueros tales como suero anticolibacilar, suero de Yersin, DTTAB, VAB (BCG).

MEDICAMENTOS CLÁSICOS UTILIZADOS EN FUNCIÓN DE SUS EFECTOS TÓXICOS O SECUNDARIOS

La lista de estos medicamentos se incrementa día a día dado el progreso alcanzado por la farmacia. El uso de estos nuevos medicamentos se limita a los casos de patogenia y es administrado en la correcta forma y desde la perspectiva de la experiencia. La mayor lista publicada se encuentra en el *Diccionario de Materia médica homeopática* de Julian (1981) donde el autor cita un total de ciento treinta.

El propio autor del presente capítulo ha dirigido la experimentación humana de *Penicillium*, *Naloxone*, *Serotonina* y esbozado la de "Isoprinosine", una especialidad compleja presentada como inmunomodulador.

La homeopatía se enriquece con los nuevos medicamentos pero sus fuentes esenciales y sus valores más seguros son mucho más antiguos.

PRODUCTOS PROCEDENTES DEL PROPIO ENFERMO

Extraídos del paciente y preparados homeopáticamente, los productos procedentes del propio enfermo constituyen lo que conocemos como *isoterapia*. Para ello se utilizan la sangre, la orina, todas las secreciones, excreciones, supuraciones, escamas, lágrimas, productos de biopsia profunda... la lista es ilimitada. No obstante, estos productos sólo pueden ser utilizados en el propio enfermo donante, a dosis no tóxicas ni susceptibles de provocar un alergia y durante un tiempo de conservación limitado. Los alergénicos parecidos a los de la desensibilización específica clásica, constituyen otra variedad de isoterapia. No obstante, la isoterapia no fue aprobada por Hahnemann puesto que este método utilizaba el principio de lo idéntico no de lo similar. En cualquier caso la isoterapia ha demostrado su efectividad y es ampliamente utilizada, casi siempre como complemento de un tratamiento homeopático habitual.

De hecho, la variedad del material a la disposición del homeópata es más aparente que real puesto que los medicamentos importantes no son más de quinientos de los cuales a penas sesenta pueden ser considerados principales.

PATOGENESIS

Se denomina "patogénesis" el informe de la experimentación de una sustancia, en principio a dosis ponderable, en un individuo sano (cf. *supra*, página 50). Este informe constituye el conjunto de indicaciones homeopáticas de la sustancia, pero esta definición exige una serie de comentarios y críticas.

EXPERIMENTACIÓN A DOSIS PONDERABLE

Las primeras patogénesis y la mayoría de las patogénesis antiguas han sido efectuadas a dosis ponderable no tóxica. Por ejemplo, Hahnemann, en su primera experiencia con la quina, absorbió entre 30 y 100 g, cantidad que consiguió ponerle enfermo. La dosis útil para efectuar una patogénesis es fácil de determinar para el café, se convierte en algo más delicado en el caso de la ipeca o el azufre, pero ¿qué podemos hacer respecto a la intoxicación mercurial voluntaria o al consumo de arsénico? Ac-

tualmente, la mayoría de las patógenesis a dosis ponderal serían legal y éticamente imposibles así es que éstas son efectuadas mediante diluciones homeopáticas elevadas, técnica que, por otra parte, ya fue utilizada por Hahnemann. No obstante, este proceso implica que un medicamento homeopático absorbido cotidianamente crea síntomas patogenéticos, algo que no se produce más que en determinados individuos en experimentación que llamamos "individuos sensibles". Un individuo sensible es, por lo tanto, alguien que responde bien a las dosis homeopáticas de una sustancia. Pero, ¿por qué un individuo responde bien? ¿Depende de las enfermedades anteriores, de predisposiciones hereditarias, de una idiosincrasia para la sustancia, de un cierto biotipo que encontraremos más tarde en los enfermos...? La experimentación humana a dosis homeopática y el concepto de "tipo sensible" introducen dificultades en la comprensión del principio de similitud. La definición de los tipos sensibles sigue siendo una zona oscura de la homeopatía.

En resumen, la homeopatía está basada en la experimentación humana, históricamente a dosis ponderable y actualmente a dosis infinitesimales repetidas en individuos calificados a posteriori como sensibles.

ENSAYOS SOBRE INDIVIDUOS SANOS

Una patógenesis requiere individuos sanos a fin de que no exterioricen una combinación de sus propios síntomas y los efectos de la sustancia objeto de experimentación. Pero ¿qué es un individuo sano a finales del siglo XVIII y a principios del siglo XIX? No se utilizaba el termómetro, se probaba y se miraba la orina, no se auscultaba (Laennec, 1818) y los microbios seguían siendo desconocidos (Pasteur, 1862). Estamos en disposición de poner en duda la integridad de la salud de los primeros experimentadores de las grandes patógenesis homeopáticas. Actualmente no podemos mostrarnos demasiado exigentes bajo pena de eliminar un número demasiado grande de individuos experimentales que se contentaron con una buena salud clínica y unas constantes biológicas usuales normales. No obstante, el hombre moderno está polivacunado, normalmente fuma o consume bebidas alcohólicas, utiliza medicamentos muy variados, las mujeres jóvenes toman anticonceptivos, sin contar la contaminación colectiva y las alteraciones en la alimentación. En resumen, no demasiado diferentes que los antiguos de las primeras experimentaciones, el hombre actual tampoco representa un individuo experimental ideal.

La patógenesis recoge todos los síntomas aparecidos durante la experiencia, que son esencialmente de dos órdenes.

Síntomas

Subjetivos u objetivos, normalmente poco aparentes, están repletos de cualificaciones circunstanciales precisas denominadas "modalidades" que se definen como las condiciones de aparición, de mejora o agravación, lateralidad, ritmo e incluso el tipo de do-

lor — punzante, ardiente, desgarrador, de presión... Así un dolor punzante que se alivia cuando el paciente se encuentra acostado sobre la región dolorosa corresponde a *Byronia*, un edema rosado que se alivia mediante aplicaciones frías y se acompaña de dolores punzantes y ardientes corresponde a *Apis*. La pesadez de los miembros inferiores que mejora al caminar lentamente es un signo de *Pulsatilla*, una pesadez pélvica que mejora bailando o corriendo es un signo de *Sepia*, una lumbalgia que se agrava estando de pie corresponde a *Sulfur* o a *Sepia*, las visiones desagradables corresponden a *Natrum muriaticum* y una sensación de frío húmedo en la parte baja a *Calcarea carbonica*. En todos los casos, el síntoma se describe acompañado de modalidades que lo precisan y sin las cuales no tendrían ningún significado como medicamento homeopático. A fin de alcanzar los niveles de precisión deseados, Hahnemann utilizó para sus primeros experimentos patogenéticos, además de a sí mismo, a sus propios alumnos; actualmente, se sigue su ejemplo y son los propios médicos homeopatas o estudiantes bien informados los que experimentan con los medicamentos. La necesidad de precisión subjetiva excluye, evidentemente, de los recursos de investigación patogenética de la homeopatía la experimentación con animales.

Contexto comportamental o psíquico

Indispensables para el informe de una patógenesis completa, los signos de comportamiento o psíquicos son considerados por algunos homeopatas como los signos principales y por todos como muy importantes. Estos signos deben ser anotados con tanta precisión como los signos físicos, como por ejemplo: una crisis aguda de angustia, un sentimiento de tristeza intenso que no se desea expresar, ataques de ansiedad a la 1 de la madrugada, sensación de vibraciones internas.... Cada patógenesis homeopática incluye un gran número de signos psíquicos o de comportamiento. Se puede establecer una comparación entre los gustos y las aversiones, los deseos y los rechazos, en resumen, el comportamiento alimentario, a menudo mucho más importante que los propios excesos o intolerancias. Así, algunas personas se sienten atraídas por la sal o por el azúcar, prefieren beber frío o beber caliente o no tienen nunca sed, buscan los condimentos y los alimentos avinagrados, evitan la carne, comen la fruta verde, se sienten atraídas por el alcohol o no consumen más que alimentos crudos.

La homeopatía fue de alguna manera psicosomática antes de que esta palabra fuera inventada, pero considerando por igual los signos de los dos tipos y sin someter la signos de expresión somática al psiquismo.

ENUMERACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS PATOLÓGICOS

Todos los síntomas deben ser anotados por orden de aparición, sin llevar a cabo ningún tipo de clasificación, y ninguno de

ellos debe ser rechazado por muy extraño o inesperado que pueda parecer. En consecuencia, los síntomas se agruparán ya sea simplemente de la cabeza a los pies como en las materias médicas antiguas y analíticas o bien por aparatos y funciones tal y como se realiza en las materias médicas más modernas y clínicas.

La utilización de dosis no tóxicas o de diluciones homeopáticas limita los síntomas observados en una patogénesis. Es imposible observar estados orgánicos serios tales como la hepatitis, la disnea crítica, la diarrea grave, la anemia... y como la homeopatía actúa en tales enfermedades, probablemente las causas serán otras. Así pues, las patogénesis deberán ser completadas posteriormente mediante la toxicología y diversas aportaciones de las cuales hablaremos más adelante.

EL ENFERMO QUE LOS PRESENTA

No es lo mismo escoger este enunciado que nombra al enfermo que otro que dijera las "enfermedades análogas", puesto que la homeopatía, en efecto, afirma curar a los enfermos y no las enfermedades. Los signos de las enfermedades que figuran en la nosología no son los más adecuados para escoger el medicamento homeopático en cuestión. Para ello es mejor tener en cuenta las reacciones individuales del enfermo frente a la enfermedad que a su vez deben presentar cierta similitud o parecido con los signos patogenéticos correspondientes. De hecho, tanto los síntomas patológicos auténticos como los signos específicamente homeopáticos son tenidos en cuenta pero con cierta prioridad de matices. Así, para la elección del medicamento se tendrá en cuenta la localización de la punzada en el costado ocasionada por una neumonía, el carácter irritante o de derrame de un simple constipado o la existencia o no de una disfagia en las anginas. En caso de enfermedad crónica, será necesario indagar el tiempo que tarda un artrósico en recuperar el movimiento, el tipo de cefaleas de un hipertenso, las irradiaciones del dolor constrictivo de una angina de pecho o el tipo preciso de las expectoraciones de un asmático. También anotaremos y relacionaremos con los síntomas patogenéticos parecidos la hiperactividad cerebral de una persona que padece insomnio, la lengua propia de alguien que padece náuseas, la pigmentación facial de una hepatitis o la localización del meteorismo en la colitis. Todos estos signos no corresponden a una enfermedad sino a las reacciones precisas e individuales de cada persona, las cuales constituyen la originalidad de la semiología homeopática.

EN RESUMEN

La homeopatía compara el cuadro experimental con el cuadro patológico y además el cuadro experimental humano inicial se enriquece con constataciones clínicas secundarias. El cuadro patológico incluye las reacciones particulares de cada paciente y no se reduce a los signos de la enfermedad.

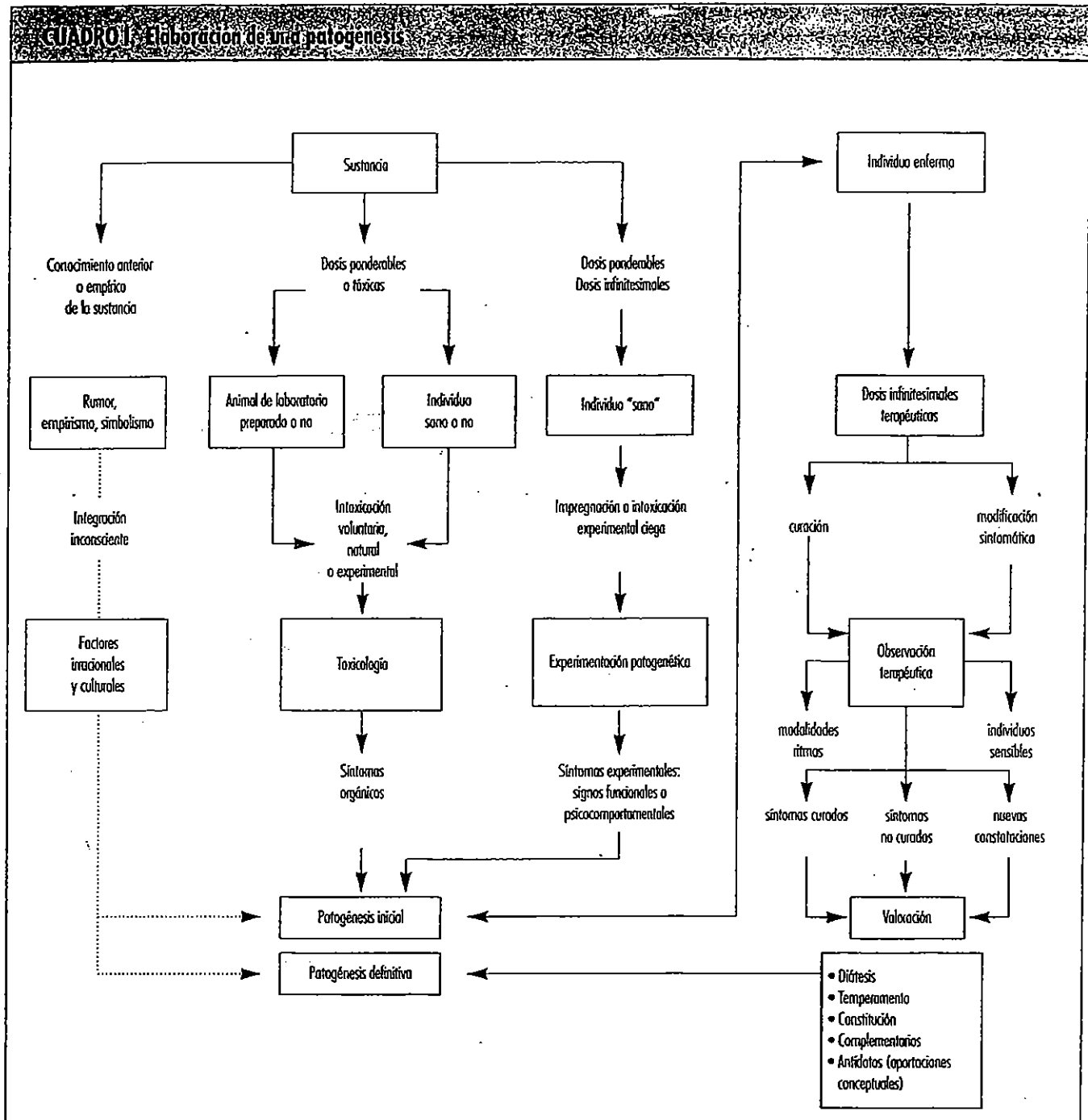
El lenguaje de las patogénesis es el lenguaje común y en ningún caso debe utilizarse la conversión al lenguaje científico. Gracias a ello, mantiene su carácter individual y auténtico surgido de las declaraciones espontáneas del paciente. La conservación del lenguaje corriente evita también la sustitución de una declaración espontánea por el diagnóstico médico. Por ejemplo, si un enfermo sufre "un ardor gástrico que mejora con las bebidas calientes", esta expresión no puede ser sustituida por la palabra "gastritis" y todavía menos por "síndrome ulceroso" ni siquiera por la vaga calificación de "dispepsia" o de "discinesia", puesto que sólo un "ardor gástrico que mejora con las bebidas calientes" corresponde a un muy pequeño número de medicamentos homeopáticos entre los cuales se encuentra *Arsenicum album* mientras que al menos treinta medicamentos importantes podrían ser utilizados en una enfermedad ulcerosa.

PATOGÉNESIS INICIAL

El cuadro I describe las fases y los factores de elaboración de una patogénesis completa y antigua de un medicamento homeopático de acción general. Antiguamente se denominaba "poli-crestas" a los medicamentos que podían presentar alguna indicación en cualquier enfermedad. Actualmente, para nombrar a este tipo de remedios, es preferible utilizar "medicamento" o "remedio de acción general" (RAG). Los medicamentos de efecto limitado presentan una patogénesis más sucinta y una elaboración generalmente menos compleja.

Los comentarios del cuadro empiezan en la sustancia con la que se experimenta sin perder de vista que *la experimentación sobre un individuo sano constituye, con mucho, la etapa esencial del proceso*. La experimentación homeopática en el hombre ha sido practicada desde el principio de la homeopatía, tanto con dosis ponderables como infinitesimales. Un gran número de sustancias fueron experimentadas en diversas ocasiones a dosis altas y en dilución por el propio Hahnemann como la belladona por ejemplo. Tanto si se trata de sustancias no tóxicas como en dilución homeopática, no se puede calificar la experimentación como intoxicación voluntaria sino como una impregnación. Los síntomas observados en la patogénesis deben ser anotados con cuidado y precisión, acompañados de la fecha y el orden de aparición y sobre todo señalando las modalidades, es decir, las condiciones de desarrollo, de agravación y de mejora. Las patogénesis descritas por el propio Hahnemann comportaban, para cada síntoma, el nombre del individuo que los experimentó con lo cual es posible conocer con posterioridad la sensibilidad particular de algunos de ellos. Las reacciones generales del individuo en el que se realiza la experimentación son las más importantes e incluyen especialmente la fatiga con sus horarios y sus condiciones de aparición o de mejora, todos los dolores y otras sensaciones o parestesias, las modificaciones del apetito, de la sed, de los deseos y las aversiones o la transpiración general o localizada describiendo las características del sudor, que puede ser caliente, frío,

CUADRO I. Elaboración de una patogenesia



oloroso y que además puede ser la señal de una mejoría o una agravación. Citemos además la reacción del individuo al calor o al frío, al viento, a la lluvia, a los cambios de tiempo, al movimiento y los horarios de las modificaciones del sueño, su ritmo y si se desencadena en el transcurso de la experiencia. Durante el período experimental se tendrán muy en cuenta las más mní-

mas variaciones del humor, del comportamiento, de la aparición de determinadas inhibiciones o pulsiones y de la mentalidad. Así, las patogenesis reflejarán las crisis de angustia, de tristeza insólita acompañada de agitación, de una alegría paradójica, de torpezas, de la búsqueda de compañía o soledad... Los signos físicos parecen de poca intensidad en la mayoría de los casos debi-

do a las dosis utilizadas: cefaleas, modificación de las heces, dolores articulares, edema fugaz... Por otra parte, en una experimentación patogenética no aparecerá jamás una lesión orgánica importante ni mucho menos irreversible.

La síntesis de las observaciones realizadas por los individuos de experimentación sobre ellos mismos y por los médicos directores de la propia experimentación constituye la patogénesis inicial.

Se ha pretendido que esta patogénesis inicial representaba la única base de la homeopatía. Nada menos cierto puesto que las patogénesis contienen mucho más que el conjunto de sensaciones y elementos subjetivos de una impregnación a dosis discreta durante un tiempo limitado.

SIGNOS EXPERIMENTALES, TÓXICOS, EMPÍRICOS

Aportación de la toxicología

Desde Hahnemann, las intoxicaciones graves e incluso las mortales, causadas por las sustancias tóxicas y conocidas en su época, han completado la experimentación humana dando origen a la sintomatología orgánica mayor que se encuentra en las patogénesis. Citemos, por ejemplo, las afecciones hepatocelular de *Phosphorus*, renal de *Cantharis* o de *Mercurius*, la abundante sintomatología del envenenamiento por arsénico o por plomo y los efectos de la digital, del acónito o de la belladona a dosis altas. El tratamiento mercurial de la sífilis, extendido en la época de Hahnemann, enriqueció la patogénesis de *Mercurius* al igual que para el uso extensivo del antimonio para *Antimonium crudum*.

Aportaciones empíricas

El conocimiento empírico del efecto de cientos de plantas y sustancias, de las cuales da testimonio la medicina popular de las plantas medicinales, y la farmacopea de la época hahnemania han influido en las constataciones objetivas de las experimentaciones humanas. Hahnemann trabajaba con un espíritu científico y objetivo en una época en la cual el discurso abstracto reinaba todavía en el mundo de la medicina. A pesar de su voluntad de rigor experimental, se encuentran abundantes trazas de conocimiento empírico e incluso simbólico en diversas patogénesis.

Estas aportaciones dudosas probablemente fueron un enriquecimiento suplementario de la Materia médica homeopática, a pesar de la voluntad tantas veces expresada por Hahnemann de atenerse estrictamente a las constataciones experimentales. Así, el propio Hahnemann no dudó en citar a Avicena que recomendaba el oro contra la melancolía y los dolores de la región precordial con palpitaciones del corazón (Hahnemann, 1796, p. 446); también sabía que el *Arnica* en lenguaje popular alemán se llama

Fallkraut, «hierba de las caídas» (Hahnemann, 1796, p. 361); más tarde, el carácter tanpreciado del platino sin duda contribuyó a sobrevalorar el orgullo incluido en su patogénesis; el simbolismo de la serpiente quizá pudo contribuir a reforzar la malignidad atribuida a *Lachesis*; la utilización de *Pulsatilla* en las afecciones oculares precedió a la patogénesis, la de la celidonia para las verrugas e incluso la de *Anacardium orientale* para la memoria en la medicina popular árabe. Las propiedades de las sustancias ¿persisten a dosis homeopáticas? o las patogénesis ¿han integrado consciente o inconscientemente los elementos de conocimiento no patogenéticos? Parece ser que los experimentadores, de buena fe, pero no siempre conscientemente, han estado influenciados por sus conocimientos sobre las propiedades de las plantas y más generalmente de las sustancias experimentadas.

SÍNTESIS

La patogénesis se revela como el resultado complejo de una trayectoria experimental, de conocimientos toxicológicos clásicos y de algunos aportes empíricos cuya relación es tan íntima que resulta indisoluble. Las sustancias más recientemente experimentadas, los nuevos medicamentos sólo poseen una patología inicial en este estadio y todavía les falta la maduración que proporciona la experiencia clínica por lo cual son menos apreciados por los homeópatas puesto que su patogénesis no es demasiado detallada, comporta pocos signos subjetivos precisos y su efecto no es regular. Citemos como ejemplo *Naloxone*, *Aristolochia*, *Fenobarbital*...

A partir de su patogénesis inicial, toda sustancia homeopática preparada tiene derecho a recibir la calificación de medicamento homeopático y puede ser prescrita como tal. Es entonces cuando empieza la fase históricamente difusa y que se extiende a lo largo de los años de la confirmación por el uso. El cuadro patogenético inicial es ampliado progresivamente, los síntomas que aparecen repetidamente aumentan en importancia mientras que otros son olvidados. La observación terapéutica muestra las indicaciones más frecuentes y las más eficaces como en *Penicillium* por ejemplo, que fue progresivamente confirmado en los casos de astenia intensa de los convalecientes con persistencia de una hipertermia discreta.

Idéntico interés presenta *Naloxone* en determinados casos de aumento de peso con hiperfagia. La observación terapéutica se extiende más allá de la franja de edad necesariamente limitada, del estudio patogenético. Así, *Aethusa cinapium* se muestra sobre todo como un medicamento para la diarrea del lactante, lo cual no es una indicación patogenética pura, *Baryta carbonica* y *Conium* suelen convenir a individuos mayores que los experimentadores iniciales, mientras *Pulsatilla* manifiesta lo esencial de su "genio" en la pubertad. En todos estos ejemplos se ha extrapolado a partir de signos patogenéticos poco evidentes. Limitadas en el tiempo y a una sola estación, las patogénesis "puras" no han

proporcionado los ritmos largos ni las mayor parte de las influencias cosmo-meteorológicas contenidas en la Materia médica. Así, *Psorinum* recae todos los años — en invierno o en primavera cuando se trata de alergia estacional —, *Sulfur* se agrava los fines de semana, *Lycopodium* cada 21 días y *Silicea* con la luna nueva. Todos estos detalles han surgido de la observación prolongada de los efectos de la administración terapéutica. En contrapartida, algunos síntomas patogenéticos puros caen en desuso por falta de confirmación y la comparación de las materias médicas antiguas y modernas confirma la eliminación de numerosos síntomas imprecisos, poco explícitos o no discriminativos. A las materias médicas modernas se les reprocha su brevedad y la eliminación de muchos síntomas. Sin embargo, esta evolución no se debe únicamente a la voluntad de los autores sino a la sanción impuesta por la práctica. La importancia de algunos medicamentos ha caducado en nuestros días como por ejemplo *Helloborus* y *Veratrum album* que eran mucho más prescritos hace varias decenas de años que en la actualidad.

Mucho mejor que los tratados antiguos, las materias médicas modernas suelen valorar los síntomas en tres grados con la ayuda de una tipografía apropiada. Podemos leer por ejemplo en el *Compendio de Materia médica* de L. Vannier (Vannier L. y Poirier, 1976, p. 91) en la patogénesis de *Byronia alba*:

**«SED DE GRANDES CANTIDADES DE AGUA FRÍA
A GRANDES INTERVALOS**

Diarreas por la mañana al primer movimiento
Acción electiva sobre el pulmón derecho.»

Es evidente que la sed de *Byronia* se describe con una precisión suficiente como para distinguirla de otros tipos de sed, de hecho, se trata de un síntoma ampliamente confirmado y de alto valor discriminatorio. La diarrea de la mañana al primer movimiento es característica y muchos otros medicamentos importantes presentan el mismo síntoma. Finalmente, la activación electiva del pulmón derecho presenta poco interés para la elección del medicamento. Estas diferencias de tipografía contribuyen a seleccionar los mejores síntomas, pero también para la esquematización de los conocimientos y la reducción insidiosa de las patogénesis. La erosión del tiempo y la lenta elaboración colectiva contribuyen a la evolución de la homeopatía a partir de sus primeros datos. La pretensión de rehacer las patogénesis antiguas a partir de experimentaciones conducidas según un protocolo riguroso no tiene en cuenta la maduración de los trabajos antiguos. Las patogénesis existentes son auténticos instrumentos de trabajo irremplazables.

COMPLEMENTOS NO EXPERIMENTALES

En este estadio, las patogénesis homeopáticas se complementan, habitualmente, mediante una aportación experimental que muchos rechazan en parte, pero que se deriva del aspecto

conceptual de la homeopatía. Estos conceptos, consecuencia de la comprensión en su totalidad o en su individualidad del organismo enfermo, fueron introducidos por Hahnemann frente al fracaso de la materia médica pura en las enfermedades crónicas. Serán estudiados en capítulos posteriores.

“Tipo sensible”

Define a los individuos que responden bien a un medicamento. La descripción es posterior a la experimentación patogenética.

El propio Hahnemann citó al tipo sensible, veámoslo aquí citado por Jouanny: «Ella (*Pulsatilla*) conviene principalmente a las complexiones linfáticas y en consecuencia es poco apropiada para los hombres prontos a perder los estribos y precipitados en sus movimientos» (Jouanny y col., 1988, tomo II, p. 44). Los individuos asociados a *Iodum* son delgados, los hombres presentan un bocado de Adán prominente, poseen la mirada móvil, y los ojos brillantes con exoftalmía; *Sepia* conviene a las mujeres de rasgos hundidos, cuyo rostro presenta una pigmentación en “ala de mariposa” y los párpados inferiores de *Arsenicum album* penden “como pequeñas bolsas llenas de agua” y presentan una pigmentación de color pizarra. *Graphites* es gordo, pesado y lento, *Natrum muricatum*, musculoso pero delgado en la parte superior del cuerpo, *Lycopodium* presenta un cuello descarnado, *Silicea* es pálido y esquelético, *Phosphorus* suele ser pelirrojo con los pómulos salientes, *Baryta carbonica*, calvo... Estas constataciones morfológicas, extremadamente esquematizadas aquí, atraen irresistiblemente al diagnóstico pero también impiden lo esencial: la materia médica propiamente dicha.

Diátesis

Introducidas tardíamente por Hahnemann para explicar la cronicidad, representan las modalidades reaccionales individuales más importantes frente a la enfermedad crónica. Algunos importantes RAG se identifican de una manera reaccional: *Sulfur* con la psora, *Thuja* con la sycosis, *Phosphorus* con el tuberculinismo y *Mercurius* con el luetismo. No obstante, muchos otros RAG son polidiatésicos por lo que recurrir a la diátesis no presenta ningún valor discriminatorio: *Silicea*, *Calcarea carbonica*, *Argentum nitricum*... El sistema diatésico ha constituido una base esencial de las concepciones patogénicas de varias generaciones de homeópatas, pero hoy en día debe afrontar una crítica radical.

Temperamentos

En el ejemplo citado por Jouanny, hemos visto que Hahnemann se refería a una “constitución linfática”. La clasificación tradicional por temperamentos inspiró una clasificación complementaria de los medicamentos homeopáticos: *Byronia* para los biliosos, *Sulfur* para los sanguíneos, *Calcarea carbonica* para

los linfáticos y *Arsenicum album* para los nerviosos. Sobre este tema se puede consultar L. Vannier (Vannier L. y Poirier, 1955).

Constitución

El enfoque constitucional ha suscitado indicaciones sobre todo para los medicamentos minerales que no le deben nada a la materia médica pura. La introducción de las constituciones en la descripción de los pacientes y la elección de los medicamentos correspondientes se deben a L. Vannier (Vannier L., 1955) inspirados por las enseñanzas orales de Nebel y completadas a continuación por Bernard (Bernard, 1966). Así, *Calcarea phosphorica* corresponde a los longilíneos delgados isolaxos, *Calcarea fluorica* a los individuos asimétricos hiperlaxos y *Calcarea carbonica* a los brevillíneos hipolaxos. No obstante, el enfoque constitucional ha inspirado la clasificación de un gran número de medicamentos principales en series continuas.

CONFIRMACIÓN CLÍNICA

Complementarios y antídotos completan los estudios patogenéticos de los medicamentos.

Se llaman remedios complementarios aquellos que, por afinidad parcial, complementan el efecto de otro en prescripción simultánea o sucesiva. Así, *Chelidonium* completa a *Lycopodium* e *Ignatia a Natrum muriaticum*.

Los antídotos, al contrario, están destinados a tratar los efectos excesivos o indeseables: así, *China* es el antídoto de *Lycopodium* y *Nux vomica* o *Sepia* el de *Sulfur*. Todas estas adquisiciones de la experiencia clínica o de la comparación de las patógenesis existentes fundan la estrategia terapéutica de los tratamientos largos y complejos. Ajenos a la patógenesis propiamente dicha, constituyen sin embargo una parte de la Materia médica homeopática. No obstante, estas aportaciones postexperimentales no poseen un valor comparable a la experimentación humana y no son absolutamente indispensables para la prescripción.

Hemos visto que las patógenesis iniciales se enriquecen con aportaciones muy diversas, más o menos discutidas, pero también que a la homeopatía le falta el conjunto de referencias que constituyen lo esencial de la terapéutica clásica: por una parte, los signos biológicos y los del diagnóstico por la imagen y por otra, la clasificación de las indicaciones en función de la enfermedad, es decir, la nosología. Estas diferencias fundamentales representan para sus adversarios una irremediable debilidad y para sus partidarios una poderosa originalidad.

PROTOCOLO ABREVIADO DE UN ESTUDIO PATOGENÉTICO

Este protocolo es muy parecido al del *Naloxone* establecido por el autor y sus colaboradores en el ambiente y bajo control

universitario (Guernonprez, Traisnel, Boniface, 1982). Actualmente no existe un protocolo tipo aunque sí se han iniciado algunos intentos de normalización. Los ensayos simples o a doble ciego fueron utilizados por los homeópatas desde 1843, mucho antes que sus colegas actuales (Demarque, 1968, p. 64).

Individuos en experiencia

- Ignoran la naturaleza de la sustancia experimentada
- Veinticuatro adultos jóvenes y en buen estado de salud, mitad de cada sexo.
- Un tercio o la mitad tomarán placebo, el resto sustancia activa.
- Si es posible se incluirá a individuos de diferentes edades.
- Todos se someterán previamente a un examen médico, un chequeo biológico y una categorización de tipo homeopático. Los antecedentes serán cuidadosamente anotados así como los incidentes de salud habituales en el caso de que existan.
- Todos se comprometerán a mantener durante la experiencia una forma de vida higiénica absteniéndose de todo medicamento o sustancia tóxica.

Sustancia experimental

Se preparará en un laboratorio homeopático, en forma de gotas y sólo el director de la experimentación conocerá su naturaleza.

Se prepararán una serie de frascos numerados para cada individuo, escogidos al azar para el reparto de los frascos con placebo y sustancia activa cuya referencia será mantenida en secreto hasta el final de la experiencia.

Hay seis frascos para cada experimentador:

- nº 1 placebo	1ª semana
- nº 2 4 CH	2ª semana
- nº 3 7 CH	3ª semana
- nº 4 15 CH	4ª semana
- nº 5 30 CH	5ª semana
- nº 6 3 CH	6ª semana ocasionalmente

Desarrollo de la experimentación

Cada individuo anotará cuidadosamente la fecha, la hora y todas las circunstancias de aparición de un síntoma dando cuenta de toda modificación de sus signos generales, de su moral, de su comportamiento y de su sueño.

- La 1ª semana permitirá individualizar los síntomas placebo de cada uno.
- La 2ª y la 3ª semanas: 10 a 30 gotas mañana y noche prueban la sustancia a una dosis homeopática pero todavía teóricamente ponderable.

- La 4ª y la 5ª semanas prueban una dosis por encima del límite teórico de presencia material en la preparación (número de Avogadro = $6,026 \times 10^{23}$, es decir 23 DH o entre 11 CH y 12 CH).
- La 6ª semana: los individuos que proporcionen una buena respuesta no absorberán el contenido del frasco nº 6, el resto recibirán esta dilución base con la esperanza de estimular sus reacciones. Es el último intento de desbloquear a los individuos con respuesta muy reducida.

En el curso de la experimentación, un controlador verificará las notas tomadas y observará las reacciones de los individuos en experimentación.

Observación final

Al final de la experimentación se realizará un examen médico y un control biológico y más adelante otro a los 15 días o 3 semanas más tarde a fin de localizar los signos tardíos o de evolución de los síntomas aparecidos en el transcurso de la experiencia.

Después de este último control, se recogerán los datos finales.

Explotación de los resultados

Se eliminan las notas de los individuos placebo, los síntomas observados se clasifican y agrupan, se lleva a cabo un análisis estadístico por un especialista y se retienen los signos estadísticamente significativos. A todo ello se añaden los signos extraordinarios, curiosos o inhabituales y singulares que hayan aparecido por pequeño que sea el número de individuos que los haya presentado incluso aunque sea tan sólo uno figurando en el informe final como fuera de estadísticas (FE) propuestos para una verificación posterior. Algunos de estos signos poco comunes, validados posteriormente, puede que acaben convertidos en "key-notes" o signos clave del medicamento.

Así pues, sólo con algunas reservas respecto a las condiciones de explotación de los datos podrá compararse un estudio patológico homeopático con un ensayo clásico de una sustancia.

ESTUDIO DE LA MATERIA MÉDICA — BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

El contenido de las patógenesis, es decir, la materia médica, constituye lo esencial de los conocimientos homeopáticos. No obstante, algunos libros de materia médica adoptan una presentación más clínica. Así pues, existen dos grandes categorías de las materias médicas homeopáticas:

- las materias médicas analíticas, casi todas antiguas, que presentan los medicamentos en el orden histórico hahnemania-

no, de la cabeza a los pies, pero siempre por aparatos, si no serían inutilizables; estas obras, en principio algo ingratas, sirven en su mayoría como obras de referencia;

- las materias médicas sintéticas, más o menos clínicas, que agrupan los síntomas según los órganos y las funciones, incluso a veces según las grandes indicaciones patológicas; suelen poner en evidencia los efectos más destacados en párrafos distintos; no suelen confundir a los usuarios acostumbrados a la medicina clásica pero éstos les reprochan alejarse del hecho experimental bruto o silenciar algunos signos inclasificables.

MATERIAS MÉDICAS ANALÍTICAS

- HAHNEMANN S. *Matière médicale homéopathique*, 1ª edición francesa 1834, traductor Jourdan; 2ª edición francesa, traducción Simon padre e hijo, J.-B. Baillière editor, París (ediciones agotadas desde hace tiempo), Reedición Similia éditeur, París, 1989.

La consulta de este tratado pone en contacto con la forma inicial de las patógenesis de Hahnemann. Es muy difícil separar los efectos principales. Un libro semejante parece poco útil para el homeópata actual.

- ALLEN T. F. *Encyclopaedia of Pure Materia Medica*, 10 volúmenes, Boericke y Tafel editores, Filadelfia, 1877.
- HERING C. *The Guiding Symptoms of Our Materia Medica*, 10 volúmenes, Boericke y Tafel editores, Filadelfia, 1890. Estas dos obras enciclopédicas y enormes están reservadas a las grandes bibliotecas. Al leerse uno se confunde por la abundancia de información en homeopatía. Algunos reprochan a sus autores, menos antiguos, sus clasificaciones y sus concisiones; pero sin estas operaciones sucesivas de eliminación, la homeopatía se vería sepultada bajo una masa informe de conocimientos.

- CLARKE J.H. *Dictionary of Practical Materia Medica*, 3 volúmenes, Homeopathic Publishing Company editor, Londres, 1900.

En lengua inglesa, una presentación poco jerarquizada pero bien documentada en lo que concierne al origen de las sustancias, las características generales y las relaciones entre los medicamentos.

- BOERICKE W. *Materia Medica with Repertory*, Boericke y Runyon editores, Nueva York, 1927.

En lengua inglesa, más condensado que el Clarke, misma presentación. Seguido de un repertorio simple estrictamente clínico. Un instrumento de trabajo.

- VANNIER L. y POIRIER J. *Précis de Matière médicale homéopathique*, G. Dojn editor, París, 1931 (numerosas reediciones, editado en español).

Este pequeño compendio ha sido y sigue siendo, a pesar de su antigüedad, la obra de base de muchos homeópatas que se han formado con ella desde hace varias generaciones. Sigue siendo indispensable gracias a la jerarquización clara de los síntomas en tres niveles, a la juiciosa elección de los más significativos, a la presentación evidente de las grandes características y la valoración de las modalidades. Sólo las referencias clínicas, de mínima importancia en este tipo de libro, han quedado anticuadas.

- DUPRAT H. *Traité de Matière médicale homéopathique*, Lausanne, 1947 (reeditado).

Es muy apreciado por su fidelidad a la materia médica pura. Contiene referencias constitucionales y correspondencias clínicas. En realidad comporta tres libros en uno solo: una materia médica analítica, una materia médica clínica, consideraciones generales y comentarios diversos. La voluntad de presentar cada medicamento homeopático bajo diversos aspectos obliga al autor a caer en repeticiones, pero contiene un mayor número de signos originales que el Vannier. Menos farragoso de lo que puede parecer en un principio es un compromiso entre las materias médicas analítica y clínicas.

- ALLEN H.C. *Key notes of Leading Remedies*, Boericke editor, Filadelfia, 1950. Edición francesa: *Symptômes clefs des principaux remèdes et nosodes de la Matière médicale*, Similia éditeur, París, 1988.

Este resumen de materia médica muy breve se adapta a un enfoque escueto pero exacto.

- LATHOUD J.-A. *Études de Matière médicale homéopathique*, Martin y Ternet editores, Viena, 1923 (reeditado).

El Lathoud ha seducido a muchos lectores franceses por su claridad y su calidad en el lenguaje. Su presentación es analítica pero se priorizan los signos mentales. Ofrece auténticos retratos de enfermos que recuerdan un enfoque psicósomático.

MATERIAS MÉDICAS CLÍNICAS

A veces sólo difieren de las precedentes por una derivación clínica muy discreta, ya perceptible en algunas materias médicas analíticas, es decir, que las dos categorías no son verdaderamente opuestas.

- VOISIN H. *Matière médicale homéopathique clinique*, Imprimerie moderne, G. Ducrot editor, Annecy, 1949 (reeditado). El enfoque clínico es patente, sin compromiso alguno con la materia médica pura. así, *Aurum*, tras la presentación de los efectos generales y del tipo sensible, está dividido en "el

tipo congestivo hipertenso", "el melancólico introspectivo decepcionado de la vida", "el cardíaco, el aórtico", "el óseo", "el reumático", "el ocular", "los genitales". Auténtico manifiesto de homeopatía clínica, válido también por las numerosas comparaciones entre medicamentos. Existen otros libros del mismo autor que ilustran su preferencia por el enfoque clínico.

- JOUANNY J. *Notions essentielles de Matière médicale homéopathique*, laboratorios Boiron editor, Lyon, 1975.

Tal y como indica el título, se trata de una materia médica sucinta, de presentación agradable y clara. Los signos se han limitado a lo esencial con un mínimo de referencias a lo insólito. La terminología es decididamente moderna.

- ZISSU R. *Matière médicale homéopathique constitutionnelle*, 4 tomos, Peyronnet editor, París, 1959-1964.

Esta apreciada obra presenta lo esencial de la materia médica con una clasificación constitucional propia del autor que prioriza las referencias fisiopatológicas y cuya sistematización facilita el estudio de la materia médica.

- GUERMONPREZ M., PINKAS M., TORCK M. *Matière médicale homéopathique*, Doin editor, París, 1985, Reedición Boiron editor, París, 1989.

El autor de este artículo se esfuerza en presentar una materia médica en la cual sus colaboradoras han desarrollado el análisis de los constituyentes, lo cual suele aclarar la patogénesis. Los signos se encuentran agrupados en grandes síndromes. Más detallado que el Vannier o el Jouanny, esta materia médica es fiel a los síntomas originales, moderna en su preparación pero no alcanza el volumen de los grandes diccionarios de materia médica ni del tratado de Duprat.

- JULIAN O.-A. *Dictionnaire de Matière médicale homéopathique*, Masson editor, París, 1981.

Esta materia médica ocupa un lugar aparte, puesto que no presenta más que medicamentos de introducción tardía en homeopatía y de los cuales muchos son inusitados. Se encuentran buenas referencias históricas a las patologías presentadas.

DEMARQUE D., en la bibliografía de su libro *Homéopathie, médecine de l'expérience (Homeopatía, medicina de la experiencia)* cita en 1968 cincuenta y cinco obras de materia médica en lengua inglesa y cincuenta y cuatro en lengua francesa. Muchas materias médicas han sido editadas desde entonces. La multiplicidad de autores prueba que la información de base de la homeopatía se presta a presentaciones de lo más variado pero el principio de similitud y la experimentación humana siguen siendo el criterio común de todos estos trabajos.

BIBLIOGRAFIA

- BERNARD H (1966) Doctrine homéopathique. Coquemard. Angoulême.
- BOIRON Laboratorios (1990) Nomenclature. Éditions Boiron. Sainte-Foy-lès-Lyon.
- DEMANGEAT G (1989) Conférences d'homéopathie. Similia. Paris.
- DEMARQUE D (1968) Homéopathie, médecine de l'expérience. Coquemard. Angoulême; pp 20-40.
- GUERMONPREZ M, TRAISNEL M, BONIFACE M (1982) Expérimentation pathogénétique de la *Nalaxone*. Cah Biothér; 73:23-31.
- GUERMONPREZ M, PINKAS M, TORCK M (1985). Matière médicale homéopathique. Doin. Paris. Reedición Boiron. Paris. 1989.
- HAFFEN M (1989) Homéopathie critique. Le léopard d'or. Paris.
- HAHNEMANN S (1796) Essai sur un nouveau principe pour vérifier le pouvoir curateur des drogues et de quelques recherches sur le précédent principe. J. Hufeland; 2: 391-439; 465-561.
- JAHN GHG (1872) Nouveau Manuel de médecine homéopathique (8^a ed.) Baillière. Paris.
- JOUANNY J, CRAPANNE JB, DANCER N, MASSON JL (1988) Thérapeutique homéopathique (vol II) Boiron. Paris. p. 44.
- JULIAN OA (1981) Dictionnaire de Matière médicale homéopathique. Masson. Paris.
- SALY O (1987) Samuel Hahnemann, su vida, su obra (Memoria farmacia) Lille; 40 p.
- THOURET G (1934) Hahnemann, père de l'homéopathie (agotado). Braconnier Frères. Alger; pp 56-58.
- VANNIER L (1955). La typologie et ses applications thérapeutiques. Doin. Paris.
- VANNIER L, POIRIER J (1976). Précis de Matière médicale. Doin. Paris.

6

7

ré
m
le
de
de
fin
pe
ce
pi
ti
ci
de
u:

8

1
1
1

II.2.

El principio de la infinitesimalidad

«Sería necesario [...] escribir la novela del mundo y de sus leyes. Se encontrarían catedrales de lo infinitamente pequeño, elementos tan imperceptibles que es imposible hablar de ellos, ausencias que sólo son aparentes en sus consecuencias [...] fuerzas y partículas de movimientos imprevisibles, distancias prodigiosas tanto en un sentido como en otro, y en lo minúsculo, y en lo inmenso. Se encontraría el tiempo.»

Jean d'Ormesson,
El Judío errante (1991)

M. Bastide
M. Solon

Entre los principios que rigen la homeopatía, el que eleva las más apasionadas discusiones es el principio de infinitesimalidad. ¿Cómo se puede aceptar que soluciones cada vez más diluidas, hasta límites inconcebibles, puedan conservar una actividad terapéutica? Existen pruebas experimentales de la actividad de esas altas diluciones y las vamos a mostrar aquí. Se ha intentado encontrar una explicación racional y a partir de una serie de hechos observables se han emitido diferentes hipótesis. La actividad de las altas diluciones, por su originalidad, conduce a nuevas proposiciones e incluso a un nuevo paradigma que orientará las futuras investigaciones. En ese caso, guardémonos de cometer «dos excesos: excluir la razón, no admitir más que la razón» (Pascal).

DEFINICIONES

Definir significa aportar límites, cotas, a lo que se va a presentar. Definir la infinitesimalidad se traduce en poner unos límites a lo que, etimológicamente, no los tiene. El término "infinitesimalidad" no aparece en el diccionario, únicamente figura el adjetivo "infinitesimal", adjetivo tomado de la lengua inglesa que significa "extremadamente pequeño". Procede del latín *finis* ("cota") que expresa en sentido propio el límite de un campo o un territorio y en sentido figurado el término, el final. Finalizar se traduce por "delimitar" e infinito se traduce por "sin límites, indeterminado". El término "infinitesimalidad" con el concepto de desconocido y sus corolarios de "vago", "impreciso" no en vano inquieta y desalienta a los médicos e investigadores que no escogen, así, de entrada, explorar un mundo científico radicalmente nuevo y cuya dirección está todavía por descubrir. *Infinitas* es la "inmensidad" y en cuanto al infinito, es un concepto fácilmente manejado por las ciencias matemáticas

que no presentan ningún tipo de problema en su utilización, lo cual demuestra que se encuentra en consonancia con el ser humano. No siendo extraño al hombre, lo infinitesimal no puede y no debe ser tampoco extraño al hombre de medicina, al médico. La infinitesimalidad es un concepto del todo justificado en la investigación científica y médica.

HISTORIA

En homeopatía, el concepto de infinitesimalidad se aplica a la preparación de medicamentos que serán administrados al enfermo según el principio de similitud. En efecto, estos medicamentos son diluidos sucesivamente al 1/10 o al 1/100 en un disolvente, generalmente etanol de 60°, un número considerable de veces. Este procedimiento tiene como consecuencia la administración de dosis extremadamente mínimas del producto de origen. A partir de un cierto número de diluciones la presencia de moléculas es incluso improbable. Este tipo de medicamentos de uso homeopático fue propuesto por el propio Hahnemann: «No es en virtud de una opinión preconcebida, ni por amor a la singularidad que me he decidido por utilizar dosis tan bajas, tanto para la quina como para cualquier otro tipo de sustancia. He llegado a esta conclusión tras múltiples experiencias y observa-

Toda referencia a este artículo debe llevar la mención: BASTIDE M. y SOLON M. - El principio de infinitesimalidad - Homeopatía, Cap. II.2 - *Encycl. Méd. Nat.* - Éditions Frison-Roche. (París, Francia), 1995.

ciones que me han demostrado que una mayor cantidad de medicamento, incluso en el caso en el que sea beneficioso, no actúa con mayor intensidad ni es necesaria para la curación de la enfermedad. He ido disminuyendo las dosis y como he observado siempre los mismos efectos, si bien en menor grado, he descendido hasta las mínimas que, a mi parecer, son suficientes para ejercer una acción curativa sin que actúe con una violencia que es capaz de retrasar la curación.» Así, tras la demostración experimental, realizada por Hahnemann y sus alumnos, de una actividad curativa de diluciones cada vez mayores de una serie de sustancias de origen vegetal, mineral o animal, escogidas según el cuadro de síntomas que ellas mismas desarrollan en el individuo sano (patogénesis), las preparaciones homeopáticas son diluidas de forma extrema a fin de ser administradas como medicamentos.

PRINCIPIO DE PREPARACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LAS DILUCIONES INFINITESIMALES

Las diluciones pueden prepararse según dos métodos distintos: el método de las diluciones mediante frascos separados o método hahnemaniano y el método que sólo utiliza un único recipiente o método korsakoviano. Sea cual sea el método de dilución, cada etapa comporta una muy fuerte agitación del tubo o frasco que se denomina dinamización. La técnica original recomendada por Hahnemann, o sucusión, consistía en golpear el fondo del tubo en posición vertical con una serie de golpes secos sobre una superficie firme (Hahnemann lo hacía contra un libro con tapas de cuero) durante cien veces seguidas. Actualmente se utilizan agitadores automáticos. La nomenclatura internacional designa con la letra C las diluciones centesimales (diluciones sucesivas al 1/100) y con la letra D (o X) las diluciones decimales (diluciones sucesivas al 1/10). Las diluciones hahnemanianas han sido aceptadas por la farmacopea francesa y alemana mientras que las korsakovianas, designadas con la letra K, sólo son recomendadas por la farmacopea americana utilizada en Inglaterra.

Las diluciones centesimales prescritas tradicionalmente en Francia y en España son: 3 C, 4 C, 5 C, 7 C, 9 C, 15 C y 30 C. El límite oficial de prescripción en Francia es la 30 C. Las técnicas de prescripción varían según las escuelas, así, los alemanes proponen normalmente diluciones bajas mientras que los británicos consideran que la 30 C es una dilución muy baja y prescriben hasta la 200 o incluso más. Estas variaciones cuantitativas relacionadas con la práctica de diferentes escuelas de homeopatas no se basan en ninguna experimentación en particular sino en la tradición o la observación de las virtudes curativas de las diferentes diluciones. Además, la homeopatía ha entrado en las farmacopeas europeas por su carácter de medicina tradicional.

PROBLEMÁTICA DE LA INFINITESIMALIDAD

Es natural que, desde su introducción en la terapéutica, las diluciones infinitesimales utilizadas en homeopatía hayan elevado las críticas de sus detractores. En efecto, incluso sin avanzar argumentos científicos, el concepto de dosis infinitesimales es difícil de aceptar. Sus primeros oponentes fueron los contemporáneos del creador de la homeopatía, el cual, en su *Tratado de Materia médica*, cita a sus contemporáneos «de prejuicios seculares que exclaman: una cuatrimillonésima parte de gramo o nada es todo uno», frase que fue repetida en diversas formas desde entonces por otros tantos detractores de la homeopatía. Si sustituimos la creación de la homeopatía en su contexto histórico, nos encontramos la época en que Avogadro, apoyado por Ampere, participaba en el establecimiento de las bases de la química molecular, disciplina que se encuentra totalmente aceptada actualmente. La hipótesis de Avogadro y el número teórico de moléculas contenido en los gases ideales constituyen todavía una barrera para la mente humana que se niega a plantearse diluciones más allá de la barrera del 10^{-23} , dilución en la cual es teóricamente imposible encontrar una molécula; ahora bien, esa cifra se sobrepasa ampliamente a partir de la dilución 15 C y por otra parte, es también paradójico esperar fustigar el arcaísmo de Hahnemann y justificar la ausencia de base real del remedio homeopático mediante el número de Avogadro, su contemporáneo.

Si bien es muy fácil para los matemáticos dividir por 2 o por ∞ al infinito y obtener siempre un resultado, la situación es muy diferente cuando la división se aplica a objetos concretos. Los límites de detección de los objetos se alcanzan muy rápidamente, física y biológicamente, los límites de lo conocido dependen del progreso obtenido por los instrumentos de observación y medida. El objeto material no es divisible hasta el infinito y lo mismo ocurre con la división mediante dilución en cuyo caso se encuentran presentes dos elementos: la sustancia y su disolvente. La investigación fundamental debe, por lo tanto, inclinarse tanto sobre la sustancia diluida como sobre el disolvente y las interacciones entre ambos.

Así pues, el fenómeno de las diluciones al infinito implica:

Sustancia $\rightarrow$ Interacción sustancia-disolvente $\rightarrow$ Disolvente

En la práctica, hemos adoptado la costumbre de designar como «diluciones altas» las que no pueden ser estudiadas como soluciones clásicas, es decir, que teóricamente se encuentran desprovistas de moléculas o de átomos pertenecientes a la sustancia que se diluye: si nos referimos al número teórico de Avogadro, la dilución límite desprovista de moléculas se encuentra próxima a la 10 C para sustancias de peso molecular elevado y a la 11 C para las restantes.

PRUEBAS EXPERIMENTALES DE LA ACTIVIDAD DE LAS DILUCIONES INFINITESIMALES

El problema de la actividad de las diluciones se plantea en términos de concentración. Cuando estas diluciones son inferiores a la 10ª centesimal, tendremos que resolver un problema farmacodinámico: ¿cómo es posible que puedan tener algún efecto terapéutico unas diluciones que tan sólo contienen algunas pocas moléculas? Cuando las diluciones elevadas, teóricamente desprovistas de moléculas sean utilizadas como medicamento, será necesario plantearse la cuestión de la naturaleza de la información aportada por tales diluciones.

Si consultamos la farmacopea, podemos citar, entre los medicamentos administrados por vía oral a las más bajas dosis, la eserina (500 mg, es decir, el equivalente en concentración a una 2 C), el etinil o estradiol (10 mg, es decir, entre una 2 C y una 3 C) y por vía sublingual, la trinitrina (150 mg, es decir, el equivalente de una dilución 2 C). Ello significa que incluso las diluciones bajas tales como la 4 C o la 5 C plantean un problema a la farmacología clásica y a la biodisponibilidad. Si se considera un planteamiento más experimental, en los animales, las concentraciones utilizadas son más bajas que las dosis empleadas en terapéutica humana, por ejemplo, Pavel y colaboradores demostraron que una dosis del orden de un atogramo (10^{-18} g, dosis equivalente a una 9 C) de arginina vasotocina inyectada a nivel del tercer ventrículo induce el sueño de ondas lentas en el gato. En este caso se trata de una acción in situ a nivel del órgano considerado. Se ha podido constatar el efecto de dosis muy bajas de diversas sustancias en modelos experimentales in vitro, por ejemplo, los monocitos humanos en presencia de partículas de zimozan opsonizadas han presentado una disminución óptima de la fagocitosis y de la liberación de iones superóxido en concentraciones de 10^{-14} molar de postina equivalente, aproximadamente, a una 6 C (Leung-Tack y colaboradores, 1986). Los modelos celulares de este tipo son muy numerosos y se observan resultados interesantes con concentraciones del orden de 10^{-15} molar o 10^{-16} molar según las sustancias experimentadas y las células implicadas.

El problema planteado por las diluciones homeopáticas es otro muy distinto. La experiencia médica, desde hace doscientos años, demuestra la fiabilidad y la eficacia de las diluciones homeopáticas. La forma más corriente de administración de los medicamentos homeopáticos es la vía sublingual. Hemos visto que incluso las diluciones más bajas (3 C, 4 C, etc.) son inferiores a las más bajas diluciones de los medicamentos prescritos por el método alopático. Estas bajas diluciones que, sin embargo todavía encierran más de 10^{15} moléculas por mililitro no cumplen las reglas normales de la biodisponibilidad, escapan a las normas clásicas del razonamiento farmacológico, es decir, de la farmacocinética. Las diluciones medias (7 C, 9 C) se encuentran próximas al límite de presencia teórica de moléculas, por ejemplo,

una dilución 9 C de timulina, hormona tímica de peso molecular próximo a 1000, capaz a dosis infinitesimales de modular la respuesta inmunitaria, encierra treinta moléculas por mililitro (Bastide y colaboradores, 1985; Bastide y colaboradores, 1987). Estas pocas moléculas deben desencadenar un fenómeno general de estimulación del sistema inmunitario. Finalmente, cuando las diluciones no contienen teóricamente un número mínimo de moléculas, todavía es más difícil imaginar el proceso por el cual el organismo será capaz de responder, por lo que se hace importante demostrar, mediante el método experimental clásico, que todas estas diluciones son capaces de desencadenar respuestas en un organismo. Tanto la experiencia médica como diversos trabajos de investigación antiguos o contemporáneos demuestran de forma rigurosa la eficacia farmacológica de todas estas diluciones. No se trata de ofrecer aquí una lista exhaustiva de los diferentes trabajos científicos publicados al respecto, tema que será tratado en otros capítulos de esta obra (capítulo IV.3). Algunos ejemplos característicos escogidos bastarán para poner en evidencia de forma objetiva la actividad de las diluciones infinitesimales.

DEMOSTRACIÓN EXPERIMENTAL DEL EFECTO DE LAS BAJAS DILUCIONES (4 C Y 5 C) O DE DILUCIONES MEDIAS (7 C, 9 C) QUE TEÓRICAMENTE CONTIENEN TODAVÍA ALGUNAS MOLÉCULAS

Diversos modelos de estudio celular in vitro han permitido demostrar la actividad de las diluciones preparadas según el método homeopático. Los macrófagos de ratón se han mostrado sensibles a diluciones 4 C ($1,6$ UI) y 9 C (10^{-10} UI) de interferones α y β de ratones, preparadas según el método hahnemanniano. La quimioluminiscencia de los macrófagos tratados in vitro se modifica respecto a los macrófagos de control (Carrière y colaboradores 1988), variaciones que aparecen en función de la edad de los ratones (Carrière y colaboradores, 1990). La sensibilidad de los macrófagos a tales diluciones de productos fue confirmada con pruebas ex vivo: la sílice, tóxica para los macrófagos a dosis elevadas, es capaz de estimular los macrófagos cuando es utilizada en forma de diluciones infinitesimales. Los macrófagos peritoneales de ratón tratados mediante una dilución de *Silicea* (o sílice) 9 C se mostraron capaces de liberar una mayor cantidad de PAF-aceter que los macrófagos de ratones de control (Davenas y colaboradores, 1987) (el PAF-aceter es un mediador de la reacción inflamatoria liberado a partir de los lípidos de la membrana celular). Numerosos modelos in vivo han puesto en evidencia la actividad inmunomoduladora de dosis infinitesimales de inmunomediadores; incluso se ha podido demostrar un efecto dependiente de la dosis inversamente proporcional a la concentración: diluciones de timulina, hormona del timo que interviene en la maduración de los linfocitos T, se han mostrado

más activas en la respuesta inmunitaria de ratones de las diluciones 2 C a las 9 C (Bastide y colaboradores, 1987). Este efecto dependiente de la dosis "invertido" también se ha encontrado en otro modelo animal: embriones de pollo de 3 días que habían sufrido la ablación de la bolsa de Fabricio fueron tratados durante la vida fetal (al 6º y al 10º días) con tres concentraciones de bursina (péptido especializado en la maduración de los linfocitos B presente en la bolsa de Fabricio); paradójicamente, la dosis más alta (10^{-4} g) no obtuvo ningún efecto sustitutivo completo (Guellati, 1990). Por otra parte, diversos trabajos han demostrado una acción inmunomoduladora óptima de la dilución 9 C en ratones tratados con diluciones de hormonas del timo o de inmunomediadores (interferón, interleucina 2) (Daurat y colaboradores, 1986; Daurat y colaboradores, 1988; Daurat, 1988; Douce-Jaboeuf y colaboradores, 1984; Douce-Jaboeuf y colaboradores, 1988).

DEMOSTRACIÓN EXPERIMENTAL DEL EFECTO DE LAS ALTAS DILUCIONES (SUPERIORES A LA 9 C) QUE TEÓRICAMENTE NO CONTIENEN MOLÉCULA ALGUNA

Entre los trabajos que demuestran la actividad in vitro de las altas diluciones, el más conocido es el que utiliza el modelo de la desgranulación de los basófilos (Davenas y colaboradores, 1988). Este trabajo, no obstante, ha sido objeto de múltiples controversias tanto desde el punto de vista conceptual como metodológico. En este experimento se obtuvieron modificaciones de las propiedades tintoriales de polinucleares basófilos humanos mediante tratamiento in vitro de las células con altas diluciones de un anticuerpo anti-inmunoglobulina E (IgE). En efecto, modificaciones metabólicas cuyo resultado es la pérdida de la coloración basófila y la liberación de mediadores del proceso inflamatorio (histamina, derivados de lípidos membranosos, etc.) pueden ser obtenidas de forma clásica tratando este tipo de células ya sea mediante el alérgeno correspondiente a los centros de reconocimiento de las IgE fijadas sobre su membrana o bien mediante una unión artificial constituida por un anticuerpo tipo anti-IgE. Se han constatado variaciones en la pérdida de las propiedades tintoriales según el nivel de dilución empleado, niveles que alcanzaron hasta la 120 D. Este trabajo ha sido confirmado mediante la misma metodología, lo cual ha demostrado que sólo las diluciones del anti-IgE eran capaces de producir ese efecto (Benveniste y colaboradores, 1991).

También se ha podido demostrar, mediante modelos farmacodinámicos clásicos, el efecto de las altas diluciones. El realizado con duodeno de rata preparado con un baño de órgano aislado, permitió demostrar que una gama de diluciones de *Belladonna* desde la 1 C hasta la 200 C contrarrestaba el espasmo debido a 1 mg de acetilcolina. De hecho determinadas diluciones (1 C a 25 C y 150 C a 200 C) contrarrestaron el espasmo, mien-

tras que diluciones de 30 C a 50 C y de 60 C a 140 C lo ampliaron y las diluciones no agitadas no provocaron un efecto antagónico hasta la dilución 9 C (Cristea y colaboradores, 1987). Otro modelo sobre corazón aislado de cobaya demostró que las altas diluciones de un antígeno que había servido para inmunizar un cobaya aumentaban el caudal coronario del corazón del animal.

Frente a estos modelos in vitro, se han realizado experiencias in vivo tanto con animales como con seres humanos. El remedio homeopático *Silicea* fue utilizado en 5 C, 30 C o 200 C por vía oral para tratar ratones con el objetivo de acelerar un proceso de cicatrización. El efecto terapéutico fue proporcional al nivel de dilución, de forma que la 200 C se mostró como la dilución más eficaz (Oberbaum y colaboradores, 1992). Se ha propuesto también otro modelo de prevención de patología infecciosa: los ratones fueron pretratados con diluciones de un triturado de órganos de ratones afectados de tularemia. Las diluciones utilizadas fueron 3 D, 7 D y 12 D, conteniendo respectivamente 9,8 mg/ml, 1 ng/ml y 1 fg/ml, así como las diluciones 30 C, 200 C y 1000 C. Las preparaciones fueron administradas por vía oral y después los animales tratados fueron infectados con *Francisella tularensis* por vía intranasal. La evolución de la protección fue realizada mediante los parámetros de duración de vida y mortalidad total. Todas las diluciones utilizadas mostraron un efecto protector significativo sin que, no obstante, se pudieran establecer diferencias en la intensidad de la protección según la dilución utilizada (Jonas y colaboradores, 1991).

Otro experimento puso en evidencia una modificación de la metamorfosis de las ranas (paso de renacuajos de dos patas a cuatro patas). El análisis multicéntrico fue realizado simultáneamente en tres laboratorios diferentes de dos países distintos (Austria y Holanda). La tiroxina diluida a 30 D introducida en el agua de los acuarios disminuyó significativamente la velocidad de metamorfosis de los renacuajos (Endler y colaboradores, 1991a). Se repitieron los ensayos con la misma solución de tiroxina colocada en una ampolla precintada de vidrio sin contacto directo con el agua y se obtuvieron los mismos resultados lo cual, evidentemente, plantea el problema de la naturaleza del soporte de la señal transmitida por las altas diluciones (Endler y colaboradores, 1991b).

También han sido propuestos modelos de inhibición de la intoxicación mediante altas diluciones de tóxicos. La dilución 15 C de *Mercurius corrosivus* protegió significativamente a los ratones empleados en el experimento tanto frente a la nefrotoxicidad inducida por fuertes concentraciones de mercurio como del efecto letal de este metal (Cal y colaboradores, 1988).

Finalmente, un último ejemplo en terapéutica humana ha demostrado la eficacia de las altas diluciones. Se llevó a cabo una experimentación a doble ciego en la rinitis alérgica mediante la utilización de *Pollen* 30 C. Los enfermos mostraron una mejora significativa respecto a los pacientes tratados con placebo (Taylor-Reilly y colaboradores, 1986).

HIPÓTESIS SOBRE LA FORMA DE AGUA DE LAS DILUCIONES INFINITESIMALES EN HOMEOPATÍA

La farmacología de los medicamentos homeopáticos no puede ser extrapolada a partir de la farmacología clásica. Ello significaría negar toda la originalidad de esta concepción terapéutica que se basa en una acción medicamentosa global determinada según la ley de similitud y con dosis infinitesimales de medicamentos. Si nos contentamos con argumentar el principio de infinitesimalidad, el obstáculo conceptual relacionado con la ausencia teórica de moléculas en las diluciones bajas y medias deja de ser importante. No obstante, es del todo complejo analizar tales efectos puesto que la propia ley de similitud plantea problemas de interpretación. A este respecto, aparece una explicación posible a partir del fenómeno de hormesis que corresponde a lo que Schulz había observado (con el nombre de ley de Arndt-Schulz), es decir, la inversión de los efectos en función de la dilución (Schulz, 1888). Este fenómeno descrito por Stebbing (Stebbing, 1981; Stebbing y colaboradores, 1984) se encuentra perfectamente ilustrado por los trabajos que demuestran que las drogas citostáticas, tales como la plumbagina y la vincristina, son capaces de estimular los linfocitos cuando son utilizadas a concentraciones del orden de un femtogramo (Wagner y colaboradores, 1988; Wagner y colaboradores, 1991). Los modelos de protección antitóxica mediante bajas concentraciones o altas diluciones de la sustancia tóxica demuestran también la hormesis (Cal y colaboradores, 1988; Larue y colaboradores, 1985; Weis y colaboradores, 1986): la identidad entre la dilución protectora y la tóxica ilustra lo que los homeópatas designan como ley de analogía (o de identidad); Van Wijk y colaboradores (1992) realizaron una aproximación explicativa a este hecho: las dosis bajas o las altas diluciones de tóxico desencadenan la inducción de las proteínas del estrés ("heat shock proteins") que engendrarían el fenómeno de resistencia.

Así pues, las diluciones totalmente desprovistas de moléculas son capaces de transmitir una información: los hechos experimentales están ahí para demostrar la realidad del fenómeno. Es necesario intentar comprender cuál podría ser el soporte material de esta información para lo cual se han establecido cinco campos de investigación diferentes: la memoria de los átomos, el crecimiento fragmentario, el método del grupo de renormalización aplicada a los fenómenos físicos, la física relativista y el movimiento browniano, la electrodinámica cuántica.

CRECIMIENTO FRAGMENTARIO

Remitámonos a de Gennes en el prefacio del *Orden del caos*: «Un gres de Fontainebleau está hecho con granos de arena de aproximadamente 1 milímetro. Si realizamos unas fotos de un corte del gres, a primera vista todo parece prever que toda la

imagen corresponderá a algunos milímetros. Pero de hecho, si aislamos una muy pequeña zona sobre la roca (1/100 de milímetro) puede ocurrir que esta zona, aumentada, nos siga revelando estructuras sorprendentes con numerosos granos todavía más pequeños: en la naturaleza existen muchos sistemas multiescalares como éste y además suelen presentar una propiedad admirable: no podemos distinguir, sólo por el aspecto, la foto de la pequeña zona y la foto del conjunto, es entonces cuando decimos que la roca es 'self similar' o fragmentaria (para utilizar una bella palabra de Mandelbrot) [...]» (Mandelbrot, 1982; de Gennes, 1989). La hipótesis podría ser que cada dilución dinamizada acaba siendo una solución self similar de la precedente.

FENÓMENOS DE FÍSICA Y ESCALAS DE LONGITUD

Señalaremos aquí el trabajo de Wilson: «Una de las propiedades más sorprendentes de la naturaleza es la gran diversidad de órdenes de altura y longitud que en ella intervienen. Por una parte, existen las corrientes oceánicas que recorren millares de kilómetros y las mareas, fenómenos a escala de todo el planeta y por otra, las olas cuyo tamaño va de una fracción de centímetro a varios metros; si observamos estos hechos más detalladamente, el agua de mar es una aglomeración de moléculas de agua con una longitud característica del orden de 10^{-8} centímetros de manera que los fenómenos marinos se establecen sobre diecisiete órdenes de altura. En general, dos fenómenos cuyas alturas características son diferentes presentan muy poca influencia entre sí de forma que es posible estudiarlos separadamente [...] El éxito de la mayoría de las teorías físicas procede de que han sabido limitar los estudios de una cierta escala de longitud e ignorar el resto [...] No obstante, existen fenómenos para los cuales los acontecimientos de escalas diferentes producen efectos de igual importancia [...] Sistemas físicos tan diferentes como los imanes y los fluidos poseen un punto común: las variaciones de estructura se establecen en una amplia gama de longitudes.» Se ha inventado un nuevo método para estudiar estos sistemas: «el grupo de renormalización» (Wilson, 1975, 1989). Entre una 1 C y una 30 C existe, indiscutiblemente, una diferencia de escala. Nos encontramos lejos de estar en situación de afirmar que el proceso dilución-dinamización es exactamente el mismo cuando se prepara una 2 C a partir de una 1 C y una 30 C a partir de una 29 C. Sería posible estudiar estas diluciones según el sistema de los grupos de renormalización.

FÍSICA RELATIVISTA Y MOVIMIENTO BROWNIANO

Siempre deberíamos tener en la mente que actualmente todos los investigadores en ciencias físicas integran la relatividad de Einstein. ¿Qué ocurre en otras disciplinas y en la investigación médica en particular? A este respecto, recordemos que la espec-

trometría utiliza la luz y que en este caso la información sobre la materia que nos aportará debe llevarse a cabo en un ambiente de física relativista. Llamemos v a la velocidad del objeto mecánico estudiado, por ejemplo, los complejos moleculares de la tintura madre (que va a servir para preparar una serie de diluciones) o los complejos moleculares del disolvente; c representa la velocidad de la luz; P la cantidad de movimiento; m la masa y k el coeficiente de relatividad.

En mecánica, si $v < 0,14 c$ (es decir, 42 000 km/h), las fórmulas de la mecánica clásica son suficientes. Si $v \geq 0,14 c$, es necesario utilizar las fórmulas relativistas. ($P = m \times v$ en mecánica clásica; $P = k \times m \times v$ en mecánica relativista donde k representa un coeficiente de corrección, función matemática de la raíz cuadrada de la relación v^2/c^2). Frente a este planteamiento se plantean numerosas cuestiones sobre las preparaciones homeopáticas: ¿cuál es la velocidad de los movimientos moleculares durante las dinamizaciones? ¿Proporcionan las succiones una velocidad suplementaria debida a su efecto de choque al golpear el fondo del tubo? ¿Cuál es la resultante en términos de velocidad de la conjunción de los movimientos brownianos y los movimientos de dinamización?

MEMORIA DE LOS ÁTOMOS

Citemos aquí a Brewer y Hahn (1989): «Un sistema desordenado de partículas que aparentemente ha evolucionado a partir de un estado muy ordenado puede ser conducido a este estado mediante la inversión de la cantidad de movimiento (o de otro grado de libertad) de sus partículas. En efecto, un conjunto de átomos puede conservar la memoria de su condición anterior [...] En los sistemas atómicos examinados, se restablece este orden escondido irradiando muestras (en forma sólida, líquida o gaseosa) con la ayuda de una radiación electromagnética coherente; esta radiación puede ser de diferentes tipos tales como las

ondas de radio, las microondas y la luz láser; las ondas sonoras también desempeñan esta función y el resurgimiento de un estado ordenado en tales sistemas se hace manifiesto cuando la muestra emite su propia impulsión electromagnética coherente en eco o radiación anterior. Además de su interés intrínseco, los ecos y las otras formas de emisión asociadas constituyen nuevas formas de estudio de las interacciones cósmicas» (Brewer, 1974; Brewer y colaboradores, 1984; Brewer y Hahn, 1989). Esta vía de investigación aparece ya como apasionante por una mejor aproximación de la realidad electromagnética de la pareja disolvente-sustancia diluida. Plantear en hipótesis la impregnación ondulatoria del disolvente por la sustancia diluida podrá conducir a concluir que el disolvente ha pasado a contener una información de carácter vibratorio: una 30 C podría ser, por lo tanto, el soporte de una realidad física.

ELECTRODINÁMICA CUANTITATIVA

Del Giudice define el agua en términos de electrodinámica cuántica. La preparación de las diluciones desencadenaría «una gama de diferentes frecuencias electromagnéticas que emergería gracias a las excitaciones coherentes (de las moléculas de agua) en los dominios de coherencia: parece que ha sido posible detectar, en el agua pura y en las diluciones homeopáticas, oscilaciones con la frecuencia de algunas decenas de kHz. Un ruido importante que comprenda esta gama de frecuencias podría desencadenar una evolución superradiante en el agua que a su vez podría provocar el movimiento coherente de campos de diferentes coherencias. ¿Podría ser esto una clave que permitiera algún día la comprensión de la homeopatía? Es posible» (Del Giudice, 1991). La polarización del agua de naturaleza electromagnética alrededor de las moléculas medicamentosas podría conservarse en el transcurso de las diluciones sucesivas. Los dipolos de agua organizados en polarización coherente serían entonces verdaderos elementos portadores de la información en presencia o ausencia de moléculas.

La vía está abierta. Todos los investigadores pueden incluir la homeopatía, convertida en realidad, en sus trabajos. No obstante, será necesario asociar al estudio de las diluciones, como soportes de la información, un intento de comprensión de esta información; será necesario verificar si el paradigma mecanicista no es más que una traba a la progresión de la inteligibilidad de la homeopatía: permanecer en el mundo de los objetos corre el riesgo de limitar el campo de interpretación de una terapéutica de la globalidad del ser vivo. Un nuevo paradigma, el paradigma del sentido, nos propone una nueva concepción de lo vivo basada en la comunicación sensible en la cual el cuerpo y el espíritu se organizan alrededor de intercambios significativos de información: puede ser propuesta para precisar la finalidad de la información vehiculizada por las diluciones infinitesimales (Bastide y colaboradores, 1992; Lagache, 1988, 1991).

BIBLIOGRAFIA

- BASTIDE M, DOUCET-JABOEUF M, DAURAT V (1985). Activity and chronopharmacology of very low doses of physiological immune inducers. *Immunol Today*; 6: 234-235.
- BASTIDE M, DAURAT V, DOUCET-JABOEUF M, PELEGRIN A, DORFMAN P (1987). Immunomodulatory activity of very low doses of thymulin in mice. *Int J Immunother*; 3: 191-200.
- BASTIDE M, LAGACHE A (1992) *Le paradigme du sens: un nouveau paradigme rationnel; modèle des relations immunologiques entre Soi et Non Soi*. Alpha Bleue. Paris.
- BENVENISTE J, DAVENAS E, DUCOT B, CORNILLIET B, POTTEVIN B, SPIRA A (1991). L'agitation de solutions hautement diluées ne produit pas d'activité biologique spécifique. *CR Acad Sci*; 312II: 461-466.
- BENVENISTE J, ARNOUX B, HADJI L (1992). Highly diluted antigen increases coronary flow of isolated heart from immunized guinea pigs. *FASEB J*; 6A: 1610.
- BREWER RG (1974) Coherent optical spectroscopy. In: Balian R, Haroche S, Liberman S eds. *Frontiers in laser spectroscopy*. North Holland.
- BREWER RG, DEVOE RG, MITSUWAGA M, SCHENZLE A (1984) Microscopy theory of optical line narrowing of a coherently driven solid. *Physical Review A*; 30: 7.
- BREWER RG, HAHN R (1989) La mémoire des atomes. In: *L'Ordre du chaos Pour la Science*. pp 22-23.
- CAL JC, LARUE F, DORIAN C, GUILLEMAIN J, DORFMAN P, CAMBAR J (1988) Chronobiological approach of mercury-induced toxicity and of the protective effect of high dilutions of mercury against mercury-induced nephrotoxicity. *Liver Cells/Drugs*; 164:481-485.
- CARRIERE V, DORFMAN P, BASTIDE M (1988) Evaluation of various factors influencing the action of mouse $\alpha\beta$ interferon on the chemiluminescence of mouse peritoneal macrophages. *Ann Rev Chronopharmacol*; 5:9-12.
- CARRIERE V, BASTIDE M (1990) Influence of mouse age on PMA-induced chemiluminescence of peritoneal cell incubated with $\alpha\beta$ interferon at very low and moderate doses. *Int. J Immunother*; 6: 19-23.
- CRISTEA A, DRAGAN G, DARIA V (1987) Potency of pharmacodynamic action and structure of highly diluted aqueous solutions of *Belladonna*. 4th international Conference on Water and Ions in Biological Systems, Bucharest, 169.
- DAURAT V (1988) Modulation de la réponse immunitaire de la souris par des doses infra-pharmacologiques d'immunomodulateurs (thèse docteur ès Sci Pharm Biol.) Université de Montpellier. 225 p.
- DAURAT V, CARRIERE V, DOUYLLIEZ C, BASTIDE M (1986) Immunomodulatory activity of thymulin and alfa, beta interferon on the specific and the nonspecific cellular response of C57BL/6 and NZB mice. *Immunobiology*; 173:188.
- DAURAT V, DORFMAN P, BASTIDE M (1988) Immunomodulatory activity of low doses of interferon alfa, beta in mice. *Biomed Pharmacother*; 42:197-206.
- DAVENAS E, POITEVIN B, BENVENISTE J (1987) Effect on mouse peritoneal macrophages of orally administered very high dilutions of silica. *Eur J Pharmacol*; 135:313-319.
- DAVENAS E, BEAUVAIS F, AMARA J et al (1988). Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE. *Nature*; 333:816-818.
- DE GENNES PG (1989) Prefacio de *L'Ordre du chaos (El Orden del caos)*. Pour la Science; pp 6-7.
- DEL GIUDICE E (1991) Dynamic collective dans l'eau et dans la matière biologique. In: Bastide M ed. *Signaux et images*. Alpha Bleue. Paris; pp 53-63.
- DOUCET-JABOEUF M, GUILLEMAIN J, PIECHACZYK M, KAROUBY Y, BASTIDE M (1988) Evaluation de la dose limite d'activité du facteur thymique sérique. *CR Acad Sci*; 295 III:283-287.
- ENDLER PC, PONGRATZ W, HAIDVOGEL M (1991a) Effects of highly diluted agitated thyroxine on the metamorphosis of frogs. 5th GIRI Meeting. Paris: 34-35.
- ENDLER PC, PONGRATZ W, KASTBERGER G, WIEGANT FA, HAIDVOGEL M (1991b) Climbing activity in frogs and the effect of highly diluted succussed thyroxine. *BR Homoco J*; 80:194-200.
- GUELLATI M (1990) Les relations immuno-corticoropes: effets de la bursectomie embryonnaire et du traitement substitutif par la bursine (thèse). Université des Sciences Techniques du Languedoc, Montpellier. 80 p.
- HAHNEMANN S (1876) *Traité de Matière médicale homéopathique*. Baillière. Paris. 2:258.
- JONAS WB, FORTIER AF, HECKENDORN DK, NACY CA (1991) Prophylaxis of tularemia infection in mice using agitated ultra-high dilutions of tularemia-infected tissue. 5th GIRI Meeting. Paris. 22-23.
- LAGACHE A (1988) *Echos du sensible*. Alpha Bleue. Paris.
- LAGACHE A (1991) Evolution des modèles logiques dans la science contemporaine In: Bastide M ed. *Signaux et images*. Alpha Bleue, Paris. pp 63-74.
- LARUE F, CAL JC, DORIAN C, CAMBAR J (1985) Influence du prétraitement par des dilutions infinitésimales de *Mercurius corrosivus* sur la mortalité induite par le chlorure mercurique. *Néphrologie*; 8-86.
- LEUNG-TACK J, MARTINEZ J, SANSOT JL, MANUEL Y, COLLE A (1986) Inhibition of phagocyte functions by a synthetic peptide lys-pro-arg (postin). *Protides Biol Fluids Proc Colloq*; 34: 205-208.
- MANDELBROT B (1982) *Fractal geometry of nature*. WH Freeman and Co. 460 p; pp 37-38.
- OBERBAUM M, MARKOVITCH R, WEISMAN Z, KALINKOVICH A, BENTWICH Z (1992) Healing wound by homeopathic dilutions of silica in experimental animals. *Harefuah*; 123: 79-83.
- PASCAL B (1991) *Pensées (texte établi, annoté et présenté par Ph. Sellier)*. Bordas. Paris. 657 p; p 42.
- PAVEL S, PSATTA, GOLDSTEIN R (1977) Slow-wave sleep induced in cats by extremely small amounts of synthetic and pineal vasotocin injected into the third ventricle of the brain. *Brain Res Bull*; 2: 251-254.
- SCHULZ H (1988) Über Hefegifte. *Pflügers. Arch Physiol*; 42:517.
- STEBBING ARD (1981) Hormesis. Stimulation of colony growth in *Campylobacter flexuosa (hydrazaa)* by copper, cadmium and other toxicants. *Aqua toxicol*; 1: 227-238.
- STEBBING ARD, NORTON JP, BRINSLEY MD (1984) Dynamics of control in a marine yeast subjected to perturbation. *J Gen Microb*; 130: 1799-1808.
- TAYLOR-REILLY D, TAYLOR MA, McSHARRY C, AITCHISON T (1986) Is homeopathy a placebo response? Controlled trial of homeopathic potency with pollen in hayfever as model. *Lancet*; 81512:881-885.
- VAN WIJK R, VERLINDEN-OOMS H, WIEGANT FAC, SOUREN SEM, OVELGONNE H, VAN AKEN JM (1992) A molecular basis for understanding the benefits from subharmful doses of toxicants, with special emphasis to heat shock; an experimental approach to the concept of hormesis and the homeopathic similia law. In: Kochel B ed. *Human Environment*. World Scientific London.
- WAGNER H, KREHER B (1991) Agents cytotoxiques comme immunostimulants. In: Bastide M ed *Signaux et images*. Alpha Bleue. Paris. pp 9-29.
- WEISS R, WEISS JS (1986) Cadmium acclimation and hormesis in *Fundulus heteroclitus* during fin regeneration. *Environ Res*; 39: 356-363.
- WILSON K (1975) Renormalization group methods. In: *Advances on mathematics*. 16:170-186.
- WILSON K (1989) Les phénomènes physiques et les échelles de longueur In: *L'Ordre du chaos. Pour la Science*; pp 88-115.

II.3

Globalidad

M. Guernonprez

La exigencia de la globalidad en el estudio de cada caso, para la elección del medicamento homeopático se deriva, lógicamente, del propio principio de similitud puesto que éste incluye el conjunto de reacciones del individuo frente a una sustancia. La patogénesis incluye todos los signos, físicos y mentales, atribuidos experimentalmente o clínicamente a su acción. Así, la globalidad constituye uno de los imperativos fundamentales de la homeopatía.

Una observación homeopática comprende no únicamente los signos de una enfermedad sino, y sobre todo, las reacciones patológicas personales de cada individuo y tanto somáticas como comportamentales, mentales o adaptativas al entorno. El conjunto, por sí mismo, es característico y significativo del medicamento indicado.

La globalización de la observación no es únicamente una opción para empezar sino sobre todo una necesidad para la prescripción. La teoría se une a la práctica. La globalización se extiende más allá de los signos físicos, comportamentales y mentales, de las modalidades y los ritmos, de los antecedentes y la evolución, tiene en cuenta las alternancias y sustituciones mórbidas, incluye la identificación del "tipo sensible", de las diátesis y la constitución...

Un estudio tan completo necesita en un segundo paso, la selección de las informaciones más significativas cuya concordancia recuerde el medicamento indicado.

La técnica global es necesaria tanto en los casos agudos como en los crónicos. Su importancia iguala a la que, entre las características de la homeopatía, se concede a la similitud y la prescripción de una dosis muy pequeña.

GLOBALIDAD Y PRINCIPIOS FUNDADORES DE LA HOMEOPATÍA

La homeopatía comporta un principio fundador, la similitud, y un método de aplicación: la pequeña dosis de sustancias previamente experimentadas en el hombre. *El concepto de globalidad completa la triada conceptual.*

Las patogénesis, bases de la prescripción, contienen el conjunto de reacciones del enfermo frente a la situación patológica, o dicho de otra forma, la globalidad del caso. Desde los principios del *Organon*, Hahnemann, en el párrafo 7, introduce el concepto de totalidad de los síntomas: «En una palabra, en todo caso mórbido individual, la totalidad de los síntomas debe ser, para el médico, la preocupación principal, el único objeto de su atención [...]» (Hahnemann, 1810, p. 38).

Más adelante precisa, en el párrafo 18 del *Organon*: «[...]El conjunto de todos los síntomas y circunstancias observadas en cada caso individual es la única indicación que puede guiarnos en la elección del remedio» (Hahnemann, 1810, p. 46).

La necesidad del estudio global de los casos, reafirmada a continuación por todos los médicos y todos los autores es inseparable de la práctica homeopática. Veamos a continuación el reciente comentario de Lagache, autor de una concepción actual de los problemas homeopáticos vistos desde la perspectiva de las teorías de la información: «[...] Si las mismas causas no producen los mismos efectos, nada puede reemplazar la concepción más global posible del sistema en su realidad comunicante: ninguna causa biológica, explicada en términos de ciencia de los objetos puede bastar para la comprensión real de un tipo dado» (Lagache, 1988, p. 151).

Dicho de otra forma, la comprensión global se sustituye por la relación causal lo cual se aplica tanto a la teoría como a la práctica homeopática, el medicamento eficaz corresponde al conjunto del cuerpo, de lo mental y del entorno de la situación patológica. Es necesario realizar una mirada globalizadora para definir toda indicación homeopática. Esta situación suele resumirse con la fórmula: *la homeopatía es una medicina de la persona enferma*

más que un tratamiento de la enfermedad. En efecto toda situación tomada en su conjunto, en el sentido más amplio del término, implica una total originalidad cuya similitud será comparada con una situación parecida más que con una enfermedad de la misma naturaleza.

Poitevin deduce la globalidad de la propia unidad del organismo: «La base esencial de la práctica de un médico homeopático podría resumirse así: *preservar la estructura profunda de la persona humana*. Empleamos el término *persona* y no el de individuo de forma intencionada puesto que el primero implica el concepto de un sistema abierto a los demás y el mundo exterior mientras que el segundo recuerda más bien a un sistema cerrado y replegado sobre sí mismo» (Poitevin, 1987).

François Jacob define así la totalidad del organismo: «Es la lógica del organismo, su individualidad, su finalidad lo que regula sus componentes y su sistema de comunicación» (en Poitevin, 1987, p. 241).

Como terapéutica de una globalidad basada en una comprensión global del enfermo, la homeopatía se incluye en una corriente permanente de comprensión del fenómeno patológico, opuesta a las tendencias analíticas que rigen la medicina clásica contemporánea.

GLOBALIDAD Y OBSERVACIÓN HOMEOPÁTICA

La observación homeopática pone en práctica el principio de globalidad de forma metódica, estudiando primero en detalle la sintomatología dominante o el síntoma principal para después extenderse progresivamente al conjunto situacional según una progresión que encontraremos codificada en el capítulo III.1 "Individualización del medicamento y personalización del tratamiento". En él encontraremos las etapas de paso entre el síntoma principal y la concepción global, cuyo resumen se indica a continuación:

1. Valoración mediante las modalidades del síntoma principal: sensaciones y dolores, localización precisa, incluyendo la lateralidad, circunstancias de agravación, de mejora tanto meteorológico-climáticas como psico-comportamentales.
2. Paso del síntoma al síndrome y a continuación a las reacciones generales del organismo incluyendo la fatiga, variación del peso, ritmos y alterancias, comportamiento alimentario.
3. Estudio de los antecedentes personales y hereditarios y de las causas reales o alegadas, las causalidades.
4. Extensión a las reacciones psico-comportamentales.
5. Finalmente, clasificación del paciente en los cuadros tipológicos, temperamentales, diátesis.

Una extensión tan considerable de observación necesita una capacidad de síntesis y de reducción a lo esencial que a su vez es también muy personal, o sea, determinante de la elección del medicamento.

Así, es prácticamente imposible escoger el medicamento principal de un eccema atópico del lactante con la simple observación de las lesiones cutáneas o la localización que suele limitarse al pliegue de las muñecas, la cara y la región de las nalgas. El prurito, la agravación del eritema después del lavado, la posible agravación por el consumo de leche, una supuración ocasional sólo indican de forma incierta la elección de uno u otro medicamento habitual. El interrogatorio se completa con la investigación de las circunstancias del inicio de la enfermedad: ¿Se trata de una herencia pura y simple? ¿Ha aparecido la enfermedad tras una vacunación? ¿Se ha agravado el eccema tras una cólera violenta, tras un tratamiento médico, tras un estrés emocional o cualquier otra enfermedad aguda? Las condiciones de aparición o de agravación remiten de forma precisa a uno de los medicamentos importantes. La globalización de la investigación se centra, en todos los casos, en los signos generales presentados por el lactante. Además, debe tenerse en cuenta la calidad y el nivel de atención y las respuestas a las estimulaciones; por ejemplo, *Medorrhinum* se adapta a un lactante precoz y animado y *Graphites* a los que presentan un retraso en el aprendizaje y son poco activos. La curva de peso tampoco es indiferente puesto que *Calcarea* o *Graphites* corresponden a lactantes gordos mientras que *Natrum muriaticum* y *Arsenicum* a los que presentan una insuficiencia ponderal. Durante el primer año de vida no se conoce la agravación estacional aunque ésta se presenta si el eccema no se cura rápidamente. La acción del sol y la luz es diferente según los individuos. Un determinado lactante llora mucho por la tarde, por ejemplo (*Lycopodium*) o por la noche (*Arsenicum album*), otro después de los baños calientes (*Sulfur*) o al desvestirlo (*Rumex*). Otro es un glotón y discrimina poco en lo que concierne a la alimentación (*Antimonium crudum*), bebe mucho incluso fuera de las comidas (*Natrum muriaticum*) o al contrario es anoréxico (*Lycopodium*, *Arsenicum album*). Uno rechaza la leche (*Sepia*) o no acepta otro tipo de alimento (*Calcarea carbonica*). Otro transpira especialmente por la cabeza y el cuero cabelludo (*Calcarea carbonica*), aquel por los pies (*Silicea*) o únicamente por las partes cubiertas (*Thuja*). Las heces de uno son más bien blancuzcas y blandas (*Calcarea carbonica*), que irritan el ano (*Sulfur*) o variables (*Pulsatilla*).

Todos los medicamentos mencionados se prescriben en el eccema del lactante. Hemos visto que la encuesta para decidirse por uno de ellos se extiende a la totalidad del organismo e incluso a las reacciones psicológicas de la enfermedad que en algunas ocasiones son determinantes. Así, *Arsenicum album* es para un lactante ansioso totalmente incapaz de estar solo y que llora por la noche o *Antimonium crudum* para un lactante ávido de alimento pero de carácter huraño y cuya erupción tiende a sobreinfectarse. Escogeremos *Sepia* para aquellos que permanecen solos sin protestar que raramente ríen y no les gusta la leche.

Este ejemplo tan simple muestra la necesidad imperiosa de la globalización siempre indispensable puesto que en la práctica los signos locales se muestran insuficientes para elegir un medi-

camento homeopático que además no sólo debe mostrarse eficaz respecto a la enfermedad -en este caso un eccema- sino también ejercer un efecto favorable sobre el estado general y el desarrollo del paciente.

Las situaciones de crisis y las enfermedades pasajeras, a pesar de su límite en el tiempo, necesitan igualmente un estudio general globalizante.

Así, las crisis de "tétanos" con parestesias de las extremidades, alrededor de la boca y crispación característica de las manos, recuerdan a las de *Cuprum* cuya crispación de los puños que se extiende hacia los dedos es característica o *Colocynthis* cuyos miembros tienen tendencia a replegarse en flexión forzada. Estos medicamentos fracasarán o tendrán simplemente un resultado efímero si no se han tenido en cuenta los factores del entorno y del desencadenamiento: si las crisis se producen siempre en un lugar cerrado y cálido en período premenstrual, sólo cederán ante *Lachesis*; si tienen lugar en público con un cierto carácter espectacular a *Moschus*; si aparecen tras una decepción sentimental, desaparecen con *Ignatia* o *Natrum muriaticum*; si preceden a un examen con *Gelsemium* y si siguen a una severa reprimenda a *Staphysagria*.

El interrogatorio homeopático siempre sobrepasa el cuadro limitado del síntoma actual.

GLOBALIDAD OPUESTA AL CUADRO NOSOLÓGICO

El término *globalidad* es preferible al de *totalidad* para definir que se tiene en cuenta la persona al completo incluyendo lo mental, el entorno y la tipología. En las obras homeopáticas se utilizan las dos palabras con el mismo significado y el propio autor las utiliza indistintamente. No obstante "globalidad" parece preferible puesto que implica que tras la encuesta más completa, se lleva a cabo una elección mediante la información recogida a fin de conservar únicamente los síntomas más personales, es decir, los más significativos. El concepto de globalidad no implica la suma de datos recogidos al contrario de la "totalidad" que implicaría tener en cuenta todos los síntomas.

La globalización presupone que todo estado patológico concierne a la totalidad del organismo y que no existen las enfermedades locales. Toda patología comporta reacciones generales y mentales, cambios en el comportamiento, las costumbres y los ritmos del enfermo por lo que se opone a la separación clínica habitual de los signos de la enfermedad y aquellos que no pertenecen a ella. La globalización de toda situación patológica conlleva unas consecuencias terapéuticas la primera de las cuales es la posibilidad de utilizar un solo medicamento para varias enfermedades simultáneas. No obstante prohíbe también la práctica de la homeopatía únicamente en el cuadro nosológico. Así pues, no podemos asimilar la homeopatía a una simple clase terapéutica suplementaria y el efecto de los medicamentos homeopáti-

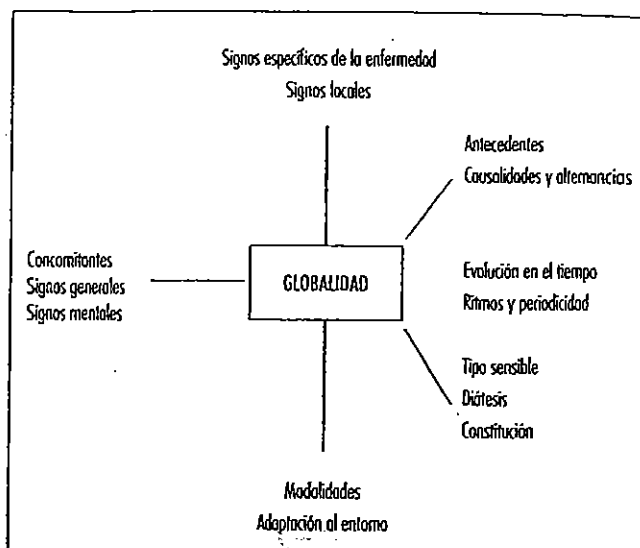


Figura 1

cos no puede compararse al de los medicamentos clásicos puesto que las bases de prescripción difieren de forma fundamental. De ello se deriva que es imposible experimentar el efecto de los medicamentos homeopáticos en función de protocolos precisos pero restrictivos o compararlos con una determinada sustancia de referencia en un cuadro clínico o estrictamente determinado.

La originalidad de la homeopatía es precisa y desgraciadamente lo que impide su comprobación experimental en el cuadro actualmente exigido.

La globalización de un caso puede esquematizarse lo cual hemos representado en la figura 1.

La observación está relacionada, en un principio, con la descripción minuciosa de los signos de la enfermedad, después se globaliza. La lectura del esquema muestra que se trata de una globalización espacial y temporal. El precio de una extensión semejante suele ser una complicación exagerada; no obstante, sólo se retienen, en la jerarquización de los síntomas, los más sorprendentes y los más propios y particulares del enfermo. En todos los casos, el cuadro nosológico de la enfermedad en curso es ampliamente sobrepasado por la encuesta del homeópata y alcanza la comprensión global de la "función humana alterada".

GLOBALIDAD Y TÉCNICAS DE PRESCRIPCIÓN

GLOBALIZACIÓN EN LAS ENFERMEDADES AGUDAS FEBRILES

Las enfermedades febriles banales proporcionan un buen ejemplo de la necesidad de globalización para la elección de los medicamentos indicados. El interrogatorio homeopático llevará de manera natural a los elementos que permiten el diagnóstico clásico de la enfermedad el cual puede permitir la elección de un

antibiótico, pero nunca el de un medicamento homeopático. Veamos a continuación la progresión de las preguntas:

- el síntoma principal en su localización mayor, rodeado de sus modalidades y de las sensaciones que lo acompañan;
- el tipo de fiebre;
- el síndrome febril habitual: escalofríos, transpiración, cefalea, agujetas, otros dolores y sensaciones;
- los signos generales de la fiebre entre ellos el comportamiento alimentario y la sed momentáneos, la descripción de las eliminaciones;
- las reacciones comportamentales del individuo febril: agitación, abatimiento, obnubilación, insomnio.

La secuencia escalofríos, calor, sudor que caracterizaba la semiología antigua y que todavía figura en los repertorios homeopáticos, no sirve de gran cosa, truncada en el enfermo actual por la aspirina, los febrífugos, los antálgicos y muy rápidamente por los antibióticos.

Veamos a continuación un ejemplo de dolor de costado agudo febril: ¿se trata de una neumopatía, de una pleuresía o de una simple gripe de localización pulmonar? En estos casos el tratamiento clásico y el pronóstico difieren pero la prescripción homeopática será la misma aunque, sin embargo, no está prohibido definirla de manera clara puesto que el efecto de un medicamento bien escogido es prácticamente inmediato. ¿El enfermo se siente mejor cuando se acuesta sobre el costado doloroso? *Bryonia*. ¿Se queda sentado e inclinado hacia adelante? *Kalium carbonica*. ¿Su tos seca es dolorosa a nivel de la tráquea, coloreándole las mejillas con placas rojas? *Phosphorus*, *Sanguinaria*. En este paciente, habitualmente con buena salud, la causa alegada de la enfermedad es un golpe de frío seco debido a una helada. No suda. Presenta un escalofrío inicial aislado. No tiene demasiada sed pero pide zumos de frutas. La cara está normalmente coloreada pero palidece si intenta sentarse en la cama con malestar. Su comportamiento es más que inquieto y dice por ejemplo: «Doctor, siento que mi enfermedad es realmente seria». Toda esta sintomatología local y general debe ser jerarquizada por el homeópata, primero, desgranando el síntoma principal, en este caso, se trata de un dolor de costado febril al principio de su evolución —como consecuencia de un golpe de frío— enfermo ansioso y que palidece al sentarse —tos seca, dolorosa sin expectoración.

Con o sin las dos últimas líneas, el medicamento no puede ser otro que *Aconitum* el cual no está especialmente indicado para el dolor de costado para el cual esperaríamos, según los repertorios y los pequeños libros de clínica homeopática, *Bryonia* o *Kalium carbonicum*. Estos medicamentos serán útiles más adelante mientras que al principio de la enfermedad *Aconitum* se adapta perfectamente a los síntomas y es susceptible de eliminar el episodio febril durante la jornada.

Hemos visto que los signos locales raramente bastan para determinar la elección del medicamento. Un síndrome febril se acompaña siempre, si no de signos mentales, al menos de varia-

ciones en el comportamiento individual. Un episodio agudo suele ser relacionado por el enfermo con una circunstancia denominada entonces "causalidad" ante la cual el médico no debe juzgar si es aparente o no puesto que no debe confundirse con la etiología científica sino que representa una convicción del paciente y esta convicción forma parte de su estado por lo que debe ser tomada en cuenta como tal sin discusión.

GLOBALIZACIÓN EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

La globalización se aplica de forma diferente en función de los métodos de prescripción, para ello se puede consultar el capítulo VIII.3: "La prescripción en homeopatía".

1. Cuando los síntomas se jerarquizan en función de una elección limitada, la globalización no coincide con la totalidad de los síntomas puesto que sólo se tienen en cuenta un "mínimo de síntomas de valor máximo". Así es la práctica unicista. La globalización permite entonces, tras la eliminación de un número a veces muy importante de síntomas de poco valor, realizar una *cobertura óptima*. Sólo los síntomas significativos y muy individuales son retenidos en todos los campos: mental, físico y etiológico.
2. Con el fin de establecer un tratamiento pluralista, medicamentos complementarios, de drenaje, bioterápicos y diatésicos o incluso constitucionales, figuran junto al medicamento principal. La globalización implica tomar en cuenta un mayor número de síntomas extraídos de la mayoría de las anotaciones de la encuesta semiológica. Esta técnica permite realizar una *cobertura máxima*.
3. Finalmente, en un tratamiento complejo, el médico pretende tener en cuenta todos los síntomas reconocidos o anunciados y algunos de ellos prescriben los medicamentos de uso limitado normalmente escogidos en función de un signo. Esta técnica intenta aproximarse a una *cobertura total*.

En un caso de hipertensión límite de un individuo joven se han anotado los síntomas siguientes:

1. Individuo emotivo de 25 años, antecedentes de infección ORL, múltiples, broncopatías, astenia; en resumen individuo "tuberculínico".
2. La tensión arterial es siempre más elevada en ambiente colectivo, durante los exámenes sistemáticos, que en la consulta del médico. Todavía fue más elevada en la consulta del cardiólogo. La máxima varía de 14 a 19, la mínima de 8 a 11.
3. Durante las crisis hipertensas —o consideradas como tales— se produce un latido de las carótidas, una sensación de calor en el vértex y pulsaciones en los extremos del cuerpo.
4. Cada crisis es seguida de fatiga: los párpados parecen pesados, la nuca cargada; aparecen temblores internos.
5. Las crisis se desencadenan cuando se acerca un examen o en períodos de preocupaciones.

6. El enfermo come muy bien y no obstante tiende a adelgazar.
7. Padece palpitaciones emocionales que se agravan con el reposo, con la inactividad y cuando está acostado.
8. Desde hace tres años aproximadamente, la situación se ha agravado debido a una complicación calificada de depresiva: dificultades para trabajar, tristeza, huida de los compañeros habituales, encierro prolongado en la habitación, largos períodos de silencio, negación de los proyectos de futuro.
9. Aparecen trastornos digestivos: rechazo a las grasas y platos pesados y deseo de dulces.
10. Se trata de un individuo longilíneo delgado. Su columna vertebral adopta una postura escoliótica moderada con dolores dorsolumbares de esfuerzo; el tórax es estrecho.

El médico unicista, habiendo previamente valorado y jerarquizado estos síntomas, conservará tres de ellos:

1. Depresión y aislamiento en un individuo joven.
2. Gran apetito y sin embargo adelgaza.
3. Los latidos del corazón se sienten en todo el cuerpo.

Podemos ver que la hipertensión no aparece en ninguna de las grandes patogénesis, no es un signo homeopático. El medicamento único es *Natrum muriaticum*. En este caso, tres síntomas de diez, de los cuales sólo uno es vascular, se cubren mediante la "globalización óptima".

El médico pluralista buscará primero un medicamento que se corresponda con los signos circulatorios: la tensión arterial es "lábil", episódica y variable, dependiente de factores circunstanciales, sobre todo emocionales, lo cual conduce a *Ignatia*.

El latido de las carótidas, las pulsaciones en todo el cuerpo indican *Glonoinum* y *Natrum muriaticum* entre otros medicamentos.

Las palpitaciones emocionales, en reposo y acostado, recuerdan *Natrum muriaticum*, pero también a *Crataegus* indicado en el eretismo cardíaco del individuo joven.

Algunos medicamentos están indicados para los signos generales: la astenia que sigue a una crisis, los párpados caídos, la cefalea nual y el temblor interior corresponden a *Gelsemium*. *Gelse-*

mium conviene también a las crisis debidas a la ansiedad de anticipación. Este individuo come mucho y adelgaza: *Natrum muriaticum* (entre otros medicamentos como *Iodum*, *Psorinum*...) Los pocos trastornos digestivos corresponden a *Pulsatilla*. Este individuo joven, longilíneo y de tórax estrecho presenta la tipología de *Natrum muriaticum*, *Calcarea phosphorica*, *Tuberculinum*...

El conjunto del estudio globalizado de este caso puede esquematizarse mediante el modelo presentado en el capítulo VIII.3 ya citado:

MRAG	<i>Natrum muriaticum</i>		
Complementarios	<i>Ignatia</i> <i>Gelsemium</i> <i>Glonoinum</i>		
Drenaje	<i>Pulsatilla</i> <i>Crataegus</i>	<i>Calcarea phosphorica</i> <i>Tuberculinum</i>	Constitucional Diatésico

Y la receta se escribiría:

Pulsatilla 6 DH, *Crataegus* 6 DH asociados, 10 gotas por la mañana.

Gelsemium 5 CH, *Glonoinum* 5 CH alternados, 3 gránulos al mediodía y a la noche.

Ignatia 9 CH, *Natrum muriaticum* 7 CH, alternados en forma de "dosis" de 14 en 14 días al acostarse.

Calcarea phosphorica y *Tuberculinum* se reservarán para una prescripción posterior en el caso de que sea necesaria.

La cobertura máxima es la utilizada en este caso, pero con una rigurosa jerarquización. La globalidad del caso es tomada en cuenta mucho más allá del diagnóstico de hipertensión lábil del individuo joven.

El médico complejista habría adoptado una trayectoria próxima al pluralista, pero multiplicando los medicamentos menos importantes de acción limitada al tropismo cardiovascular, hepatodigestivo y "nervioso". Habría prescrito simultáneamente *Calcarea phosphorica* y *Tuberculinum* realizando una "cobertura total".

La globalización consiste en tener en cuenta la totalidad de los síntomas tanto en casos agudos como en crónicos. Su necesidad es una consecuencia del principio de similitud y se encuentra entre los principios fundadores de la homeopatía. Su aplicación permite únicamente la selección del o de los medicamentos indicados para cada paciente y no para cada enfermedad lo cual es la condición y la garantía de una terapéutica individualizada.

Las modalidades de su aplicación definen el tipo de prescripción homeopática.

BIBLIOGRAFÍA

HAHNEMANN S (1810) *Organon de l'art de guérir* (6ª edición traducida por Schmidt P) Vigot Frères. París. 1952.

LAGACHE A (1988). *Echos du sensible*. Atelier AlphaBleue. París.

POITEVIN B (1987) *Le devenir de l'homéopathie*. Doin. París.

CAPÍTULO III — PRINCIPIOS ORGANIZADORES DE LA PRÁCTICA HOMEOPÁTICA

III.1

Individualización del medicamento y personalización del tratamiento

M. Guernonprez

La individualización del medicamento homeopático se deriva de una trayectoria clínica muy particular que conduce a efectuar una selección entre los síntomas presentados por el paciente y clasificarlos en función de su importancia en las patogénesis (ver capítulo II.1 "Principio de similitud y concepto de patogénesis"). Esta trayectoria jerarquiza, valora y precisa una parte de la sintomatología con el objetivo de identificar un conjunto que recuerde una patogénesis. Para la homeopatía, la forma de reclasificar los síntomas en patogénéticos, toxicológicos y clínicos demuestra un procedimiento nosográfico diferente del de la alopatía: mientras que el método alopático busca los diferentes elementos de un cuadro clínico que recuerde una enfermedad, entidad mórbida que sugiere una trayectoria terapéutica, el homeópata intenta identificar los signos característicos de una patogénesis, cuadro reaccional a partir del cual se definirá el tratamiento homeopático, elemento esencial y específico del diagnóstico homeopático (fig. 1).

DEL SÍNTOMA AL MEDICAMENTO: LA TRAYECTORIA HOMEOPÁTICA

La mutación de los síntomas en signos homeopáticos se acompaña de un cambio de significado; de manifestaciones de una enfermedad se convierten en formas de expresión de la reacción de un paciente. Identificando y valorando aquellos signos que son significativos de una patogénesis, la homeopatía plantea el tratamiento.

Contrariamente a la medicina alopática, la trayectoria terapéutica en homeopatía no se contenta con un diagnóstico clínico; a través del rodeo de la patogénesis efectuará un auténtico diagnóstico terapéutico.

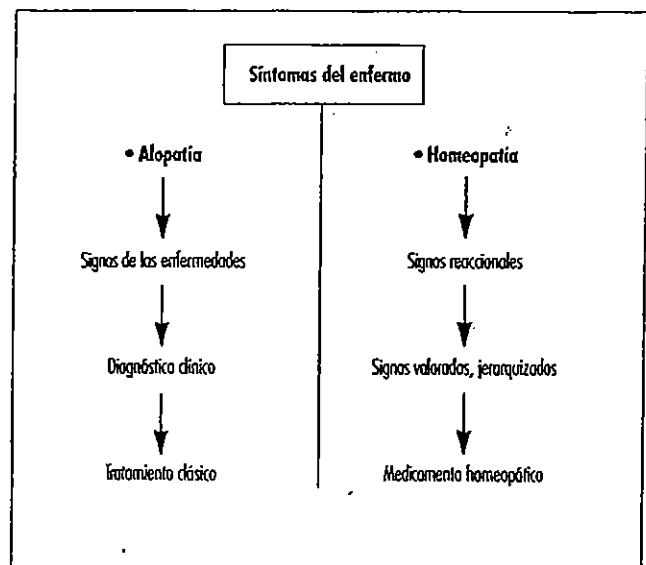


Figura 1. Esquema de las trayectorias terapéuticas en alopatía y homeopatía

Toda referencia a este artículo debe llevar la mención: GUERNONPREZ M. - Individualización del medicamento y personalización del tratamiento - Homeopatía, Cap. III.1 - Enciclopedia Medicinas Naturales - Ediciones Frison Roche (París, Francia), 1995.

Por ejemplo: un enfermo presenta una erupción escamosa en los codos, costado saliente y subolecraniano. Para instaurar un tratamiento clásico es necesario saber si se trata de psoriasis o de eccema mientras que para el tratamiento homeopático nos fijaremos en el tipo de descamación, es decir, fina o en escamas gruesas, prurito que se agrava o que mejora con el calor, se preguntará si existe una alternancia entre las lesiones cutáneas y otra enfermedad, digestiva, reumática o incluso aparición de signos mentales. De esta forma observaremos los signos de *Arsenicum album*, *Psorinum*, *Sulfur*, *Antimonium crudum* o *Graphites*... La encuesta homeopática no se dará por terminada hasta que se establezca la discriminación entre los diferentes medicamentos puesto que todos convienen tanto para el tratamiento del eccema como de la psoriasis, pero también podrían ser indicados para el liquen o el impétigo.

¿Quiere esto decir que la homeopatía no tiene en cuenta el diagnóstico clínico? En ese caso su trayectoria se alejaría de la medicina propiamente dicha puesto que el diagnóstico es necesario para el pronóstico, la dietética, la epidemiología... y además muchos enfermos no necesitan un tratamiento homeopático. La actitud estrictamente no clínica no puede justificarse de ninguna manera al igual que una homeopatía basada en el diagnóstico. La realidad es más compleja que las posiciones del principio.

INDIVIDUALIZACIÓN Y PERSONIFICACIÓN

Hahnemann consideraba *Belladonna* como específica de la escarlatina y *Drosera* de la tosferina. *Rhus toxicodendron* y *Causticum* poseen indicaciones en patología articular, sobre todo en la artrosis y excepcionalmente en los reumatismos inflamatorios, *Sepia* o *Aurum* son remedios eficaces para la depresión, pero están contraindicados si se trata de psicosis maniaco-depresiva auténtica. Así pues, la homeopatía también escoge sus remedios a partir de la nosología por lo que el médico homeópata se enfrenta a dos posturas imbricadas entre sí:

- la individualización del medicamento homeopático en función de los signos patogenéticos;
- el diagnóstico de la enfermedad en función de los signos clínicos.

Ambas series de signos pueden coincidir o bien encubrirse parcialmente. Por ejemplo: un dolor agudo en el hipocondrio derecho inmoviliza al paciente acostado sobre el costado derecho lo cual comprime la región afectada y apenas le deja respirar. El diagnóstico homeopático es *Bryonia* mientras que el diagnóstico clínico impone un examen ecográfico biliar como mínimo: ¿se

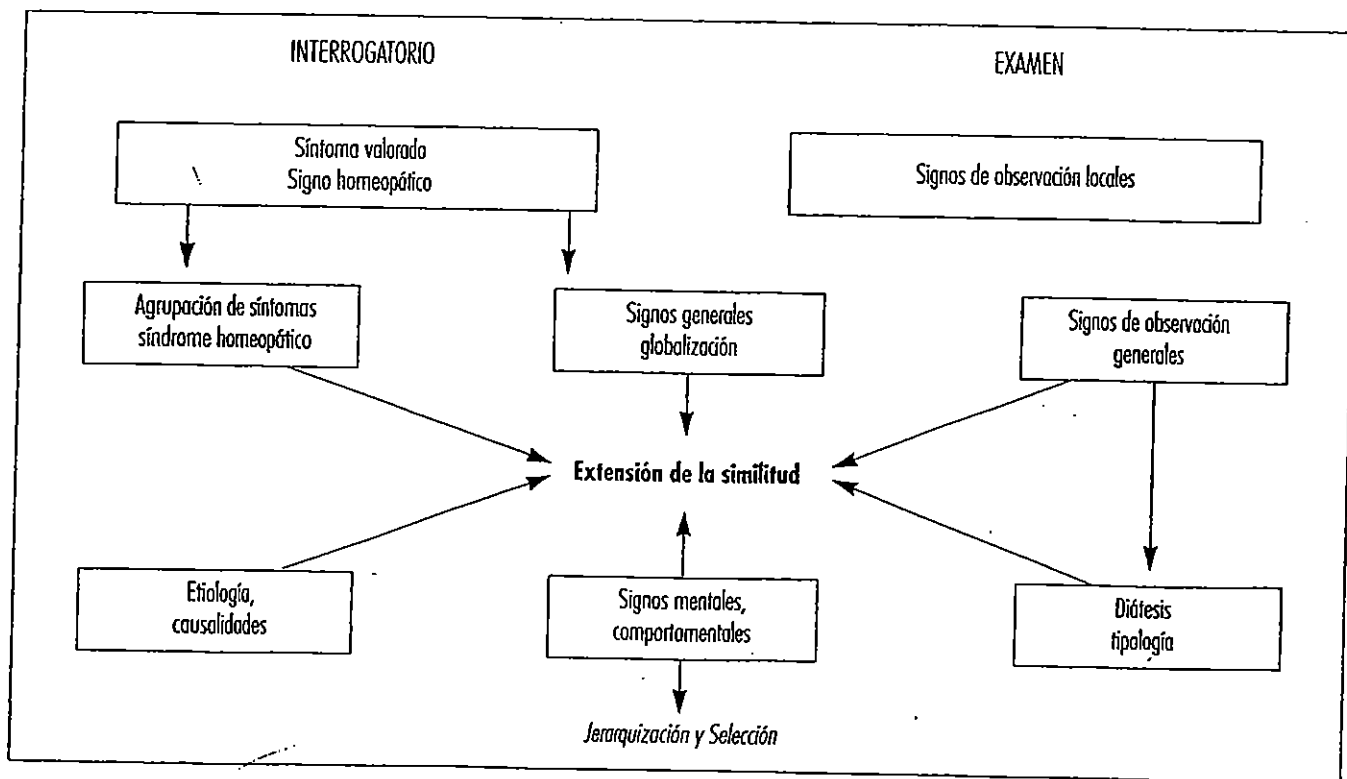


Figura 2. Conjunto de trayectorias útiles para la búsqueda del medicamento

trata de litiasis, de espasmo o de colecistitis? En este caso nos encontramos frente a un encubrimiento parcial de las exigencias semiológicas.

La figura 2 ilustra las etapas de la individualización del medicamento y de la personalización del tratamiento.

Un medicamento es escogido en función de varios signos de su patogénesis.

- Los síntomas del enfermo deben ser precisados: es la *valoración*.
- Para la individualización hay que tener en cuenta primero los síntomas patológicos principales y a continuación el conjunto físico, mental y tipológico del paciente: es la *globalización*.
- Solo serán retenidos los signos característicos y en función de su importancia y su naturaleza: es la *jerarquización*.

VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Los mejores síntomas no necesitan valoración y responden a los caracterizados por Hahnemann en el *Organon* párrafo 153: son sorprendentes, singulares, extraordinarios y característicos (Hahnemann, 1986, p. 117).

Citemos algunos de ellos:

- pies ardientes en la cama; el paciente necesita destaparlos: *Sulfur*;
- sensación de frío húmedo en la parte baja: *Calcarea carbonica*;
- apetito que se sacia con los primeros bocados: *Lycopodium*;
- lengua en mapa geográfico: *Natrum muriaticum*;
- defecación que se ve facilitada en posición de pie: *Causticum*.

Éstos son los "key notes" o signos clave (Demarque, 1988, p. 13) que conducen a uno o un pequeño número de medicamentos, no corresponden a ningún diagnóstico clínico, poseen un carácter anecdótico y su presencia en una observación impone una confirmación mediante otros signos. Desgraciadamente sólo existen en muy pequeño número y pocos enfermos los presentan por lo que el médico debe recurrir a la valoración de los síntomas banales.

La figura 3 representa la cruz de Hering. El texto inglés inicial no menciona los sectores de investigación y nosotros los hemos añadido en español. Mediante esta figura, Hering indica la orientación de las investigaciones que permiten caracterizar un síntoma banal. Cada sector indica una orientación del interrogatorio. Un medicamento es el indicado cuando su patogénesis comporta una característica en al menos tres sectores. Así, Hering pretende determinar un remedio mediante tres factores indispensables: *la localización, la sensación y las modalidades* que constituyen la *tríada de Hering*. A pesar de esta actitud sistemá-

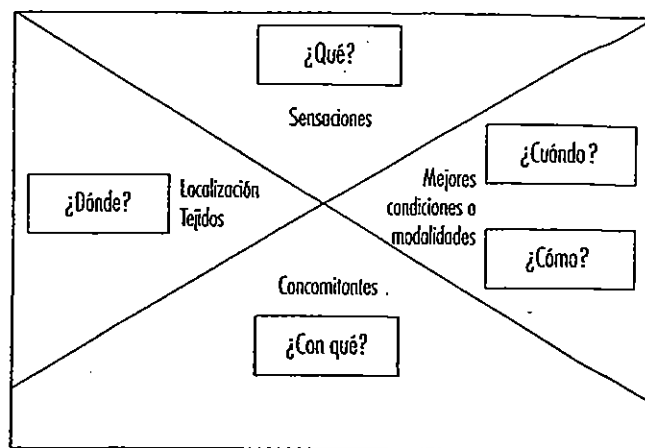


Figura 3. Cruz de Hering

tica, la cruz y la tríada de Hering proporcionan las bases lógicas al proceso de valoración.

¿QUÉ? - SENSACIONES

En primer lugar es conveniente fijarse en el síntoma principal del enfermo. Parece evidente, pero podemos vernos tentados a determinar el medicamento principal a partir de síntomas secundarios, error que conduciría a la desaparición de las manifestaciones por las cuales el paciente no ha venido a consultarnos.

Entre las sensaciones patológicas, la más frecuente es el dolor, que afecta a una tercera parte de los pacientes. El dolor debe ser definido con precisión, sólo el repertorio de Kent ya enumera veinte variedades en ochenta páginas (Kent, 1945, pp. 1082-1176). Citemos algunos de ellos:

- dolor agudo de *Ignatia, Bryonia, Kalium carbonicum*;
- dolor ardiente de *Sulfur, Phosphorus, Causticum*;
- dolor punzante y ardiente de *Apis*;
- dolor en una pequeña zona que puede ser cubierta con la yema del dedo de *Kalium bichromicum*;
- dolor en forma de calambre de *Cuprum, Colocynthis*.

El dolor también debe ser definido mediante la forma como se siente, por ejemplo:

- con tranquilidad: *Bryonia*;
- con llanto y pasividad: *Pulsatilla*;
- con obnubilación, inhibición: *Gelsemium*;
- con cólera y rechazo: *Nux vomica, Colocynthis*;
- con ansiedad latente y agitación: *Arsenicum album*;
- con angustia aguda y miedo a la muerte: *Aconitum*.

Así el síntoma dolor empieza a convertirse en un signo homeopático cuando es precisado mediante las reacciones personales del paciente. No existe un antialgico polivalente homeopático.

Las otras "sensaciones" son innombrables y no hay otra forma de plantearlas que mediante el estudio de la Materia médica. Recordemos de nuevo a este respecto la recomendación formulada respecto al dolor: el dolor alcanza el calificativo de signo homeopático cuando su definición es especialmente precisa en las patogénesis, tales como la pesadez de estómago "como una piedra" de *Bryonia*, la sensación de que "unas piedras entrechocan en el abdomen" de *Cocculus* o el aire helado que atraviesa las fosas nasales de *Camphora*.

¿DÓNDE? - LOCALIZACIONES

La localización posee un valor discriminativo desconocido para la semiología clásica. Jamás es indiferente y los medicamentos están relacionados con el lugar del cuerpo mediante una afinidad que aunque misteriosa no es imprecisa.

Así, *Arsenicum album* convendría a la parte alta derecha y *Kalium carbonicum* a la parte baja derecha. Al pulmón izquierdo le corresponden entre otros *Sulfur* y *Phosphorus*, las amigdalitis lateralizadas necesitan medicamentos generales para la inflamación de amígdalas pero para la izquierda preferiríamos *Mercurius biiodatus* o *Lachesis* mientras que para la derecha nos decantaríamos por *Mercurius protoiodatus* y *Lycopodium*.

Las listas que hemos utilizado como ejemplo no son completas, para una consulta más profunda respecto a las localizaciones, el libro, antiguo aunque todavía actual, de Dufilho: *La Geografía homeopática* (Dufilho, 1966) puede ser de mucha utilidad.

El paso de un lado a otro del cuerpo es un signo muy apreciado, así, las enfermedades que necesitan *Lycopodium* evolucionan de derecha a izquierda y las de *Lachesis* de izquierda a derecha. Cuando existe alternancia de un lado a otro del cuerpo se prescribe *Laccaninum*, como por ejemplo para las faringitis o cefaleas.

La *lateralidad*, caso particular de la localización, indica *Lycopodium* a la derecha y *Lachesis* a la izquierda. Los síntomas de *Pulsatilla* suelen ser unilaterales lo cual se aplica a trastornos inesperados como la transpiración o la lacrimorrea.

Finalmente, la localización no es siempre espacial sino que también puede ser *tisular*. *Mercurius solubilis* y *Cantharis* son medicamentos de las mucosas, *Aurum*, *Phytolacca*, *Fluoricum acidum* del hueso, *Secale*, *Vipera*, *Lachesis* y *Aurum* poseen un tropismo vascular. Los medicamentos importantes presentan diversos tropismos tisulares.

¿CUÁNDO, CÓMO? - MODALIDADES

El síntoma bien definido en el espacio debe dotarse además de las modalidades, es decir, debe ser modulado en función de las circunstancias que producen su aumento o su disminución,

así, se habla de modalidades de mejoría o de agravación. Salvo excepciones, el síntoma desprovisto de modalidades no es un auténtico signo homeopático. En este párrafo sólo mencionaremos las modalidades locales de los síntomas principales las cuales deben diferenciarse de las modalidades generales estudiadas en los signos generales normalmente parecidos pero a veces diferentes u opuestos.

Así, un determinado enfermo, generalmente friolero exigirá que se abran las ventanas, incluso aunque haga frío, durante el transcurso de una crisis de asma: nos encontramos frente a *Arsenicum album*; otro, habitualmente termóforo, teme las corrientes de aire las cuales pueden desencadenarle una bronquitis. Para este último, *Sulfur* es un medicamento denominado "de base", es decir, interesante a largo plazo, mientras que *Hepar sulfur* o *Kalium carbonicum* servirán para tratar sus bronquitis e impedir la recaída.

Este tipo de situaciones que podríamos calificar de ambiguas son causa de error; no obstante, las modalidades de agravación son, normalmente, más significativas que las modalidades de mejoría.

Modalidades fisiológicas y fisiopatológicas

Se distingue, por ejemplo, la agravación por un alimento, la mejoría con las reglas, el desencadenamiento tras la defecación o la agravación aproximadamente un cuarto de hora después de las comidas.

Modalidades de posición y de movimiento

Los dolores de *Bryonia* mejoran con las presión fuerte y los de *Rhus toxicodendron* al principio del movimiento. Los dolores cólicos de *Colocynthis* se ven aliviados con la flexión forzada y los de *Dioscorea* con la hiperextensión. *Belladonna* teme los choques incluso los pequeños e indirectos, las piernas pesadas de *Pulsatilla* desaparecen al pasear lentamente mientras que *Sepia* anda muy deprisa. La disnea de *Kalium carbonicum* se incrementa muy deprisa al subir escaleras mientras que los trastornos del ritmo de *Gelsemium* desaparecen durante el movimiento.

Modalidades térmicas e higrométricas

Suelen corresponder a modalidades generales y no a las particulares propias de un signo. No obstante, un dolor reumático que mejora con el tiempo húmedo en nuestro clima variable corresponde a *Causticum*: una neuralgia de *Aconitum* se desencadena y se mantiene en un ambiente de frío seco; la torticolis de *Dulcamara* se adapta mal al frío húmedo y el calor húmedo que alivia las torceduras corresponde a *Natrum carbonicum*.

Así, las modalidades térmicas e higrométricas incluyen las modalidades meteorológicas así como las estacionales, las climáticas y, según algunos, también las del ciclo lunar.

Las enfermedades agudas correspondientes a *Apis* suelen aparecer con la marea alta la cual a su vez mejora a *Medorrhinum*. *Tuberculinum* mejora con el aire libre de la montaña y a veces simplemente con el viaje. Los abscesos dentales correspondientes a *Silicea* se desencadenan con la luna nueva y las diarreas repetitivas de *Calcarea carbonica* se acrecientan con la luna llena.

Modalidades psico-comportamentales

Totalmente ausentes en la mayoría de los casos, son muy significativas cuando aparecen.

Una crisis de asma provocada por una gran alegría y risas prolongadas puede ceder ante *Coffea*. Un dolor apendicular de lo más sospechoso en las proximidades de un examen desaparece bajo los efectos de *Ignatia*, los cólicos violentos después de un ataque de cólera bajo los de *Colocynthis* y un prurito inexplicable como consecuencia de una humillación impone la utilización de *Staphysagria*.

Todos los síntomas, todas las enfermedades son susceptibles, para la homeopatía, de justificar un enfoque psicosomático. En las obras de Voisin (1952), Demarque (1988) y Zissu (1986) podemos encontrar un estudio sobre las modalidades homeopáticas.

En conclusión, cabe señalar que la definición minuciosa del síntoma proporciona una abundancia de modalidades entre las cuales escogemos las menos usuales, las más características y las más marcadas según la opinión del paciente.

¿CON QUÉ? - SÍNTOMAS CONCOMITANTES, ALTERNANCIAS Y SUSTITUCIONES

- Un síntoma jamás surge aislado. El síntoma concomitante se encuentra más o menos alejado, pero regularmente asociado al principal, concepto que lo aproxima a la idea de síndrome pero de forma menos general. Los síntomas concomitantes se tienen en cuenta gracias a Boenninghausen.

Una cefalea que coincide con un síndrome hemorroideo indica *Aesculus*; con la amenorrea *Pulsatilla* o *Bryonia*; una otitis aguda con una caries dental, *Chamomilla* y palpitaciones que aparecen con los vómitos, *Lachesis* o *Nux vomica*.

- El estudio de las alternancias y sustituciones conduce el interrogatorio del síntoma principal al análisis global. Esta investigación, superflua en las enfermedades agudas benignas, se impone en todos los casos graves o crónicos.

La alternancia de cefaleas y de diarrea lleva a *Podophyllum*. Un eczema que desaparece cuando se manifiesta otra enferme-

dad corresponde a *Sulfur* o *Psorinum*. Cuando se alternan trastornos físicos y trastornos mentales, se trata de *Actaea racemosa* y una fistula anal que se cierra pero aparece una bronquitis indica a *Berberis* o *Calcarea phosphorica* (Voisin, 1952, tomo I, p. 267-272).

GLOBALIZACIÓN DE LA OBSERVACIÓN

Con el estudio de los concomitantes se inicia la extensión de la observación y del interrogatorio homeopático más allá de los signos locales y actuales. La encuesta debe ocuparse del organismo al completo en los casos crónicos y en los casos agudos y difíciles en los cuales los medicamentos de acción general se prescriben sobre signos generales.

MEDICAMENTOS DE ACCIÓN GENERAL

Los medicamentos de acción general eran llamados antiguamente "policrestas", denominación que todavía se utiliza en nuestros días. Traducción aproximada del griego, significa "frecuentemente útil"; la denominación "medicamento de acción general" o "remedio de acción general", no obstante, es la que más se utiliza hoy en día (abreviaciones RAG y MAG). El tratamiento de una enfermedad que implica a todo el organismo impone, lógicamente, el empleo de uno o varios MAG. Veamos su definición a continuación:

1. Su efecto se ejerce sobre todo el organismo.
2. Su eficacia está ampliamente confirmada a través de su utilización.
3. Su patogénesis incluye signos mentales.

Decir que el efecto se ejerce sobre todo el organismo no implica la inexistencia de polaridad preferencial, como la de *Phosphorus* para el hígado, *Mercurius* para las mucosas o *Zincum* para el sistema nervioso. La confirmación a través de su utilización se traduce en la selección exclusiva de medicamentos normalmente utilizados desde Hahnemann mientras que los medicamentos de introducción reciente se encuentran excluidos a la espera de su confirmación. La necesaria inclusión de los signos mentales en la patogénesis no es aceptada de forma generalizada pero, si un medicamento posee un efecto general ¿por qué se habría de excluir lo mental?

Hemos agrupados los medicamentos principales en tres listas de importancia decreciente, con un total de cuarenta y un medicamentos.

- Los tres medicamentos de la lista 1 constituyen el núcleo fundamental de la Materia médica homeopática.
- Los de la lista 2 son tan importantes que todos los demás medicamentos pueden estudiarse por comparación a ellos.

Se encuentran colocados por orden alfabético a fin de evitar toda clasificación en base a criterios discutibles.

- Los medicamentos de la lista 3 presentan una auténtica acción general incluso aunque en algunas ocasiones les falte alguna de las características impuestas a los MAG.

La lista facilita, ordenándola, el fastidioso estudio de la Materia médica.

Lista de los medicamentos de acción general (MAG o RAG) (Guermonprez y col., 1985)

En la *Materia médica homeopática* de los autores, las menciones "remedio de acción general" o "remedio de acción limitada" aparecen al principio de cada monografía.

- Lista 1 (3 medicamentos)
Sulfur, Calcarea carbonica, Lycopodium.
- Lista 2 (13 medicamentos)
Arsenicum album, Graphites, Ignatia, Kalium carbonicum, Lachesis, Mercurius solubilis, Natrum muriaticum, Nux vomica, Phosphorus, Pulsatilla, Sepia, Silicea, Thuya.
- Lista 3 (25 medicamentos)
Alumina, Antimonium crudum, Apis, Argentum nitricum, Arnica, Aurum, Baryta carbonica, Belladonna, Bryonia, Calcarea phosphorica, Carbo vegetabilis, Causticum, Conium, Ferrum metallicum, Gelsenium, Hepar sulfur, Iodum, Luesinum, Medorrhinum, Natrum sulfuricum, Nitricum acidum, Psorinum, Rhus toxicodendron, Tuberculinum, Zincum metallicum.

Esta lista no es conveniente para las enfermedades agudas febriles y los estados de crisis y de urgencia aunque muchos medicamentos son útiles tanto para casos agudos como crónicos (*Apis, Belladonna, Gelsenium, Pulsatilla*).

En oposición a los MAG, los medicamentos de acción limitada o localizada no necesitan de un estudio global puesto que su patogénesis es más especializada.

SÍNDROMES HOMEOPÁTICOS

No deben confundirse con los síndromes descritos en patología clásica, si bien muchos de ellos pueden considerarse como cercanos. La búsqueda de un síndrome homeopático constituye la trayectoria de la globalización, una de las originalidades de la homeopatía. Se puede afirmar que nos encontramos frente a un síndrome homeopático cuando se desarrollan diversas enfermedades simultáneamente que a su vez presentan los signos y las modalidades de un mismo MAG cuya indicación se hace entonces evidente.

Así, un síndrome renal y faríngeo suele corresponder a *Mercurius*; una enfermedad dermatológica que coincide con trastor-

nos digestivos y manifestaciones alérgicas respiratorias a *Sulfur* o *Arsenicum album*; un síndrome ginecológico acompañado de alteraciones hepatobiliares a *Sepia*; un síndrome capilar o venoso juvenil y una insuficiencia ovárica o una oligomenorrea a *Pulsatilla*; una insuficiencia hepática auténtica, diversas hemorragias asociadas a algunos trastornos neurológicos a *Phosphorus*.

Tales asociaciones, normalmente encontradas en la clínica, indican un sólo medicamento homeopático mientras que la diversidad de síntomas impondría una terapéutica clásica plurimedamentosa.

SIGNOS Y MODALIDADES DE LA AFECIÓN APLICACIÓN DE LA GLOBALIDAD

La homeopatía, terapéutica rigurosamente individual, tiene en cuenta las reacciones generales del organismo enfermo en el ambiente que le rodea. Todos los autores hacen referencia a los signos generales pero pocos proporcionan una lista que permita un auténtico "check-up". Schmidt proponía una lista por escrito, de esas características, desde la primera consulta de todos sus pacientes en la cual lo mental ocupa un lugar de capital importancia y las preguntas se plantean como referencia al repertorio de Kent (Kent, 1945). Dicha lista figura en el libro *L'Homéopathie*

CUADRO I. Signos y modalidades de la afección: aplicación de la globalidad

- Dolores y sensaciones generales**
Órganos de los sentidos.
- Fatiga y peso**
Estado general.
- Reacciones frente al entorno**
Frio/Calor, Húmedo/Seco. Contaminación. Clima. Estacional, cósmico...
- Rítmicos y alternancias**
Ritmo personal. Horarios y periodicidad. Alternancia y sustituciones.
- Hábitos y reacciones alimenticias**
Hambre - Sed. Deseos y aversiones. Alimentos - Bebidas.
- Eliminaciones**
Transpiración, heces, orina, reglas. Secreciones, supuración... Edema - Adenopatías.
- Antecedentes personales y familiares**
Diátesis - Biotipo - Temperamento...
- Sueño y ensoñación**
Insomnio y despertares.

exactement - L'Esprit du remède (La Homeopatía exactamente - El Espíritu del remedio) (Grandgeorge y col., 1989, p. 49). El cuadro I presenta la lista del autor reservada a los casos más difíciles.

COMENTARIO DEL CUADRO I

Dolores y sensaciones generales

Se trata de explorar los fenómenos dolorosos al margen de lo que ha constituido la encuesta sobre el síntoma principal en el caso de que éste haya sido un dolor.

De esta forma podemos percibir que un paciente sufre de fenómenos dolorosos aparentes en zonas muy diferentes. Por ejemplo, una cefalea ardiente, epigastralgas ardientes y dolores vagos ardientes en un miembro inferior indican que el carácter ardiente es un signo general.

El caso es el mismo para las parestesias y otras sensaciones de manera que la exploración sucinta de las funciones sensoriales aporta las indicaciones pertinentes.

Un enfermo que presenta al mismo tiempo una debilitación reciente de la vista, una presbicia, pequeñas alteraciones del tacto que provocan torpeza e inseguridad de los esfínteres ligeros nos indica que probablemente nos encontramos frente a *Causticum*. Por el contrario, hay que pensar en *Phosphorus* cuando aparece una intolerancia general a todas las estimulaciones sensoriales tales como exceso de luz, exceso de ruido u olores fuertes.

Fatiga y peso

La fatiga común en los estados patológicos es uno de los peores signos generales debido a su carácter común, excepto cuando viene complementada con modalidades precisas.

El peso constituye una indicación mediocre si bien algunos MAG suelen estar indicados para las personas obesas, entre ellos *Calcarea carbonica*, *Graphites*, *Conium* o *Thuja*; no obstante, será inútil intentar tratamientos de adelgazamiento basándonos únicamente en esas indicaciones.

Sin embargo, un enfermo que adelgaza aun comiendo bien puede muy bien corresponder a *Natrum muriaticum* o *Iodum* y para aquellos que pretenden engordar comiendo poco, es necesario estudiar *Natrum sulfuricum* y su infiltración hídrica.

Reacciones frente al entorno

Este párrafo, presentado anteriormente con un título diferente, repetirá las modalidades estudiadas respecto al síntoma principal. Previamente se ha fijado la atención en una posible discordancia entre la reacción general y la modulación del síntoma principal.

Ritmos y alternancias

Aquí estudiamos de nuevo los horarios y la periodicidad pero también la rítmica personal del paciente.

Argentum nitricum es precipitado, preocupado por llegar tarde, come deprisa y su locución presenta las mismas características. Por el contrario, *Baryta carbonica* o *Alumina* presentan una gesticulación y una elaboración mental ralentizadas.

Hábitos y reacciones alimentarias

La mejora y la agravación por los alimentos han sido planteadas de forma rápida en un párrafo precedente y no deben confundirse con los hábitos alimentarios puesto que un determinado alimento puede ser apreciado y al mismo tiempo ser causa de agravación. Éste es el caso de las ostras para *Lycopodium* o del chocolate para *Argentum nitricum*. En los enfermos digestivos o metabólicos, sobre todo, se estudian las reacciones producidas por los alimentos de consumo cotidiano como son la sal, el azúcar, los ácidos, las materias grasas, el pan, la leche, las proteínas, los postres y las bebidas. Es necesario asegurarse sobre el consumo de alcohol y los abusos alimentarios habituales o más raramente, las carencias o la existencia de un régimen original tales como macrobiótico, vegetariano, a base de conservas o de alimentos congelados... Algunos homeópatas se han atrevido a escribir que basan todas sus prescripciones en el comportamiento alimentario.

Eliminaciones

En la época hahnemaniana, la investigación clínica se reducía a un examen externo y al estudio de las eliminaciones y la Materia médica homeopática arrastra todavía algunas carencias debidas a su antigüedad. Por el contrario, los pacientes contemporáneos no son tan bien observados como antaño y los médicos prefieren esperar los resultados de las pruebas paraclínicas y de diagnóstico por la imagen. La puesta al día de la Materia médica homeopática en este tema no ha sido, desgraciadamente, objeto de ningún trabajo sistemático y la semiología de las excreciones, las secreciones y los rechazos, muy detallada en los libros antiguos, es poco utilizable por el médico de hoy en día.

No obstante, se observa el olor aliáceo de la transpiración de *Thuja*, el muy mal olor de la transpiración de los pies de *Silicea* o de *Sulfur*, las transpiraciones que se agravan por la noche de *Mercurius* durante los procesos febriles.

Las heces de *Thuja* son "en forma de muelle", el estreñimiento de *Bryonia* está constituido por heces voluminosas y el de *Plumbum* de pequeñas heces duras.

No creemos conveniente engrosar este párrafo, es probablemente mucho más aconsejable para el lector consultar los párrafos clínicos.

Antecedentes personales y familiares

Diátesis, biotipo y temperamento no son argumentos decisivos para la elección del medicamento homeopático puesto que no pertenecen a la Materia médica sino a un conjunto de conceptos y teorías.

No obstante, su aportación incrementa la coherencia de la observación y "dan un empujón" a uno y otro medicamento. Así, la existencia de un psora familiar confirmaría *Sulfur* o *Arsenicum album*, un estreñimiento fluórico refuerza la indicación reumática de *Calcarea fluorica*, el biotipo abatido de cara gris contribuye a decantarse por *Sepia*, selecciones, todas ellas, que se tomarán al final de la consulta.

Sueño y ensoñaciones

No existen somníferos homeopáticos. El estudio del sueño forma parte integrante de los signos y las modalidades generales de forma que los remedios indicados para la totalidad de los síntomas poseen un efecto favorable para el sueño del paciente en cuestión.

Los pacientes que corresponden a diversos medicamentos se levantan muy pronto, entre ellos *Sulfur*, *Thuya* y *Nux vomica*, muchos se sienten mal al despertar como *Pulsatilla* y *Lachesis* y el despertar ritualizado a determinadas horas es un síntoma muy preciso, como por ejemplo la 1 de la mañana de *Arsenicum album*, y las 2 de la mañana para *Kalium carbonicum*.

En cuanto a las ensoñaciones, algunas son características y siempre se encuadran en la lógica de las patogénesis.

Al final de las trayectorias indicadas hasta aquí, la individualización ha progresado e incluso a veces, está totalmente asegurada:

- 1º El medicamento se identifica a partir de la cruz de Hering.
- 2º En caso de duda, un síndrome homeopático es determinante.
- 3º Finalmente, si el caso es difícil, el "check up" exhaustivo de los signos y las modalidades generales proporciona los datos necesarios.

Desgraciadamente, un interrogatorio tan profundo suele aportar un exceso de material para el diagnóstico lo cual obliga a eliminar ambigüedades de forma que se hace conveniente ampliar el interrogatorio a la historia de la enfermedad y sus repercusiones sobre lo mental (fig. 2).

SÍNTOMAS ETIOLÓGICOS - CAUSALIDADES

Las "causalidades" de la homeopatía no deben confundirse con la etiología de los clásicos. El propio término ha sido atacado por algunos pero, en definitiva, es mejor conservarlo a fin de evitar, precisamente, la confusión. Las causalidades homeopáticas no se refieren ni a la patogénesis ni a la etiología real de las enfermedades sino a la lógica, incluso ilusoria, y a la convicción del paciente.

De esta forma, la homeopatía confirma la primacía que otorga a lo vivido. Su verdad es la del enfermo. Estas causalidades ignoran el saber médico y el tiempo no las atenúa en absoluto. Pertenecen al dominio de lo físico, lo circunstancial, lo emocional, lo mental o lo social e incluso se le pueden añadir algunas etiologías auténticas, como mínimo.

Una flebitis superficial como consecuencia de un traumatismo a *Arnica*; las migrañas debidas a una importante pérdida de sangre a *China*; el asma derivada de una mudanza a otra región del país a *Natrum sulfuricum*; un adelgazamiento como consecuencia de un disgusto prolongado y mantenido en secreto a *Natrum muriaticum*; trastornos del ritmo veinte años después de un miedo súbito y muy violento a *Gelsenium*; una depresión instalada permanentemente desde la intensa preparación a un concurso pertenece a *Phosphoricum acidum* y una crisis de vértigo tras una pérdida de sueño renovada a *Cocculus*.

Voisin consagra doscientas páginas a los «como consecuencia de...» en su *Homeopatía clínica* (Voisin, 1952).

SIGNOS MENTALES Y COMPORTAMENTALES

El lugar que ocupan los signos mentales ha causado y causa las más importantes divergencias entre los homeópatas. Kent les atribuye un papel fundamental en la elección del medicamento mientras que Jouanny y sus alumnos lo relegan a un lugar de lo más modesto. Entre ambos extremos aparecen diversas posturas tales como los pluralistas como Zissu o los unicistas como Demangeat. No hay lugar para las argumentaciones aunque la globalización, reconocida por todos como necesaria, incluye los signos mentales cuando son característicos y no los tiene en cuenta cuando son comunes.

Veamos a continuación dos ejemplos de individualización final mediante un signo mental característico:

- un adolescente asmático cruza de acera para no encontrarse con los amigos: *Natrum muriaticum*;
- cierta mujer ha sorprendido a su marido depresivo organizando meticulosamente su suicidio: *Aurum*.

El simple comportamiento en el gabinete del médico indica un remedio probable:

- locuacidad irreprímible a menudo malintencionada: *Lachesis*;
- presentación de un memorandum detallado, ordenado y meticuloso: *Arsenicum album*.

No existen MAG sin signos mentales.

DIÁTESIS, TIPOLOGÍA, TIPO SENSIBLE

Estudiados en otras partes del libro (capítulos III.3, III.4, III.5), estos conceptos no forman parte de las patogénesis sino que son la parte conceptual de la homeopatía y como tales son

también discutibles. No deberían ser utilizados para individualizar el medicamento principal sino para confirmar una individualización muy probable. No obstante, las escuelas "constitucionalistas" completan su tratamiento pluralista mediante medicamentos suplementarios de acción denominada "más profunda" en función de las diátesis y las constituciones. Este tipo de homeopatía, hasta cierto punto teórica, cuenta con partidarios de elevada reputación (Zissu), de las estructuras lógicas necesarias y un cierto éxito entre los médicos (capítulo VIII.3: "La prescripción en homeopatía").

SIGNOS OBJETIVOS - EXAMEN

La hipertrofia del interrogatorio podría llevar a creer que la homeopatía se basa en el discurso y la subjetividad. Todo lo contrario. El examen del enfermo constituye una etapa esencial e indispensable de la consulta en la cual se pretende detectar los signos clínicos de la medicina habitual pero también los signos objetivos estrictamente homeopáticos presentes en gran número en cada una de las patógenesis importantes:

- las verrugas y los papilomas de *Thuja*, *Nitricum acidum*;
- las secreciones nasales a "bocanadas" mucopurulentas de *Kali bichromicum*;
- las uñas manchadas de blanco de *Silicea*;
- el estómago meteorizado permanentemente de *Calcarea carbonica*;
- los angiomas estelares de *Pulsatilla*;
- la lengua sucia en la mitad posterior de *Nux vomica*, limpia de *Ipeca*, blanca de *Antimonium crudum*.

Que un medicamento indicado a través de la valoración del interrogatorio no sea confirmado por el examen es un caso excepcional al igual que un signo flagrante no se encuentre acompañado de los signos subjetivos correspondientes.

JERARQUIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

El interrogatorio y el examen, bien conducidos por supuesto, nos proporcionan una gran cantidad de información, es decir, recogemos los signos de varios medicamentos entre los cuales la elección duda debido a su abundancia. Es aquí donde la jerarquización de los síntomas recogidos permite una elección definitiva.

La jerarquización sólo conserva los síntomas de un solo medicamento si se es partidario de la teoría unicista, de varios medicamentos si se es pluralista aunque en ambos casos poseen grados de importancia variables y complementarios entre sí.

Hering decía que un síntoma se puede definir perfectamente mediante su localización, la sensación que se siente y las

CUADRO II. Jerarquización de los síntomas

Signos de la enfermedad en curso

Los mejor valorados = los mejor catalogados.

Signos etiológicos o causalidades

Una modalidad muy electiva es una causalidad.

La causa alegada por el paciente es siempre "verdad".

Contexto comportamental o mental

Reacciones a la enfermedad.

Los mejores "signos mentales" ... ¡si es que los hay!

Los mejores signos generales

Signos objetivos

El dossier clásico.

Diátesis, constitución, temperamento.

modalidades (Demangeat, 1989, p. 47). Para un síntoma esta afirmación puede ser cierta, pero para un conjunto de síntomas, un síndrome, un enfermo complejo aquejado de polipatología escapa a una reducción semejante. Es necesario, en estos casos, jerarquizar los datos extraídos del estudio global.

Schmidt, según Kent, diseñó un cuadro jerarquizado del valor de los síntomas que prioriza los signos mentales. El autor propone otro (cuadro II), dejando claro que el medicamento homeopático es escogido sobre todo entre los medicamentos indicados en la parte alta del cuadro en el cual la importancia de los signos decrece de arriba a abajo.

La explotación del cuadro II es una aplicación evidente de la valoración efectuada previamente:

EJEMPLO

- (1) Se trata de un caso de artrosis común plurilocalizada: cadera, rodillas y muñecas en un hombre de 65 años de edad.
- (2) Empeora al estirar las piernas y en la posición de pie.
- (3) Presenta una disnea vaga de esfuerzo y un edema maleolar discreto.
- (4) Algunas articulaciones mejoran con un vendaje fuerte: rodillas, muñeca.
- (5) Se siente rígido, torpe, tropieza a menudo con pequeños desniveles.
- (6) La evolución le inquieta y se siente cada vez más limitado y teme padecer otras enfermedades.
- (7) Su esposa insiste en las preocupaciones diarias "por pequeñeces".

La valoración de estos síntomas posee un valor muy desigual e indica numerosos medicamentos, especialmente:

- en (1) no existe elección posible;
- en (2) aparecen diversos medicamentos: *Rhus toxicodendron*, *Causticum*, *Sulfur*, *Sepia*;

- en (3) la disnea de esfuerzo y el pequeño edema sólo presentan interés en el cuadro de una enfermedad reumática;
 - en (4) se piensa en *Bryonia* que no figura en el resto de los puntos;
 - en (5) *Causticum* puede ser considerada entre otros medicamentos;
 - en (6) y (7) se han recogido los signos mentales bien valorados que explican cómo este enfermo vive su enfermedad.
- Veamos a continuación la jerarquización:

- A. Reumatismo común agravado por el frío húmedo, el estiramiento y la presión fuerte.
- B. Miedo a la enfermedad. El enfermo se inquieta "por pequeñas".

C. Edema maleolar - disnea de esfuerzo.

El similimum, medicamento más parecido, es evidentemente *Kalium carbonicum* que puede ser prescrito solo o acompañado de comensales de indicación reumatológica: *Rhus toxicodendrum*, *Bryonia*.

Entre los medicamentos citados, señalamos la presencia de *Causticum* como complementario y de *Kalium carbonicum* en caso de empeoramiento o de resultado insuficiente.

Así pues, la jerarquización ordena el caso y determina la elección principal. A partir de la observación citada hemos señalado que no responde a todos los puntos de la valoración puesto que es necesario ignorar su contenido cuando no es característico.

La individualización del medicamento homeopático es consecuencia de un procedimiento riguroso y a menudo complejo.

El esfuerzo metodológico se ve recompensado por la seguridad en la prescripción.

En los casos agudos, o recientes, o para tratar los episodios de crisis, la cruz de Hering es suficiente.

Los homeópatas muy experimentados se dispensan de la totalidad sistematizada del interrogatorio.

En los casos crónicos, la individualización indica uno o varios medicamentos de indicación certera cuya prescripción debe responder también a reglas rigurosas.

BIBLIOGRAFÍA

DEMANGEAT G (1989) Conférences d'homéopathie. Similia. París.

DEMARQUE D (1988). Sémilogie homéopathique (3ª ed). Boiron, París.

DUFILHO R (1966). La Géographie homéopathique. Conquernard. Angoulême.

GRANDGEORGE D y col (1989). L'homéopathie exactement. L'esprit du remède (tomo I). Roger Jollois. Limoges.

GUERMONPREZ M, PINKAS M, TORCK M (1985) Matière médicale homéopathique (reed.) Boiron, París. 1989.

HAHNEMANN S (1986) Organon (4ª edición, traducción AJL Jourdan) (reed.) OEIL. París.

KENT JT (1945) Repertory of the homoeopathic Materia medica (5ª ed.) Ehrhart y Karl. Chicago.

VOISIN H (1952) Homéopathie clinique. Répertoire et thérapeutique (tomo I) Imprimerie Occitane. Toulouse.

ZISSU R (1986). Cahier de médecine homéopathique. I: Généralités, la spasmophilie. Masson, París.

III.2

Diluciones y dinamizaciones

A.C. Quemoun

El remedio homeopático, convertido en medicamento de uso homeopático, para ser normalizado y reproducible, sea cual sea el laboratorio, ha tenido que ser inscrito, como todos los medicamentos, en las tan rigurosas monografías de las diferentes farmacopeas.

La preparación del medicamento homeopático, que debe satisfacer el principio de infinitesimalidad, se llevará a cabo respetando la tradición y con la fiabilidad de las técnicas modernas.

HISTORIA

Hahnemann intentó durante toda su vida encontrar la "parte" más pequeña de medicamento que permitiera al mismo tiempo, si no curar, al menos tratar al enfermo sin provocarle nuevas enfermedades ni "nuevos males".

En el *Organon* (5ª y 6ª ed.) se puede encontrar la investigación realizada por Hahnemann para conseguir la correcta dilución de los medicamentos. Así, cuando un medicamento no resultaba suficientemente activo, lo agitaba dándole fuertes sacudidas, golpes secos, sobre un libro.

Este estilo de dinamización fue continuada por sus alumnos durante mucho tiempo así como por los sucesores de su técnica y su método. La fabricación de los "remedios" era, algunas veces, casi secreta para algunos (Jenichen) mientras que para otros (Caelan y Jahr, 1834) estaba clara y perfectamente definida.

No está de más apuntar los detalles de la historia de la dinamización: Hahnemann descubrió que los medicamentos de uso homeopático líquidos eran más activos cuando eran absorbidos por el paciente en su propio domicilio que cuando eran tomados en su gabinete de consulta. En efecto, cuando Hahnemann realizaba sus visitas domiciliarias a caballo los medicamentos sufrían una agitación importante lo cual le llevó a descubrir el efecto de la dilución acompañada de la *agitación vigorosa* que más tarde denominó *dinamización* o *sucusión*, incluso llegaría a decir (*Tratado de enfermedades crónicas*, 1846): «Cuando un remedio no produce ningún efecto y, sin embargo, los signos que presenta el paciente parecen corresponder perfectamente al medicamento escogido, agítelo, dinámizelo, obtendrá un nuevo remedio.»

Más tarde, Jenichen utilizará la potencia 1 000, 10 000 e incluso 100 000 y la historia nos cuenta que agitaba el frasco de tal manera que el "coloso Jenichen" provocaba el movimiento de los tabiques de su casa. Dado el impresionante número de potencias, según la técnica hahnemania, es poco probable que utilizara cien mil frascos para conseguir la potencia 100 000 por lo cual es muy probable que sólo tuviera en cuenta el número de agitaciones de la dinamización.

No obstante, hemos de recordar que los homeópatas de la época (Hahnemann, Jahr) utilizaron con éxito los remedios dinamizados de Jenichen y que cincuenta años después de su muerte aún eran utilizados con un gran éxito terapéutico.

DESCRIPCIÓN DE LOS MÉTODOS

Para intentar uniformizar las técnicas de preparación de los medicamentos de uso homeopático tanto la Farmacopea francesa como otras farmacopeas europeas han inscrito desde 1965 en la sección "Preparaciones homeopáticas" los siguientes conceptos:

- las materias de base,
- la preparación de las tinturas madre,
- la preparación de los macerados glicerinados,
- los procedimientos de preparación de desconcentración mediante dilución o trituración.

Respecto a las diluciones, cabe señalar que la Farmacopea francesa, una de las más estrictas respecto a la preparación del medicamento homeopático, sólo admite las realizadas mediante el método denominado "hahnemania" lo cual no significa que el resto de los métodos estén prohibidos aunque necesitan de un protocolo perfectamente descrito y reproducible.

PREPARACIÓN DE LAS DILUCIONES

En presencia de sustancias solubles en agua o en alcohol, se lleva a cabo una desconcentración de la materia prima mediante diluciones sucesivas.

Método hahnemaniano

Hemos de considerar dos técnicas: el método centesimal y el método decimal.

Dilución centesimal hahnemaniana (fig. 1)

Consiste en dividir la matriz en un disolvente hidrosoluble al 1/100. El número de operaciones así realizadas define el nivel de la dilución. La abreviación "CH" precedida de un número corresponde al nivel de dilución utilizada.

El vehículo utilizado es generalmente *alcohol de 70° vu*.

No obstante, en función de la solubilidad de las materias primas de base, se podrá utilizar:

- *agua purificada* para las sustancias prácticamente insolubles en alcohol pero solubles en agua (ej.: sulfato de sodio: *Natrium sulfuricum*);
- *volúmenes iguales de alcohol y de agua* para las sustancias poco solubles en alcohol y para disolver las trituraciones;
- *alcohol de 90° o de 95°* para las sustancias prácticamente insolubles en agua y solubles en alcohol (ej.: ácido benzoico: *Benzoicum acidum*).

En una habitación en la cual el aire haya sido filtrado y preferentemente sin ventanas, cubriremos la rejilla de las preparaciones con una campana de flujo laminar a fin de no contaminar las preparaciones ni alterar las diluciones con sustancias o partículas que se encuentren en suspensión en el aire. La habitación debe poderse limpiar con facilidad, las paredes deben ser lisas y lavables al igual que los suelos los cuales a su vez no deben presentar lugares susceptibles de acumular polvo. Los techos deben ser también lisos y las luces deben colocarse integradas a fin de evitar los rincones difíciles de limpiar. Todo el local deberá encontrarse en superpresión a fin de evitar las contaminaciones cruzadas con otras preparaciones.

Dicho esto, veamos a continuación la forma de preparación de las diluciones propiamente dicha:

El principio básico de la forma de preparación hahnemaniana es la utilización de varios frascos diferentes para cada dilución. Para ello dispondremos una serie de frascos de cristal previamente lavados con el agua purificada descrita en la Farmacopea y secados a la estufa. Los tapones estarán fabricados con un material inerte y en número correspondiente al nivel de la dilución centesimal que deseamos obtener.

En un primer frasco se introducen noventa y nueve partes en volumen (ml) del vehículo apropiado; se añade una parte de *masa* (g) de la base homeopática.

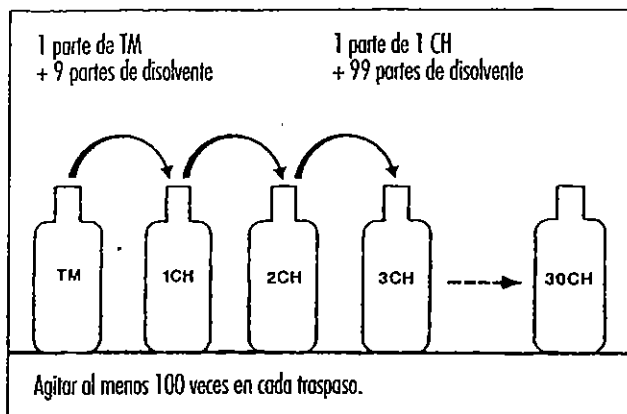


Figura 1. Esquema de la dilución centesimal hahnemaniana

A continuación se agita al menos cien veces operación que se denomina *dinamización* o *sucusión*. La dilución así obtenida se llama "primera centesimal" (1 CH o 1 C).

Seguidamente se toma una parte en volumen de esta primera centesimal y se introduce en un segundo frasco con noventa y nueve partes de volumen del vehículo. Tras haber agitado de nuevo el frasco, cien veces como mínimo, la solución pasa a ser la "segunda dilución centesimal" (2 CH o 2 C).

Mediante sucesivas e idénticas operaciones se continúa hasta obtener el nivel de dilución deseado.

Hahnemann utilizaba diluciones muy altas; de ello tenemos constancia en la descripción que se encuentra en la sexta edición póstuma del *Organon* del procedimiento de dilución en glóbulo para la confección de la 50 milésima.

Démarque escribe en las *Techniques homéopathiques, 1973* (Técnicas homeopáticas): «Es lógico suponer que Hahnemann utilizara la técnica del frasco único de Korsakov al menos para la obtención de diluciones entre 200 y 100 debido al elevado número de frascos necesarios para el procedimiento con frascos separados.»

Dilución decimal hahnemaniana (fig. 2)

Se opera de la misma forma que para la dilución centesimal pero según la serie decimal, de decena en decena.

En un primer frasco se mezcla, en nueve partes del disolvente apropiado, una parte en masa (g) de la matriz homeopática. Tras haber agitado al menos cien veces se obtiene una "primera decimal" (1 DH o 1 X) y así sucesivamente de decena en decena (figura 2).

Método korsakoviano

Denominada también *preparación de frasco único* para diferenciarla de la técnica hahnemaniana que utiliza frascos separados, esta técnica fue ideada por Korsakov para simplificar la empleada por Hahnemann.

En esta técnica, se vierte una parte de la tintura madre por noventa y nueve partes de disolvente y se agita vigorosamente

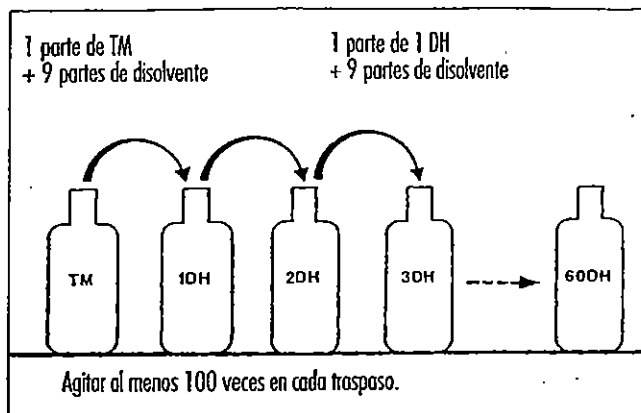


Figura 2. Esquema de la dilución decimal hahnemanniana

(en los textos se habla de cinco a diez agitaciones o incluso más, sin especificar el número exacto, no obstante, para uniformizar las preparaciones se agita también cien veces).

A continuación, se vacía el frasco que correspondería a la "primera dilución korsakoviana" la 1ª K (o 1 K) se vuelve a llenar con disolvente y se agita de nuevo vigorosamente con lo cual se obtiene la 2ª K (o 2 K) y así sucesivamente hasta conseguir la dilución deseada (las microgotas que se adhieren a las paredes del tubo se diluyen con el disolvente).

El interés de esta técnica radica en que se incrementa el proceso conocido como "dinamización".

En el plano teórico, se ha comparado:

- 30 K con 5 CH
- 200 K con 7 CH
- 5 000 K con 9 CH
- 10 000 K con 10 CH

Estas equivalencias pueden ser ciertas en el plano teórico pero en la práctica no se obtiene exactamente el mismo producto: en efecto si una 7 CH ha sido agitada $7 \times 100 = 700$ veces, una 200 K ha sido agitada $200 \times 100 = 20\,000$ veces. De la misma manera, una 10 CH ha sido agitada 1 000 veces mientras que una 10 000 K ha sido agitada 1 000 000 de veces.

Actualmente, parece imposible imaginar una 10 000 K hecha a mano. En efecto, con una máquina fiable y eficaz, se necesita un día y medio para preparar una 10 000 K funcionando día y noche, con idéntica fuerza y con un número de agitaciones idénticas cada vez.

La técnica korsakoviana ha sido empleada durante mucho tiempo y actualmente ha sido legalizada de nuevo mediante la directiva de la CEE 92/73 publicada en septiembre de 1992.

Otros métodos

A lo largo del tiempo se han utilizado otras muchas técnicas de fabricación. Recordemos la de Jenichen que, parece ser, optó

CUADRO I. Equivalencia teórica entre CH y DH*

Dilución	Concentración	Escala decimal	Escala centesimal
1/10	10^1	1 DH	
1/100	10^2	2 DH	corresponde a 1 CH
1/1.000	10^3	3 DH	
1/10.000	10^4	4 DH	corresponde a 2 CH
1/100.000	10^5	5 DH	
1/1.000.000	10^6	6 DH	corresponde a 3 CH
1/10 ¹⁸	10^{18}	18 DH	corresponde a 9 CH
1/10 ²⁴	10^{24}	24 DH	corresponde a 12 CH
1/10 ³⁰	10^{30}	30 DH	corresponde a 15 CH
1/10 ⁴⁸	10^{48}	48 DH	corresponde a 24 CH
1/10 ⁶⁰	10^{60}	60 DH	corresponde a 30 CH

* Este cuadro sería correcto si no se tuvieran en cuenta las agitaciones o dinamizaciones. En efecto, aunque 2 CH, por ejemplo, es teóricamente igual a 4 DH, no es menos cierto que 2 CH ha sufrido doscientas agitaciones mientras que 4 DH ha sufrido al menos cuatrocientas.

por utilizar largas y potentes dinamizaciones en lugar de un número importante de diluciones.

Las técnicas todavía utilizadas en Alemania van hasta 100 000 DH, es decir, que sería necesario utilizar, si se utilizara la verdadera técnica de frascos separados, cien mil tubos diferentes para realizar una preparación semejante.

Recordemos también la técnica del "flujo continuo" que, como la de Korsakov, utiliza un frasco único pero dejando escapar el disolvente del tubo de forma continuada lo cual significa que se necesita un flujo de agua continuo y constante. En este caso, se precisará, respecto a la duración de la operación y la cantidad de agua utilizada, en qué estadio de dilución nos encontramos. Este tipo de preparación es cada vez menos utilizada.

PREPARACIÓN DE LAS TRITURACIONES

Cuando nos encontramos frente una materia prima insoluble en agua o alcohol, podemos optar por la forma de preparación denominada "por trituración" en cuyo caso el vehículo utilizado es la lactosa.

Trituraciones centesimales

En un mortero, se pulveriza finamente una parte de la matriz homeopática sólida triturando larga y cuidadosamente con

una pequeña cantidad de lactosa. Poco a poco, añadiremos una cantidad de lactosa suplementaria hasta la utilización de noventa y nueve partes de lactosa. La trituración así obtenida es la primera centesimal (1 CH). Los galenos de la época hahnemaniana utilizaban la misma técnica que la de la farmacopea moderna pero recomendaban un tiempo de trituración con la maza del mortero de al menos una hora (Catellan y Jahr, 1834). Evidentemente no basta con utilizar morteros limpios sino que éstos deben ser flambeados antes de cada utilización.

A continuación se toma una parte de esta trituración y se la tritura de la misma manera con noventa y nueve partes en masa de lactosa. En todos los casos, es posible pasar a medio líquido a partir de la tercera centesimal (3 CH).

Trituraciones decimales

Se opera de forma idéntica pero según la serie decimal. En todos los casos, es posible pasar a medio líquido a partir de la séptima decimal (7 CH).

IMPORTANCIA DE LA DINAMIZACIÓN O SUCUSIÓN

A decir verdad, para que una dilución sea preparada correctamente no basta con prepararla mediante la serie de manipula-

ciones que acabamos de describir sino que será necesario que el frasco que contiene el remedio y su vehículo líquido sea agitado en cada uno de los pasos o dicho de otra manera, cada vez que la dilución cambie de nombre.

A este tiempo obligatorio de preparación de las diluciones homeopáticas se ha denominado *sucusión o dinamización*.

La dinamización tiene como finalidad completar la mezcla de la sustancia medicamentosa con el vehículo líquido y todos los médicos homeópatas, incluido Hahnemann, han podido constatar que las diluciones que no habían sido sometidas a sucusiones suficientemente enérgicas son menos eficaces (y ello muy claramente) que las que habían sido vigorosamente agitadas durante su preparación.

Insistimos sobre la palabra *vigorosamente* para evitar confundir el tradicional "agitar antes de usar" como una sucusión suficiente. Es necesario —el propio Hahnemann jamás dejaba de hacerlo— agitar el frasco en cada paso del proceso al menos veinte o treinta veces aunque actualmente se recomienda que el número ascienda a cien veces.

Esta etapa es muy importante y condiciona la actividad del medicamento homeopático. Es por esta razón que en la práctica es casi imposible comparar las diluciones entre sí puesto que han sido preparadas con métodos diferentes y esta afirmación es válida tanto para las diluciones hahnemaniana y korsakoviana como para una centesimal hahnemaniana y una decimal hahnemaniana.

Es imposible definir un producto homeopático sin indicar también la forma de dilución y el tipo de agitación a la que ha sido sometido.

Las dos operaciones sucesivas de dilución y de dinamización son obligatorias sea cual sea la forma de preparación.

Las técnicas hahnemaniana y korsakoviana son diferentes. La primera permite obtener diluciones más fiables y mejor reproducibles gracias a la forma de preparación mientras que la segunda, al simplificar la preparación, permite obtener por una parte, una mezcla de diluciones y por otra dinamizaciones más prolongadas permitiendo, gracias al frasco único, la automatización del sistema.

BIBLIOGRAFIA

- BOENNINGHAUSEN de C (1845). Répertoire (2ª ed.).
- BOENNINGHAUSEN de C (1846). Manuel de thérapeutique pour servir de guide au lit des malades et à l'étude de la Matière médicale pure (trad. del alemán por el Dr. Roth). Baillière. París. 570 p..
- Bonnes pratiques de fabrication et de production pharmaceutiques* (BPF) (1985) 2ª edición Farmacopea Homeopática francesa.
- CATELLAN hermanos, JAHR GHG (8134) Pharmacopée homoeopathique.
- DEMARQUÉ D (1973) Techniques homéopathiques. Le François. París. 283 p.
- Directivas del Consejo de la Comunidad Europea. 65/65/CEE del 9-2-1965* JO Com Eur; 22. 75/319/CEE del 9-6-1975; JO Com Eur; L147. 92/73/CEE ampliando el campo de aplicación de las directivas 65/65/CEE y 75/319/CEE para los medicamentos homeopáticos del 13-10-1992; JO Com Eur; L297.
- ECALLE H, DELPECH L, PEUVRIER A (1898). Pharmacopée homoeopathique française (con la colaboración de los Drs. Jousser M y Léon-Simon V.) Soc Fr Homéo. Baillière. París. 400 p.
- Farmacopea alemana* (1985).
- Farmacopea francesa* (1965, 1976, 1989). VIIIª, IXª y Xª edición.
- HAHNEMANN S (1830-1884). El Organon.
- HAHNEMANN S (1846). Enfermedades crónicas. The Homeopathic Pharmacopoeia of the United States (1990 rev. 1991).
- JARRICOT (1987). Standardisation dans la confection des dilutions hahnemaniennes et korsakoviennes: Informations pharmaceutiques de l'Ordre national des pharmaciens. Bull: 301.
- Pharmacotechnie et monographie des médicaments courants* (1979). Sindicato Nacional de la Industria Farmacéutica Francesa.
- ROSTENE W, MONTAGNE MN, QUEMOUN AC. Utilisation des dilutions hahnemaniennes, techniques par autoradiographie. INSERM U55, LSH Rocal. París.
- SIMON L (1873) Comentarios a la 5ª edición del Organon.
- WEBER GPF (1854) Codex des médicaments homéopathiques ou Pharmacopée pratique et raisonnée à l'usage des médecins et pharmaciens. París. 440 p.

10

11

12

III.3

Las diátesis homeopáticas

M. Conan Mériadec

Las "diátesis homeopáticas", con sus nombres arcaicos de psora, luelismo y sycosis, fueron, durante la primera mitad del siglo XX los pilares de los conceptos del terreno sobre los que se apoyaban los homeópatas franceses. Estas diátesis reemplazaban las "enfermedades crónicas" de Hahnemann de las cuales retomaban la hipótesis etiológica —el origen contagioso del terreno mórbido— sustituyendo los "miasmas" de Hahnemann por los gérmenes y las toxinas.

Las ciencias modernas, como la genética, la endocrinología y la inmunología han dejado obsoletos estos conceptos y han desacreditado injustamente las diátesis pues de hecho éstas son realidades clínicas de las cuales lo único que ha cambiado ha sido la interpretación: actualmente sabemos que no son enfermedades sino formas reaccionales generales de las diátesis generales. Pese a que ya no podemos mantener ni enseñar los conceptos homeopáticos tradicionales del terreno, podemos, sin embargo, mantener una concepción reaccional homeopática del terreno que integra perfectamente las diátesis reaccionales.

Antes de exponer este concepto, repasaremos la historia de la evolución de las concepciones diatésicas.

HISTORIA DE LAS DIÁTESIS: DE LAS DIÁTESIS MÓRBIDAS A LAS DIÁTESIS REACCIONALES

LAS DIÁTESIS MÓRBIDAS

Díatesis en griego significa "predisposición" y en la medicina antigua se designaba con el nombre de "predisposiciones mórbidas" aquellas que "predisponían" a un individuo a desarrollar determinadas enfermedades tales como el asma, la gota, etc. que además parecían más relacionadas con su personalidad y su herencia que debidas a una influencia externa.

Por otra parte, al constatar que un mismo individuo podía presentar sucesivamente o en alternancia determinadas manifestaciones clínicas muy diferentes, como el asma o el eccema, se concluyó que su origen era el mismo. Desde entonces, las diátesis mórbidas fueron consideradas como manifestaciones diferentes de una misma enfermedad. Así, el eccema, el asma, la rinitis

alérgica, la urticaria y las migrañas, manifestaciones diferentes de una misma enfermedad de origen desconocido pero de carácter hereditario, se convirtieron en la diátesis atópica. De la misma manera, la gota, con manifestaciones diferentes como la gota articular, la litiasis o reumatismos diversos fueron atribuidos a una misma causa, un exceso de ácido úrico y se convirtieron en la diátesis gotosa. Otras afecciones fueron atribuidas al "artritisismo" constituyendo otra de las *diátesis mórbidas*.

Ha sido necesario esperar la llegada de la era genética para que sepamos cómo relacionar diátesis y herencia. Las concepciones de los homeópatas sobre el origen del terreno y las diátesis mórbidas han pasado por tres etapas: la era de los "miasmas" con las enfermedades crónicas de Hahnemann, la era de las "toxinas" con las enfermedades tóxicas de Nebel y la era de los "genes" con las enfermedades genéticas.

La homeopatía, basada en el conocimiento de las reactividad humana comparada —patología y experimentación— no permite definir las "diátesis mórbidas homeopáticas" como se podría pensar en un principio, sino sólo deducir una concepción reaccional del terreno definida por una semiología homeopática que permita poner en evidencia las diátesis reaccionales homeopáticas.

LA ERA DE LOS MIASMAS: LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DE HAHNEMANN

LOS FRACASOS

En 1828 Hahnemann publicó en Dresde *Las Enfermedades crónicas, su naturaleza especial y su tratamiento homeopático* en la cual exponía sus conceptos miasmáticos de las enfermedades. En su versión francesa, *Doctrine et traitement homoeopathique des maladies chroniques* (Doctrina y tratamiento homeopático de las enfermedades crónicas) (Hahnemann, 1846), comprendemos por qué Hahnemann llegó a definir sus "enfermedades crónicas": porque se encontraba ante fracasos terapéuticos sin querer poner en duda la legitimidad de su doctrina.

Hahnemann empezó por aplicar su método basándose únicamente en los signos presentes en el enfermo para encontrar su remedio homeopático. Obtuvo numerosas curaciones, verificó la eficacia del fenómeno de similitud, adquirió una certeza absoluta en el valor de su principio terapéutico y amplió poco a poco el campo de sus aplicaciones mediante la experimentación patogenética de nuevas sustancias.

No obstante, muy pronto hubo de enfrentarse al fracaso de sus tratamientos en algunos enfermos: a pesar de sus remedios más homeopáticos, los síntomas de algunos enfermos reaparecían a la menor ocasión e incluso aparecían otros nuevos además de responder cada vez menos a los remedios mejor escogidos que finalmente no producían ningún efecto sobre el enfermo.

LA TOTALIDAD DE LOS SÍNTOMAS

¿A qué se debían estos fracasos? Según Hahnemann (1846) no podían ser debidos a la homeopatía cuyo principio no puso en duda en ningún momento: «No obstante, la doctrina en sí está y estará siempre basada en el inmutable fundamento de la verdad» (*op. cit.*, p. 6). El fracaso se debía a que el remedio escogido no era el homeopático de la enfermedad sino sólo de sus últimas manifestaciones presentes en la actualidad. En efecto, todos los síntomas presentados sucesivamente por un enfermo que resiste la terapéutica no son en realidad más que manifestaciones fragmentarias de una misma enfermedad crónica que para ser definida, y aplicarle un tratamiento auténticamente homeopático, es necesario descubrir la totalidad de los síntomas de la enfermedad, es decir, no únicamente los síntomas actuales del enfermo sino también sus síntomas pasados, sus herencias mórbidas y las manifestaciones de todos los enfermos aquejados de la misma enfermedad puesto que cada enfermo sólo presenta una parte de los signos de la enfermedad. Así pues, será necesario descubrir medicamentos de efecto más profundo y más extenso susceptibles de ser homeopáticos de la totalidad semiológica que define la enfermedad en cuestión.

Pero ¿cuántas enfermedades crónicas existen y cuál es su naturaleza?

LAS TRES ENFERMEDADES MIASMÁTICAS

Las enfermedades "semiológicas" de Hahnemann

Confrontando durante un largo período, de 1813 a 1838, la semiología de los enfermos, la de las enfermedades y la de las patógenesis, datos que Hahnemann recogía simultáneamente, concluyó que existían tres enfermedades crónicas. En efecto, los enfermos cuyos síntomas se repetían presentaban signos comunes que permitían clasificarlos en tres familias semiológicas de importancia desigual y que se parecían a las enfermedades conocidas. Únicamente porque la mayoría de los conjuntos semiológicos se parecían a la sarna, otros a la sífilis y el resto a la psicosis, Hahnemann identificó los primeros con estas tres enfermedades "semiológicas".

Origen "miasmático" de las enfermedades crónicas

Hahnemann extrajo tres conclusiones aparentemente lógicas de este parecido semiológico.

- Primero, que los conjuntos semiológicos encontrados en sus enfermos eran enfermedades crónicas y de la misma naturaleza y origen que las otras enfermedades "miasmáticas" (es decir infecciosas) conocidas a las cuales se parecían.
- A continuación, que en las enfermedades agudas miasmáticas, cada uno de los enfermos afectados sólo presenta una parte de los síntomas de la enfermedad. Así, para tratar una enfermedad crónica, como para una enfermedad aguda de tipo escarlatina, es necesario conocer los síntomas presentados por todos los enfermos afectados por la enfermedad; si no, el remedio escogido en base a los síntomas fragmentarios de un solo enfermo no es homeopático de la enfermedad sino únicamente de una parte de la enfermedad.
- Finalmente, que la enfermedad se encuentra generalizada antes de la aparición de los signos eruptivos cutáneos, tanto si se trata de la escarlatina como de la viruela, la sífilis... o una enfermedad crónica.

Así pues, para Hahnemann, la enfermedad crónica es de naturaleza infecciosa, como las enfermedades agudas, epidémicas y eruptivas tales como la varicela, la viruela, la escarlatina y la sífilis. Se trata de la teoría de origen miasmático, es decir, infeccioso, de las enfermedades crónicas. En consecuencia, Hahnemann describirá tres enfermedades miasmáticas: *la psora, la syphilis y la sycosis*.

LA PSORA

La gran responsable, según Hahnemann, es la sarna, que el denomina *psora* y a la cual se atribuye la mayoría de las enfermedades crónicas no dejando casi nada para los otros dos miasmas, *syphilis* y *sycosis*. ¿Por qué esta elección? Principalmente porque esta enfermedad se encontraba muy extendida en su época debido a la falta de higiene. De hecho, durante la ocupación alemana en Francia, se registraron numerosos casos de esta enfermedad contraída por el simple contacto con las sábanas de las camas de hotel mal lavadas debido a la falta de jabón.

Antes de conocer su origen parasitario, la sarna era atribuida a un "miasma" término que incluía el concepto de contaminación por agentes externos todavía desconocidos: ¿"micro-organismos"? ¿"emanaciones" atmosféricas? ¿nieblas de los pantanos? ¿humos de las chimeneas? etc.).

Para Hahnemann el miasma psórico era universal porque estaba muy extendido y su vía de contaminación era desconocida, describiendo los estragos de la psora desde la Antigüedad como emparentados con la lepra.

Lepra y psora son para Hahnemann de la misma naturaleza y origen: una contaminación debido a la sarna. «La psora de Occidente que, en la Edad Media, había sido durante varios siglos tan temida bajo la forma de una erisipela maligna denominada fuego de San Antonio, fue derivada a la forma leprosa a través de la lepra traída por los cruzados en el siglo XIII» (*ibidem*, p. 16). El miasma psórico era todavía más peligroso debido a que para su transmisión «bastaba con el contacto de la epidermis general, sobre todo en los niños más pequeños» (*ibidem*, p. 55). «[...] así pues es el más contagioso de todos» (*ibidem*, p. 56). «Se comunica con tal facilidad que al ser transmitido de un enfermo a otro simplemente al tomar el pulso, un médico puede inocularlo a varios pacientes sin saberlo» (*ibidem*, p. 56); «cuando el miasma psórico ha afectado, por ejemplo, la mano, no se inicia de forma local de manera que todo lavado o cualquier otra forma de limpiar la parte resulta inútil» (*ibidem*, p. 57). «A menudo, el neonato contrae la enfermedad al atravesar las vías genitales de su madre o la recibe de la comadrona después de haber asistido a otra parturienta» (*ibidem*, p. 57).

Dicho de otra forma, para Hahnemann, la psora no es auténticamente "hereditaria" sino "congénita", tal y como ahora sabemos que se transmite la sífilis (que puede ser congénita pero que no es hereditaria) o el herpes.

Según Hahnemann, como en la sífilis, la contaminación miasmática se generaliza en todo el organismo tras un período de latencia clínica apareciendo en el punto de inoculación una erupción más o menos discreta —un exantema o pequeñas pústulas miliares— acompañada de un prurito o comezón voluptuoso característico y seguido de una sensación de ardor persistente: es la sarna propiamente dicha. «[...] cuando el organismo entero se siente penetrado por esta enfermedad miasmática crónica especial, la fuerza vital se esfuerza en aliviar el mal interno [...]

provocando la aparición sobre la piel de un exantema local apropiado» (*ibidem*, p. 57). «[...] no obstante, sólo aparece este síntoma cutáneo de la psora que impregna el organismo al completo, síntoma al cual se aplica especialmente el nombre de sarna [...] y sólo este exantema puede propagar la enfermedad a otras personas porque es en él donde se encuentra únicamente el miasma comunicable de la psora [...] el síntoma externo representa a la enfermedad interna y obliga a la psora, con sus afecciones secundarias, a permanecer, por así decirlo, latente y encadenada» (*ibidem*, p. 59).

Si no se prescribe el tratamiento interno apropiado, la psora interna «crece rápidamente en el interior y este crecimiento del mal interno necesita un aumento proporcional del síntoma cutáneo. Entonces, es necesario, para reducir el mal interno empeorado y para obligarlo a permanecer latente, que la erupción psórica acabe por invadir toda la superficie del cuerpo» (*ibidem*, p. 60).

Hahnemann estaba convencido de que, como en la sífilis, la psora o sarna se generaliza de entrada con el primer contacto, con la aparición de la lesión inicial en el punto de inoculación. Se trata de una septicemia y la aparición de la lesión en el punto de inoculación es una reacción de defensa que debe ser respetada, puesto que fija la psora e impide el desarrollo de la psora interna de efectos mucho más perjudiciales.

No obstante, no basta con aplicar un tratamiento externo que haga desaparecer rápidamente la erupción, tan molesta para los enfermos que la padecen aunque desgraciadamente, es lo que suele pasar en la mayoría de los casos frente a la presión de los enfermos y la falta de conocimiento de las consecuencias nefastas que ocasiona la supresión de la erupción sarnosa. Como las alteraciones debidas a la psora interna no aparecen hasta pasado mucho tiempo después de la lesión inicial, no se lleva a cabo el paralelismo con su supresión mediante un tratamiento externo.

La psora se caracteriza por la periodicidad de los síntomas, por las alteraciones mórbidas entre lesiones cutáneas pruriginosas y manifestaciones internas variadas y finalmente, por la existencia de metástasis mórbidas favorecidas por la supresión de las manifestaciones cutáneas mediante tratamientos locales (*op. cit.*, notas pp. 29 a 46).

LA SYPHILIS Y LA SYCOSIS

Para Hahnemann su papel es mucho menos importante en la génesis de las enfermedades crónicas puesto que, a diferencia de la psora, no pasan desapercibidas y además se trata de enfermedades miasmáticas secundarias que se añaden a la base psórica universal. Así pues, para Hahnemann, pocas enfermedades crónicas indican miasmas de tipo sifilítico o sicótico, son, para el miasma sifilítico, las manifestaciones agudas de la sífilis y para el miasma sicótico, todos las supuraciones uretrales calificadas de supuraciones gonorreicas, condilomas, las crestas de gallo, las psicosis y todos los tumores benignos.

BALANCE DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Lo positivo

Hahnemann descubrió tres conceptos fundamentales:

- La unicidad de las enfermedades crónicas de terreno. Demostró que no se puede curar a un enfermo si no se conoce la totalidad de la enfermedad. Las diferentes manifestaciones sucesivas de una "enfermedad crónica" sólo son las diferentes expresiones de una misma enfermedad de la cual es conveniente encontrar los primeros síntomas en los antecedentes personales o incluso hereditarios del enfermo.
- La inexistencia de las enfermedades puramente locales frente a la expresión local de una enfermedad general que es necesario tratar "desde el interior", mediante un tratamiento general y no mediante un tratamiento local a fin de obtener una verdadera curación puesto que la supresión de una manifestación local mediante un tratamiento local puede hacer desaparecer una manifestación interna más grave, una "metástasis": un eccema que se elimina con una pomada puede ir seguido de asma.
- El hecho de que las enfermedades eruptivas y las enfermedades febriles son de origen infeccioso y que existen enfermedades infecciosas crónicas como la sífilis o la tuberculosis.

Lo negativo

- Las enfermedades crónicas de Hahnemann no son verdaderas enfermedades puesto que su clasificación de las enfermedades crónicas es semiológica y no nosológica: la enfermedad se define en base a las analogías sintomatológicas entre enfermos y no como lo hacemos actualmente sobre una identidad etiológica ya que reúnen bajo el mismo nombre conjuntos de síntomas parecidos, pero que, tal y como sabemos actualmente, son de origen y naturaleza diferentes, unas infecciosas y otras parasitarias, tóxicas o metabólicas.

Para Hahnemann, el eccema y la sarna formaban parte de la misma enfermedad que él bautizó con el nombre de *psora* debido a que ambas afecciones se parecen por las lesiones cutáneas que ocasionan. Actualmente sabemos que son enfermedades radicalmente diferentes: una, el eccema, es una enfermedad de terreno mientras que la sarna es una enfermedad parasitaria que puede cronificarse. Lo mismo ocurre con el asma atópica y la tuberculosis que pueden parecerse por sus manifestaciones a pesar de ser dos enfermedades de naturaleza diferente, una infecciosa y la otra de base genética.

- Hahnemann confundió enfermedades crónicas y enfermedades de terreno aunque fue capaz de detectar el carácter alternante de un cierto número de afecciones que él atribuía

a una *psora* contenida, en realidad, las que corresponden a una enfermedad de terreno, el terreno atópico. No obstante, otras muchas afecciones que él atribuía a su *psora* no son enfermedades del terreno y su número es incontable, yendo desde la tos hasta la alienación mental pasando por la hidropesía, la pleuresia, los esputos de sangre, la tisis pulmonar, las secreciones purulentas del pulmón o el mesenterio, las alteraciones del cerebro, la hidrocefalia, las úlceras de estómago, la ascitis, el hidrocele, la ictericia, la inflamación parotídea, la inflamación de las glándulas del cuello, las presbicia, la oftalmía y las cataratas, la sordera, las hemorroides, la diabetes, la erisipela, los tumores óseos y el raquitismo, las fiebres y los vértigos, las convulsiones, la apoplejía, etc. (*op. cit.*, pp. 29 a 46). Unas son infecciosas, otras parasitarias, metabólicas, tóxicas, etc. Por ejemplo, la tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica y no una enfermedad de terreno incluso aunque el terreno biológico individual intervenga en su evolución mientras que el asma sí es una verdadera enfermedad de terreno.

- Algunas afirmaciones de Hahnemann están completamente obsoletas.

No se puede aceptar hoy en día la hipótesis de Hahnemann sobre la naturaleza miasmática de las enfermedades de terreno consideradas para definir sus enfermedades crónicas: Hahnemann no podía saber que las enfermedades de terreno no son de naturaleza infecciosa sino congénita de base genética y debido a que desconocía la genética no podía comprender el concepto de terreno biológico normal y patológico. Además, no podía saber que estas enfermedades eran en realidad muy numerosas por lo que no se pueden reducir a tres, la *psora*, el luetismo y la sícosis.

¿Cómo aceptar hoy en día, la asimilación de la sarna y la lepra?

¿Cómo admitir sus afirmaciones sobre la curación de la sífilis mediante una dosis de una dilución mercurial suficiente para hacer desaparecer al mismo tiempo el chancro y la sífilis interna cuando sabemos que por regla general el chancro desaparece espontáneamente sin dejar huella... sin que por ello la sífilis se haya curado?

No se puede reprochar a Hahnemann lo que no supo debido a las carencias de los conocimientos de su época pero sí se le puede reprochar:

- su sectarismo, su intolerancia, su menosprecio por los que no pensaban como él;
- sus generalizaciones abusivas repletas de ingenuidad;
- sus certezas que hacen dudar del carácter científico de su trayectoria pero no de su carácter experimental;

Escrupuloso en la descripción de los síntomas, tal y como se puede comprobar en su *Materia médica*, escrupuloso también en los consejos que proporciona para eliminar de las patógenesis los signos relacionados con una alteración ocasional —comprendió mucho antes que nadie lo psicósomático— parece per-

der su espíritu crítico en la interpretación de lo que tan bien sabía observar. Por ejemplo, sobre los pretendidos perjuicios de la "sarna contenida" mediante pomadas y ungüentos (*op. cit.*, notas pp. 29 a 46), basadas en observaciones discutibles tales como relacionar la muerte durante el día tras la aplicación de una pomada de una persona cuya autopsia revelaba un pulmón lleno de pus. ¿Acaso Hahnemann era tan inocente como para creer que existía una relación de causa efecto entre la aplicación de una pomada y una supuración pulmonar instantánea? ¿O simplemente aceptaba esa relación porque era conveniente para su teoría?

Finalmente, ¿por qué Hahnemann no aplicó su teoría miasmática al tratamiento de las enfermedades crónicas? El propio Hahnemann se opuso fuertemente al empleo de nosodes—es decir, un tratamiento de base etiológica—y se contentaba con aplicar la regla de la totalidad reaccional basada no solamente en los signos actuales del enfermo sino en la totalidad de signos reaccionales, presentes, pasados y hereditarios, lo cual le era suficiente para hacerse con un conocimiento "holístico" del enfermo y su enfermedad así como para descubrir el medicamento homeopático de dicha reactividad global.

Hahnemann utilizaba su clasificación del enfermo como psórico, luético o sicótico únicamente para abrir los "cajones" de los medicamentos correspondientes: antipsóricos, antisifilíticos y antisicóticos y en realidad estos cajones no contienen demasiados medicamentos puesto que él cree que algunos medicamentos son "específicos" de cada una de estas enfermedades: *Sulfur* para la psora, *Mercurius solubilis* para la sífilis, *Thuja* para la sicosis y parece prescribirlos más como "específicos" de la psora, la syphilis o la sycosis que en base a los síntomas propiamente patogenéticos (mientras que para las enfermedades agudas el respeto a los signos patogenéticos se convierte en prioritario).

Pese a que Hahnemann sólo utiliza algunos medicamentos psóricos e incluso menos medicamentos luéticos o sicóticos, actualmente sabemos que los medicamentos de acción profunda y extensa actúan como reguladores generales, más allá de las manifestaciones periféricas, en realidad nosotros los prescribimos de la misma manera que él, es decir, sobre la base de algunos signos generales que nos permiten definir un modo reaccional general del cual conocemos los medicamentos reguladores, algo que el nivel de los conocimientos biológicos de su época no le permitieron comprender pero que su experiencia clínica le condujo a practicar.

Habría que esperar a la era genética para comprender que la psora no es ni una enfermedad particular ni una enfermedad de terreno sino una forma reaccional de grupo que depende del terreno biológico individual y que puede intervenir en diferentes enfermedades a través de factores patógenos diferentes.

Sin saberlo y bajo el nombre de "enfermedades crónicas", Hahnemann descubrió, sin duda, las "formas reaccionales de grupo" y sus reguladores generales.

LAS DIATESIS MORBIDAS HOMEOPÁTICAS: CONCEPCIONES TOXICONSTITUCIONALES

LAS CONCEPCIONES TOXÍNICAS

Fueron concebidas a principios del siglo XX para actualizar las enfermedades crónicas de Hahnemann que los descubrimientos de Pasteur habían convertido en obsoletas pero siempre en la misma orientación: el origen infeccioso de las enfermedades "de terreno".

Ya en tiempos de Hahnemann, numerosos homeópatas habían replicado contra sus enfermedades miasmáticas y especialmente el origen sarnoso de la psora. Dicha réplica se acentuará con el descubrimiento del ácaro de la sarna con lo cual dejará de aceptarse que el origen de la psora sea una infestación sarnosa. Finalmente, los descubrimientos de Pasteur acaban con las enfermedades miasmáticas y a partir de él sólo se habla de enfermedades microbianas.

Hasta la época contemporánea, el carácter hereditario de la sífilis y de la tuberculosis era un dogma indiscutible sobre todo porque representaban plagas sociales contra las cuales se carecía de armas terapéuticas eficaces. En aquel entonces se atribuía a la heredosífilis no solamente todas las malformaciones sino también un gran número de enfermedades, especialmente las afecciones de la piel, de las cuales no se conocía el origen. Así pues, no era difícil relacionar el luetismo con el treponema.

Era algo muy seductor atribuir al BK todo lo que se le había retirado al ácaro de la sarna: la psora. La generalización de la tuberculosis era evidente y su semiología polimorfa ya que además de la tuberculosis pulmonar cavernosa se encontraba, en clínica, numerosas manifestaciones tuberculosas en genitales, huesos, piel, etc. de evolución mucho más lenta. En cuanto a los niños nacidos de padres tuberculosos, incluso aunque no estuvieran considerados como tuberculosos, se creía constatar que presentaban un tipo físico particular y una predisposición a contraer esta enfermedad. Además Hahnemann había asimilado su psora a la lepra y se descubrió la semejanza entre el bacilo de Koch y el bacilo de Hansen.

A partir de las concepciones de Nebel, se elaboraron las concepciones toxínicas de las enfermedades crónicas para sustituir las enfermedades crónicas miasmáticas de Hahnemann, convertidas en indefendibles en la era pasteuriana. El descubrimiento de la tuberculina y de la alergia tuberculosa será, sin duda, el argumento decisivo que Nebel utilizará para asimilar la psora con manifestaciones de tuberculosis atenuada o hereditaria y defender el *tuberculinismo*.

La existencia de toxinas microbianas permitía relacionar una manifestación clínica a un germen sin necesidad de aportar una prueba bacteriológica, bastaba con imaginar que unas "toxinas" todavía desconocidas transmitían la enfermedad pero de forma

atenuada. Es por esta razón que por comparación con una toxina real, la tuberculina, se concibieron "toxinas" imaginarias como las sicóticas, luéticas o incluso psóricas puesto que no todos los homeópatas aceptaban reducir la *psora* al *tuberculinismo*. En efecto, muchos de entre ellos no admitieron el origen tuberculínico de la *psora* que seguía siendo para ellos una enfermedad autónoma, próxima al "artritismo" de los ancianos, tributo transmitido por "toxinas psóricas", "carencias" higiénicas y dietéticas a través de generaciones sucesivas de lo que hoy llamaríamos "la gente pudiente", como por ejemplo los gotosos víctimas de la "gran comilona" hereditaria.

Así, las enfermedades crónicas de Hahnemann se convertirían en las *diátesis mórbidas homeopáticas*. Los homeópatas acabarían por reconocer cuatro diátesis mórbidas denominadas "homeopáticas" es decir, cuatro predisposiciones mórbidas.

Psora

Se le atribuían las manifestaciones crónicas indicadoras de enfermedades de sobrecarga y alérgicas como los trastornos digestivos de sobrecarga, gota, diabetes, "artritismo", hipertensión, urticaria, eccema, asma, etc. que aparece como consecuencia de errores dietéticos e higiénicos del enfermo y/o de sus antepasados. Para otros pasó a ser asimilada al tuberculinismo.

Tuberculinismo

Se le atribuían las manifestaciones crónicas que se producían en todos aquellos que presentaban ya fuera antecedentes hereditarios de tuberculosis como una manifestación postlesional (una contaminación directa por el BK o un simple viraje de dermo-reacción) o cuando no se podía realizar la prueba de esta contaminación—debido a que no se encontraba prácticamente nunca BK en los esputos ni en las secreciones y excreciones de los tuberculínicos—una tuberculosis hereditaria, imaginando la existencia de virus filtrantes o de toxinas tuberculínicas. Así, todas las infecciones crónicas, respiratorias, genitourinarias, osteoarticulares o cutáneas que evolucionan lentamente, normalmente con pequeñas subidas de fiebre, hacia ulceración y esclerosis, indicaban un tuberculinismo. No obstante, también se le citaba en los casos de jóvenes con problemas de crecimiento y de extrema delgadez, aparentemente predispuestos a la tisis y también en los "achacosos", esos enfermos permanentes que se calificaban de "imaginarios" a falta de poderlos clasificar dentro de una enfermedad nosológicamente definida.

Luétismo o lúes

Se denominaba así, por eufemismo, lo que Hahnemann llamaba francamente *syphilis* que reunía las manifestaciones clási-

camente atribuidas a la sífilis primaria, secundaria, terciaria y la heredosífilis desde las malformaciones hasta las afecciones cutáneas, óseas, vasculares y nerviosas. Todas eran atribuidas a una sífilis atenuada y/o hereditaria.

Sycosis

Finalmente, esta cuarta diátesis mórbida "homeopática" estaba relacionada con una infección gonocócica atenuada y/o hereditaria sin que pudieran explicarse todos los signos. En efecto, no sólo agrupaba las manifestaciones crónicas, urogenitales y reumáticas clásicamente atribuidas a la gonococia sino también manifestaciones de retención de líquidos aparecida de forma manifiesta tras una vacunación, por ejemplo antivariólica, que no se entiende cómo pueden atribuirse al gonococo. Las nociones se precisarán y completarán con las concepciones toxiconstitucionales.

NEBEL: LAS CONSTITUCIONES MINERALES

El concepto de toxiconstitucionalidad de las enfermedades crónicas se debe a Antoine Nebel. Al constatar que se podían clasificar los tipos humanos según su morfología general en tres grupos, los brevilineos, los longilíneos y los asimétricos, un médico homeópata suizo, Nebel, atribuyó esta diferencia al efecto de las misteriosas "toxinas homeopáticas" sobre el funcionamiento endocrino que conduce finalmente a la predominancia, a lo largo del desarrollo, de una de las tres sales cálcicas orgánicas que a su vez determinarían tres constituciones minerales:

- las toxinas psóricas, al favorecer el carbonato de calcio conducen a la constitución *carbocálcica*, normocrínica, brevilinea: el tipo normal;
- las toxinas tuberculínicas, al favorecer el fosfato de calcio, conducen a la constitución *fosfocálcica*, hiperocrínica: el tipo longilíneo.
- las toxinas luéticas, al favorecer el fluoruro de calcio, conducen a la constitución *fluorocálcica*, hipocrínica: el tipo asimétrico.

No obstante, su descubrimiento más importante fue atribuir a los tipos sensibles de los medicamentos homeopáticos—definidos esencialmente por los signos reaccionales—una connotación fija, constitucional: una morfología fija tomada de las morfologías reales observadas en los enfermos.

Así, tras haber atribuido a los tres medicamentos minerales, *Calcarea carbonica*, *Calcarea phosphorica* y *Calcarea fluorica*, unos caracteres morfológicos fijos, no quedaba más que incluir, en las categorías así constituidas, sus medicamentos complementarios, minerales o no y una relación química o una analogía de síntomas como prueba de su pertenencia a un tipo mor-

fológico constitucional mineral. Desde entonces se hizo posible clasificar y reconocer fácilmente no sólo los enfermos, sino también los medicamentos homeopáticos constitucionales correspondientes, atribuyéndoles además, una predominancia diatéctica.

VANNIER, MARTINY, BERNARD, GRAUVOGL

Las constituciones de Nebel fueron retomadas, modificadas y difundidas por Léon Vannier y pasaron a ser *carbónicas, fosfóricas y fluóricas*.

Esta clasificación constitucional mineral ternaria se completó seguidamente con otras clasificaciones basadas en otros criterios diferentes:

- La clasificación de M. Martiny no se basaba en la predominancia de una sal cálcica sino sobre la de una hoja embrionaria de ahí los tipos *entoblástico, ectoblástico y cordoblástico*.
- La clasificación de Henri Bernard no se basaba en un elemento fijo sino en el potencial reaccional de algunos elementos, especialmente el del *azufre* lo cual llevaba a una clasificación mucho más "homeopática" puesto que se basaba en lo reaccional. Henri Bernard introdujo el tipo *sulfúrico* como tipo normal (en lugar del tipo carbónico) y entre el carbónico y el fosfórico, el fluórico pasó a ser un tipo mixto. Así Bernard habla de *sulfúricos obesos, sulfúricos delgados* y de tipos mixtos sulf-fluóricos, fosfo-fluóricos, etc.
- Finalmente los estados de Grauvogl: *oxigenoides, hidrogenoides, carbonitrógenos* permitieron introducir nuevos matices complementarios en la clasificación.

LA DOCTRINA "HOMEOPÁTICA" DEL TERRENO

Con el tiempo, se establecieron equivalencias entre todas las diferentes clasificaciones constitucionales, alcanzándose un cierto consenso sobre una *biotipología* denominada homeopática, como síntesis de las diferentes concepciones constitucionales. A partir de este momento los homeópatas dispusieron de una *doctrina completa* denominada *homeopatía del terreno*: un germen (o sus "toxinas" o sus "virus filtrantes", etc.) transmitidos al niño lo modelaban, determinando su morfología, su constitución dominante y sus predisposiciones mórbidas o diatécticas las cuales se expresaran a lo largo de su vida según su evolución a través de los temperamentos y a cada etapa de la evolución le correspondían unos determinados medicamentos homeopáticos constitucionales, diatécticos y temperamentales.

De esta forma, el enfermo es visto desde tres planos diferentes: constitucional, diatéctico y temperamental lo cual permitirá:

- conocer sus predisposiciones mórbidas y combatirlas a fin de prevenirlas;

- encontrar con mayor facilidad su o sus medicamentos homeopáticos y organizar una estrategia terapéutica con medicamentos de continuación.

Algunos signos fáciles de reconocer permitirán determinar primero el tipo constitucional o biotipo del individuo: carbónico, fosfórico o fluórico lo cual abrirá el primer cajón de medicamentos posibles. A continuación le tocará el turno a su diátesis dominante: psórica, tuberculínica, sicótica o luética que abrirá el segundo cajón dividido en cuatro compartimentos temperamentales, los *temperamentos hipocráticos* (cuyo prestigio les fue devuelto por R. Allendy): linfático, sanguíneo, bilioso y nervioso con los cuales sólo resta escoger el medicamento del enfermo en base a algunos signos patogénéticos puros.

Se podía seguir cada constitución según su diátesis dominante a través de su evolución temperamental lo cual llevaría a la prescripción del nosode correspondiente. Como para cada medicamento se conocen sus relaciones medicamentosas, es decir, complementarias, antidotas, incompatibles, remedios de drenaje y naturalmente el nosode selectivo, se podía prever la medicación de continuación. Finalmente, se disponía de un cuadro, a primera vista racional, para organizar la terapia. En realidad, las cosas no son tan simples puesto que existe un mayor número de tipos mixtos que de tipos puros y además en un mismo enfermo se combinan diferentes diátesis. Esta complejidad es una de las causas del éxito de la práctica del drenaje... y del complejismo.

EL DRENAJE

Con los nosodes, los homeópatas creían "movilizar las toxinas" correspondientes con el temor de que la liberación brutal de toxinas provocara una agravación en el enfermo. Para ello pensaron en facilitar su eliminación "canalizándolos" o "drenándolos" mediante medicamentos apropiados escogidos entre los conocidos por su tropismo intestinal, renal o cutáneo: es la técnica del *drenaje*.

El drenaje se practicaba según dos metodologías:

- Utilizando remedios homeopáticos, escogidos entre los complementarios o los antidotos del medicamento principal y prescritos según las reglas homeopáticas, es decir, sobre la base de los síntomas: se trata de un drenaje propiamente homeopático.
- Utilizando el efecto directo de la estimulación de los órganos o de las funciones llevado a cabo mediante plantas medicinales bien conocidas por la farmacopea clásica y empleando pocas toxinas, entre ellas, celidonia, diente de león, espinillo blanco, tilo, etc. sin tener en cuenta los síntomas propiamente homeopáticos sino simplemente su acción farmacodinámica individualizada y siempre que fuera posible mediante un signo particular banal, como por ejemplo, la sen-

sibilidad hepática de *Chelidonium*, la sensibilidad de la fosa lumbar izquierda de *Berberis* o una sensibilidad de los dos ángulos costolumbares de *Solidago*.

Para conseguir un mejor drenaje, muchos homeópatas asociaron diversos remedios, a bajas diluciones, en una misma preparación. Cada uno de ellos tenía su propia receta de drenaje. Desgraciadamente esta práctica "derivó" rápidamente hacia el complejismo, muy practicado desde hacia mucho tiempo, pero que en cualquier caso estaba basado en la teoría del drenaje. Estas mezclas se convirtieron en especialidades denominadas impropriadamente "homeopáticas" puesto que no se adaptaban "homeopáticamente" a un enfermo sino sólo aproximativamente a una enfermedad.

ÉXITO DE LAS CONCEPCIONES TOXICONSTITUCIONALES

Poco se imagina hoy en día el éxito que, a principios del siglo XX, consiguió este nuevo aspecto para la doctrina homeopática. Excepto algunos, la concepción homeopática del terreno fue adoptada con entusiasmo por la mayoría de los homeópatas franceses, de la mano de Léon Vannier.

Era la época de los grandes cuadros, de alguna manera "genealógicos", en los cuales, partiendo de un medicamento base como *Sulfur* o *Thuya*, se establecían sus diversas descendencias posibles, con sus ramas colaterales y sus relaciones de alianza, de compatibilidad o de incompatibilidad con las familias vecinas. Era —y sigue siendo— una excelente manera de aprender los medicamentos y sus relaciones. Naturalmente, no es necesario tomar estos esquemas al pie de la letra, ni imaginarse que la evolución de la terapéutica medicamentosa sigue rigurosamente estos cuadros, no obstante, permiten organizar una estrategia terapéutica y prevenir los medicamentos de continuación con un medicamento "específico", un nosode o bioterápico.

Los *nosodes* o *bioterápicos* son diluciones de derivados orgánicos infecciosos o parasitarios, por ejemplo, una toxina como la tuberculina o TK, *Psorinum*, que es el contenido de un surco de sarna, o *Luesinum* que es el producto del raspado de un chancro sífilítico fresco no tratado. Estos productos orgánicos son esterilizados, diluidos y por lo tanto no pueden contaminar al individuo sano, no obstante, al contener todavía sus fracciones antigénicas, conservan un potencial reaccional.

Los homeópatas los prescriben normalmente a altas diluciones:

- ya sea sobre su patogénesis, en el caso de que exista;
- ya sea sin tener en cuenta su patogénesis sino como resonador selectivo o remedios clave de las diátesis consideradas.

La experiencia clínica demuestra que su prescripción consolida la curación o la mejora obtenida mediante el tratamiento cuando un medicamento ha sido escogido en base a signos patogenéticos.

Fue un período muy positivo para la homeopatía. En efecto, estos cuadros permitieron no sólo comprender las relaciones medicamentosas —entre medicamentos de "base" o de "terreno" y medicamentos de síndrome y de "drenaje", entre medicamentos complementarios y medicamentos incompatibles y entre los diferentes medicamentos diatéticos— sino también prescribir en el momento oportuno, es decir, en función de la etiología de la enfermedad, los diversos nosodes o bioterápicos.

Su explicación más completa se encuentra en la *Materia médica homeopática constitucional* de Roland Zissu que proporciona la síntesis más precisa y la más objetiva de las diversas concepciones constitucionales del terreno, con sus evoluciones, sus equivalencias y sus variantes.

DECLIVE DE LAS CONCEPCIONES TOXICONSTITUCIONALES

Los conceptos toxiconstitucionales no han podido resistir los avances de la biología y en especial los de la genética.

- Las "toxinas homeopáticas" son imaginarias. Nadie ha podido demostrar su existencia y actualmente sabemos que pese a que la tuberculosis, la sífilis y la gonococia pueden convertirse en enfermedades crónicas, no son auténticas enfermedades de terreno puesto que sus agentes infecciosos no provocan mutaciones. Finalmente, los descubrimientos genéticos han destruido este bello edificio; no obstante, los homeópatas han comprendido que la similitud homeopática es una similitud reaccional.
- La tipología mineral constitucional no es homeopática sino extra-homeopática y aunque propició el apogeo de la homeopatía entre las dos grandes guerras se basa en una extrapolación abusiva: los fenómenos homeopáticos son reaccionales y nada nos autoriza a atribuir a los medicamentos homeopáticos una tipología constitucional fija.

En efecto, una sustancia bioactiva introducida a dosis subtóxica o en diluciones infinitesimales en un organismo no puede provocar la aparición, a lo largo de una prueba patogenética, de los signos constitucionales puesto que se trata de signos genéticos fijos, ni tampoco su desaparición en el transcurso de una prueba terapéutica. Los signos morfológicos constitucionales sólo tendrían un cierto valor si hubieran aparecido en el transcurso de una patogénesis, es decir, si hubieran sido observados en los individuos control sometidos al estudio patogenético de un medicamento o si actuaran positivamente a través de la aparición de signos homeopáticos bien estructurados. Éste no es el caso, puesto que la tipología mineral constitucional se adjudicaba a posteriori a los tipos sensibles homeopáticos y además no está directamente relacionada con las patogénesis. Así pues, la tipología mineral es independiente de la homeopatía y sólo puede intervenir en la elección del medicamento como una información complementaria, extra-homeopática, de orientación o de

confirmación de un medicamento escogido en base a sus signos reaccionales homeopáticos.

- No existe una relación directa entre la morfología y la reactividad biológica: actualmente sabemos que no son los signos morfológicos—color de los ojos, del cabello o de la piel— los que caracterizan a los individuos sino su carga genética. Un europeo y un senegalés pueden estar biológicamente más próximos y por tanto poseer una reactividad comparable, por ejemplo, si son del mismo grupo HLA, que ese mismo senegalés y un aborígen australiano que no sean del mismo grupo HLA.
- Toda tipología homeopática debe ser definida en base a los signos reaccionales. El tipo sensible homeopático, o tipo medicamentoso, traduce mediante signos funcionales una amenaza de descompensación de una o varias funciones en una personalidad reaccional todavía en equilibrio. Para poder ser reconocido como perteneciente a un tipo humano determinado, sean cuales sean sus caracteres étnicos o morfológicos, el tipo sensible homeopático debe estar obligatoriamente definido en base a los signos funcionales, en efecto, si definimos una Pulsatilla como una rubia de ojos azules, piel blanca, etc. ¿cómo la reconoceremos en una chica senegalesa o en una china?



EL TERRENO BIOLÓGICO

La doble componente del terreno biológico

¿Cómo podemos definir actualmente el *terreno biológico*? Biología y genética han renovado el concepto de terreno aclarando su doble componente: genética y existencial. Pese a que no todo está dilucidado, actualmente sabemos que el terreno biológico es estrictamente individual, predeterminado por la calidad del código genético modificado posteriormente por las condiciones ambientales que determinarán el mayor o menor desarrollo de las potencialidades genéticas de cada individuo.

El factor genético

El mapa arquitectónico y de funcionamiento del organismo está representado por el ADN somático individual, nuestro organizador individual. El ADN preside nuestra vida y organiza las estructuras sucesivas del organismo asegurando el desarrollo, el funcionamiento y la perpetuidad induciendo, mediante órde-

nes codificadas, un conjunto de sistemas de reacciones en cadena, autorreguladas, instantáneas y reversibles, repletas de factores de activación, de facilitación y de inhibición así como de vías de derivación hacia las cadenas de emergencia que le aseguran una gran flexibilidad de funcionamiento y adaptación. El sistema inducido por los genes es la base de nuestro terreno biológico asegurando con flexibilidad la construcción, el funcionamiento y el mantenimiento del organismo en los límites para los que ha sido programado, con la triple condición de que el plano haya sido trazado correctamente, que no haya sido alterado en su trayectoria debido a algún problema y que las condiciones del entorno permitan su realización.

El reconocimiento del código genético, su reproducción, la transmisión de las órdenes y su ejecución se efectúan gracias a una serie de analogías de estructura. La analogía de estructura juega un papel fundamental en los fenómenos biológicos, es una clave general de los mecanismos biológicos puesto que la encontramos en todas partes: es la clave de la comprensión de los mecanismos biológicos, de la introducción de los medicamentos en los mecanismos patológicos para modificarlos—es decir, del efecto terapéutico— o de la síntesis de nuevos medicamentos, etc.

La calidad del terreno dependerá ante todo de la calidad del ADN somático individual que representa las constantes genéticas normales de la especie, las enfermedades genéticas de la especie y la enfermedades congénitas del individuo.

Los factores existenciales

El mapa genético se realizará en función de los factores existenciales, es decir, en función de la combinación de los factores de crecimiento y de los factores ambientales. Estos factores son extremadamente complejos puesto que incluyen todos los encuentros individuales con el medio en el espacio y en el tiempo y son casi tan importantes para la constitución del terreno biológico como el elemento genético ya que los encuentros existenciales orientarán de forma definitiva el terreno biológico.

Estos factores de índole muy diversa pueden alterar el mapa genético inhibiendo o estimulando una determinada información genética. Los factores que presiden esta evolución son infinitos y desconocidos en su mayoría, sin embargo se han podido identificar unos pocos.

Primero porque se ha descubierto que un encuentro infeccioso, tóxico, de radiación... que tenga lugar tras la concepción puede lesionar o modificar el capital genético o somático del organismo introduciendo errores morfológicos o funcionales somáticos o genéticos susceptibles de producir lesiones congénitas de importancia variable, a veces incompatibles con la dotación: malformaciones, enfermedades metabólicas, lesiones sistémicas (patologías inmunitarias, por ejemplo).

Los factores existenciales, que engloban al mismo tiempo la alimentación, las relaciones afectivas del lactante y del niño pe-

queño, la higiene y la naturaleza del entorno humano, vivo y material, modularán también la reactividad de cada individuo a partir de su capital genético de nacimiento.

La forma de reaccionar a las agresiones o a los requerimientos del entorno, de su medio, se establecerá según un modelo reaccional de defensa que asociará sus competencias congénitas y su "condicionamiento existencial". A excepción de los desórdenes metabólicos congénitos constituidos y actualmente bien establecidos, existe toda una "combinatoria" posible entre una reactividad congénitamente orientada hacia una forma predominante de respuesta a la agresión y una historia de vida que modula la puesta en juego y el desarrollo; con los estereotipos del síndrome general de adaptación y de sus desórdenes, se combina para cada individuo un "existencial" específico.

Sin olvidar, tal y como nos lo enseña la holística, que la resultante, la reactividad humana, representa siempre "más" que la suma de factores genéticos y factores ambientales.

EL TERRENO MÓRBIDO

Combinatoria del terreno mórbido y del terreno reaccional

En realidad, no existe un terreno biológico puro, sino un terreno biológico adaptativo, ya sea patológico de nacimiento o susceptible de descompensaciones mórbidas más o menos graves que se manifestarán más o menos pronto en función de los factores evolutivos y del entorno.

El terreno, literalmente psico-biológico, más o menos normal, es estrictamente individual y condiciona al mismo tiempo un potencial mórbido y un potencial reaccional ambos individuales. Así pues, existe un terreno mórbido y un terreno reaccional que se combinan para provocar enfermedades de terreno estrictamente individuales: a través del terreno reaccional de cada individuo se manifestará su potencial mórbido.

Fundamento del terreno mórbido

Las enfermedades genéticas de la especie son el fundamento del terreno mórbido puesto que son ellas quienes provocan en la descendencia los errores en el mapa de construcción o de funcionamiento. Son enfermedades hereditarias debidas a una mutación "negativa" aparecida en la descendencia en un momento cualquiera, inmediato, próximo o lejano, bajo una influencia normalmente desconocida y transmitida según las leyes de la herencia, dominante o recesiva, autosómica o gonosómica.

Su potencial mórbido se traducirá en:

- malformaciones más o menos asociadas, más o menos evolutivas o invalidantes, por carencia cromosómica o génica;

- enfermedades metabólicas o que implican alteraciones metabólicas de los componentes de la maquinaria biológica; son más o menos graves, a menudo potenciales y reveladas a través de factores existenciales: errores higiénico-dietéticos, agresiones diversas -físicas, psicoafectivas, infecciosas, antigénicas, tóxicas, radiantes, etc.

Son las enfermedades de terreno o las enfermedades sistémicas que pueden ser:

- comunes a muchos individuos, como las diátesis mórbidas clásicas (gota, diabetes, atopía, etc), o incluso enfermedades de mecanismo autoinmune;
- individuales, pertenecientes a algunos individuos: son las idiosincrasias, los estados alérgicos.

El terreno mórbido, estrictamente individual, es la resultante de múltiples combinaciones entre las diversas potencialidades negativas.

Responsabilidad del terreno reaccional

La responsabilidad del terreno reaccional se hace patente en el comportamiento reaccional de cada individuo ante los factores existenciales, en función de su terreno mórbido. Se la puede estudiar en base a varios sistemas de referencia, tales como la caracteriología, diversas tipologías, diversas constantes biológicas, como los grupos sanguíneos, los grupos HLA, el perfil proteico, etc. más o menos fiables e interesantes pero que ponen en evidencia:

- por una parte, una reactividad común, un potencial reaccional común que permite definir familias reaccionales en función de un criterio escogido: caracteriológico, tipológico, grupos sanguíneos, grupos HLA, perfiles proteicos, etc;
- por otra, una reactividad propia, un potencial reaccional individual, mucho más difícil de definir mediante criterios comunes.

La homeopatía permite no solamente definirlos sino también encontrar el remedio exactamente adaptado a esta reactividad individual y capaz de regularla. En efecto, la homeopatía que estudia el potencial reaccional comparado de los individuos, el espontáneo patológico y el experimental patogenético, constata la misma dualidad reaccional:

- por una parte, una reactividad común que permite reconocer, mediante signos homeopáticos generales comunes, las familias reaccionales con un potencial reaccional general común: son las diátesis reaccionales homeopáticas;
- por otra, una reactividad individual que permite definir una personalidad reaccional homeopática mediante signos homeopáticos particulares y personales: en cierta manera una "idiosincrasia homeopática" particular de cada enfermo.

Las enfermedades de terreno

Se consideran dos categorías de enfermedades de terreno.

- Además del error genético masivo incompatible con la supervivencia, la enfermedad limitante, inducida genéticamente, podrá ser compensada, como es el caso de la diabetes infantil. No obstante, y desgraciadamente la mayoría de las veces, la compensación se encuentra más allá de nuestras posibilidades terapéuticas como es el caso de las miopatías o la trisomía del par 21;
- por el contrario, muchas enfermedades de terreno suelen ser tanto benignas como potenciales y sólo aparecen tardíamente, en función de factores evolutivos o de factores ambientales además de revelarse como reversibles como es el caso del asma. Estas enfermedades o bien reflejan más disfunciones que lesiones o bien son compensadas durante mucho tiempo. Se trata de las enfermedades especialmente interesantes para el homeópata puesto que el médico puede esperar conseguir reducirlas a su estado potencial mediante una terapéutica homeopática adecuada.

No obstante, lo que actualmente preocupa a los médicos, y no sólo a los homeópatas, son las modificaciones de las patologías clásicas aparecidas en los últimos años y la aparición de nuevas patologías resistentes a las terapias.

Naturalmente, las modificaciones del entorno introducidas por el hombre tienen su parte de responsabilidad en este problema aunque también y mucho más directamente, intervienen las modificaciones del terreno individual, bien introducidas o favorecidas por terapéuticas excesivas, imprudentes o inadaptadas. Querer erradicar las enfermedades a cualquier precio, es como querer llenar el tonel de las Danaides. Se ha eliminado la viruela pero el paludismo resiste a todas nuestras terapias y mientras tanto ha aparecido el SIDA. ¿Estamos modificando nuestro potencial de defensa inmunitaria?

Los agentes externos capaces de provocar en nuestros organismo desórdenes y enfermedades ¿son capaces de adaptarse a nuestros propios cambios?

Frente a esta alterabilidad, a esta modificación del terreno individual, incluso los médicos deben ser prudentes y sagaces: «Lo primero, no perjudicar».

LAS DIÁTESIS REACCIONALES HOMEOPÁTICAS

La similitud homeopática es reaccional

Los progresos de la biología y la medicina nos permiten resituar la homeopatía en su verdadero ámbito: una terapéutica reguladora del desequilibrio reaccional que constituye la enfermedad. Actualmente sabemos que la similitud homeopática no es una similitud de naturaleza entre dos enfermedades sino una similitud de reacciones entre dos enfermedades de naturaleza diferente: una enfermedad natural y una enfermedad medicamentosa.

- Existe una similitud de síntomas no por identidad de naturaleza sino porque el factor patógeno natural y el factor patógeno medicamentoso ponen en juego los mismos mecanismos reaccionales: poseen un potencial reaccional parecido, sin duda debido a analogías de estructura, y no por identidad de naturaleza.
- Existe la acción terapéutica homeopática porque la dilución-sucusión confiere a una cantidad ínfima de principios activos la posibilidad de introducirse—siempre gracias a sus analogías de estructura— en los mecanismos reaccionales y de regularlos, ya sea por sustitución o por estimulación de la estructura patológica parecida.

constata una similitud de potencial reaccional entre dos factores patógenos de naturaleza diferente. Ello le permite encontrar un medicamento exactamente adaptado por similitud al desequilibrio reaccional de un enfermo y regularlo, pero no conocer la naturaleza de la enfermedad que ha curado el medicamento homeopático. La analogía homeopática es una analogía reaccional entre dos enfermedades de naturaleza diferente y la homeopatía no permite definir las enfermedades particulares sino solamente las formas reaccionales particulares.

Formas reaccionales y diátesis

Algunas de las formas reaccionales son *formas reaccionales generales* porque indican una tendencia reaccional general, como por ejemplo la alternancia de síntomas o una alteración fisiopatológica general, como por ejemplo una retención hídrica o incluso una sensibilidad general, como por ejemplo la sensibilidad a la humedad. Estas formas reaccionales se encuentran en muchas enfermedades, pero también en la patogénesis de un cierto número de medicamentos.

A través de estas formas reaccionales el organismo expresa su forma reaccional personal. Todo ocurre como si los organismos dispusieran de algunas grandes tácticas reaccionales de defensa y como si cada individuo tuviera su táctica reaccional prioritaria que es puesta en juego de forma selectiva y especialmente en el transcurso de las enfermedades de terreno que comprometen profundamente su personalidad reaccional: cada individuo posee una *forma reaccional general preferencial*.

No existen las enfermedades "homeopáticas"

Puesto que la curación homeopática no puede informarnos sobre la naturaleza de la enfermedad curada: el homeópata sólo

Unos reaccionan con crisis, alternando las manifestaciones cutáneas con las internas: son los psóricos. Otros reaccionan reduciendo la velocidad de los intercambios y reteniendo agua en sus tejidos: son los sicóticos. Algunos actúan aumentando su catabolismo y destruyendo sus tejidos: son los tuberculínicos. Otros, finalmente, reaccionan de forma anárquica y fijan los factores patógenos que no pueden destruir: son los luéticos.

Estas tendencias reaccionales generales son lo que los homeópatas actuales denominan *diátesis reaccionales* que no son más que las predisposiciones a reaccionar según la misma forma reaccional general en el transcurso de enfermedades diferentes, por comparación con las diátesis mórbidas que son predisposiciones a desarrollar una misma enfermedad bajo aspectos clínicos diferentes. De la misma manera que para la diátesis uricémica, que puede expresarse desarrollando una gota o una litiasis renal y la diátesis atópica que puede expresarse con la aparición de un ecema, asma o migrañas, existen las diátesis psórica, tuberculínica, sicótica o luética que pueden intervenir en enfermedades diferentes: asma, reumatismo, hipertensión, infecciones ORL repetidas, manifestaciones cardiovasculares, genitales, digestivas, renales, etc; enfermedades a las que confieren sus caracteres reaccionales propios. Estas formas reaccionales diatésicas pueden ser consideradas como otras tácticas de defensa adaptadas al tipo de enfermedad y a las posibilidades reaccionales del enfermo al mismo tiempo.

Es posible que existan otras formas reaccionales generales, por ejemplo el *cancerinismo* que acaba en una sicosis, según Léon Vannier que lo intentó introducir en homeopatía. No obstante, los homeópatas sólo han mantenido *cuatro formas reaccionales generales* que se encuentran expresadas en las patogénesis de los medicamentos homeopáticos mediante signos generales denominados "signos diatésicos".

El conocimiento homeopático del enfermo no permite definir las diátesis mórbidas homeopáticas sino únicamente las diátesis reaccionales homeopáticas, conservando por comodidad sus denominaciones tradicionales: *psora*, *sycosis*, *tuberculinismo* y *luetismo*, pero sin ninguna significación etiopatogénica. Por lo demás, la medicina continúa empleando palabras que desde hace mucho tiempo han perdido su sentido original: histeria, hipocondría, esquizofrenia, rétanos.

INTERÉS DE LA CLASIFICACIÓN DIATÉSICA

El reconocimiento de la forma reaccional diatésica dominante de un enfermo es interesante bajo diversos aspectos.

- Primero como signo de orientación. La clasificación diatésica puede servir como primer elemento discriminador en la elección del medicamento: orienta hacia un grupo de medicamentos posibles, entre los cuales se escogerá el medicamento propiamente homeopático del enfermo en base a sus síntomas reaccionales particulares.

No obstante, bajo pena de sufrir un fracaso terapéutico, es importante determinar la forma reaccional dominante, tarea harto delicada dada la complejidad de los organismos: no existe una reacción puramente psórica, sicótica, tuberculínica o luética. Cada individuo manifiesta una predominancia respecto a una de estas formas reaccionales, una de las caras del poliedro reaccional diatésico.

- A continuación, permite encontrar un resonador selectivo de la forma reaccional, el resonador diatésico clave capaz de regular la forma reaccional desequilibrada a varios niveles, de alguna manera, más allá de las manifestaciones locales y capaz de prevenir la recaída con la condición de que la manifestación inicial haya sido regulada mediante un primer tratamiento homeopático.

El resonador diatésico clave es probablemente la fracción activa antigénica del factor infeccioso (germen, virus, parásito) responsable de la enfermedad y modelo de la diátesis. Por ejemplo, la TK, la tuberculina, es un resonador selectivo de la forma reaccional tuberculínica que esta forma reaccional ha hecho intervenir en el enfermo a través del BK o por cualquier otro factor patógeno, por ejemplo, el virus de la hepatitis.

De la misma manera, la secreción de una uretritis gonocócica (*Medorrhinum*) para la forma sicótica, el producto de la supuración de un chancro sifilítico (*Luesinum*) para la forma luética o el contenido de un surco de sarna (*Psorinum*) para la forma psórica, se convierten, en diluciones infinitesimales, en los resonadores clave de estas formas generales diatésicas.

La clasificación diatésica homeopática no sólo permite abrir los cajones de medicamentos "posibles" y encontrar el resonador diatésico general o el resonador clave de la forma diatésica selectiva del enfermo, sino que también permite:

- predecir los medicamentos de continuación, organizar una táctica terapéutica conociendo los complementarios diatésicos;
- encontrar los medicamentos de neutralización etiológica;
- predecir, en cierta manera, el futuro patológico del enfermo y en ocasiones prevenirlo mediante una terapéutica y medidas dietéticas apropiadas, en función de sus tendencias diatésicas dominantes; no obstante, estas predicciones son muy aleatorias de ahí el descrédito actual de las diátesis.

Cada individuo dispone de un potencial reaccional diatésico complejo, repartido en función de su capital genético y de sus azares existenciales pero con una predominancia de una determinada forma reaccional que se manifestará más o menos rápidamente en contacto con el medio.

FACTORES ETIOLÓGICOS CIRCUNSTANCIALES

Las formas reaccionales diatésicas pueden permanecer latentes durante mucho tiempo y aparecer únicamente bajo la in-

fluencia de factores reactógenos, más o menos selectivos que denominaremos "factores etiológicos" aunque no son más que factores reveladores o agravantes de cada forma reaccional de las cuales son resonadores privilegiados: son los factores etiológicos circunstanciales, unos específicos y otros no.

Específicos

Así, de manera específica, las formas reaccionales generales podrían intervenir de forma selectiva mediante los factores responsables de sus enfermedades modelo a las cuales han sido adjudicados. Los factores patógenos pueden ser considerados como factores etiológicos específicos por las diátesis homeopáticas correspondientes, por ejemplo, el BK para el tuberculinismo o el gonococo para la sicosis. Son agentes infecciosos de los cuales hemos visto que los nosodes o bioterápicos tales como *Psorinum*, *Medorrhinum*, *Tuberculinum* o *Luesinum* se convierten —a diluciones infinitesimales— en resonadores clave de estas formas reaccionales, es decir, que parecen ser capaces de regularlos en un enfermo sean cuales sean los factores patógenos que les han hecho intervenir.

Inespecíficos

En la práctica, la especificidad de los factores etiológicos circunstanciales no debe ser considerada como absoluta. Ante un factor teóricamente específico de la sicosis, de la psora, etc; el organismo reacciona en función de su predominancia diatéctica personal. Por ejemplo, un factor teóricamente sicótico, como una vacunación, puede muy bien desencadenar en un enfermo una forma reaccional tuberculínica si ésta es la forma reaccional del enfermo. De manera más general, todo acontecimiento —psicológico, traumático, tóxico o infeccioso— de la vida del enfermo considerado puede poner en juego una forma reaccional diatéctica incluso si este acontecimiento no es considerado como un factor específico de esta diátesis.

SIGNIFICACIÓN

La diátesis reaccional homeopática no es una enfermedad sino un potencial reaccional general:

- adoptado selectivamente por un individuo y común a varios individuos permite clasificarlos en una misma familia reaccional;
- que se expresa mediante una forma reaccional general característica, fácil de reconocer en el transcurso de diversas enfermedades a las cuales imprime su carácter particular;
- que evoluciona con la enfermedad;

y que se encuentra a la vez en los enfermos y en las patogénesis que permiten clasificar los medicamentos en las familias correspondientes.

Las denominaciones "psora", "sicosis", "tuberculinismo" y "luetismo", que pueden parecer obsoletas, no poseen ninguna significación etiopatogénica y no significan que la enfermedad presentada por el enfermo sea de naturaleza sarnosa, gonocócica, tuberculosa o sífilítica sino que simplemente recuerdan una enfermedad modelo en la cual una determinada forma reaccional se expresa selectivamente.

El potencial reaccional general viene definido por un conjunto de signos homeopáticos —presentes en las materias médicas de diversos medicamentos y encontradas en los enfermos— que reflejan la intervención de una misma forma reaccional general:

- ya sea por un mismo trastorno fisiopatológico, como la sobrecarga venosa tuberculínica o la retención hidrogenoide lúética;
- ya sea por una misma tendencia general, como la mejoría psórica o la variabilidad tuberculínica;
- ya sea por una misma modalidad general, como la mejoría psórica por eliminación o la agravación sicótica debida a la humedad.

El potencial reaccional general se define por un conjunto semiológico que asocia:

- una forma reaccional general característica,
- un tipo sensible,
- unos antecedentes,
- y unos signos reaccionales.

Según la forma reaccional general, el organismo expresará su reactividad personal mediante signos homeopáticos particulares e individuales, los únicos que permiten la prescripción homeopática de un medicamento (ya que los signos diatécticos son signos de orientación y no de prescripción).

Así pues, podemos clasificar a los enfermos en otras tantas familias reaccionales, es decir, las *diátesis reaccionales homeopáticas*, y los medicamentos, por su parte, en las familias medicamentosas correspondientes, es decir, los *medicamentos diatécticos*.

Las diátesis reaccionales homeopáticas no son enfermedades de terreno sino formas de respuesta a una situación patológica. La forma psórica puede intervenir tanto en los casos de alergia constitucional, de hipertensión o de hipercolesterolemia familiar. De la misma manera, la forma tuberculínica puede intervenir tanto en los casos de rinosfarinitis de repetición como en una mononucleosis infecciosa o una hepatitis.

Es obligatorio insistir en este punto puesto que, para demasiados homeópatas, las diátesis homeopáticas constituían enfermedades y cuando hablaban de un enfermo tuberculínico o lúético, pensaban, naturalmente, que su enfermedad era de origen tuberculoso o sífilítico sin que todavía hayan reconocido el carácter reaccional de la similitud homeopática.

DIAGNÓSTICO DE LA DIÁTESIS

Es necesario subrayar el hecho de que unos signos considerados como característicos de una diátesis no son signos patológicos sino únicamente tendencias reaccionales, así, algunas alteraciones del apetito, de la termorregulación o de la transpiración no constituyen una patología sino un *tipo sensible*.

Es por esta razón que cada una de las diátesis reaccionales diatésicas se define:

- por una forma reaccional,
- por el individuo que reacciona selectivamente según esta forma reaccional con:
 - su *tipo sensible diatésico*,
 - sus *antecedentes*,
 - la *clínica* en la que se expresa.

LA PSORA O DIÁTESIS REACCIONAL PSÓRICA

La *psora* es un potencial reaccional general evolutivo que se expresa mediante la intervención de una forma reaccional general específica, es decir, la forma reaccional psórica caracterizada por un aumento de las eliminaciones que tienen lugar en crisis alternantes sobre diversos aparatos. La *psora* aparece y/o se agrava por factores etiológicos circunstanciales.

LA FORMA REACCIONAL PSÓRICA

Evoluciona en dos fases.

- Primero aparece una fase centrífuga caracterizada por una tendencia general a reaccionar con alternancias de manifestaciones cutáneas, siempre más o menos pruriginosas y de manifestaciones internas —digestivas, respiratorias, genitourinarias o psíquicas— que sobrevienen en crisis periódicas y repetitivas. Esta fase es tanto más larga cuanto que el enfermo sea un psórico dominante y de constitución sólida.
- Poco a poco la fase centrífuga da paso a una fijación sobre un aparato, dando lugar a la fase centrípeta, cuya evolución se dirige progresivamente hacia una esclerosis, fase menos característica y que encontraremos también en las otras diátesis.

La *psora* es una forma reaccional fundamental que encontramos tras las demás formas reaccionales. De ahí, casi siempre, la indicación de los grandes medicamentos psóricos como *Sulfur*, *Psorinum*, *Graphites*, *Lycopodium*, *Calcárea carbonica*, etc., tras la de otros medicamentos diatésicos, sicóticos o tuberculínicos.

Sulfur y *Psorinum* son dos resonadores selectivos de la forma psórica de manera que son capaces de restablecer la salud de un enfermo de forma duradera y de prevenir la reaparición de las crisis aunque no pueden ser utilizados en segunda intención,

cuando la manifestación actual ya ha sido regulada por su medicamento homeopático... a menos que no cubran homeopáticamente todas sus manifestaciones actuales.

INTERPRETACIÓN PERSONAL

La forma reaccional psórica puede ser interpretada como una forma de defensa debido al aumento de eliminaciones y que interviene mediante crisis periódicas y repetitivas: el psórico vierte sobre la piel y las mucosas los productos de desecho de sus reacciones contra los alérgenos a los cuales se ha sensibilizado al igual que vierte los productos de desecho de sus reacciones contra los elementos de sobrecarga que le estorban. Se trata de la fase centrífuga del psórico.

Cuando su potencial reaccional se agota, las eliminaciones disminuyen y el movimiento se invierte de manera que sus desechos le estorban y le asfixian dando lugar finalmente a una esclerosis. Se trata de la fase centrípeta.

Estas sobrecargas probablemente revelen una serie de particularidades en las respuestas, especialmente del metabolismo general y del sistema inmunitario, de las cuales el psórico es portador. De ahí la intervención de la forma psórica en las enfermedades metabólicas y alérgicas con tendencia a la supuración puesto que la forma psórica corresponde a la intervención de:

- por una parte de la alergia de mediación humoral;
- por otra de los mecanismos de defensa inmediata, es decir, movilización activa de los polinucleares y de los macrófagos, con tendencia a la supuración, producción de pus y la tendencia supurativa de *Hepar sulfur* o de *Graphites*.

La forma psórica es la forma de defensa más natural contra un exceso de aporte nutricional, así que correspondería a una de las grandes tácticas de defensa del organismo —la eliminación de las aportaciones excesivas— indicando bien una insuficiencia de catabolismo bien una mala calidad de la eliminación. Intervendrá en los individuos pletóricos, preferentemente de tipo brevillíneo cuya morfología revela un exceso de aportaciones o una mala calidad en la función de eliminación. No obstante, también podrá intervenir en los individuos normolíneos o longilíneos.

La forma psórica era la forma de defensa observada con mayor frecuencia en la época de Hahnenamnn algo que él habla señalado atribuyendo un papel decisivo a las otras diátesis. La frecuencia, actualmente, de la intervención de las formas sicóticas y tuberculínicas no debe hacer que lo olvidemos.

Prácticamente todos los enfermos poseen una componente reaccional diatésica ternaria. La forma psórica sólo es mayoritaria para un cierto número de enfermos y en determinados momentos. Puede convertirse en minoritaria en beneficio de otra forma reaccional que circunstancias etiológicas han podido hacer surgir durante más o menos tiempo. Así pues, siempre es ne-

cesario buscar, mediante los signos etiológicos, un medicamento de neutralización etiológica que pueda desenmascarar la verdadera diátesis dominante.

El concepto diatésico no tiene nada de absoluto y siempre debe ser sustituido en la totalidad de los síntomas, es decir, un concepto diatésico jamás debe rechazar un medicamento bien indicado y no debe ser en absoluto un esquema rígido.

Paralelamente, no podemos más que sorprendernos al constatar que la mayoría de los medicamentos antipsóricos son de hecho polidiatésicos, excepto *Sulfur* y *Psorinum* aunque *Sulfur* pueda ser reivindicado para el tuberculinismo mientras que *Calcarea carbonica* es psorosicótica, como *Causticum* y *Sepia*. Es el caso de todos los medicamentos policrestas, cuya riqueza patogenética demuestra la intervención de diversas formas reaccionales diatésicas.

Así pues, no deja de ser un poco ilusorio realizar previsiones sobre el devenir patológico de un individuo basándose en un solo biotipo o en la dominancia diatésica actual.

FACTORES ETIOLÓGICOS CIRCUNSTANCIALES

Todo lo que contribuye a sobrecargar la función de eliminación y especialmente, un régimen de vida inadecuado a las necesidades físicas y psíquicas reales del organismo, puede hacer intervenir la forma psórica. Se habla de enfermedades de la civilización puesto que esta inadaptación afecta selectivamente a los habitantes de los países industrializados y sobre todo a los de las grandes ciudades (y muy poco al ambiente rural) en las cuales se reúnen todos los factores de riesgo.

Factores higiénico-dietéticos

Los factores higiénico-dietéticos son:

- el sedentarismo;
- una alimentación defectuosa, es decir, por una parte *excesiva* para las bajas necesidades energéticas requeridas por la vida urbana (o rural) actual y por otra *desequilibrada*, demasiado rica en proteínas, demasiado refinada y demasiado pobre en celulosa y además *contaminada* no solamente por los diversos productos químicos o biológicos utilizados en la producción controlada de los alimentos tales como las hormonas, las antihormonas, los insecticidas y los pesticidas sino también por los diferentes productos absorbidos para estimularse o tranquilizarse (café, alcohol, etc.).

Entorno

La forma psórica interviene cuando el entorno está contaminado y es estresante:

- contaminación química, en particular atmosférica, que favorece las sensibilizaciones cutáneas y respiratorias, las emanaciones tóxicas (óxido de carbono, SH₂, aerosoles, humo de tabaco, etc.) y la contaminación medicamentosa cada vez más importante en nuestros días;
- contaminación por radiación, sin contar las minirradiaciones y minivibraciones que sufrimos cotidianamente a lo largo de nuestra vida desde los tubos de neón o las pantallas de televisión o del ordenador;
- contaminación sonora: martilleo de ritmos, música ambiental en los lugares públicos, uso abusivo de los *walkmans*, responsable de muchos problemas de sordera en los jóvenes, sin olvidar todo el condicionamiento audiovisual impuesto por los medios de comunicación.

Factores psíquicos

Los factores psíquicos o afectivos personales son susceptibles de poner en marcha la forma psórica lo cual no se manifestará únicamente mediante trastornos del comportamiento sino que también puede quedar reflejado en toda una patología funcional o incluso lesional:

- efectos persistentes de una emoción, de una pasión contrariada o no compartida (*Opium*, *Ignatia*);
- situación conflictiva irresoluble con automenosprecio de *Calcarea carbonica*, impulsos refrenados de *Staphysagria* y de *Lycopodium* —por ejemplo el miedo al despido que impide a un subordinado replicar o defenderse ante un superior abusivo o demasiado exigente— o iras por liberación de impulsos de *Anacardium orientale*, *Hepar sulfur* o intolerancia a las contradicciones de *Lycopodium*, angustia por no soportar la soledad de *Kalium carbonicum*, etc;
- contaminación psicosensoorial ya mencionada más arriba.

EL INDIVIDUO PSÓRICO

Se define por su tipo sensible, sus modalidades y sus antecedentes.

Tipo sensible psórico

Se caracteriza por:

- astenia, sobre todo si ésta es global, profunda, continua, de base o si sobreviene en forma de crisis intermitentes, a oleadas;
- un desequilibrio de la termosensibilidad, desde la intolerancia al calor de un *Sulfur* hasta la extrema sensibilidad al frío de un *Psorinum*;

- alteraciones del apetito, en concreto:
 - aumento, ya sea globalmente o en crisis de bulimia fuera de las comidas, o bien en el transcurso de las comidas;
 - irregular o selectivo;
 - intolerante al ayuno;
- mal olor de las secreciones y excreciones: es un carácter particular de las secreciones psóricas, carácter que se agrava por la aversión de numerosos psóricos al agua. Incluso bien limpio, un psórico no parece estar limpio y no huele bien;
- una tendencia a las parasitosis;
- intolerancia a las picaduras de insectos.

La forma psórica interviene selectivamente en los brevilineos, denominados carbónicos o sulfúricos obesos.

Modalidades

Entre las numerosas modalidades de psóricos, dos son particularmente características:

- una agravación del estado general debido a la supresión de una eliminación;
- una mejoría del estado general como consecuencia de las eliminaciones.

Antecedentes

- Antecedentes personales:
 - factores de auto o heterointoxicación: exceso y errores dietéticos, sedentarismo, etc.;
 - factores de alergia: contacto con antígenos, estacionales, profesionales, ocasionales;
 - manifestaciones psóricas: recaídas y alternancias de manifestaciones cutáneas, digestivas, respiratorias, genitourinarias o psíquicas que sobrevienen en crisis.
- Predisposiciones mórbidas:
 - a las enfermedades denominadas de "sobrecarga": diabetes, gota, dislipemias, hipertensión así como artrosis o senescencia precoz.
 - a las enfermedades denominadas "alérgicas" y especialmente las alergias denominadas "atópicas": eccema, asma, rinitis alérgica, etc.

MANIFESTACIONES PSÓRICAS

Recaídas y alternancias mórbidas

Las recaídas y alternancias de manifestaciones funcionales u orgánicas son frecuentes en los ámbitos cutáneo, digestivo, respiratorio, genitourinario o neuropsíquico.

Manifestaciones cutáneas

Son muy diversas ya que la piel siempre está implicada en los individuos psóricos. La piel:

- está seca, sujeta a un prurito persistente, incluso sin dermatosis caracterizada, soporta mal los lavados (*Sulfur*, *Psorinum*), el contacto con la lana y las fibras sintéticas;
- o presenta todo tipo de dermatosis, de naturaleza metabólica, alérgica o infecciosa, tenaces, repetitivas y pruriginosas: eccema, psoriasis, etc.;
- está sujeta a parasitosis mal toleradas.

Otras manifestaciones

Las manifestaciones cutáneas *alterarán* con diversos trastornos.

- Trastornos digestivos
Del tipo intolerancia o sobrecarga alimentaria, reagrupan:
 - dispepsia banal o de tipo discinésico biliar;
 - enteritis o colitis funcionales;
 - anorrectitis, más o menos complicada con hemorroides.
- Trastornos respiratorios
Son del tipo hipersensible: alergia nasal o bronquial, asma, rinitis alérgica, edema de Quincke, etc.
- Trastornos genitourinarios
Se manifiestan con inflamaciones de carácter mixto, infeccioso, alérgico y metabólico:
 - leucorreas irritantes y pruriginosas, más o menos sobreinfectadas que a veces implican parasitosis;
 - cistitis amicrobianas, psicógenas o de origen micótico, parasitario o metabólico con presencia en la orina de uratos, oxalatos, etc.
- Manifestaciones psíquicas
Son del tipo depresivo y que aparecen normalmente en la fase centrípeta.

Metástasis

Son los *efectos perjudiciales de la supresión de una manifestación mórbida* cuando no existe, al mismo tiempo, una mejoría de las eliminaciones naturales, intestinales o renales: *es la psora contenida*.

La psora contenida se caracteriza por la aparición de síntomas internos profundos tras la supresión, accidental o voluntaria, por un medicamento de acción local (incluso homeopático para determinados homeópatas) de una manifestación psórica tal como eccema, sobre todo, pero también leucorrea, úlcera, fístula supurante, hemorroides, etc. cuya desaparición viene seguida de una afección de carácter más orgánico como úlcera gastrointestinal, hipertensión o angor, depresión, etc.

El fenómeno de metástasis es ineludible, incluso aunque normalmente se trate de manifestaciones sucesivas de la misma enfermedad, especialmente de la atopia o alergia constitucional

e incluso pese a que los ejemplos proporcionados por Hahnemann no sean demasiado convincentes. Actualmente, lo encontramos de manera significativa en nuestros enfermos.

DIAGNÓSTICO DE LA FORMA PSÓRICA DOMINANTE

Será planteado sobre un conjunto semiológico que comprenda al menos tres signos característicos, a ser posible de naturaleza diferente, como por ejemplo un signo etiológico, que falta raramente, como el sedentarismo o una higiene defectuosa y dos signos característicos, como por ejemplo una lesión cutánea pruriginosa y un antecedente familiar de atopia.

Como la forma psórica es constitucional, la investigación de los signos característicos no debe limitarse a los signos actuales y a los antecedentes personales sino que debe englobar también los antecedentes hereditarios y familiares, así, podemos encontrarnos con una familia que come mucho en la cual hallaremos individuos con eccema, migrañas, asma, alergias, gota, arteriosclerosis, aumento de peso en favor de una forma psórica dominante y sabremos extraer las consecuencias higiénico-dietéticas preventivas y curativas.

LA SICOSIS O DIATESIS REACCIONAL SICÓTICA

La sicosis es un potencial reaccional general evolutivo que se expresa mediante la intervención de una forma reaccional general específica, es decir, la forma reaccional sicótica, caracterizada por la disminución de la velocidad de los intercambios, la retención hídrica y la tendencia al desarrollo de verrugas y de tumores benignos. Interviene mediante factores etiológicos circunstanciales.

La sicosis es un potencial reaccional constitucional de manera que el niño puede nacer ya sicótico.

LA FORMA REACCIONAL SICÓTICA

Es una forma reaccional general caracterizada por una sensibilización a la humedad en todas sus formas y una sensibilidad a los ataques microbianos o tóxicos que determinan inflamaciones crónicas que pueden ser:

- infecciones crónicas de las mucosas rinofaríngeas, respiratorias, digestivas o genitourinarias a su vez tórpidas, lentas con supuraciones espesas de color amarillo verdoso;
- dolores (tirones) periarticulares:
 - que se agravan con el reposo, el inicio del movimiento y la humedad;
 - que mejoran con el movimiento continuado;
- manifestaciones cutáneas en forma de:
 - erupciones normalmente vesiculares y con crosta;

- tumores benignos: verrugas, condilomas;
- sudores, grasas, viscosidades, localizados en los pliegues.

La evolución se dirige hacia la esclerosis, denominada sicosis seca, con inversión de la modalidad princeps que se convierte en una mejoría paradójica con la humedad.

INTERPRETACIÓN PERSONAL

Podemos interpretar la forma reaccional sicótica como una forma reaccional patológica que interviene debido a agresiones de naturaleza muy diversa. La predominancia de esta forma supone una fragilidad, innata o adquirida, del sistema inmunitario que no resiste las agresiones del tipo sicótico.

El sicótico no sólo no se inmuniza, sino que también se sensibiliza a los gérmenes y a los virus, de ahí las infecciones de repetición. De la misma manera se sensibiliza a los tóxicos contaminantes del ambiente, manteniendo pneumopatías o dermatitis de contacto.

El sicótico no sólo presenta un equilibrio inmunitario frágil sino que se sensibiliza a las variaciones de la higrometría ambiente, de ahí sus dolores periarticulares modulados por la humedad.

Al revés de la forma reaccional psórica, que parece ser de alguna manera la forma de defensa normal del organismo, la forma reaccional sicótica es patológica. En nuestra opinión, su intervención revela errores más profundos de sus organizadores lo cual implica una fragilidad, innata o adquirida, de las células conjuntivas tanto en sus funciones inmunitarias como en sus funciones de intercambio hídrico con el medio.

En conclusión, la forma sicótica es fácil de diagnosticar, aunque es una forma reaccional secundaria, a la cual las condiciones sociales y médicas actuales han proporcionado una vía de expansión considerable.

Cuando se haya podido regular esta forma reaccional mediante medicamentos sicóticos —identificada por una defensa de peor calidad, tanto innata como adquirida debido a la violencia, la repetición o la persistencia de agresiones a menudo ambientales o iatrógenas— será necesario encontrar y tratar la forma reaccional dominante subyacente, tuberculínica y/o psórica. Es la única forma de obtener una curación o una mejoría duradera del enfermo.

FACTORES ETIOLÓGICOS CIRCUNSTANCIALES

Factores que afectan las funciones de defensa

Numerosos factores sicóticos alteran las funciones de defensa, ya sea por *agresiones directas* debido a vacunaciones, la corticoterapia masiva o prolongada, ya sea por *agresiones indirectas* debidas a una antibioterapia inadecuada o por infecciones pro-

longadas, tórpidas, tenaces, descuidadas o rebeldes que pueden ser debidas a:

- la naturaleza del agente infeccioso: paludismo, amebiasis, infecciones por colibacilos, salmonelas o micosis;
- la formación de reservorios microbianos, debido a la configuración anfractuosa de las mucosas, que se vuelven de nuevo virulentos al cesar el tratamiento; es por esta razón que encontramos tan a menudo hoy en día reacciones sicóticas en las afecciones de la rinofaringe y en las vías genitourinarias y mucho menos en las afecciones digestivas, especialmente intestinales (colitis, diverticulitis, etc.).

Factores que afectan el metabolismo del agua

Las funciones reguladoras del metabolismo del agua se ven alteradas por un cierto número de factores sicóticos:

- *agresiones tóxicas* que pueden ser:
 - accidentales: óxido de carbono, mordeduras venenosas,
 - medicamentosas, sobre todo de tratamientos largos: corticoides, hormonas, diuréticos, medicamentos neuropsíquicos, etc.,
 - colectivas: contaminación atmosférica, tasas de higrometría, calefacción central, aire acondicionado;
- *desequilibrios hormonales*, naturales, de la pubertad a la menopausia, sin olvidar la hiperfolliculina o yatrógenos, prótesis químicas postoperatorias o terapéutica hormonal, como los anticonceptivos;
- *traumatismos*: shocks traumáticos cerebro-medulares (*Natrum sulfuricum*, *Hipericum*), shocks psicológicos —emocivos, afectivos— o su tratamiento mediante medicamentos psicotropos;
- *humedad* del clima o del hábitat —y la lista no es limitante— sufrida de manera prolongada.

Además, los mismos factores pueden intervenir en varias funciones, como los corticoides que actúan a la vez sobre la inmunidad y sobre el metabolismo del agua.

EL INDIVIDUO SICÓTICO

Se define por su tipo sensible, sus modalidades y sus antecedentes.

Tipo sensible sicótico

Se caracteriza por:

- una tendencia depresiva con ideas obsesivas, normalmente moduladas por las variaciones de la humedad ambiental, tipo *Thuya*;
- una retención hídrica, con aumento de peso, infiltración en los tejidos y celulitis dolorosa al tacto, tipo *Natrum sulfuricum*;

- una palidez macilenta, sin anemia verdadera, con trastornos de las faneras, sudores en los pliegues de naturaleza grasienta, viscosa y fétida, tipo *Kalium carbonicum*.

Modalidades

Tres modalidades son especialmente características:

- agravación general con la humedad y el reposo (a veces a la inversa);
- mejoría general con el movimiento lento continuado;
- mejora habitual con la sequedad (a veces a la inversa).

Antecedentes

Indican:

- predisposiciones mórbidas diversas pero caracterizadas por su lentitud y su cronicidad: infecciones de desarrollo lento, tórpidas, afecciones degenerativas periarticulares;
- factores etiológicos sicóticos ya enumerados más arriba;

La forma sicótica interviene selectivamente en los brevifneos metidos en carnes denominados carbónicos, pero no es exclusiva de ellos.

MANIFESTACIONES SICÓTICAS

Infecciosas

Son de desarrollo lento, repetitivas, evolucionando hacia la cronicidad y afectando sobre todo a las mucosas rinofaríngeas y urogenitales, especialmente cuando se trata de infecciones mixtas que implican una sensibilidad —de tipo alérgico con mediación celular, microbiana o tóxica— a un germen, a un virus o a un contaminante químico, sensibilidad que a menudo se desencadena por uno de los numerosos factores etiológicos sicóticos tales como una vacunación, una antibioterapia inadecuada, etc.

Las infecciones de las mucosas se forman normalmente según la forma sicótica, así, todas las rinofaringitis repetitivas de los niños, a menudo desencadenadas por una vacunación inoportuna, sobre todo por vacunas obsoletas de virus vivos aunque también por el BCG o el ROR. Habitualmente estos últimos desencadenan en mayor medida reacciones tuberculínicas pero estas infecciones mantenidas por antibioterapias inoportunas, aplicadas normalmente a ciegos, pueden inducir una forma sicótica. Es por esta razón que muchas veces es necesario empezar por regular la forma sicótica, la última en intervenir.

Normalmente se trata de infecciones mixtas, indicadores de una sensibilización microbiana, viral o tóxica. Pueden ser:

- yatrógenas;
- infecciosas, relacionadas en particular con la contaminación atmosférica y favorecidas por las nieblas urbanas;
- u otras: alimentarias, de contacto, etc.

Osteoarticulares

Las manifestaciones osteoarticulares pueden ser subagudas, repetitivas y/o crónicas, de tipo artrósico, especialmente las afecciones periarticulares de los ligamentos, tendones, etc. en las que las variaciones higrométricas son sentidas dolorosamente por los individuos sicóticos hidrogenoides. Así, encontramos dolores (tirones) que se agravan con la humedad en todas sus formas y por el reposo y que mejoran con el movimiento continuado y el tiempo seco.

Tanto si se trata de una afección de los tendones, de los ligamentos o de las aponeurosis, el sicótico se levanta por la mañana dolorosamente anquilosado, sobre todo en los cambios de tiempo. Necesita estirarse con algunos ejercicios que lo mejoran pero el dolor vuelve con el cansancio. Los sicóticos son buenos clientes de los fisioterapeutas y los acupuntadores debido a su frecuentes afecciones discales, cervicales, dorsales o lumbares, a menudo más o menos complicadas con neuralgias.

Tumorales

Se presentan en forma de tumores benignos, normalmente asociados a trastornos característicos de la sudoración y de las faneras del sicótico tales como tumores benignos, verrugas, planas o con relieve, condilomas, quistes o uñas agrietadas de *Thuja*. La piel no presenta un aspecto sano, se encuentra infiltrada de celulitis y transpira con facilidad, especialmente en los pliegues del rostro, del vientre y de los órganos genitales con una sudoración grasa, viscosa, fétida e irritante.

DIAGNÓSTICO DE LA FORMA SICÓTICA DOMINANTE

El diagnóstico de la forma sicótica dominante será planteado sobre un conjunto semiológico significativo de al menos tres signos, por ejemplo, un signo etiológico y al menos dos signos generales.

EL TUBERCULINISMO O DIATESIS REACCIONAL TUBERCULÍNICA

El *tuberculinismo* es un potencial reaccional general evolutivo que se expresa con la intervención de una forma reaccional general específica, el modo tuberculínico, caracterizado por una aceleración del catabolismo celular que provoca destrucciones tisulares y una afección del estado general denominada impropriamente "desmineralización". Interviene debido a factores etiológicos circunstanciales.

LA FORMA REACCIONAL TUBERCULÍNICA

Es una forma reaccional general caracterizada por una hipersensibilidad reaccional que evoluciona de la inestabilidad a la fijación, de la variabilidad de síntomas a una alteración del estado general que recuerda un trastorno mayor de la asimilación. El procedimiento de la forma tuberculínica se manifiesta, en primer lugar, con secreciones sucesivas, lábiles y variadas sobre un determinado aparato, antes de fijarse sobre uno de ellos y de desarrollar su reacción específica denominada "desmineralización". Por esta razón, según el estadio evolutivo podemos definir tres fases:

- La *fase inicial* marcada por una inestabilidad reaccional neurovegetativa y humoral de expresión tanto digestiva -intolerancias alimentarias, crisis denominadas "de hígado" con náuseas, vómitos, migrañas, enteritis- como circulatoria -palpitaciones, malestar-, térmica -crisis febriles inexplicables, inestabilidad térmica- o genital -dismenorrea funcional, irregularidad de las reglas, etc. Esta hiperlabilidad neurovegetativa constitucional es el principio de un signo característico del tuberculinismo, la variabilidad de los síntomas físicos y comportamentales bien diferente de la alternancia psórica.
- La *fase de inflamación* de las mucosas y de las capas serosas indica inflamaciones tuberculínicas febriles o subfebriles, repetitivas, persistentes con supuraciones poco irritantes pero lentas que afectan a la zona rinofaríngea, pulmonar o genitourinaria.
- La *fase de "desmineralización"* se caracteriza por un conjunto semiológico más o menos completo que asocia un adelgazamiento con conservación del apetito, deshidratación, estreñimiento, astenia, trastornos de las faneras y que indica un estado que recuerda un desorden mayor de la asimilación.

Evolución de la forma tuberculínica

Al igual que la forma reaccional psicótica, la forma reaccional tuberculínica es una forma reaccional patológica; pero, mientras que la primera interviene selectivamente en el biotipo brevilíneo u ocasionalmente en cualquier otro biotipo, la segunda interviene selectivamente en el biotipo longilíneo de hiperlabilidad nervioso, denominado también fosfórico, sulfúrico delgado o fosfofluórico, que puede aparecer incluso en un período de crecimiento o de transformación como la pubertad.

Por ejemplo, un lactante *Calcarea carbonica* puede convertirse en un niño *Calcarea phosphorica* tras una rubeola, factor etiocircunstancial tuberculínico, o en un *Natrum muriaticum*, un *Phosphorus* o un *Silicea* tras una vacunación con BCG o incluso una niña *Pulsatilla* en la pubertad para fijarse en *Sepia* después de un embarazo. La forma tuberculínica representa un po-

reaccional reaccional general evolutivo, que se muestra o se agrava por factores etiológicos circunstanciales variados, definido por un conjunto semiológico homeopático y que sobreviene normalmente en un biotipo particular: el longilíneo de hiperlabilidad neurovegetativa.

INTERPRETACIÓN PERSONAL

En nuestra opinión, la forma reaccional tuberculínica se caracteriza por una predominancia del catabolismo celular y al mismo tiempo por una inestabilidad reaccional de sus sistemas reguladores. Estos últimos se aceleran demasiado fácilmente determinando primero una inestabilidad reaccional que provoca la intervención sucesiva de diferentes aparatos y después la forma reaccional se fija en uno de los aparatos afectados donde va a desarrollarse su acción selectiva de destrucción celular cuyos productos de desecho colmarán los sistemas venoso y linfático lo cual, a su vez, llevará a una desasimilación, calificada de "desmineralización", término inapropiado para designar una alteración particular del estado general caracterizada por adelgazamiento y astenia acompañados de sequedad de las mucosas y de afecciones de las faneras y de las uñas, con caries dental frecuente, precoz y evolutiva.

Al igual que el sicótico, el tuberculínico parece no inmunizarse nunca sino todo lo contrario, se sensibiliza a los gérmenes y a los virus por una alteración, sin duda constitucional, de sus mecanismos inmunitarios de mediación celular, al igual que su modelo, el tuberculoso cuando se encuentra frente al BK, de ahí su tendencia a las infecciones de repetición.

FACTORES ETIOLÓGICOS CIRCUNSTANCIALES

Como para el resto de diátesis, la forma reaccional tuberculínica es un potencial reaccional general constitucional cuyos factores etiológicos circunstanciales son, ante todo, los factores de aceleración de los catabolismos, los factores higiénico-dietéticos y los factores psicológicos.

Factores de aceleración del catabolismo

Todo factor patógeno que acelera los metabolismos y el catabolismo celular puede hacer intervenir la forma tuberculínica y revelar un biotipo longilíneo de hiperlabilidad neurovegetativa todavía potencial, por ejemplo:

- una contaminación tuberculosa, directa o indirecta: viraje de cutirreacción, vacunación con BCG o el contacto con un alérgeno tuberculínico como las tuberculino-reacciones repetidas;

- las enfermedades consideradas "debilitantes" como la rubeola, la tosferina y también la hepatitis viral o mononucleosis infecciosa, sobre todo con afección hepática o seguidas de procesos de crecimiento;
- y además toda agresión al sistema de defensa, por ejemplo, vacunas repetidas o antibióterapias repetitivas, puesto que estos factores no son exclusivamente sicóticos, sino más bien reveladores de la dominante diatésica individual.

Factores higiénico-dietéticos

Los errores higiénico-dietéticos son numerosos y diversos:

- regímenes carenciales para mantener la "línea", sobre todo si se asocian a extractos tiroideos y anorexígenos: regímenes vegetarianos o vegetarianos mal equilibrados; exceso de pan de salvado, introducido para combatir el estreñimiento pero que absorbe el calcio y facilita la desmineralización y la espasmofilia; exceso de fruta o de zumo de frutas ácido o de yogures bajo el pretexto de aportes vitamínicos o cálcicos;
- factores de congestión venosa: sedentarismo, posición de pie prolongada, calzado, calefacción en el suelo, aire acondicionado.

Factores psicológicos

Presentan un doble aspecto:

- shocks afectivos que revelan la hipersensibilidad constitucional con inestabilidad afectiva, desde la versatilidad de *Pulsatilla* hasta la ciclomanía de *Ignatia* o la inestabilidad de *Phosphorus* aunque también puede evolucionar hacia la crisis de adolescencia o anorexia mental de *Natrum muriaticum*;
- una sobrecarga intelectual que revela la fatigabilidad psíquica de *Calcarea phosphorica*, *Kalium phosphoricum* o *Natrum muriaticum* o incluso la indiferencia neurasténica de *Phosphoricum acidum*.

EL INDIVIDUO TUBERCULÍNICO

Se define por su tipo sensible, sus modalidades y sus antecedentes.

Tipo sensible tuberculínico

Se caracteriza por:

- una hiperlabilidad neurovegetativa, con astenia y fatigabilidad;
- una sensibilidad al frío con intolerancia a la falta de aire tipo *Pulsatilla*;
- una inestabilidad térmica y circulatoria:
 - accesos febriles inexplicables (*Ferrum phosphoricum*),

- alternancias de palidez y enrojecimiento (*Ferrum metallicum*),
- congestión venosa periférica (*Pulsatilla*),
- epistaxis (*Phosphorus*),
- mala reacción frente al calor o el frío (*Natrum muriaticum*, *Pulsatilla*, *Silicea*).

No olvidemos que el tuberculínico es *joven*, es decir, niño, adolescente o adulto joven, de biotipo longilíneo, denominado fosfórico, sulfúrico o fosfluórico pero sin exclusividad puesto que la forma tuberculínica puede intervenir en cualquier biotipo si los factores etiológicos tuberculínicos son potentes, por ejemplo, ante el virus de la hepatitis.

Modalidades

Existen tres modalidades características:

- agravación del estado general por las eliminaciones;
- agravación del estado general en el mar;
- agravación del estado general en la montaña.

Antecedentes

Revelan manifestaciones tuberculínicas y/o de los factores etiológicos tuberculínicos tales como:

- enfermedades debilitadoras: tuberculosis, rubeola, tosferina, gripe maligna, mononucleosis, hepatitis viral, enteritis, etc.;
- vacunaciones múltiples sobre todo de virus vivos: BCG, ROR, Rouvax, DT Coq;
- regímenes carenciales;
- factores de congestión venosa y falta de aire;
- predisposiciones mórbidas: raquitismo, retraso del crecimiento, multimortalidad infantil, amenorreas primarias, esterilidad;
- fragilidad psíquica: desde la pequeña neurosis a la anorexia mental o la psicosis maniaco-depresiva.

MANIFESTACIONES TUBERCULÍNICAS

Son:

- la hiperlabilidad neurovegetativa;
- la congestión venosa periférica;
- las crisis febriles "sine materia";
- las eliminaciones tuberculínicas, tanto si trata de:
 - trastornos digestivos crónicos o repetitivos: diarreas, alternancia estreñimiento/diarrea, intolerancia a las grasas, crisis de "hígado", etc.;
 - o inflamaciones repetitivas de las mucosas y/o de las serosas;

estas crisis de eliminaciones tuberculínicas son muy diferentes de las eliminaciones de suplencia del psórico ya que no

aportan ninguna mejoría y no alternan sus manifestaciones sobre diferentes aparatos, sino que actúan selectivamente sobre un determinado aparato antes de fijarse sobre uno de ellos, más o menos rápidamente en función de la evolución;

- la "desmineralización" que lleva a cabo conduce a un cuadro de trastornos mayores de la asimilación y recuerda un estado de consunción.

EL LUTISMO O DIATESIS REACCIONAL LÚTICA

Si bien la diátesis lútica desaparece de determinadas obras de medicina homeopática, no es sin embargo inútil hablar de ella puesto que, sea cual sea la interpretación que se le pueda dar, los lúuticos existen y los vemos cada día en nuestras consultas.

¿Cómo se puede definir el luterismo? Digamos primero que el término "lúes", con sus derivados, es un eufemismo habitualmente empleado en lugar de sífilis. Con el nombre de luterismo o diátesis reaccional lútica, se describe en realidad el biotipo distrófico denominado fluórico en su triple expresión:

- morfología que permite reconocerlo al margen de toda enfermedad;
- patología que permite conocer sus predisposiciones mórbidas;
- reaccional que indica una forma reaccional general específica: la forma reaccional lútica propiamente dicha.

EL BIOTIPO FLUÓRICO

Es un biotipo anormal, un biotipo normolíneo, breviliño o longilíneo que presenta anomalías de desarrollo y de funcionamiento de diversos tejidos y órganos que inciden sobre la organización de diferentes órganos y tejidos, es decir, aquellos que pueden presentar carencias, estar mal desarrollados, mal formados o incompletos pero de forma asimétrica y que conducen a:

- una asimetría general, el tipo "al biés";
- numerosas malformaciones asimétricas que afectan particularmente los sistemas óseo, osteoarticular y dental, pero que pueden incidir también sobre otros sistemas; se caracterizan por las lagunas de desarrollo, las irregularidades y una asimetría y una elastopatía con hiperlaxitud ligamentosa;
- un comportamiento psicoafectivo inestable e imprevisible y predisposiciones mórbidas neuropsíquicas.

Origen

El biotipo fluórico se describe en base a varias fuentes:

- Las anomalías son atribuidas tradicionalmente a la sífilis directa, congénita o hereditaria pero actualmente sabemos que la mayoría no son imputables a la sífilis —que no es hereditaria sino congénita— sino que están relacionadas muy probablemente con particularidades genéticas, transmitidas o adquiridas, de origen desconocido.
- También se imputa la patología fluórica (carencia e intoxicación) y la toxicología de las sales de metales pesados como el mercurio, el oro, el plomo o el bario. Actualmente se piensa que muchos de los signos tradicionalmente atribuidos a la sífilis secundaria y terciaria eran en realidad debidos a una intoxicación terapéutica debida al mercurio. ¿Es posible que el mercurio modificara el genoma? Durante siglos, no se ha escatimado el uso del mercurio en el tratamiento de la sífilis, verdadera o supuesta lo cual hace comprensible por qué *Mercurius* era, para Hahnemann, el medicamento de base y casi el único medicamento de su enfermedad crónica miasmática sifilítica.

Potencial mórbido y reaccional

Malformaciones orgánicas y dismetabolismos fundamentales del fluórico se imbrican para condicionar un potencial mórbido y reaccional particular:

- un potencial mórbido con predisposiciones mórbidas a las patologías:
 - neuropsíquicas: psicosis, demencias, retrasos;
 - cardiovasculares, especialmente arteriales: arteritis, aortitis, hipertensión, esclerosis arterial, aneurisma, aunque también venosas (ectasias);
 - inflamaciones subagudas y crónicas que afectan al sistema locomotor, los huesos, la piel, las mucosas y las glándulas con tendencia hipertrófica, ulcerosa o esclerótica;
- un potencial reaccional o lo que es lo mismo, la diátesis reaccional denominada "luética" por analogía semiológica con la enfermedad modelo del luético, la sífilis y que se expresa por la forma reaccional luética caracterizada por:
 - su tendencia a fijar los factores patógenos debido a la desvitalización lenta de los tejidos afectados;
 - un comportamiento específico caracterizado por una anarquía reaccional, de lo cual se deriva un comportamiento imprevisible, una agitación característica y una hipersensibilidad al mar y a la noche.

LA FORMA REACCIONAL LUÉTICA

Es muy particular porque está relacionada selectivamente con el biotipo anormal *fluórico* lo cual la distingue fundamentalmente de las otras formas reaccionales diatésicas. Las formas psórica y sicótica no están relacionadas con biotipos exclusivos y,

pese a que la forma tuberculínica está relacionada con un biotipo selectivo —el longilíneo de hiperlabilidad neurovegetativa—, no se trata de un biotipo anormal sino que es, como el brevillíneo, una variante del biotipo normal. Por el contrario, la forma luética parece indisociable de un biotipo anormal.

Enfermedad modelo: la sífilis

No se puede comprender la forma reaccional luética sin estudiar la fisiopatología de su enfermedad modelo: la sífilis.

En efecto, sabemos que el *treponema* provoca una especie de septicemia y que la sífilis se encuentra generalizada antes de la aparición del chancro, que es una localización secundaria, tal y como lo vio Hahnemann cuya interpretación era de una manifestación de defensa que se debía respetar.

El chancro es, de hecho, el resultado de una microtrombosis, un microinfarto que evoluciona hacia la ulceración y la cicatrización. Las manifestaciones de la sífilis secundaria y terciaria son la resultante de la reorganización de los diferentes tejidos alrededor de las microtrombosis que evolucionan muy lentamente:

- en los tejidos y los órganos, por hipertrofia reaccional con fistulación secundaria que acaba en una esclerosis;
- en el sistema cardiovascular por desorganización de las paredes vasculares, mal o no irrigadas en absoluto por los vasos obstruidos lo cual conduce a desvitalizaciones, trombosis, dilataciones y esclerosis vascular.

La forma luética

De la misma manera, la forma luética indica, por una anarquía reaccional, las lagunas funcionales de su terreno distrófico que revelará o agravará su tendencia general a reaccionar frente a factores patógenos, exógenos o endógenos que parece incapaz de destruir o eliminar.

La forma reaccional luética está relacionada con su forma patógena y se caracteriza:

- por una parte, por predisposiciones mórbidas de toda una patología neuropsíquica, osteoarticular y cardiovascular.
- por otra, por una predisposición reaccional a la *anarquía* que convierte su comportamiento en imprevisible en los campos:
 - neuropsíquico, dominado por la agitación, la inestabilidad y la anarquía lo cual provoca una inadaptación familiar y social;
 - ambiental, marcado por su agravación nocturna, su agravación en el mar y su mejoría en la montaña.

Es evidente que el comportamiento del luético será un poco diferente según se trate de una distrofia longilínea o brevilínea, de un tuberculínuético o de un psorolúético.

INTERPRETACIÓN PERSONAL

La forma reaccional es una forma reaccional original puesta en juego selectivamente por determinados factores patógenos —infecciosos, tóxicos o metabólicos— que el organismo parece no poder eliminar o metabolizar correctamente. Diseminados por vía sanguínea, constituyen otras tantas microembolias de manera que los tejidos, privados de la circulación, evolucionan como infartos localizados que acaban:

- en la ulceración superficial, a nivel de la piel y de las mucosas, que cicatriza en una ulceración más profunda que puede acabar en una cicatrización secundaria de mala calidad o bien en una transformación viscosa que puede fistulizar;
- o en microlagunas diseminadas que conducen a desvitalizaciones lentas de los tejidos afectados, selectivamente los tejidos nerviosos, vasculares y elásticos cuyos constituyentes y funciones se ven alterados;

De estas lesiones se derivan las principales afecciones características del fluórico:

- las afecciones patológicas de las fibras elásticas en todos los tejidos y especialmente en los tejidos osteoarticulares, cardiovasculares y nerviosos;
- el comportamiento psicoafectivo inestable e imprevisible.

En la sífilis, todo ocurre como si el organismo, incapaz de destruir el treponema, lo aislara mediante una viscosidad inflamatoria produciendo lagunas funcionales en los tejidos y órganos afectados, especialmente los de los sistemas cardiovascular y nervioso, provocando un patología cardiovascular y neuropsíquica y el comportamiento anárquico del sifilítico.

Además, en el luético, el organismo es incapaz de destruir determinados factores patógenos diseminados, tanto si se trata de factores exógenos (infecciosos o tóxicos) como endógenos (metabólicos) y parece contentarse con fijarlos en una zona determinada a fin de limitar los daños.

Esta interpretación, probablemente aventurada, que sugiere una obstrucción arterial puntual aunque generalizada, presenta al menos el mérito de explicar de forma comprensible cómo y por qué esta forma reaccional interviene en las patologías cardiovasculares. Parece que su papel es el de paliar la incapacidad del organismo para metabolizar determinados metabolitos y posiblemente determinados tóxicos como el mercurio, el plomo, etc.

Pese a que la forma luética, como la forma tuberculínica, acaba en una pérdida de sustancia, el mecanismo causante es diferente: en el tuberculínico, se debe a un aumento de las destrucciones celulares y la "desasimilación" mientras que en el luético, se trata de una obstrucción arterial, desvitalización de los tejidos y modificación secundaria que acaba en:

- la aparición de lagunas funcionales;
- ulceraciones superficiales;

- secreciones que evolucionan hacia la ulceración, la fistulización y secundariamente a la esclerosis con cicatrices;
- el ateroma, la obstrucción de los vasa vasorum que acaba en angor e infarto.

En nuestra opinión, es aquí donde se encuentra la explicación de su patología y de su comportamiento anárquico. El luético se parece mucho, por algunos de sus comportamientos y sus modalidades, al tuberculínico y, como no se puede atribuir al distrófico un origen sifilítico, la tentación de abandonar esta forma reaccional diarética es muy grande.

De hecho, los dos procesos pueden asociarse puesto que el fluórico es siempre un biotipo mixto, una desviación de un normolíneo, de un breviliño... o de un longiliño y las dos formas reaccionales pueden combinarse entre sí. Sin contar que un biotipo luético agrava los riesgos arteriales de un psórico.

No obstante, no todas las deficiencias de organización determinan un terreno distrófico fluórico sino que podrían simplemente condicionar un desorden metabólico mejor responsable de una enfermedad de terreno, de una diátesis mórbida tipo gota, atopia o de un idiosincrasia del tipo de una intolerancia a un alimento en particular cuya resonancia morfológica sería nula o secundaria, o incluso de una diátesis reaccional como por ejemplo la psora o la sicosis, no relacionadas directamente con un biotipo.

Por el contrario, lo que caracteriza el terreno distrófico es la asociación de dimorfismos y dismetabolismos. No obstante, el descubrimiento de un terreno distrófico no es más que una comprobación. Es necesario procurar no conceder demasiada importancia al valor pronóstico ni a la significación genética.

FACTORES ETIOLÓGICOS CIRCUNSTANCIALES

Lo que interesa al homeópata es la etiología circunstancial, es decir, los factores existenciales puesto que bajo su influencia se construirá y desarrollará el potencial mórbido y reaccional del biotipo fluórico.

Unos son específicos, resonadores selectivos del terreno distrófico atribuido a su poder patógeno: el distrófico es sensible a la sífilis, a los virus, al alcohol, a los tóxicos, etc. que acelerarán o revelarán su expresión morfológica, mórbida o reaccional.

Otros son inespecíficos, son factores ocasionales como errores higiénico-dietéticos, infecciones simples, traumatismos físicos o psíquicos que también pueden acentuar un biotipo, una patología fluórica o una forma reaccional luética, sobre todo cuando intervienen en un momento crítico del crecimiento o de la evolución.

Los biotipos suelen ser mixtos y, tanto si se trata de un normolíneo como de un breviliño o de un longiliño, la distrofia fluórica no es siempre dominante. El concepto de especificidad de los factores etiológicos reveladores es, por lo tanto, todo relativo.

EL INDIVIDUO LUÉTICO

Toda anomalía somática o psíquica que demuestre una deficiencia o un error de organización, genético o adquirido, puede ser considerada como un argumento a favor de una forma reaccional luética dominante, con la condición de que se acompañe de asimetría, hiperlaxitud ligamentosa y de un comportamiento anárquico característico.

El individuo luético se reconoce por su morfología—el biotipo fluórico— su comportamiento psicoafectivo, sus antecedentes, sus modalidades y su patología.

Morfología

Es la del *biotipo fluórico*, que se reconoce por:

- una asimetría general, el tipo “al biés”: asimetría facial, asimetría de los miembros, etc.
- todo tipo de malformaciones con asimetría y elastopatía:
- anomalías óseas y osteoarticulares: genu valgum, pies planos, deformaciones de las tibias “en hoja de sable”, nariz “doble”, elastopatías diversas tales como dislocaciones espontáneas (por ejemplo de un pulgar), hiperlaxitud ligamentosa (brazo y antebrazo formando un ángulo obruído);
- anomalías dentales: microdoncia, dientes acanalados, prognatismo, irregularidades en el esmalte, en la implantación, déficit dental (incisivos), tubérculos de los molares, paladar ojival, etc.;
- todo tipo de anomalías asociadas, morfológicas, orgánicas o funcionales unilaterales: sordera unilateral, ojos de color diferente, sindactilia, etc.
- sensibilidad dolorosa de los huesos a la percusión, especialmente del esternón y de la tibia, a distinguir de la sensibilidad celulítica pretibial del sicótico.

Muchos individuos presentan algunos signos de la biotipología fluórica sin ser por ello biotipos anormales, son simplemente personalidades originales y no tienen por qué derivar a la patología fluórica. Además, un *fluórico* puede ser desequilibrado en su tipo, puesto que un biotipo anormal no tiene por qué ser un biotipo patológico, quizá estará más predispuesto que otro en determinados puntos, por ejemplo las enfermedades cardiovasculares, pero también está mejor equipado que otros contra determinadas patologías como por ejemplo la tuberculosis.

Comportamiento psicoafectivo

Refleja la relativa desorganización de las funciones mentales del fluórico que pueden ser resumidas en la palabra *anarquía reaccional* con precocidad, retraso o disociación de la inteligencia—pruebas “en tela de araña” con lagunas funcionales, deficiencia

de una función intelectual contrastada con otra sobresaliente—es el lado “genial” del luético, por ejemplo, gran imaginación creadora contrastada con una ineptitud para las matemáticas o bien comportamientos opuestos como por ejemplo precipitación o lentitud anormales, a veces sucesivas como en *Mercurius*.

Sin embargo, el luético no aprovecha sus dones debido a que no es capaz de establecer juicios correctos por diversas razones:

- errores en el cálculo del tiempo cronológico, sobre o subestimado, de ahí su precipitación o lentitud, siempre demasiado pronto o demasiado tarde;
- errores en la capacidad intelectual, afectiva o moral.

De ello se deriva el desequilibrio nervioso del fluórico caracterizado por:

- la inestabilidad: es incapaz de llevar a cabo una actividad de manera regular, de doblegarse ante una vida regular, ante una disciplina. El desorden vive en él y alrededor de él, vive a contratiempo, es incapaz de encontrar la justa medida de las cosas; la sobreactividad contrasta con períodos de absoluta inactividad; resiste los ejercicios físicos violentos (*Fluoricum acidum* y también *Sepia*) o la falta de sueño (*Lachesis*) pero son esfuerzos sin futuro e ineficaces;
- una agitación particular tanto nocturna con insomnio y miedo a la noche, como diurna, en cuyo caso se ve reflejada especialmente en las manos, con necesidad de toquetear, manosear, manipular, frotar o desplazar los objetos, manía que se encuentra en *Medorrhinum* y *Kalium bromatum* y que no es característica estrictamente del luético;
- presencia de fobias: miedo a la noche (el tuberculínico tiene miedo de lo negro), miedo al contagio de enfermedades unido a la necesidad de lavarse las manos continuamente (síndrome de Poncio Pilatos);
- tendencias perversas y asociales: trato cruel con los animales, hace daño expresamente, perversiones sexuales, sadismo, impudor, impulsiones violentas; alcohol y drogas.

Antecedentes

- Son de orden personal o familiar.

Personales

Comportan:

- convulsiones antes del sexto mes, insomnio de la infancia;
- niño que vomita mucho, acetonemia, rinofaringitis subagudas y crónicas con hipertrofia del tejido de las amígdalas y adenopatías duras e indolentes;
- dolores de crecimiento, dolores profundos, osteócopos, exostosis dolorosas, especialmente de la tibia;
- supuraciones, fistulas, úlceras, tendencia a los queloides.

Familiares

Comportan:

- terreno distrófico familiar, en los ascendentes y los colaterales; muchos individuos afectados por malformaciones con elastopatía; hermanos muy diferentes tanto en altura como en morfología;
- frecuencia de enfermedades neurológicas, psíquicas y vasculares: epilepsia, demencias, psicosis, neurosis, arteritis, hipertensión, aneurismas, etc.;
- intoxicaciones, irradiaciones o infecciones, especialmente urogenitales o generales, durante el embarazo.

Modalidades

Existen tres modalidades características:

- agravación nocturna;
- agravación en la orilla del mar (cf. tuberculínico);
- mejoría en la montaña (cf. tuberculínico).

MANIFESTACIONES LUÉTICAS

Patología neuropsíquica

Oscila entre la más ligera afección hasta la más profunda:

- retraso en empezar a caminar y a hablar;
- insomnios;
- cefaleas nocturnas que impiden dormir hasta la salida del sol, con dolores óseos profundos;
- neuritis, parálisis localizadas, temblores;
- crisis nocturnas de epilepsia;
- trastornos del comportamiento habitual: la locuacidad habitual se convierte en logorrea, la falta de orden se convierte en incoherencia apareciendo tendencias asociales, fugas, alcoholismo, dificultades escolares, manifestaciones de perversidad, actos de delincuencia; el individuo se convierte en marginal porque sus trastornos van en aumento debido a su comportamiento asocial o perverso de manera que acaba siendo rechazado del entorno familiar y social;
- neurosis y psicosis:
 - de tipo depresivo con tendencias auto o heterodestructivas, tipo *Aurum*;
 - de tipo excitación y agitación, tipo *Lachesis*.
- acaba en demencias, involuciones de tipo senil, arterial o cerebroescleroso (Pick, Alzheimer), tipo *Baryta carbonica* o *Plumbum metallicum*.

Patología cardiovascular

Como la sífilis, el luetismo ama las arterias, de ahí:

- la arteritis, aortitis, coronariopatía;
- aneurismas arteriales, ectasias venosas.

Sus consecuencias, en los tejidos privados de circulación, son: obstrucción y a continuación esclerosis.

Patología osteoarticular

De nuevo encontramos aquí las consecuencias de la misma imbricación de endarteritis obstructiva y elastopatía.

A nivel del hueso

Es frecuente encontrar:

- una inflamación simple, tipo dolores de crecimiento, dolores óseos profundos, nocturnos, osteócopos, con hipersensibilidad a la percusión y a la presión (tibia);
- o una infección caracterizada, crónica, tórpida, tipo supurante u osteomielitis que evoluciona hacia la formación de fistulas;
- finalmente, en el estadio escleroso, aparecen secuelas tales como deformaciones, crestas tibiales, exostosis, cicatrices esclerosas.

A nivel de las articulaciones

La patología osteoarticular combina:

- la elastopatía en sus tres estadios: relajación, destrucción y después esclerosis de lo cual se deriva la hiperlaxitud ligamentosa, rotura y después esclerosis ligamentosa;
- las deformaciones óseas;
- los trastornos de la estática;
- la artrosis;
- una patología variada:
 - esguinces de repetición;
 - genu valgum, pies planos, deformaciones coxales;
 - afección discal y radicular.

Patología cutáneo-mucosa

Encontramos:

- una inflamación con hipertrofia reaccional subaguda y crónica, adenopatías satélites duras e indolentes de la esfera ORL o urogenital;

- o una tendencia ulcerosa y fistulosa en la esfera urogenital, anorrectal o cutánea;
- o una tendencia esclerosa, especialmente cutánea: queloides, retracciones tendinosas, durezas, "esclerodermias" en sentido literal.

Patología linfoganglionar

Se trata de inflamación con hipertrofia reaccional seguida de esclerosis lo cual confiere un carácter de dureza e indolencia a las adenitis y adenopatías satélites de las mucosas y de la piel así como de las glándulas vasculares (tiroides, parótidas, próstata).

CONCLUSIONES

LA CONCEPCIÓN HAHNEMANNIANA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS SOMETIDA A LA PRUEBA DE LOS CONOCIMIENTOS ACTUALES

Los progresos de la biología han permitido que la homeopatía saliera del estancamiento en el que corría el riesgo de permanecer como consecuencia de las concepciones de Hahnemann sobre la naturaleza miasmática de las enfermedades crónicas. Este genio precursor había supuesto correctamente el origen infeccioso, microbiano, de la mayoría de las enfermedades agudas, contagiosas y epidémicas, en resumen, las enfermedades ocasionales. No obstante, los conocimientos de su época no le permitieron comprender que, aunque estas enfermedades podían convertirse en enfermedades crónicas, como la sífilis o la tuberculosis, su origen y su naturaleza eran diferentes de los de las verdaderas enfermedades "de terreno" como el eccema o el asma, por ejemplo. Los conocimientos actuales en biología, en genética y en inmunología nos permiten comprender las diferencias.

Al principio, las concepciones miasmáticas de Hahnemann fueron el origen de una primera escisión entre homeópatas puesto que muchos de entre ellos rechazaron la teoría. En contrapartida, a lo largo de los siglos XIX y XX, los homeópatas fieles a la concepción de un origen infeccioso de las enfermedades crónicas de terreno se esforzaron en adaptar las enfermedades crónicas de Hahnemann al progreso de los conocimientos y en particular a los descubrimientos de Pasteur, lo cual nos llevó a las "diátesis tóxicas homeopáticas".

Las disciplinas modernas, como la neurobiología, la inmunología o la genética nos han permitido, actualmente, abandonar esta carrera y situar la homeopatía en su verdadero campo de acción, es decir, como una terapéutica reguladora del desequilibrio reaccional ocasionado por la enfermedad. Actualmente sabemos que la similitud homeopática no es una similitud de naturaleza entre dos enfermedades sino una similitud de reacciones entre dos afecciones de naturaleza diferente, es decir, afecciones naturales e impregnación tóxica, medicamentosa o no, voluntaria o no, en el cuadro de una patogénesis.

Existe similitud de síntomas porque el factor patógeno natural y el factor patogénico medicamentoso ponen en juego los

mismos mecanismos reaccionales, porque poseen un potencial reaccional parecido y no porque sean de la misma naturaleza. En consecuencia la curación homeopática no puede proporcionarnos información sobre la naturaleza de la enfermedad curada sino que nos hace constatar una similitud de potencial reaccional entre dos factores patógenos de naturaleza diferente lo cual permite encontrar un medicamento exactamente adaptado por similitud al desequilibrio reaccional de un enfermo que en consecuencia es capaz de regular.

Así pues, no puede haber una concepción particular sobre la naturaleza y el origen de las enfermedades como consecuencia del conocimiento homeopático del enfermo ni de su curación homeopática. Cada cual puede tener su teoría sobre la naturaleza y el origen de las enfermedades pero no puede basar sus concepciones etiopatogénicas sobre la homeopatía puesto que no pertenece a su campo. Sólo la patogénesis, la biología y la genética nos permiten conocer realmente las enfermedades. Actualmente sabemos que existen enfermedades de terreno con su doble componente, genética y existencial, pero también sabemos que no existen enfermedades "homeopáticas".

ACTUALIDAD DE LAS DIÁTESIS REACCIONALES

En cualquier caso "no hay que tirar la toalla" puesto que si bien no podemos hablar de "enfermedades crónicas miasmáticas" ni de "diátesis homeopáticas tóxicas" sí podemos referirnos a "diátesis reaccionales homeopáticas". Los psóricos, sicóticos, tuberculínicos y luéticos son realidades clínicas, existen y su intervención se refleja en "tácticas de defensa" diferentes, lo cual nos permite, regulando los mecanismos generales, evitar muchas recaídas.

El análisis fisiopatológico, probablemente todavía demasiado aventurado, de estas formas reaccionales parece mostrar que corresponden a mecanismos reaccionales diferentes que parecen responder a formas de defensa adaptadas a necesidades diferentes, es decir, constituyen tácticas de defensa diferentes. El aumento de las eliminaciones del psórico es tan diferente de la destrucción tisular del tuberculínico como de la disminución de ve-

locidad de las eliminaciones del sicótico o la fijación de los productos de desecho del luético y estos modos reaccionales intervienen en enfermedades de naturaleza diferente.

En realidad, los homeópatas difícilmente admiten el carácter reaccional de la similitud semiológica homeopática y lamentan, más o menos conscientemente, que la homeopatía no pueda definir enfermedades o diátesis mórbidas propias de su disciplina. Es tan tentador asimilar *psora* a *alergia* o *sycosis* a *contaminación* como abandonar tuberculinismo y luetismo.

Las diátesis reaccionales homeopáticas son totalmente actuales. En efecto, las condiciones de vida actuales favorecen la intervención de estas diversas tácticas de defensa.

- La rapidez y la multiplicidad de los transportes que dispersan los alérgenos, a lo cual se añade la falta de actividad física y los errores dietéticos, facilitan la aparición de las verdaderas enfermedades alérgicas de mediación humoral como el asma, el eccema, etc. y la intervención de la forma reaccional psórica y de comportamientos psóricos. El desarrollo de la práctica del *footing*, el éxito de los alimentos denominados "naturales", de la fitoterapia, de la homeopatía, etc. muestran que no son solamente modas sino necesidades, la búsqueda de una respuesta a las agresiones del entorno.
- El "activismo" de los médicos aumenta la frecuencia de las enfermedades yatrógenas. El enfermo, mal informado por los medios de comunicación se imagina que no existen límites para la medicina de manera que considera la enfermedad como un verdadero "escándalo"... lo cual, a su vez, incita al médico a "abrir el paraguas" y prescribir sin recelo las últimas especialidades lanzadas por la publicidad... antes de conocer los inconvenientes y los límites del nuevo medicamento. La medicina se practica, con demasiada frecuencia, de manera irracional y se abusa de la antibioterapia, de la quimioterapia

muchas veces recetada de forma irresponsable. Se intenta vacunar a todo el mundo contra todas estas enfermedades, en lugar de optar por las vacunas estrictamente necesarias, como la antitetánica o la antipoliomielítica. Las capacidades inmunitarias del organismo son limitadas y un exceso de vacunaciones las obliga a intervenir excesivamente. ¿Cómo evitar pensar que estos abusos pueden ser los responsables del desencadenamiento de formas reaccionales sicóticas y tuberculínicas, sobre todo con vacunas vivas como la BCG y el ROR, o enfermedades nuevas como el SIDA?

- La multiplicación de contaminantes unido al abuso de las vacunaciones terapéuticas inadecuadas como los antibióticos, corticoides y tranquilizantes, multiplica los riesgos de enfermedades alérgicas así como de otro tipo, desde las infecciones ORL de repetición hasta las dermatitis de contacto y por tanto la intervención, ya sea de la forma reaccional tuberculínica o de la forma reaccional sicótica, de las cuales hemos visto que presentan suficientes diferencias como para no ser confundidas incluso aunque a veces se presenten combinadas.
- Resta por mencionar la forma luética, relacionada con el biotipo normal fluórico y de orígenes complejos. Su tropismo por las arterias, su implicación en las enfermedades cardiovasculares, a imagen y semejanza de su enfermedad modelo, la sífilis, debería ser tenido en cuenta siempre en el tratamiento de las enfermedades ateromatosas tan numerosas hoy en día... si el enfermo es un luético dominante.

A cada momento de nuestra práctica, el conocimiento de una forma reaccional diatésica predominante nos abre una perspectiva nueva tanto etiológica como medicamentosa. Un medicamento de base, un resonador selectivo, un nosode... será capaz de regular el desequilibrio reaccional "más allá" del episodio actual y además evitará las recaídas.

BIBLIOGRAFIA

- BROUSSALIAN G, BROUSSALIAN E (1983) Symptômes clés. Traité de médecine homéopathique de Kent (trad. del repertorio de Kent) (3ª ed.) Editado por el propio autor. Grenoble. 516 p.
- BUSCHAUER W (1988a). De l'interprétation authentique de l'homéopathie, parachèvement de la médecine hippocratique (trad. del alemán Curé N). Maisonneuve. Metz. 24 p.
- BUSCHAUER W (1988b) Homéopathie, parachèvement de la médecine hippocratique (traducción del alemán Curé N) Maisonneuve. Metz. 479 p.
- CONAN MERIADEC (1876a) Essai de thérapeutique positive. Baillière. París. 198 p.
- CONAN MERIADEC (1876b) Supplis universelle, origine de toutes nos maladies. Baillière. París. 379 p.
- CONAN MERIADEC (1881). Traité d'homo-homéopathie, médicaments réunis par séries et groupes physiologiques. Baillière. París. 602 p.
- CONAN MERIADEC M (1990). L'homéopathie, conception médicale à la dimension de l'homme. Boiron. Lyon. 381 p.
- CONAN MERIADEC M, PEZE J, RUASSE JP (1983) L'homéopathie aujourd'hui, vous connaissez? (hablan veinte médicos homeopatas y explican los principios y las aplicaciones y previenen contra la imagen caricaturesca que a veces se da de la homeopatía). De Vecchi. París. 240 p.
- DEMARQUE D (1981). Homéopathie, médecine de l'expérience (2ª ed.) Maisonneuve. París. 458 p.
- DEMARQUE D (1988) Sémiologie homéopathique (3ª ed.) Boiron. Lyon. 295 p.
- DEMARQUE D (1989) Techniques homéopathiques (3ª ed.) Boiron. Lyon. 295 p.
- DUPRAT H (1982) Traité de matière médicale homéopathique (2 tomos) Baillière. París. 1570 p.
- HAHNEMANN S (1846). Doctrine et traitement homoeopathique des maladies chroniques (trad. del alemán sobre la última edición Jourdan AJ, 2ª ed refundida y aumentada) (3 vol) Baillière. París.
- HERING C (1966) The guiding symptoms of our materia medica (10 vol). Filadelfia 1879. Nouvelle éd, Gregg Press, 1966.
- JAHR GH (1872), Nouveau manuel de médecine homéopathique (2 vol). Partie I: Matière médicale (ou résumé des principaux effets des médicaments homéopathiques). Partie II. Répertoire thérapeutique et symptomatologique (ou tables alphabétiques des principaux symptômes des médicaments homéopathiques avec des avis cliniques) (8ª ed. revisada y aumentada) Baillière. París.
- LOUISOT P (1990). Biochimie générale et médicale (3ª ed) Simep. Lyon. 488 p.
- ROUY A (1989) Enseignements sur la thérapeutique homéopathique. Similia. París. 964 p.
- ZISSU R (1989) Matière médicale homéopathique constitutionnelle (2ª ed) (2 vol) Boiron. Lyon.
- Artículos del autor, Michel Conan Meriadec*
1973. Doctrine homéopathique et conceptions actuelles du terrain. Ann Homéo Fr; 7:527-553.
1977. Maladies chroniques, terrain biochimique et terrain homéopathique. Ann Homéo Fr; 5: 537-552.
- 1978 Conception moderne du terrain en homéopathie. Ann Homéo Fr; 5: 416-417.
1979. Y a-t-il une conception homéopathique des maladies? (Soc Fr Homéo). ANN Homéo Fr; 4:450-452.
- 1980a. L'étiologie en homéopathie (trabajos de las escuela homeopática del Hospital Saint Jacques). Ann Homéo Fr; 2: 207-208.
- 1980b *Tuberculinum* et allergie. Ann Homéo Fr; 6: 33-41.
- 1981a Diathèses homéopathiques. Encycl Méd Chir (París, Francia). Homéopathie. 38140 A°. 12-1981; 10 p.
- 1981b A propos du lutisme (trabajos de la Escuela Homeopática del hospital Saint Jacques del 20-10). Ann Homéo Fr; 2: 83.
- 1981c *Arsenicum album* dans les diathèses. Ann Homéo Fr; 4: 9-20.
- 1982a A propos du lutisme. Ann Homéo Fr; 1: 5-16.
- 1982b. Le tuberculisme. Encycl Méd Chir (París, Francia) Homéopathie; 6:54.
- 1986a. Les mutations de l'homéopathie. Homéopathie; 1:60-61.
- 1986B. L'homéopathie moderne. Rev Fr Aff Soc, nº fuera de serie, les Médecines différentes; 40 an, mayo 1986: 59-78. Ministerio de Asuntos sociales y de trabajo.
1987. L'homéopathie une autre médecine. Homéopathie; 3:55.
- 1988 Peut-on parler de diathèse homéopathique? (resumen de la presentación hecha en la Semana homeopática de París, 14-17/10/87). Homéopathie; 2:53.
- 1989 Pharmacologie de l'infinitésimal contre similitud. Homéo Fr; 77, 2: 42-45.
1990. L'homéopathie, une conception médicale à la dimension de l'homme. Assoc Odonto Stomatol Homéo, Montrouge, clase del 2 de octubre de 1990; boletín fuera de serie: 50 p.

III.4

Homeopatía y biotipologías

R. Zissu

La biotipología es una concepción que permite el intento de una hipótesis de tipología predeterminante del "hombre normal" sin por ello hacer referencia al "hombre enfermo"; la homeopatía es una concepción médica que obedece al principio de similitud y se dirige al individuo enfermo.

Hemos querido separar los dos conceptos cuya confusión ha sido mantenida por muchas generaciones de médicos homeópatas hasta nuestros días. En contrapartida, hemos querido demostrar el interés de la biotipología en la interpretación de las predisposiciones mórbidas y de la explicación, todavía empírica, de la acción de los remedios que responden al principio de similitud en sus relaciones con los biotipos.

Tras un breve resumen histórico y las correspondencias posibles entre las principales clasificaciones biotipológicas, aclararemos nuestro propósito separando los conceptos distintos: primero el de biotipo, segundo el de tipo sensible al remedio y por último el de los signos patogenéticos de este último, en definitiva, los únicos que deben ser utilizados para constatar y aplicar de manera práctica la similitud. Para ilustrar este argumento estudiaremos doce remedios que se prestan perfectamente a la demostración.

En conclusión, intentaremos presentar esta tesis en la perspectiva de aclarar lo que la homeopatía entiende por acción preventiva de las enfermedades, a partir de las predisposiciones patológicas posibles que el concepto de biotipo puede justificar. Recordar las jerarquías doctrinales de la homeopatía y sus relaciones biotipológicas facilita la indispensable comprensión de los diversos conceptos estudiados para así evitar cualquier confusión.

HISTORIA DE HAHNEMANN A NUESTROS DÍAS

Desde que a principios de nuestro siglo XX, Antoine Nebel en Suiza y Léon Vannier en Francia construyeron una teoría constitucional homeopática creando una clínica y una terapéutica constitucionales relacionadas con los "miasmas" de Hahnemann, una gran parte de los médicos homeópatas franceses y muchos fuera de Francia adoptaron esta teoría utilizando sus principios lo cual acabó, de forma abusiva, en la idea de una escuela francesa. Una fuerte polémica, que todavía dura, aunque atenuada entre las jóvenes generaciones, opuso a los "constitucionalistas" o "tipologistas" con sus adversarios denominados "hahnemanianos", "kentistas" o "tradicionalistas". En el seno de los tipologistas, las divergencias también aparecieron y si se quiere resumir la historia basta con enumerar las diferentes etapas que se sucedieron:

- los tres miasmas de Hahnemann: *psora*, *sypilis*, *sycosis* (Hahnemann, trad. Schmidt, 1952);
- las tres constituciones bioquímicas de Grauvogl: carbonitrógeno, oxigenoideo, hidrogenoideo (Baur y Junod, 1957);
- las tres constituciones minerales cálcicas de Nebel y Vannier: carbocálcica o carbónica, fosfocálcica o fosfórica, fluorocálcica o fluórica (Vannier L., 1952);
- las tres constituciones embriogénicas de Henri Bernard: sulfúrica o mesoblástica, fosfórica o ectoblástica, carbónica o endoblástica y la constitución fluórica, más o menos relacionada con la constitución fosfórica (Bernard H., 1951).

En una obra escrita hace unos años (Zissu y Guillaume, 1972), intentamos aportar alguna luz al debate por una trayectoria que asociara:

- un intento de explicación de las divergencias entre las concepciones anteriormente citadas;
- una disociación entre individuo normal, en equilibrio, e individuo enfermo, en desequilibrio, profundizando en ésta última hasta sus fuentes, es decir, a las definiciones.

La separación total de las concepciones de la biotipología y de la homeopatía permite romper con cerca de tres cuartos de siglo de confusiones, de polémicas, de oposiciones, no solamente

Toda referencia a este artículo debe llevar la mención: ZISSU R.— Homeopatía y biotipologías.— Editions Frison-Roche.— Homeopatía, Cap. III.4.— *Enciclopedia de las Medicinas Naturales*.— Editions Frison-Roche (París, Francia), 1995.

estériles sino también peligrosas para la minoría que representan los médicos homeópatas en medicina y, finalmente, fuente de errores graves que pueden desacreditar a los propios médicos y a la homeopatía.

CONCEPTOS DE BIOTIPOLOGÍA

¿QUÉ ES LA BIOTIPOLOGÍA?

Haciendo referencia a los diccionarios actuales, se puede decir que la biotipología es una concepción que en principio plantea, para cada individuo, la existencia de posibles relaciones entre una forma corporal, una predominancia de determinadas funciones biológicas que se expresan mediante tendencias fisiológicas propias y un comportamiento psicológico. De ello resulta, en síntesis, una forma de clasificación de los tipos humanos o dicho de otra forma, el estudio de los caracteres morfológicos del hombre como especie perteneciente a una jerarquía animal, en sus relaciones con la fisiología y la psicología y que queda expresado en el prefijo *bio*.

En contrapartida, es absolutamente necesario definir separadamente la biotipología y la homeopatía, lo cual evita confundirlas y por tanto desnaturalizar una u otra o incluso las dos a la vez.

- La biotipología es un intento de clasificación tipológica del ser humano respecto a los datos morfológicos sin ninguna referencia particular al hombre enfermo.
- La homeopatía es una concepción médica que comprende el estudio de las manifestaciones patológicas respecto a los datos patogenéticos en base a la similitud.

Toda confusión —pese a que generaciones enteras de médicos homeópatas la hayan mantenido— entre una constitución, un concepto biotipológico y un remedio homeopático, concepto de terapéutica (a partir de la similitud, principio básico), es abusiva a partir de las definiciones anteriores y debe terminar completamente; es la razón por la cual insistimos antes de empezar.

En consecuencia, es necesario sustituir los términos de constitución sulfúrica (por ser diferente de *Sulfur*), carbónica (diferente de *Calcarea carbonica*) y fluórica (diferente de *Calcarea fluorica*) respectivamente por los de constitución normolínea, breviliínea, longilínea y asimétrica o disrúfca.

Todo ello es un primer punto esencial, lo cual no significa que la biotipología carezca de interés para la homeopatía sino que debe ser utilizada con prudencia en la medida en que no es ni esencial, ni constitucional de la doctrina homeopática y que incluye en ella el riesgo de un determinismo abusivo y en completa oposición con el propio espíritu de la trayectoria homeopática.

¿POR QUÉ LAS BIOTIPOLOGÍAS?

No pretendemos comentar los múltiples trabajos sobre la biotipología en un relato histórico exhaustivo sino simplemente subrayar las correspondencias que aparecen tras su lectura:

- a los normolíneos corresponden los tonoplásticos de Allendy (1920), los respiratorios y musculares de Sigaud, los expansivos controlados de Corman (1947, 1953) y los mesomorfos de Sheldon (1950, 1951);
- a los breviliíneos se adaptan los atonioplásticos de Allendy, los digestivos de Sigaud, los dilatados o redondos de Corman y los endomorfos de Sheldon.

En contrapartida, no es posible clasificar en las tipologías de estos autores la asimetría o distrofismo de los homeópatas (también denominados fluóricos), concepto que les es propio.

Sheldon, en particular, examinó con métodos rigurosos y minuciosos un número importante de individuos mediante la antropometría fotográfica, mediante medidas y sondeos, diferenciando los grupos de edad, los sexos y las razas además de efectuar un gran número de autopsias. Los detalles de sus investigaciones y comprobaciones fueron recogidos en diversas obras algunas de las cuales fueron traducidas a varios idiomas. Recorriendo sus textos y comparándolos con los de los homeópatas, promotores de una tipología empírica, es sorprendente constatar una convergencia en las descripciones, los tipos, las clasificaciones y también en forma de hipótesis en las predisposiciones patológicas.

INTERÉS DE LA BIOTIPOLOGÍA EN HOMEOPATÍA

Sin duda, es más fácil entender la probable combinación de diversos factores constitucionales y mórbidos en la elaboración de un estado patológico. Para ello es necesario cumplir tres condiciones: separar los principios y los métodos de las dos concepciones, separar los signos (no patogenéticos) de predisposición de los signos patogenéticos de los remedios y establecer la frontera entre los conceptos de biotipo e individuo, de tipo sensible y paciente y de patogénesis y remedio.

SEPARAR LOS PRINCIPIOS Y LOS MÉTODOS

Es necesario separar:

- por una parte, un conjunto morfológico de posible resonancia psicofisiológica que sugiere la clasificación de un individuo determinado, en equilibrio de salud, pero que puede desarrollar una enfermedad;
- por otra, un conjunto mórbido con signos patológicos que caracterizan a un enfermo y que se encuentran también por similitud en el remedio homeopático.

SEPARAR LOS SIGNOS

Es necesario separar los signos (no patogenéticos) de predisposición, que permiten comprender la biotipología, de los signos patogenéticos recogidos en la Materia médica homeopática.

Este proceso es indispensable para respetar la diferencia de naturaleza de cada concepción y para identificar las posibles relaciones entre, por una parte, la constitución, el temperamento y la morfología de un individuo y, por otra, las tendencias y las expresiones patológicas que recuerdan a un determinado remedio.

Estos signos preventivos se encuentran en lo que nosotros denominamos el tipo sensible de cada remedio.

¿Cuál puede ser el interés en conocer el tipo sensible cuya descripción no concierne a la patogénesis del remedio y que por tanto no puede ser utilizada tal cual en la elección del simillimum? El único interés, si el tipo sensible es reconocido en un paciente, es el de poder pensar en la posibilidad del simillimum aunque es insuficiente para prescribir este último. En efecto, el tipo sensible comporta, por una parte, anotaciones tipológicas y, por otra, tendencias patológicas.

Esta distinción fundamental ha desaparecido progresivamente en algunos autores de Materias médicas que han extrapolado una tipología "homeopática" a partir de la referencia patogenética experimental y su experiencia clínica. Ha llegado un momento en que no se puede discernir entre el biotipo del individuo indemne aunque predispuesto, el tipo sensible del paciente y la patogénesis del remedio. El restablecimiento de los tres conceptos es, por lo tanto, esencial y debe ser la condición previa para cualquier interpretación. Es muy importante poder distinguir entre los tres.

DISTINGUIR TRES CONCEPTOS

Biotipo

La concepción de un biotipo como hipótesis puede ser aclarada actualmente a partir de un conjunto de datos psíquicos y somáticos más o menos relacionados entre sí y que dependen de numerosos datos metabólicos y hormonales, también éstos más o menos influenciados por los numerosos factores ambientales lo cual nos permitirá comprender las características diferenciales de los biotipos. Esta hipótesis necesita de una confirmación científica pero, en cualquier caso, es un buen punto de partida.

Tipo sensible

El tipo sensible de un medicamento homeopático se refiere directamente a la acción general fisiopatológica, en sus dos aspectos, metabólico y toxicológico. El tipo sensible es tanto más

característico cuanto que el remedio posea una acción intensa y profunda sobre el metabolismo y además unos efectos toxicológicos expresados como efecto tóxico agudo, subagudo y crónico. El tipo sensible es especialmente importante para los remedios de doble efecto metabólico y tóxico tales como el calcio, el fósforo y el azufre, en los de efecto toxicológico de amplio espectro, como el arsénico y en los remedios animales o vegetales cuyo registro de efecto es importante, justificado normalmente por una predominancia de determinadas sustancias minerales en su fórmula química tales como el calcio para *Sepia*, el zinc para *Lachesis*, el sulfuro de potasio para *Pulsatilla*...

Signos patogenéticos

Los signos patogenéticos de un remedio se derivan de la experimentación de la sustancia según los protocolos y la técnica de experimentación homeopática. Son los únicos signos válidos en la determinación del simillimum.

DOCE EJEMPLOS DE REMEDIOS

Para ilustrar esta tesis, utilizaremos como ejemplo:

- los remedios largamente confundidos con los biotipos correspondientes, a saber: *Sulfur*, *Calcarea carbonica*, *Calcarea phosphorica*, *Calcarea fluorica*;
- los remedios de efecto fisiopatológico importante:
 - remedios minerales de doble efecto, metabólico y tóxico, tales como *Iodum*, *Phosphorus*;
 - remedios minerales de efecto toxicológico predominante, tales como *Arsenicum album*;
 - remedios animales o vegetales, de registro importante, tales como *Lachesis*, *Sepia*, *Pulsatilla*, *Thuja*, *Lycopodium*.

Para cada uno de estos doce remedios, estudiaremos separadamente los signos tipológicos, el tipo sensible y los signos patogenéticos esenciales (entre cuatro y seis). De esta forma pondremos de relieve las líneas de demarcación a partir de ahora indispensables y válidas para todos los demás remedios, al menos, para los que podemos imaginar un reflejo biotipológico.

REMEDIOS CONFUNDIDOS CON LOS BIOTIPOS

Sulfur

- Signos tipológicos

Resumen los caracteres signaléticos del normolínico (también denominado sulfúrico) y son: aspecto armonioso, ni

rechoncho ni alargado, bien proporcionado en altura y anchura; altura y peso medios; postura equilibrada, ni demasiado rígida ni demasiado flexible; forma de andar regular, rítmica, ni demasiado lenta ni demasiado rápida; gestos equilibrados y controlados; actos reflexivos, dinámicos sin excesos, llevados a cabo con una razonable confianza en sí mismo; cráneo de forma media, miembros medios; laxitud ligamentosa y trofismo normales; armonía fisiológica con tonicidad y plasticidad normales; psiquismo caracterizado por la toma de conciencia de las responsabilidades, "self-control" y confianza en sí mismo como resultado de un deseo y de una necesidad de acción racionales, emprendedores, exaltados por un optimismo constantemente justificado y fundamental.

• Tipo sensible

Existen tres "subtipos" para *Sulfur*:

- Tipo *Sulfur* "neuro": equilibrado, activo, optimista, raros períodos depresivos; buenas eliminaciones, ánimo, plétora.
- Tipo *Sulfur* "escleroso": desequilibrado, lento, pesimista, deprimido; malas eliminaciones, astenia, esclerosis.
- Tipo *Sulfur* "delgado": desequilibrado, agitado pero poco activo; malas eliminaciones, astenia, pérdidas minerales.

• Signos patogenéticos esenciales

- Cronicidad, periodicidad y alternancias de las alteraciones, favorecidas por diversos factores entre ellos, como consecuencia de la supresión o detención de las eliminaciones y secreciones.
- De humor alternante, egocentrista, deprimido con la supresión de las eliminaciones fisiológicas o patológicas.
- Inestabilidad térmica con tendencia a la búsqueda de ambientes frescos y necesidad de aire.
- Eliminaciones cutaneomucosas con quemaduras.
- Muy cansado por la mañana, con escalofríos.
- Empeoramiento por el calor: mejoría con el tiempo seco y la eliminación.

Calcareo carbonica

• Signos tipológicos

Resumen los caracteres signaléticos del brevilíneo (también denominado carbónico) y son: aspecto rechoncho, cuadrado o redondo, con desarrollo en anchura y grosor: poca altura, exceso de peso; postura blanda en la infancia y rígida en el adulto; forma de andar regular, lenta y pesada; gestos sobrios, comedidos, lentos: actos reflexivos y precisos; braquicefalia, miembros cortos; hipolaxitud ligamentosa; predominancia del anabolismo y de las funciones digestivas; psiquismo dominado por la pasividad y la economía, ley del mínimo esfuerzo pero perseverancia en las acciones una vez comenzadas de ahí la búsqueda de la tranquilidad.

• Tipo sensible

- Débil, lento, apático, de talla más bien pequeña, de aspecto rechoncho, con tendencia a engordar ante la más mínima causa exógena; los tejidos blandos son flácidos e hinchados.
- El lactante es el "bebé Cadum"; el niño presenta una cabeza grande, abdomen grande, miembros cortos; tejidos blandos y lentitud psíquica; el adolescente corresponde a tres tipos: equilibrado o grueso con retraso de la pubertad o más raramente delgado con hiperfoliculinismo en las jovencitas; el adulto es lento, pletórico, preescleroso.

• Signos patogenéticos esenciales

- Tendencia a las enfermedades metabólicas y nutricionales (litiasis, reumatismos, diabetes, HTA).
- Debilidad, lentitud, apatía, ansiedad con miedo al futuro.
- Sensibilidad excesiva al frío, que provoca y agrava todos los trastornos.
- Sudores parciales, fáciles, ácidos, sobre todo en el cuero cabelludo, durante el sueño y con el más mínimo ejercicio.
- Acidez digestiva con deseo de dulces, huevos y comidas indigestas.
- Dolores provocados o agravados por el frío húmedo y que mejoran con el tiempo seco.
- Piel pálida, blanquecina, gredosa, olor agri dulce del cuerpo (lactante).

Calcareo phosphorica

• Signos tipológicos

Son los propios del longilíneo (también denominado fosfórico): aspecto en longitud, con desarrollo en altura; talla alargada, poco peso, delgadez; postura flexible, elegante pero curvada e inclinada en reposo; forma de andar irregular, pero flexible y graciosa, rápida y ligera; gestos expansivos, enérgicos pero flexibles; actos espontáneos y desordenados al principio, exagerados, exteriorizados de manera ruidosa; dolicocefalia, miembros largos, hipotonía muscular e hiperlaxitud ligamentosa moderada; predominancia del catabolismo; psiquismo dominado por la hipersensibilidad y la fatigabilidad de ahí su tendencia ciclotímica, sin resistencia física ni mental; cualquier acción, para que sea de éxito, debe ser de corta duración.

• Tipo sensible

- En lo físico: tórax plano y estrecho, cuello muy delgado.
- En lo psíquico: nervioso, agitado, se emociona con facilidad.
- El lactante es largo y delgado, sobre todo el cuello; el adolescente crece demasiado deprisa y se curva, su abdomen es hundido y flácido; el anciano es desnutrido, sin carne y reumático.
- Tendencia a ser friolero.

- **Signos patogenéticos esenciales**
 - Sobrecargado intelectualmente, decepcionado sentimentalmente, agotado por la pérdida de líquidos vitales (hemorragias por ejemplo).
 - Astenia rápida como consecuencia de cualquier esfuerzo, sobre todo intelectual; agitación y ansiedad: lo empiezan todo pero no acaban nada.
 - Trifada: sensibilidad al frío, fatigabilidad, adelgazamiento (en el cuello).
 - Dolores en las puntas, en las extremidades de los huesos largos, en la columna.
 - Empeoramiento con los cambios de tiempo, por el frío húmedo, cuando se funde la nieve, pensando en sus males.
 - Mejoría con el tiempo seco y cálido y con el reposo.

Calcarea fluorica

- **Signos tipológicos**
Son los propios del distrófico (también denominado fluorico) y son: aspecto asimétrico, envejecido, con desarrollo anárquico; altura variable, más bien pequeña, peso variable, más bien delgado; postura desequilibrada, dislocada (acróbata) con falta de gracia e inestabilidad; forma de andar irregular, carente de flexibilidad, sin gracia, sin ritmo; gestos desordenados, amplios, torpes, inútiles; acciones variables y paradójicas, imprevisibles, irracionales; dólico o braquicéfalo con cráneo de forma irregular y asimétrica; miembros de longitud variable; hiperlaxitud ligamentosa importante con relajación tisular; psiquismo dominado por la inestabilidad y la paradoja como consecuencia de la falta de armonía estructural de lo cual se deriva la tendencia a la agitación, a la indecisión y al desorden, con reacciones imprevistas y energicas pero efímeras.
- **Tipo sensible**
 - Inestables tanto en lo físico como en lo psíquico, de morfología asimétrica, "al biés" y anárquica; hiperlaxos.
 - Versátiles, de reacciones energicas, de gran amplitud, pero imprevisibles y poco duraderas.
- **Signos patogenéticos esenciales**
 - En el individuo luético, bajo el efecto de múltiples factores que producen disfunciones metabólicas; inestable, ansioso, con miedo a las catástrofes e indeciso.
 - Profunda afectación de los tejidos óseos, elásticos y glandulares con tendencia a la deformación, el endurecimiento y la dilatación, origen de múltiples patologías.
 - Hiperlaxitud ligamentosa y articular y sus consecuencias: esguinces, luxaciones, protosis, hernias, varices denominadas constitucionales, adenopatías y endurecimientos glandulares.

- Esqueleto deformado, osteófitos, nudosidades o exostosis.
- Dolores "en tirón" y punzantes a nivel de los tejidos afectados.
- Empeoramiento con los cambios de tiempo, el frío húmedo y el reposo; mejoría con el calor y el movimiento.

REMEDIOS DE ACCIÓN FISIOPATOLÓGICA IMPORTANTE

Iodum

- **Tipo sensible**
 - Individuos delgados, bulímicos, agitados, pero que se cansan pronto y con intolerancia al calor.
 - El niño es desnutrido, nervioso, ansioso, poliadenopático, predispuesto a las inflamaciones de las mucosas, especialmente las respiratorias; el adolescente es simpático-tónico, aquejado de diarreas, sensible a las bronconeumopatías de evolución inicial grave; el adulto maduro es delgado, bilioso y agitado con tendencia a la esclerosis de los tejidos glandulares; el anciano es poliescleroso, glandular, vascular y enfisematoso.
- **Signos patogenéticos esenciales**
 - Individuo delgado, desmineralizado, no puede permanecer en su sitio, ansioso e irritable sobre todo cuando no come pero que se agota rápidamente.
 - Adelgazamiento progresivo considerable a pesar de presentar un hambre voraz que nunca puede saciar.
 - Siempre tiene mucho calor, su estado se agrava con el calor.
 - Hiperтрофias e induraciones glandulares y ganglionares.
 - Secreciones y excreciones irritantes, excoriantes, acuosas o serofibrinosas con dolores que laten y se agravan con el calor.
 - Mejoría con el frío pero sobre todo comiendo.
- **Perspectivas tipológicas empíricas**
A partir de este remedio, los signos tipológicos ya no están directamente relacionados con el remedio correspondiente. Sólo podemos hablar de perspectivas tipológicas empíricas aportadas por la experiencia clínica en relación con el efecto metabólico y/o tóxico del remedio considerado. Es por esta razón que el efecto excitante metabólico y endocrino del yodo explica la mayor frecuencia de prescripción de *Iodum* en el longilíneo.

Phosphorus

- **Tipo sensible**
Se distinguen dos "subtipos".
 - Individuos alargados, delgados, encorvados, de tórax largo, estrecho o aplanado, distónicos de predominancia

simpaticotónica con correspondencias endocrinas: excitados, agitados pero que se deprimen pronto. Psiquismo: ciclotímicos, individuos activos, hiperemotivos, dotados de una sensibilidad estética, especialmente, sociables y elegantes pero que pierden pronto la atención, incapaces de pensar de ahí que podamos definirlos en síntesis como agitados, inquietos, ansiosos y deprimidos. Este "subtipo" predomina en el niño y el adulto joven y está relacionado con los trastornos metabólicos del fósforo.

- Individuos esclerosos, paréticos, anémicos e hinchados, agotados, taciturnos, incluso indiferentes, adormilados durante el día y con insomnio por la noche. Este "subtipo" se suele encontrar en el adulto maduro y sobre todo en los ancianos (correspondería a los trastornos tóxicos provocados por el fósforo).
- **Signos patogenéticos esenciales**
 - Como consecuencia de un crecimiento demasiado rápido en los individuos jóvenes y enfermedades degenerativas en los individuos de más edad; factores favorecedores: pérdida de fluidos vitales, sobrecarga, exceso de sal.
 - Sobreactividad e hiperreflexibilidad que se agotan pronto dando lugar a ansiedad que empeora con el crepúsculo.
 - Friolento en general con intolerancia al calor en la cabeza y en las manos.
 - Tendencia hemorrágica.
 - Empeoramiento por cualquier ejercicio físico o mental, con las tormentas, con el frío; mejoría con el reposo, el sueño, el hecho de comer (a pesar de vomitar los alimentos, sobre todo fríos, desde el mismo momento de su absorción).
- **Perspectivas tipológicas empíricas**
Podrían ser sugeridas por el efecto biológico del fósforo como constituyente mineral esencial del organismo y por sus incidencias metabólicas. Pese a que el fósforo presenta también un efecto tóxico importante, es la vertiente metabólica la única que interviene en las perspectivas tipológicas. Las manifestaciones clínicas ocasionadas por trastornos metabólicos del fósforo se encuentran con mayor frecuencia en el individuo longilíneo.

Arsenicum album

- **Tipo sensible**
Existen dos "subtipos".
 - Individuos delgados, carentes de calor vital, con el rostro hundido, terroso, con pequeños edemas subpalpebrales con tendencia anémica o asténica.
 - Individuos corpulentos pero que se cansan con facilidad, con la piel seca y tendencia asmatiforme o con erupciones secas y escamosas.

Sea cual sea el tipo, el psiquismo es igual para ambos: asténico, agitado y móvil, muy ordenado y minucioso y finalmente, ansioso con miedo a la muerte y de todo lo que la pueda provocar, especialmente la enfermedad.

- **Signos patogenéticos esenciales**
 - Enfermedades que tienden a lo lesional debido a una afección profunda del organismo, con periodicidad de síntomas mórbidos y alternancia entre trastornos cutáneos e internos.
 - Triada característica: debilidad, agitación y ansiedad con miedo a la muerte.
 - Prostración desproporcionada a la causa que la provoca.
 - Friolento, con gran mejoría con el calor, pero con deseo de aire fresco.
 - Dolores ardientes externos o internos que mejoran con el calor.
 - Secreciones y excreciones ácras, excoriantes y a menudo pútridas.
 - Empeoramiento con el frío, entre la 1 y las 3 de la mañana; mejoría con el calor.
- **Perspectivas tipológicas empíricas**
Este cuerpo tiene, esencialmente una acción tóxica aguda o crónica que indirectamente, puede provocar un reflejo tipológico con una correspondencia en todos los biotipos: longilíneo para el arsenicismo agudo, brevilíneo para el arsenicismo crónico y los intermedios como el normolíneo aunque degradado y más raramente el distrófico en su registro escleroso.

Lachesis

- **Tipo sensible**
El efecto difásico del remedio es lo que da el "tono" al tipo sensible:
 - Individuos preferentemente delgados, agitados por la noche, deprimidos por la mañana, con el rostro ojeroso y pálido y que enrojece fácilmente, se vuelve cianótico con la nariz roja, salpicada de acné rosado, con labios brillantes y azulados o como mínimo hiperestésicos al tacto.
 - Individuos nerviosos, excitados o melancólicos, excitados por la tarde con sobreactividad cerebral y locuacidad; tristes, silenciosos, melancólicos, sin gusto por la vida sobre todo al levantarse. De todas formas son también orgullosos, suspicaces, celosos e incluso vengativos.
- **Signos patogenéticos esenciales**
 - Como consecuencia de un golpe de calor o insolación, de una toxoinfección (alcoholismo), de disgustos prolongados, de falta de oxígeno, de la supresión de una eliminación fisiológica (menopausia) o patológica.

- Excitado durante el día y sobre todo por la tarde, con locuacidad (saltando rápidamente de un individuo a otro); deprimido por la noche y por la mañana con desgana por la vida y miedos diversos.
- Peor después del sueño.
- Hipersensibilidad táctil superficial (pero con mejoría con la presión profunda), sobre todo en el cuello y en la región epigástrica.
- Mejoría con las eliminaciones fisiológicas y patológicas y empeoramiento con su supresión.
- Empeoramiento con el calor, en primavera, al sol y mejoría con el aire fresco.
- Lateralidad izquierda o signos que van de izquierda a derecha.

• Perspectivas tipológicas empíricas

Veneno de serpiente de acción únicamente tóxica, este remedio desarrollará su múltiples puntos de impacto en todos los biotipos y sobre el sistema nervioso, la sangre y los tejidos con un efecto difásico.

Se verán implicados los biotipos extremos (brevilíneo o longilíneo) y el biotipo resultante de desorganización estructural (distrófico), tardíamente el normolíneo bajo el efecto de las causas adquiridas (menopausia, andropausia, alcoholismo).

Sepia

• Tipo sensible

Encontraremos el efecto difásico, excitación corta y depresión de larga duración.

- En lo físico: raramente en un niño en cuyo caso éste será anoréxico o enurético; de forma accesoria en un hombre aunque generalmente pero no exclusivamente en una mujer. Ésta se describirá como delgada, de ojos oscuros, tez pálida, grisácea, con manchas amarillas sobre la nariz y la mejillas en forma de "alas de mariposa" o bien peribucales; individuo que padece agotamiento y que busca constantemente una silla para sentarse o un lugar para acostarse.
- En lo psíquico: irritable, de mal humor y deprimido, necesidad de soledad con aversión a la sociedad aunque no puede estar solo y que se contraría y se agrava con el consuelo, indiferente a todo y a todos pero mejora con la ocupación y la distracción.

• Signos patogenéticos esenciales

- Como consecuencia de excesos alimentarios o de tóxicos, de incidentes de la vida genital y de la posición de pie prolongada.
- Indiferente, triste y abatido, deseo y miedo a la soledad, contrariado e irritado consigo mismo y con los demás, mejora con la ocupación y la distracción.

- Astenia, empeora de pie.
- Friolento, se agrava con el frío pero necesita aire fresco que le hace sentirse mejor.
- Sensaciones de pesadez, peores a nivel de la cavidad epigástrica y del útero.
- Todos los dolores convergen hacia la espalda influenciados por la pesadez.
- Agravación con el reposo, de pie, el aire viciado, en la orilla del mar, al despertarse y por la tarde; mejora al aire libre, con el movimiento rápido y el ejercicio violento.

• Perspectivas tipológicas empíricas

Se trata de una sustancia animal cuya acción farmacodinámica sobre las estructuras hepatoportal y pélvica afectará sobre todo al brevilíneo sobrecargado a nivel del aparato digestivo, al longilíneo expuesto a congestión venosa en los sectores precedentes y al distrófico de aparato ligamentoso relajado.

Pulsatilla

• Tipo sensible

Encontramos el reflejo de la dualidad venosa y mucosa del remedio y de su equilibrio.

- En lo físico: retraso en la pubertad, no exclusivamente femenino, tendencia a la atonía, a la flojedad, con piel fría y pálida; apariencia de falsa plétora, tiembla a pesar del miedo al calor y un gran deseo de aire fresco, tiembla en una habitación cálida, con manos húmedas, frías pero enrojecidas.
- En lo psíquico: nada es fijo, todo es cambiante, variable, caprichoso; dulce e irritable, confiado, se consuela rápidamente pero también se le hiere con facilidad; alternancia de alegría y tristeza.

• Signos patogenéticos esenciales

- Afecciones subagudas a nivel de las mucosas como compensación a las sobrecargas venosas o tras supresión eliminatória (fisiológica o patológica).
- Psiquismo dependiente, cambiante, llora con facilidad pero se consuela rápidamente, tímido y susceptible, púdico y con miedo al sexo opuesto.
- Friolento pero se agrava con el calor con necesidad de aire fresco.
- Todo es variable, especialmente los dolores que son erráticos, de aparición brusca, pero de desaparición gradual.
- Ausencia de sed, especialmente durante la fiebre.
- Todas las eliminaciones mucosas son espesas, amarillas y no irritantes.
- Congestión venosa de las extremidades que están cianóticas.
- Empeoramiento con el reposo, la humedad (pies húmedos); mejoría con el movimiento lento.

- **Perspectivas tipológicas empíricas**

Sustancia vegetal de acción farmacodinámica sobre el sistema venoso y las mucosas, con un equilibrio entre ambos que explica la variabilidad de los signos de alarma. Están más expuestos el brevilineo de metabolismo lento y el longilineo de congestiones venosas periféricas. El distrófico, tan sensible a las exigencias de la gravedad, podrá secundariamente servir de apoyo a las condiciones generales de congestión venosa.

Thuya

- **Tipo sensible**

Es el reflejo del doble efecto del remedio, desarrollado en el tiempo, primero acumulación de líquidos y luego esclerosis.

- El niño es hipotrófico con irregularidad en el desarrollo de los miembros y retraso intelectual.
- El adolescente presenta una tendencia a la gordura, con retraso de la pubertad, hipertrofia de los tejidos linfáticos y cutáneos y trastornos tróficos.
- El adulto conserva una tendencia patológica infiltrante y después esclerosa de los tejidos especialmente en los períodos críticos de la vida genital.
- El anciano es delgado, escleroso (con riesgo de desarrollar procesos tumorales).

- **Signos patogenéticos esenciales**

- Procesos mórbidos, consecuencias de infecciones genitales o urinarias de repetición y de evolución tórpida (entre ellos las gonococias o las colibacilosis antiguas y/o mal curadas); como consecuencia de vacunaciones repetidas, sobre todo las que “no se han tomado” y de forma más general, de toxoinfecciones subagudas y crónicas selectivas sobre las esferas ORL y genital; finalmente, consecuencias de afecciones favorecidas o mantenidas por la humedad (ambiente, atmósfera, clima).
- Febrilidad, impaciencia con comportamiento apresurado e hipersensibilidad inquieta; ideas fijas primero reales y después ficticias que pueden llevar al desdoblamiento de la personalidad.
- Procesos mórbidos provocados o agravados por la humedad.
- Eliminaciones cutáneas atípicas: piel sucia, grasa, con mal olor al igual que el sudor.
- Excreciones cutáneo-mucosas espesas, verduzcas, de olor anormal, con tendencia a la cronicidad, sobre todo genitales y nasofaríngeas.
- Frecuentes excrecencias, posible riesgo de producciones tumorales.
- Dolores neurálgicos con la sensación de tener un clavo hundido, músculos desgarrados en los lugares donde se localizan los procesos mórbidos.

- Empeoramiento con el frío húmedo, con el calor en la cama y después de las 3 de la mañana.

- **Perspectivas tipológicas empíricas**

Es una sustancia vegetal de acción tóxica inflamatoria subaguda y crónica, de efecto primero metabólico reaccional con retención e infiltraciones líquidas y después evolutivo hacia la esclerosis y determinadas producciones tumorales, conjunto que personaliza la diátesis sicótica.

Todos los biotipos pueden estar implicados, pero sobre todo el brevilineo de metabolismo lento, el longilineo de equilibrio mineral frágil y el distrófico por su falta de armonía estructural que además es sensible a los efectos esclerosantes de la diátesis sicótica sobre los tejidos implicados.

Lycopodium

- **Tipo sensible**

Es el reflejo de la afección “multidimensional” del remedio centrado sobre las funciones hepáticas.

- Individuo bilioso, delgado pero con abdomen abultado, de tez amarillenta, débil físicamente con tejidos blandos, poco musculado y que contrasta con la conservación del intelecto; paciente de aspecto rígido y rostro envejecido.

Puede ser precisado siguiendo las edades de la vida:

- es un lactante expuesto a trastornos digestivos, que tolera mal la leche, anoréxico y en el cual pueden aparecer alteraciones del tránsito; su piel está seca, como rígida y de color pálido.
- estas tendencias se acentúan en el niño, con fragilidad en el dominio ORL relacionada con las funciones del hígado a través de las cuales se dibuja un comportamiento nervioso, emotivo, irritable y autoritario pero perezoso.
- el adulto tiende a convertirse en un “hepático” predispuesto a trastornos nutricionales consecutivos y después a los de una tendencia esclerosa general y precoz;
- el anciano tenderá hacia una senilidad precoz: asténico pero irritable, melancólico pero avaro, de “lágrima fácil” pero gruñón y nunca satisfecho.

- **Signos patogenéticos esenciales**

- Trastornos patológicos, consecuencias de vejaciones o miedos profundos más o menos antiguos, consecuencias de errores higiénico-dietéticos sobre todo por sedentarismo unido a abuso de bebidas alcohólicas, de determinados alimentos tales como las ostras, las cebollas y del tabaco.
- Psiquismo producto de una mezcla de iras y miedos, de intolerancia a la contradicción y de falta de confianza en sí mismo, de vivacidad intelectual y de fallos de memoria, de necesidad de soledad aun temiéndola.

- Afecciones que tienden a la cronicidad evolucionando progresivamente, centradas en las funciones hepáticas, con sus expresiones clínicas: flatulencia abdominal inferior, manchas amarillas temporales, arenilla roja urinaria que no se adhiere, emaciado sobre todo a nivel de la parte superior del cuerpo con abdomen abultado.
- La tríada reaccional al entorno térmico: friolento, empeora con el calor y mejora al aire libre. No obstante, algunos dolores locales mejoran con el calor (por ejemplo: los de la angina o las hemorroides).
- Hambre voraz pero que se sacia rápidamente, hambre nocturna con sensación de debilidad, deseo de azúcar y de dulces.
- Somnolencia durante el día sobre todo a partir de las 16 horas, por el contrario, sueño agitado y muy mal humor al despertar.
- Empeoramiento general entre las 16 y las 20 horas.
- Lateralidad derecha y trastornos que tienden a evolucionar hacia la izquierda cuando aparecen en el lado derecho.

• **Perspectivas tipológicas empíricas**

Sustancia vegetal de acción tóxica que gravita en torno a las funciones hepáticas, efecto funcional prelesional después con retraso nutricional general y sectorial. Los biotipos se ven implicados de forma diferente: el normolíneo está a salvo si sus funciones eliminadoras no están alteradas; el breviliño, retrasado en su nutrición metabólica, es especialmente sensible; el longilíneo por su tendencia a la desnutrición y sus consecuencias hepáticas entre otras; el distrófico por la afectación de su tejido elástico-conjuntivo presente en todo el organismo y sus consecuencias relacionadas con los procesos precoces de esclerosis.

Estos doce ejemplos nos han permitido ilustrar la diferencia fundamental del valor y la calidad de los signos biotipológicos, del tipo sensible del remedio y de los signos patogenéticos de este último. Estas diferencias son muy importantes para comprender un biotipo, las predisposiciones que lo amenazan y el remedio cuya prescripción viene indicada por su tipo sensible aunque para determinarlo sólo son válidos sus signos patogenéticos.

La biotipología integrada entre los principios homeopáticos puede, todavía empíricamente es cierto, participar en la interpretación de las predisposiciones patológicas cuya respuesta es el tipo sensible al simillimum que adquiere, en el límite de la patogénesis del remedio, un significado que se adelanta a las expresiones clínicas. No obstante, como médico homeópata hay que tener en cuenta:

- *la indispensable jerarquización doctrinal,*
- *las diátesis, que ofrecen la mejor aproximación clínica y terapéutica bajo la égida de la analogía, de la enfermedad crónica.*

A partir de ahí, los conceptos biotipológicos no indispensables para la práctica homeopática pueden ser, para aquellos que los utilicen, una orientación, una justificación o una posibilidad de comprensión de determinados problemas de comportamiento general o de predisposiciones mórbidas.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLENDY R (1920) Les tempéraments. Rev Fr Homéo Paris.
- BAUR J, JUNOD F (1957) Les états constitutionnels de Grauvogl. Actes Soc Rhodan Homéo; fascículo 2. Lyon.
- BERNARD H (1951) Traité de médecine homéopathique. Coquemard. Angoulême (última edición 1985).
- BERNARD H (1953-1958). Les constitutions et la morphologie humaine. Bull Soc Méd Homéo Aquitaine. Burdeos.
- BERNARD H (1957) Les constitutions humaines et leurs rapports avec la thérapeutique. Coquemard. Angoulême.
- BERNARD H (1966) Doctrine homéopathique. Coquemard. Angoulême.
- CARTON R (1926) Diagnostic et conduite des tempéraments. Maloine. París.
- CHOAIN J (1955). L'homéopathie et la médecine russe. esquisse d'une théorie pavlovienne de l'homéopathie. Connaissance de l'homme; junio-julio 1955.
- CONAN MERIADEC M (1973) Doctrine homéopathique et conceptions actuelles du terrain. Ann Homéo Fr; julio 1973.
- CONAN MERIADEC M (1981) Diathèses homéopathiques. Editions Techniques. Encycl Méd Chir (Paris-Francia), Homéopathie.
- CONAN MERIADEC M (1990). L'homéopathie. Conception médicale à la dimension de l'homme. Boiron. Lyon.
- CORMAN L (1947) Le diagnostic du tempérament par la morphologie. Amédée Legrand. París.
- CORMAN L (1953) Connaissance des tempéraments par la méthode morphophysique. Prototype. Oliven.
- DEMARQUE D (1982). L'homéopathie, médecine de l'expérience. Maisonneuve. Metz.
- HAHNEMANN S (1952). Doctrine homéopathique ou Organon de l'art de guérir (traducción de la 6ª edición alemana por Schmidt P) Vigor. París.
- Homéopathie Moderne (1934-1935). La morphologie. N° especial 15 mayo 1934, 15 mayo 1935.
- Homéopathie Moderne (1937). Constitutions et tempéraments. N° especiales 15 abril, 15 mayo, 15 junio, 15 julio, 1937.
- JACQUELIN A (1954) Sur quelques signatures morphologiques de l'hérédité dans la syphilis et la tuberculose. Homéo Moderne; 15 marzo 1935.
- JARRICOT J (1935) Sur quelques signatures morphologiques de l'hérédité dans la syphilis et la tuberculose. Homéo Moderne; 15 marzo 1935.
- KOLLITSCH P (1955) Homéopathie. Maloine. París (última edición 1989).
- MARTINY M (1948) Essai de biotypologie humaine. Peyronnet. París.
- MARTINY M (1957) Les états constitutionnels et la biotypologie. Actes Soc Rhodan Homéo; fascículo 2. Lyon.
- MOUEZY-EON A (1932) La minéralisation biologique. Ann Hôp Saint-Jacques París; julio y octubre 1932.
- PAVLOV I (1954) Oeuvres choisies. Ediciones en lenguas extranjeras. Moscú.
- Informes del II Congreso Internacional de Medicina Hipocrática (1953). Jornadas médicas de Evian. Expansion scientifique française. París.
- ROUY A (1951-1954) Quelques enseignements sur la thérapeutique homéopathique (primero y segundo ciclos) Vigor. París.
- SCHMITT R (1948) A propos du fluor. Homéo Fr; octubre, noviembre y diciembre 1948.
- SCHMITT R (1950) Les âges de la vie. Homéo Fr; abril 1950.
- SCHMITT R (1951) Du retour permanent vers la constitution primitive. Homéo Fr; febrero 1951.
- SHELDON WH (1950) Les variétés de la constitution physique de l'homme (traducción Ombredane A) PUF. París.
- SHELDON WH (1951) Les variétés du tempérament (traducción Ombredane A) PUF. París.
- VANNIER L (1952) La typologie et ses applications thérapeutiques (2 tomos) Doin. París (reeditado 1989).
- VOISIN H (1956) Les groupes et familles de remèdes. El propio autor. Annecy.
- ZISSU R (1949) Constitutions, tempéraments et toxines. Homéo Fr; febrero 1949.
- ZISSU R (1959-1964). Matière médicale homéopathique constitutionnelle (4 tomos) 2ª edición Le François. París. 1977-1978. Prefacio en la 2ª edición, 2ª impresión. Boiron. 1989 (2 volúmenes).
- ZISSU R (1968) Intérêt de la biotypologie face à la doctrine homéopathique et à ses techniques d'application. ANN Homéo FR; octubre y noviembre 1968.
- ZISSU R (1974) Réflexions sur "Homéopathie et Biotypologie". Ann Homéo Fr; marzo 1974.
- ZISSU R, GUILLAUME M (1972) Manuel de médecine homéopathique. 2ª edición Doin. París. 1981.
- ZISSU R, GUILLAUME M (1973-1977). Fiches de matière médicale homéopathique (3 series). Doin. París. 2ª edición (clasificador). Boiron. 1989.

III.5

Interés actual del tipo sensible

D. Demarque

El concepto de tipo sensible y la importancia que se le debe conceder en la consulta homeopática para la elección del o de los medicamentos indicados han variado considerablemente desde los orígenes de la homeopatía.

REPASO HISTÓRICO

En el siglo XIX, el gran siglo de la experimentación patogénica, no se planteaba la cuestión del tipo sensible en el sentido actual del término. Samuel Hahnemann experimentó sobre sí mismo cerca de un centenar de sustancias y sin embargo su tipo sensible no se modificó en absoluto. Hahnemann comparó los síntomas patogénéticos aparecidos en su organismo con los de sus colaboradores y constató la influencia del "temperamento" y del carácter del individuo en experimentación sobre los síntomas desarrollados recomendando tener en cuenta en la observación del enfermo y en la elección del medicamento que:

«Para obtener todas las ventajas posibles del empleo de la homeopatía y de los medicamentos en general, especialmente de éste último (*Pulsatilla*) es necesario buscar no sólo la similitud de los efectos físicos del medicamento con los síntomas corporales sino también la similitud de los efectos y de los síntomas morales así como la del temperamento del individuo sobre el que han sido hechas las pruebas con el del enfermo a curar.»

«Así pues, el uso medicinal de *Pulsatilla* será más saludable en cuanto que encontremos, en los estados mórbidos en que convenga desde el punto de vista de los accidentes corporales, un humor llorón, la propensión a un malestar interior y a una tristeza tranquila o al menos a la dulzura y a la resignación, sobre todo si, antes de caer enfermo, el individuo era condescendiente y dulce (incluso superficial e inconsciente). Este medicamento conviene sobre todo a los temperamentos calmados y linfáticos pero es poco apropiado para los hombres impacientes por tomar partido y precipitados en sus movimientos aunque a primera vis-

ta parezcan de un condescendiente natural» (Hahnemann, trad. Simon, 1891, pp. 111-112).

Teste comenta este texto y añade «que *Pulsatilla* conviene sobre todo a las personas que, por la predominancia relativa del tejido adiposo y por su constitución, su carne blanca, sus formas redondeadas, la dulzura de su carácter y su humor cambiante, muestran los rasgos típicos del sexo femenino» (Teste, 1853, p. 254).

El mismo autor, respecto a *Calcarea carbonica*, introduce conceptos de morfología: «La cal, cuando los síntomas de la enfermedad lo indican, conviene principalmente a los niños rubios y gordos, huraños y llorones, con la apariencia habitual de un cierto vigor, o a aquellos en los que el trabajo de la osificación se efectúa con dificultad; a los jóvenes obesos [...]» (*ibidem*, p. 271).

Las observaciones de este tipo efectuadas por los homeopatas del siglo XIX siguen siendo limitadas. El énfasis se situaba siempre en la relación de similitud entre los efectos primitivos subtóxicos o tóxicos de la droga experimental y los signos específicos relativos a la enfermedad.

En su tratado de *Enfermedades crónicas*, Hahnemann habla de la importancia de la *constitución*, término que entonces no era entendido como lo es actualmente.

Según la edición de 1865 del *Diccionario de Medicina* de Littré y Robin, la constitución es «el estado general de la organización particular de cada individuo de lo cual se deriva su grado de fuerza física, la regularidad más o menos perfecta con la cual se efectúan sus funciones, la suma de resistencia que opone a las causas de la enfermedad, la dosis de vitalidad de la que está dotado y la esperanza de vida que posee».

En ningún momento los autores se refieren ni a la forma, ni a la morfología. A finales del siglo XIX y principios del XX, algunos autores, en los Estados Unidos (Kent, Nash...) introdujeron en la Materia médica retratos esbozados de los comportamientos atribuidos a los individuos sensibles respecto a algunos grandes policrestos. En Alemania, algunos famosos homeopatas, influenciados por la doctrina de las firmas de Paracelso y la bioquímica de la época, describen "constituciones" en las cua-

les es predominante el lugar adjudicado a la morfología y en Suiza, un médico natural de Lausana, Antoine Nebel, se inspiró en estos trabajos. En los años 20, Nebel describía tres constituciones minerales calcáreas de base, definidas por su morfología (brevilínea, longilínea, distrófica), sus comportamientos y sus relaciones endocrinas, y un tipo intermedio, *Sulfur*, como el holotipo respecto al cual se sitúan las constituciones minerales de base y los principales medicamentos de efecto profundo y duradero.

Durante medio siglo, las ideas de Nebel inspiraron en Francia, junto a Léon Vannier, André Rouy, Georges Dano, Henri Bernard... diferentes intentos de clasificación de los medicamentos homeopáticos más importantes y para ello, la morfología considerada como fija o susceptible de variaciones a lo largo de la vida era el principal criterio utilizado. Los tipos sensibles que correspondían a sustancias de origen mineral fueron considerados como constitucionales y éstos en relación con las sustancias vegetales y animales definían los medicamentos de cada temperamento.

Desde hace unos treinta años, la influencia de la técnicas anglosajonas de repertorización de las que se excluye toda referencia a la tipología y, más recientemente, las críticas lanzadas por los genéticos¹ a la propia tipología ponen en duda el valor que debe adjudicarse a los diferentes elementos de los tipos sensibles en la individualización del enfermo y la elección de los medicamentos.

En cualquier caso, no parece conveniente pasar de un extremo a otro y pese a que el carácter individual de cada caso de enfermedad es una certeza, la existencia de grupos de individuos susceptibles de reaccionar de una manera si no idéntica al menos análoga también lo es y desde hace algunos años, algunos estadistas estiman que se trata de una cuestión a tener en cuenta. Spriet y Simon escribieron en 1982 que sería «muy conveniente disponer de métodos que permitieran prever el éxito o fracaso de un tratamiento determinado a partir de las características individuales de cada individuo: demográfico, fisiológico, psicológico y patológico. De esta forma se podría intentar definir el perfil de los «contestadores» y «no contestadores» y utilizar de forma más racional y más eficaz las terapéuticas de las que disponemos» (Spriet y Simon, 1982).

Estas «características individuales de cada individuo» corresponden a grupos cuyas tendencias mórbidas y comportamientos presentan analogías aun cuando sea difícil incorporar también la morfología.

POSICIONES ACTUALES DE LAS ESCUELAS HOMEOPÁTICAS FRENTE AL CONCEPTO DE TIPO SENSIBLE

Algunos lo rechazan totalmente. Para éstos, los tipos sensibles no son patogenéticos con un matiz que concierne a las tendencias mórbidas sino que se limitan a la correspondencia estricta de similitud entre síntomas específicos patogenéticos (efectos primitivos a dosis tóxicas y subtóxicas) y síntomas específicos que caracterizan la enfermedad y la reacción individual del enfermo.

El esquema de la cruz de San Andrés (fig. 1) dibujado por Hering, célebre médico homeópata de los Estados Unidos en el siglo XIX, en la pizarra del anfiteatro de la universidad de Allentown en la que daba sus clases de Materia médica, fue adoptado, con algunas variantes, por muchos profesores de los países europeos.

Hering recomendaba a sus alumnos que seleccionaran, entre los síntomas pertenecientes a las cuatro categorías de base, un mínimo de tres signos característicos a comparar con una agrupación análoga de una patogénesis.

Muy útil y suficiente para la elección del medicamento en la mayoría de las enfermedades agudas, este esquema presenta el inconveniente de ser demasiado resumido ya que no tiene en cuenta el terreno y el tipo sensible, reduciendo la etiología a las condiciones inmediatas de la aparición de los síntomas.

Me ha parecido conveniente completar el esquema proporcionándole un vértice y una base, un techo y un suelo, no patogenéticos, cierto, pero que son realidades clínicas indispensables para una correcta prescripción en las enfermedades crónicas (fig. 2). En el vértice, es lógico situar la etiología, siempre plurifactorial, y en la base, el terreno, es decir, predisposiciones mórbidas, diátesis y formas reaccionales generales. Los términos se mezclan y el tipo sensible ocupa su lugar junto a los conceptos de tendencias mórbidas, de comportamiento, de carácter y a veces de morfología.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL VALOR ATRIBUIDO A LOS DIFERENTES ELEMENTOS DE UN TIPO SENSIBLE

MORFOLOGÍA

Elemento de base, esencial para la descripción de los tipos sensibles constitucionales en relación con las sustancias minerales no tóxicas (sales de cal, sílice, cloruro de sodio), la morfología presenta la ventaja de su objetividad aunque al no ser patogenética, no puede ser considerada como un criterio de exclu-

¹ J. Ruffié, especialista en genética de poblaciones, en su *Tratado de lo vivo* (1982) critica el concepto tipológico y rechaza el concepto de tipo ideal, de holotipo. «La morfología no representa más que la expresión de una parte del genoma y probablemente la menos importante [...]. Un ser vivo se adapta a las condiciones del entorno a partir de su fisiología y su comportamiento [...]. Para el geneista, el concepto de holotipo carece de sentido.»

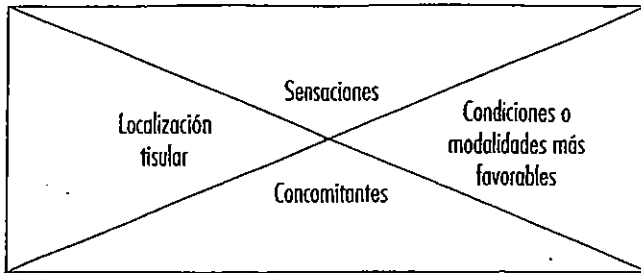


Figura 1. Esquema de la cruz de San Andrés de Hering

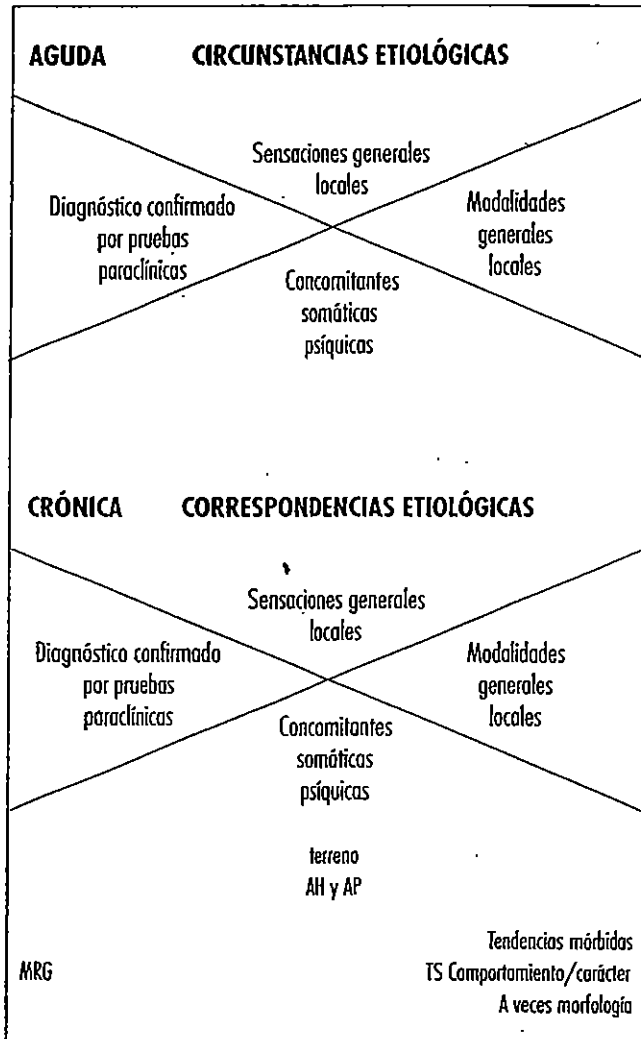


Figura 2. Esquema de Hering completado

sión para la elección de un determinado medicamento cuando una agrupación característica de síntomas patogenéticos indican su conveniencia.

Así, hemos tenido la oportunidad de observar recientemente la indicación de *Calcarea carbonica* en una niña delgada, longilínea y agitada por una adenovirus febril con una adenitis cer-

vical voluminosa de límites imprecisos. Además, la niña presentaba habitualmente, por una parte, un signo concomitante subjetivo, un deseo de comer huevos muy marcado y, por otra, uno objetivo, una transpiración a partir del primer sueño a nivel del cuero cabelludo y en la región occipital.

El efecto de *Calcarea phosphorica* sobre las sínfisis y sobre la consolidación de los huesos después de una fractura es independiente de la morfología como el de *Natrum muriaticum* lo es sobre el acné comedoniano frontal...

Durante la vida, las variaciones de morfología no son algo excepcional. Así, desde este punto de vista, el "fijismo" de determinados autores nos parece, hoy en día, obsoleto. En realidad, los tipos mixtos son de una frecuencia elevada y el papel intermedio de *Sulfur* ha sido confirmado por la clínica, de hecho, Hahnemann lo prescribía casi sistemáticamente en las enfermedades crónicas.

El conocimiento de los medicamentos minerales constitucionales es muy interesante en pediatría sobre todo en el período del desarrollo estatuoponderal. En la pubertad, presenta el interés de relacionar la morfología y los datos neuroendocrinos. La importancia de *Natrum muriaticum* especialmente para las chicas jóvenes no se debe, ni mucho menos, al azar.

Cuando una morfología extrema persiste desde el nacimiento hasta la muerte, es útil concederle un valor suplementario.

TENDENCIAS MÓRBIDAS

Los medicamentos de temperamentos que se incorporan y evolucionan sobre el substrato que denominamos una "constitución mineral" (Dano, 1938) son muy limitados. De origen vegetal o animal, se distinguen progresivamente por la frecuencia de sus indicaciones que siguen unas predisposiciones mórbidas bien definidas:

- tendencias asténicas o no asténicas, o bien alternancia, conceptos sobre los que Zissu insistió especialmente;
- tendencias a los espasmos: *Nux vomica*, *Ignatia*;
- tendencias a los fenómenos de congestión y de estasis venosa: *Pulsatilla*;
- efecto neuro-endocrino y vascular de *Lachesis*;
- tendencia a las ptosis de *Sepia* que además corresponde a las formas reaccionales generales psórica y sicótica;
- tendencia a los trastornos dispépticos, a la uricemia, a la litiasis... de *Lycopodium*, medicamento capital de la forma reaccional psórica.
- tendencia a las manifestaciones patológicas características de la forma reaccional sicótica de *Thuja* cuya patogénesis es un espejo de esta forma reaccional tan general.

En efecto, las tendencias mórbidas pueden presentar una correspondencia, al menos parcial, con las patogénesis. Los medicamentos de temperamentos, de los cuales hemos citado los más

importantes, pueden presentar un morfología preferencial pero, en general, evolucionan con períodos más o menos largos respecto a una morfología constitucional de base de origen mineral.

No todos los enfermos "*Sepia*" son mujeres delgadas y morenas, no todas las "*Pulsatilla*" son jóvenes rubias de ojos azules y formas generosas... encontramos muchas en Senegal.

COMPORTAMIENTO Y CARÁCTER

Determinadas manifestaciones comportamentales son patogénicas como la irritabilidad, la ansiedad... El carácter, por su parte, es adquirido junto con múltiples componentes de orden genético y Hahnemann estimaba necesario tenerlos en cuenta. En el siglo XIX, numerosos autores, especialmente de los Estados Unidos, describieron en unas pocas líneas los perfiles de los principales medicamentos de "temperamento". Así, según Hering, *Nux vomica* «conviene a las personas muy minuciosas, atareadas, apresuradas, inclinadas a la agitación y a la ira o de carácter gruñón y desagradable», Nash escribió el comentario: «Este es el perfil escrito de lo que denominamos "temperamento nervioso"

y el valor auténtico de las indicaciones de temperamento de este remedio se confirma mediante la práctica; no obstante, existe una cierta cantidad de medicamentos que presentan de forma igualmente marcada el temperamento denominado nervioso, entre otros *Chamomilla*, *Ignatia*, *Staphysagria*.

«Así, la prescripción de *Nux vomica* basada únicamente sobre el temperamento no podría ser justificada por ningún médico, por muy clara que sea la indicación. Para una prescripción correcta debe tenerse en cuenta el caso en *todo su conjunto*» (Nash, trad. R. Demarque, 1984, p. 12).

Los homeópatas modernos no siempre tienen en cuenta esta reflexión propia del más puro sentido común. Considerar únicamente el aspecto psíquico de los tipos sensibles sin preocuparse de las tendencias mórbidas, la morfología y el conjunto de signos característicos da lugar a divagaciones increíbles. La interpretación psicoanalítica de los síntomas se añade a la confusión y el uso exclusivo de los repertorios hace que se pierda de vista la importancia del examen clínico, la investigación etiológica, las formas reaccionales generales y la indispensable reflexión sobre la enfermedad considerando su duración a través del conocimiento de los antecedentes personales y hereditarios del enfermo.

El conocimiento de los tipos sensibles, equivalentes a los "buenos contestadores" en farmacología clásica, ha permitido clarificar la Materia médica homeopática y esbozar una clasificación de los medicamentos. Su interés didáctico es indiscutible. En la práctica, jamás hay que olvidar que lo esencial en una consulta homeopática es seleccionar un conjunto de signos específicos que correspondan a una similitud patogénica.

BIBLIOGRAFÍA

- DANO G (1938) Etude sur cinq médicaments minéraux constitutionnels. Le François. París.
 HAHNEMANN S (1891). Traité de Matière médicale homoeopathique (trad. Simon L, padre e hijo). (tomo IV). JB Baillière. París. pp 111-112.
 NASH EG (1984). Guide de thérapeutique homoeopathique (trad. Demarque R) Boiron. Sainte-Foy-Lès-Lyon. p. 12.

- RUFFIÉ J (1982). Le Traité du vivant. Fayard. París. 800 p.
 SPRIET A, SIMON P (1982). Méthodologie des essais cliniques de médicaments. Revue de Médecine.
 TESTE A (1853). Systématisation pratique de la Matière médicale homoeopathique. JB Baillière. París. pp 354-271.

III.6

Los repertorios

X. Piesse

El enorme número de síntomas producto de las experimentaciones patogenéticas implicaba desde los comienzos de la homeopatía, una clasificación. El trabajo de clasificación, iniciado muy pronto, ha representado una labor inmensa y la parte dedicada a la historia de los repertorios nos proporcionará, a través de los autores estudiados, el abanico de dificultades encontradas.

Muy pronto aparecieron divergencias respecto a la forma de clasificación a adoptar, anatómica o alfabética, sobre el grado de valoración de los síntomas, yendo éste en ocasiones de dos hasta seis grados, la importancia de las localizaciones, de los síntomas concomitantes y los síntomas mentales y el interés de las indicaciones nosológicas; todas ellas han conducido a la producción de numerosos repertorios, casi todos diferentes, tanto en su espíritu como en su concepción.

GENERALIDADES

Pese a que la función del repertorio se limitaba, en los primeros homeópatas, a un papel puramente consultivo, su uso sistemático se extendió ampliamente por Europa y sobre todo en los Estados Unidos a través de las técnicas de repertorio de De Boenninghausen (Cuzin, 1966), desarrolladas por Boger y más tarde, de Kent (Hui Bon Hoa, 1963; Bidwell, 1912, 1915).

En la Francia de la primera mitad del siglo XX, el uso del repertorio cayó en el olvido en beneficio de otros enfoques diagnósticos.

El repertorio es, fundamentalmente, un útil pedagógico. Más allá del hecho de que es imposible acordarse de los millares de síntomas de la Materia médica, su función principal es protegernos de nosotros mismos, con la condición, naturalmente, de que sea utilizado con el rigor y la disciplina necesarios. Además puede ser manejado de múltiples formas.

La función del repertorio no es la de substituir al conocimiento de la Materia médica sino la de remediar sus imperfecciones, por otra parte, inevitables. Citemos, por ejemplo a De Boenninghausen que escribe, en el prólogo de su *Manual*: «Está

fuera de dudas que ningún repertorio, por completo que sea, podrá substituir jamás el estudio pormenorizado de la Materia médica pura y por mi parte, nunca he pretendido restarle importancia; todo lo contrario, puesto que miro como perjudiciales todos aquellos libros que pretenden ese objetivo.»

Como todo método experimental, la homeopatía debe guardarse de los intentos de sistematización que, inevitablemente, aparecen y sacrifican la verdad a la lógica, y el repertorio no es una excepción.

HISTORIA

EL PRIMER REPERTORIO

Fue redactado por el propio Samuel Hahnemann en 1805, en Leipzig, cinco años antes de la primera publicación del *Organon*. Este repertorio, de unas trescientas páginas aproximadamente, se presenta en forma de «Léxico sintomático», redactado en latín y en el cual los síntomas se encuentran clasificados por orden alfabético (Olds, in Green, 1932).

LOS DOS REPERTORIOS PRINCIPALES DEL SIGLO XIX

Entre los primeros discípulos del maestro, y tras Haas, Ruoff (1840) y Ruckert, fueron Jahr y De Boenninghausen quienes redactaron los dos repertorios más importantes.

El repertorio de Jahr

Titulado *Repertorio terapéutico y sintomatológico o Cuadros alfabéticos de los principales síntomas de los medicamentos homeopáticos con opiniones clínicas* (1840), fue publicado en 1835 en lengua alemana. Incluye 208 remedios, clasificados por capítulos según las localizaciones, los síntomas generales, los síntomas febriles y un capítulo aparte para las afecciones morales y cada remedio está valorado de uno a tres grados. La particularidad de la obra de Jahr reside en la división del repertorio en "Opiniones clínicas", "Síntomas" y "Condiciones y síntomas concomitantes". Se le reprochó al autor el haber recurrido en sus "Opiniones clínicas" a una clasificación nosológica de las enfermedades aunque, en la introducción de su repertorio, Jahr se defiende diciendo que sólo ha pretendido ayudar a los principiantes.

El repertorio de De Boenninghausen

Escrito por el fiel discípulo y amigo íntimo de Hahnemann, la obra fue editada en lengua alemana en 1845. El repertorio, titulado *Manual de terapéutica homeopática, para servir de guía en el lecho de los enfermos y al estudio de la Materia médica pura* (De Boenninghausen, 1846) es el resultado de la fusión llevada a cabo por el autor de dos de sus obras precedentes: *Repertorio de los antipsóricos* (De Boenninghausen, 1900), publicado en 1832 y *Repertorio de los medicamentos que no son antipsóricos* publicado en 1835. El trabajo fue iniciado bajo los auspicios de Hahnemann quien escribió a De Boenninghausen: «Deseo vivamente ver vuestro repertorio en un solo volumen, sin distinción entre los medicamentos antipsóricos y los demás a pesar de que en su forma actual sea de gran utilidad» (Demarque, 1976).

El repertorio de De Boenninghausen incluye 126 remedios, valorados de 1 a 5, siendo el quinto grado muy raramente utilizado. Sabemos a ciencia cierta que este sistema de valoración fue aprobado personalmente por Hahnemann.

Entre 1840 y 1872, el repertorio de Jahr conoció, en francés, siete ediciones sucesivas cada una de las cuales fue modificada y completada por el autor mientras que la obra de De Boenninghausen no conoció más que una edición en el siglo XIX. En contrapartida, en los Estados Unidos, Allen, autor de una *Enciclopedia de la Materia médica* en 10 volúmenes (Allen, 1874) hizo publicar cinco ediciones sucesivas del *Manual* que modificó y al cual añadió numerosos remedios, llevando a 220 el número de medicamentos incluidos en el repertorio.

LOS OTROS REPERTORIOS DEL SIGLO XIX

El repertorio de Hempel

«El repertorio de Hempel es el tercer volumen del Symptomen Codex publicado en 1853. Cuando Charles J. Hempel hu-

bo terminado de traducir el Symptomen Codex, se dedicó al repertorio de síntomas contenido en la obra. Hempel no creía en la combinación de síntomas, quería que fueran conservados los mismos términos del experimentador y recopiló los síntomas tal y como fueron dados, repitiendo las expresiones diferentes con frases de idéntico sentido, por ejemplo, "ardor de estómago", "dolor ardiente en el estómago", "vértigo al levantarse de una silla", "vértigo al levantarse de un asiento". De ello se deduce que Hempel pensaba esencialmente en términos de síntomas particulares; los síntomas raramente tienen más de un remedio y un cambio de palabra, aunque el sentido no cambiara, podría conducir a otro remedio» (Green, 1932).

El repertorio de Lippe

Constantin Lippe publicó su *Repertorio de los síntomas más característicos de la Materia médica* en 1879 construido sobre el esquema del repertorio del *Manual* de Hering, publicado en Allentown en 1838, y al cual añadió los títulos de De Boenninghausen, Adolph Lippe, Bell, Guernsey, Hering y Jahr. La obra sigue el orden anatómico de la Materia médica pura y acaba con un capítulo titulado "Generalidades" en el cual se verifican los títulos precedentes. Lippe da dos grados de valoración. «Este repertorio es difícil de utilizar en la medida en que la mayoría de las títulos incluyen tan pocos síntomas que sus combinaciones no conducen a ninguna parte» (Green, 1932).

El repertorio de Lee

Su *Repertorio de síntomas característicos, clínicos y patogenéticos de la Materia médica homeopática* se publicó en 1888 en *The Homoeopathic Physician* y después se editó en 1889. A partir de este repertorio y del de Lippe, Kent construyó el suyo (Seror, 1967; Boger; Green, 1932).

El repertorio de Gentry

En 1890, Gentry publicó el *Repertorio de concordancias de los síntomas más característicos de la Materia médica* en seis volúmenes (Gentry, 1980) y comprende treinta y una secciones, clasificadas por orden alfabético. El autor explica en el prólogo de su obra la idea que le llevó a la redacción de este repertorio. «El autor había encontrado el remedio de un síntoma tras varios días de investigación en las Materias médicas y los repertorios. El síntoma es: cefalea frontal constante y sorda, peor a nivel de las sienes, acompañada de dolor en el ombligo, particularidad ésta última que dificultaba la búsqueda del remedio. Tras un estudio fastidioso y tras haber encontrado el remedio, el autor se exclamó: si tuviéramos un repertorio concebido como el *Cruden's Concordance of the*

Bible hubiera bastado con referirse a la letra O y buscar "Ombli-go" para encontrar inmediatamente el remedio deseado.»

El repertorio de Knerr

The Repertory of the Guiding Symptoms (Knerr, 1951) fue publicado en 1896. La obra representa el índice de los diez volúmenes de los *Guiding Symptoms* de Hering, obra de referencia de la Materia médica (Hering, 1879).

Los síntomas son ofrecidos en el lenguaje expresado por el enfermo y valorados de 1 a 5, y a veces 6. El repertorio comporta dos tomos y cuarenta y ocho secciones, «de las cuales algunas no se encuentran en ningún otro sitio. Citemos por ejemplo: los tejidos, etapas de la vida y del organismo, edad, aspectos, formas de vida, ocupación, altura, temperamento» (Seror, 1967).

LOS REPERTORIOS DEL SIGLO XX

El repertorio de Kent

La primera edición del *Repertory of the Homoeopathic Materia Medica* de Kent data de 1900 (Green, 1932). «La obra apareció en doce fascículos separados cuya publicación se escalonó a lo largo de poco más de un año. El primer fascículo *Mind and Sensorium* apareció a finales del 1897. En junio de 1899, *The Homoeopathic Recorder* anunció la aparición completa de los doce fascículos» (Baur, 1992). El *Repertorio de la Materia médica homeopática* (Kent, 1988), volumen de 1 423 páginas, inspirado en el *Repertorio de síntomas característicos, clínicos y patogenéticos de la Materia médica homeopática* de Lee (1889), conoció seis ediciones sucesivas y en 1980 una nueva edición india revisada, corregida y aumentada por Schmidt y Chand (1988) en la cual se precisa que no se trata de una séptima edición sino de una edición revisada. Las dos primeras publicaciones tuvieron lugar en vida de Kent, las tercera, cuarta y quinta fueron modificadas y completadas por su mujer, Clara Louise Kent, Gladwin y Schmidt.

Kent, en el prólogo de su obra, presenta su repertorio como «una compilación de todos los síntomas útiles presentes en los trabajos fundamentales de nuestra Materia médica así como diversas notas de nuestros médicos más competentes».

Cuando quiso desarrollar los síntomas generales y sus modalidades, Kent empezó por escribir sus notas en el repertorio de Lippe, hasta que se dio cuenta de que no podía seguir el esquema adoptado por Lippe y al ver que el manuscrito adquiría un volumen considerable decidió empezar desde el principio.

«Al recopiar los síntomas generales de De Boenninghausen, se dio cuenta de que éstos no correspondían a la idea que Jahr y Lippe tenían de ellos. Ello le enseñó que no podía combinar títulos de diferentes repertorios sino que debía verificar cada uno de ellos y asegurarse de que los remedios figuraban y pertenecían

an correctamente. La empresa representaba un trabajo minucioso, en la medida en que compartía con Lippe y Jahr la misma concepción de lo que debía ser un síntoma general. En este tipo de trabajo, sus estudiantes no podían ayudarlo por lo que el repertorio de Kent, tal y como lo conocemos actualmente, representa los años de trabajo de un solo hombre.

«Parece ser que, según Kent, la localización tenía una gran importancia en la elección del remedio y es por esta razón que todos los síntomas referentes a una parte del organismo fueron clasificados por orden alfabético en el capítulo dedicado a esta parte. Un remedio que afectara la totalidad del cuerpo era situado en los capítulos generales a los que pertenecía. Los capítulos seguían el orden anatómico que Hahnemann utilizaba en sus experimentaciones.

«Los síntomas mentales generales a excepción de algunos que se encuentran en el "Sueño", están situados en el primer capítulo titulado "Psiquismo". Los síntomas generales, de los que se puede decir que forman parte del propio paciente, se encuentran en los capítulos: "Sueño", "Temblores", "Fiebre" y "Generalidades". Los síntomas locales se encuentran repartidos en el resto de capítulos y cada uno de ellos contiene todos los síntomas de la parte implicada.

«En el repertorio de Kent, los síntomas generales son los síntomas mentales y aquellos que conciernen al paciente en su totalidad. Se encuentran en los cinco capítulos, pero los síntomas en general se reparten en todo el repertorio.

«Es necesario recordar, analizando un caso determinado, lo que son los síntomas generales y los síntomas en general puesto que deben ser considerados como tales en el repertorio. Por ejemplo, si el paciente sufre un dolor de cabeza que empeora por la mañana al levantarse, si sus náuseas o sus reumatismos se agravan cuando sale de la cama y sus síntomas catarrales empeoran al mismo tiempo, podemos decir que presenta un empeoramiento general por la mañana al levantarse y por tanto habrá que consultar el capítulo dedicado a "Generalidades". Los síntomas que componen este conjunto también se encuentran contemplados en las partes del cuerpo en las que se manifiestan; así, si un paciente sufre una cefalea tras el baño, al mojarse, en barco, etc. entonces presenta una cefalea en general y habrá que referirse al título adecuado en el capítulo sobre la "Cabeza". Si el paciente presenta diversas agravaciones del dolor de cabeza por la mañana será necesario dirigirse al título: "Cefalea en general por la mañana". Conocer estas cosas reduce el trabajo.

«La composición de síntomas es la misma en cada capítulo del libro. El orden es alfabético y concierne a la parte total mientras que las modificaciones vienen a continuación. Si se trata de dos órganos, como es el caso para el oído y el ojo, o si se trata de un lugar que puede ser separado, como la frente, la primera modificación implicada es el "Lado" y la segunda el "Tiempo" pero si se trata de una zona única o de una zona que puede ser dividida, entonces las modalidades de "Tiempo" ocupan el primer lugar seguidas, y en orden alfabético, por las modificaciones, las

condiciones o las circunstancias en las cuales aparecen; cuando el síntoma es modificado por una irradiación/extensión, en lugar de situarse en el orden alfabético, se coloca al final. Después de que todas las modalidades de la parte total hayan sido consideradas, las zonas más localizadas se abordarán de la misma manera —síntomas en general primero, seguidos a continuación de las modalidades de lateralización, de tiempo, de circunstancias o de condiciones y extensión.

«Cuando el experimentador señalaba, "ardor de estómago", "punzadas en las extremidades" etc., el de Kent decía que ardor, punzadas, etc; eran dolores y debían ser clasificados como características del dolor más que como síntomas individuales y en lugar de clasificar "ardor" como síntoma en la A lo situaba en las características del dolor. El carácter de un síntoma sigue siempre las modificaciones de las circunstancias o de las condiciones. En las características del dolor cefálico, el dolor se trata como cualquier dolor general. Todos los tipos dolorosos se siguen por orden alfabético y son tratados de la misma manera.

«El dr Kent condensó su repertorio sirviéndose de los sinónimos. En la materia médica los dolores tipo puñalada o los dolores lancinantes aparecen muy a menudo; en el repertorio, los dolores tipo puñalada y a veces los dolores lancinantes se convierten en cortantes y los dolores picantes se convierten en dolores en punta. La materia médica y el paciente presentan un dolor de cabeza palpitante pero en el repertorio las pulsaciones sustituyen a los latidos y se encuentran en el dolor general así como en los dolores localizados. También existen pulsaciones indoloras en la cabeza, síntoma que no es una modificación sino un síntoma en sí mismo que ocupa un lugar en el orden alfabético.

«Cuando un síntoma no se encuentra en el repertorio, hay que buscar su sinónimo. Los dolores martilleantes, palpitantes, irradiantes, el dolor espasmódico, errático, todos se encuentran por orden alfabético en las modificaciones del dolor en general de la parte implicada en lugar de como característica del dolor» (Galdwin, in Green, 1932).

En el repertorio de Kent, los remedios están valorados del 1 al 3:

- el primer grado concierne a un síntoma que ha sido verificado por las curaciones clínicas;
- el segundo grado indica que el síntoma ha aparecido en algunas experimentaciones, que ha sido confirmado mediante una nueva experimentación y que ha sido verificado clínicamente mediante curaciones;
- el tercer grado indica que el síntoma ha aparecido en la mayoría de las experimentaciones, que ha sido confirmado por una nueva experimentación y que ha sido verificado clínicamente.

La obra de Kent contiene un cierto número de síntomas clave ("key-notes") o síntomas que sólo pertenecen a un único remedio. «Kent ha criticado siempre los "key-notes", empleados como único elemento, evidentemente son síntomas muy carac-

terísticos pero que sólo pertenecen a un único remedio» (Schmidt, 1967). Schmidt enumera 41 síntomas clave en caracteres en negrita en el repertorio, es decir, de tercer grado y añade: «Kent insiste sobre el mal y perezoso método basado únicamente en prescribir en base a este síntoma único. Un "key-note" es como el pez guía o el faro para el pescador: sirve de guía, lo cual, ciertamente, suele ser de gran valor. En efecto, un enfermo que empeora entre las 2 y las 4 de la mañana, ya sea debido a un insomnio o a cualquier otro trastorno, nos indica *Kali carb.* Es labor del médico, si es psicólogo o si conoce bien su homeopatía, interrogar a su paciente según los conocimientos que posee del remedio en cuestión y plantearle las preguntas en base a las reglas de la doctrina, evitando siempre que el paciente conteste con un sí o un no y evitando también obligarle a escoger entre dos respuestas. Casi siempre, el enfermo proporcionará los síntomas en los que no ha pensado pero que completan perfectamente el cuadro del remedio para el cual el "key-note" ha sido algo así como el trozo de vela que era necesario izar» (Schmidt, *op. cit.*).

El repertorio de Renard

El *Repertorio Homéopathique* de Renard fue publicado en 1935, en una época en la que era casi imposible encontrar un repertorio en francés. La obra es un fiel reflejo de su tiempo, de fácil acceso, práctica, simplificada al máximo y en la cual, cada remedio comporta dos grados de valoración (Renard, 1951).

El repertorio de Boger

El *Boenninghausen's Characteristics and Repertory* de Boger (reedición 1984) fue publicado en 1937. Este repertorio es una vasta compilación de los trabajos de De Boenninghausen, elaborado a partir de una reconstrucción del *Repertorio* original. Engloba el *Manual de terapéutica homeopática*, los *Sides of the Body* (1854), las partes repertoriales de la *Fiebre intermitente* (1873) y de la *Tos de la tosferina* (1870) así como un gran número de párrafos tomados de los *Aforismos de Hipócrates*. Los que han reprochado al repertorio de De Boenninghausen la confusión entre modalidades locales y generales no pueden elevar el mismo reproche a este obra, en la medida en que se encuentran (como en el *Repertorio de los antipsóricos*) las modalidades de empeoramiento y mejoría al final de cada capítulo dedicado a una zona anatómica determinada y al final del repertorio, un capítulo dedicado a las modalidades generales.

El repertorio de Barthel y Klunker

Los tres volúmenes del *Repertorio sintético — Síntomas psíquicos y generales de la Materia médica homeopática* de Barthel y Klunker fueron publicados sucesivamente en 1973, 1974 y 1978. La obra es trilingüe y cada síntoma está explicado al mismo tiempo en alemán, inglés y francés. «Los autores sólo inclu-

yen en su *Repertorio sintético* la sintomatología de cinco grandes clases de síntomas esenciales e indispensables para cualquier estudio de caso, a saber y por orden de importancia: 1º los síntomas mentales, 2º los síntomas generales, 3º los deseos, aversiones y agravaciones alimentarias, 4º los síntomas del sueño y 5º los síntomas sexuales. Para los síntomas localizados en los diferentes órganos de la economía del cuerpo humano, la consulta del repertorio de Kent sigue siendo la mejor obra de referencia [...] El *Repertorio sintético* contiene 1594 medicamentos homeopáticos, es decir, 1003 más que los señalados en el repertorio de Kent que sólo contiene 591» (prólogo de los autores, *op. cit.*). Cada remedio incluye una nota y envía al lector al autor de referencia ya que esta obra es una compilación de los trabajos de dieciséis autores:

1. El *Repertory* de Kent, las *Lectures on Homoeopathic Materia Medica* (Kent, 1956) y los *New Remedies* (Kent, 1980).
2. El repertorio de Knerr (1951).
3. El *Boenninghausen's Characteristics and Repertory* de Boger (1984) y del mismo autor, *Additions to Kent's Repertory* (1981b) y *A Synoptic Key of the Materia Medica (with supplemental reference table)* (1982).
4. El repertorio alfabético y sistemático de la *Materia médica* homeopática de Jahr (1840).
5. *Psychisme et Homéopathie* de Gallavardin (1960, 1983).
6. *Symptomen-Verzeichnis* de Stauffer (1951), compendio de indicaciones clínicas controladas.
7. Lista de síntomas verificados y citados como merecedores de un cuarto grado de Schmidt (1967).
8. *Repertory* de Boericke (1981).
9. *A Materia Medica and Repertory* de Stephenson. Medicamentos nuevos experimentados entre 1924 y 1959 (1963).
10. *Gesichtete homöopathische Arzneimittel* de Mezger (incluyendo 35 remedios nuevos o verificados) (1949).
11. La enciclopedia de *Materia médica pura* de Allen (1874).
12. El repertorio clínico de Clarke (1904).
13. *Dictionnaire de Matière médicale. Les 130 nouveaux homéothérapiques* de Julian (1981).
14. *Matière médicale pure* (1989) et *Maladies chroniques* de Hahnemann (1969).
- 15 y 16. Los autores añaden «Una lista de experimentaciones recientes de nuevos medicamentos publicada en las revistas homeopáticas contemporáneas» así como «Anexos a partir de la literatura homeopática internacional» de Kunzli, sin proporcionar referencias bibliográficas.

Las recientes aportaciones de G. y E. Broussalian y de Kunzli von Fimmelsberg

- Siguiendo con su trabajo de perfeccionamiento y enriquecimiento del repertorio de Kent en francés, G. Broussalian publica, en 1983, *Symptômes clés* (Síntomas clave) y en 1985,

Symptômes mentaux (Síntomas mentales). A propósito de los síntomas clave, Broussalian precisa que utiliza el término «para todos los títulos del repertorio que impliquen de uno a cuatro remedios de tercer grado y el término «síntomas guía» para los títulos del *Repertorio* que impliquen de cinco a diez remedios de tercer grado (excepcionalmente doce)». El repertorio de *Síntomas mentales* reproduce fielmente el capítulo «Psiquismo» de Kent (son reproducidos los títulos que sólo incluyen un remedio del primer grado) al cual han sido añadidas las indicaciones que proceden de los autores siguientes: Hering (1879), Allen (1874), Knerr (1951), Jahr (1840), Boericke (1981), Schmidt (1967) (el cuarto grado aconsejado por este autor para algunos medicamentos no ha sido establecido), De Boenninghausen («en consideración a las reservas y las eliminaciones efectuadas de la mano del propio Kent») (1846, 1976), Clarke (1904), Ward (1985), Dewey y Gallavardin (1960, 1983).

- En 1987, se publica el *Kent's Repertorium Generale* de Kunzli von Fimmelsberg. «Esta obra comporta no solamente una versión del repertorio de Kent a la cual se han eliminado los defectos de versiones precedentes sino que también ha sido enriquecida con elementos procedentes de setenta y dos autores diferentes. Constituye actualmente el mejor instrumento disponible para el profesional» (Baur, 1992).
- Finalmente en 1992, E. Broussalian publica la última versión bilingüe (inglés y francés) del repertorio de Kent. Esta obra es una fiel reproducción del repertorio original, construida en base al modelo de G. Broussalian, que elimina los errores tipográficos, la enriquece de notas referenciales e incluye numerosas referencias cruzadas. «Al final de la obra se encuentran reunidas todas las sensaciones dolorosas del repertorio; también se encuentra el cuadro de las relaciones de los remedios de Gibson-Miller, completamente revisado a partir de la edición original y compilado mediante anexos procedentes del repertorio de Knerr así como la lista de los remedios homeopáticos psóricos según P. Schmidt» (E. Broussalian, presentación de la obra, *op. cit.*).

Las bases de datos informáticas

Esta lista histórica de repertorio no estaría completa si no se mencionara el software actual disponible para los homeópatas. Nos encontramos en la era de la informática y la bases de datos que constituyen los repertorios se adaptan bien a la informatización; no obstante, en cuanto a su utilización, el ordenador sigue siendo todavía una memoria sin inteligencia.

- Bachelier ha traducido e informatizado, con el nombre de HOMEOREP el repertorio de De Boenninghausen, en su quinta edición americana a su vez traducida y aumentada por Allen. Este repertorio utiliza 228 remedios y 2535 títulos. «El principio consiste en buscar en el repertorio las ca-

racterísticas que el médico ha recogido en el examen de su enfermo y, combinándolas entre sí en un cuadro de dos dimensiones, buscar el o los medicamentos comunes al conjunto de las títulos recogidas.» HOMEOGUIDE es una versión derivada de HOMEOREP que utiliza, como base de datos, la primera traducción francesa del *Manual de terapéutica homeopática* de De Boenninghausen de 1846. Cabe añadir que la informática es conveniente para este repertorio que sólo contiene títulos excesivamente largos.

- El repertorio de Kent ha sido informatizado por G. Broussalian, primero en forma de tarjetas perforadas y después con el nombre de "Programme Mélanie" (Programa Melania) (de Mélanie d'Hervilly) en disquetes magnéticos para microordenador (International Computer) y finalmente ("Programme Mélanie II" y "Programme Mélanie III" en colaboración con E. Broussalian) sobre disco magnético duro único (International Computer).
- Existen otros software disponibles. Hay que tener en cuenta que la lista que sigue, extraída del *Journal de l'homéopathie* (Periódico de la homeopatía) (septiembre 1991) no es exhaustiva:
 - SINTHESE, de Henry (Instituto de bioestimulación) con autocuestionario, basado en un "Micro-Kent" y un "Maxi-Boger", en el que los remedios están clasificados por grupos según una clasificación establecida por Kollitsch;
 - SYSTEME EXPERT DUPRAT (Kasparian);
 - MACREPERTORY (Balagayrie);
 - RADAR (Archivel, SA);
 - STAPHISE.
- Cabe señalar que el Centro europeo de informática y de automoción (CEIA) ha creado un banco de datos en el cual figura una traducción simplificada del repertorio de Kent. El acceso puede hacerse a través de Minitel o por ordenador personal mediante transferencia de la memoria central.

TECNICAS Y MODOS DE EMPLEO

A PROPÓSITO DEL REPERTORIO DE DE BOENNINGHAUSEN

Publicada en 1846, esta obra sigue siendo una obra de referencia. En aquella época todavía hacía falta poner orden en la sintomatología extremadamente rica de la materia médica lo cual explica el prólogo de su *Manual*: «Si un gran número de síntomas son incompletos es porque no se indica la parte del cuerpo en la que se manifiestan o la naturaleza de las sensaciones y sobre todo porque no se señalan el tiempo, el lugar, las circunstancias de la agravación o de la mejoría; las dificultades encontradas para su apreciación precisa en el tratamiento de una en-

fermedad son todavía mayores debido a la imposibilidad de descubrir el carácter principal de un sólo síntoma, por muy completo que sea; por la influencia considerable y engañosa que siempre ejerce la individualidad del experimentador sobre los resultados de la experimentación, sin hablar de un sinfín de síntomas *alternativos* de orden inferior y de los síntomas *secundarios*; finalmente, y sobre todo por la necesidad absoluta de recurrir a la materia médica pura para juzgar el valor de la mayoría de los síntomas mediante la atenta comparación del conjunto de fenómenos, comparación que nunca puede llevarse a cabo en el momento y sin preparación.»

«Para De Boenninghausen, un síntoma es un síntoma, sea cual sea la forma en que se modifique bajo la influencia del tiempo, el lugar o las circunstancias» (Green, 1932). De todo ello se deduce que el capítulo dedicado a las localizaciones sea tan importante, incluyendo, de arriba a abajo, las diferentes partes del cuerpo y los remedios que poseen algún efecto sobre la región implicada. La individualización del remedio es posible gracias a los síntomas mentales indicados al principio del libro y después mediante los capítulos dedicados a los estados mórbidos y sensaciones así como a las condiciones generales de agravación y de mejoría.

«Para estudiar un caso patológico determinado, con este repertorio, se debe considerar la o las zonas anatómicas implicadas, las sensaciones y trastornos mórbidos asociados, las circunstancias de agravación y de mejoría y toda característica que pueda ser encontrada en los capítulos "Facultades afectivas e intelectuales", "Hambre y Sed" y los grupos de síntomas concomitantes. La última parte del repertorio está dedicada a las "Concordancias de los medicamentos homeopáticos", capítulo que retoma la lista alfabética de los remedios del repertorio; con, para cada remedio, títulos idénticos en los que se encuentran, clasificados en cinco grados, los remedios más próximos. Un médico acostumbrado puede seleccionar rápidamente en este capítulo los remedios mejor adaptados y después consultar las materias médicas para llevar a cabo su elección final.

«Evidentemente cada cual puede, según su opinión, abordar una sintomatología a partir de un punto diferente. De Boenninghausen, en un principio, seguía el método (que se puede traducir por) regional-general-continuo, tal y como indicaba en su libro; al final de su vida, escogió el de los síntomas esenciales, encontraba los remedios concomitantes y sus modalidades y añadía el peso de la confirmación clínica. Todo ello está muy claro en sus *Aforismos de Hipócrates* publicados poco tiempo antes de su muerte» (Boger in Green, 1932).

Muchos autores y no menores como Kent y Hering, reprocharon a De Boenninghausen haber hecho una amalgama entre modalidades locales y generales. Green (1932) citaba a Gladwin a este respecto: «Tomemos como ejemplo la sensación "Intolerance of clothing". Bajo este título se encuentran los remedios que presentan una intolerancia únicamente a lo que [les] cubre el cuello o a los que [les] comprime el estómago o el abdomen y

después los remedios que son sensibles a la presión en cualquier región del cuerpo. Dicha disposición lleva a pensar que De Boenninghausen creía que lo que era cierto para el todo lo era también para las zonas implicadas.» Y Green añadía: «La lógica enseña que lo que es cierto en general es también cierto en lo particular pero no enseña que lo que es cierto en particular lo sea necesariamente en lo general.»

A propósito de los síntomas concomitantes, concepto de semiología individual que debemos a De Boenninghausen, el autor escribe, en el prólogo a su repertorio: «Debo añadir algunas explicaciones al título "sufrimientos concomitantes" que se repite frecuentemente en la segunda, la cuarta y la quinta parte. Convencido de la importancia de los síntomas que se manifiesta al mismo tiempo que otros formando juntos un grupo, he recogido, desde hace varios años, todo lo que pertenece a los síntomas accesorios señalados en la materia médica pura, todos los datos de mi propia experiencia y el número se ha incrementado de tal forma que me he visto en la posibilidad de extraer reglas generales. Dichas reglas prueban con una gran evidencia que un medicamento responde mejor que otro a los síntomas accesorios que se manifiestan antes, durante o después del mal primitivo pero al mismo tiempo que los síntomas accesorios no consisten exclusivamente en un determinado accidente sino todo lo contrario, es decir, que cualquier tipo de dolor que se incluye en la esfera de acción del medicamento puede unirse a la enfermedad aunque los síntomas característicos aparezcan más frecuentemente que los otros.

»Sobre este descubrimiento, sometido a largas experiencias que siempre lo han confirmado, se basa el título "sufrimientos concomitantes" con indicación del rango de orden de los medicamentos por la diferencia del carácter.»

En la introducción a su *Repertorio terapéutico y sintomatología*, Jahr añade: «Las indicaciones que se encuentran en los síntomas concomitantes deben utilizarse con la mayor de las precauciones y no porque los medicamentos que se hayan anotado seas inexactos por ellos mismos, sino porque no son suficientes y, para estar bien seguro de ello, es necesario completar estas combinaciones con todo el resto de síntomas de los demás órganos. Sólo en el caso de que el resto de síntomas concuerden también bien será necesario dar preferencia a aquella en la cual la combinación que buscamos se encuentre ya hecha; pero por poco que alguno de los medicamentos que presentan dicha combinación no concuerde completamente, no hay que dudar en dirigirse a otro que presente el conjunto de los síntomas, incluso cuando no los ofrezca exactamente en la combinación buscada.»

Sobre el concepto de síntoma concomitante, podemos concluir con estas palabras adjudicadas a Demarque (1989): «Retomaremos el interrogatorio del enfermo que interrumpimos tras la búsqueda de modalidades y de la etiología; el enfermo hábilmente orientado describe los síntomas a los cuales no prestaba espontáneamente ninguna importancia debido a su benignidad o porque no le parece que presenten ninguna relación con el

motivo de su consulta. Dichos síntomas, en el caso de que hayan empezado a manifestarse al mismo tiempo que la enfermedad, son de gran valor; físicos o psíquicos, dan a la enfermedad una nota individual muy característica.»

A PROPÓSITO DEL REPERTORIO DE KENT

Kent indica dos métodos repertoriales. El primero, que califica de "científico" y también de "mecánico", consiste en anotar todos los síntomas tal y como se presentan y a continuación los remedios que corresponden con su grado de valoración correspondiente. Al final se efectuará un recuento y la cifra más elevada será la correspondiente al remedio más similar. El segundo método, que el denomina "artístico", consiste, tras haber estudiado cuidadosamente el caso considerado, en reflexionar sobre los síntomas más característicos de la enfermedad individual y determinar los que son "extraños, raros y particulares" (prefacio del autor a su repertorio, *op. cit.*) «Los síntomas más particulares del paciente deben ser tomados en primer lugar y a continuación se irán colocando por orden a medida que vayan perdiendo su especificidad con el enfermo hasta llegar a los síntomas comunes, y en este orden [...] El valor de los síntomas es proporcional a su relación con el paciente más que con sus partes separadas y además aquéllos deben ser tenidos en cuenta de manera preferente a los síntomas fundamentales y patognomónicos. Los síntomas deben ser tomados en este orden: primero los relacionados con los amores y odios o los deseos y aversiones; a continuación los asociados con el ámbito racional, todavía denominado intelectual; en tercer lugar, los síntomas relativos a la memoria.» De esta forma se caracterizan los síntomas mentales y con ellos los remedios mejor adaptados para lo cual Kent recomienda «no tener en cuenta los síntomas que estén relacionados con una causa patológica ni los que sean comunes a la enfermedad o al resto de la gente». Cuando el grupo de remedios que corresponden a estos síntomas haya podido ser establecido es conveniente verificar con el resto de la sintomatología aquel o aquellos que mejor se adapten. Respecto a los síntomas mentales Kent añade: «La omisión de estos síntomas, relacionados con el paciente en su totalidad, hace desaparecer cualquier oportunidad de éxito.» El orden en el cual los síntomas deben ser considerados a continuación es el siguiente: primero aquellos que conciernen al hombre en la totalidad de su cuerpo, considerando éste como una unidad, como por ejemplo la sensibilidad al calor, al frío, a las tempestades, al reposo, a la noche, al día y a la hora. A continuación es necesario verificar cuál o cuáles son los remedios que mejor se adaptan a los síntomas particulares de las diferentes regiones del cuerpo, de los órganos del cuerpo, de las partes y de las extremidades. «Debe concederse preferencia a las secreciones procedentes de úlceras, a las reglas, las otorreas y a las secreciones derivadas de otras regiones, en la medida en que se encuentran estrechamente relacionadas con la operación vital de la economía.» Kent recomienda considerar a continuación las

modalidades de las partes implicadas y subraya que éstas son a menudo contrarias a las modalidades del propio paciente. Los síntomas raros y extraños, incluso locales, deben ser considerados como los de mayor grado. Entre ellos se encuentran algunos síntomas clave que pueden conducir al remedio único «siempre y cuando los síntomas mentales y los síntomas físicos generales no sean contrarios respecto a sus modalidades y por tanto no se opongan al síntoma clave».

La técnica de la repertorización según Kent, tal como la desarrollan Tyler y Weir (prefacio a la sexta edición del repertorio de Kent, *op. cit.*), se basa ante todo en la valoración de los síntomas.

«Podemos distinguir dos órdenes de síntomas: los que son propios del paciente como tal (síntomas generales de Kent) y los que sólo conciernen al paciente en su conjunto pero en las partes de sí mismo (síntomas locales de Kent).

«Entre los síntomas generales, los más importantes son los síntomas mentales, en el caso de que sean suficientemente nítidos; un síntoma mental fuertemente marcado siempre permitirá eliminar otros síntomas de menor importancia.

«En lo que concierne a los síntomas mentales en particular, es conveniente referirse constantemente al repertorio dominando todo lo que ofrece, practicar las referencias cruzadas, asegurarse de que el título es correcto y también combinar a menudo dos títulos próximos que sin embargo no ofrecen una lista idéntica de remedios. «Por ejemplo, *aversion por la compañía y mejora estando solo* pueden no ser lo mismo y sin embargo son muy difíciles de diferenciar. De la misma manera, *agravación en la oscuridad y miedo a lo negro* suelen ser difíciles de separar, mientras que pueden aparecer síntomas como *miedo a los fantasmas, a las apariciones*, etc.; de esta forma nos encontramos en posesión de al menos cuatro títulos que pueden ser combinados bajo pena de pasar por alto alguna cosa.

«Tras los síntomas mentales, se encuentran en segundo lugar y si son lo suficientemente nítidos, los síntomas generales que corresponden a las reacciones del paciente considerado en su conjunto, *al calor y al frío, a la humedad y a la sequedad, a la tormenta y la tempestad, a la posición, a la presión, al movimiento, a las emociones, al tacto*, etc. aunque deben ser subrayados en el paciente como en el repertorio para ocupar su rango o para ser utilizados, *algunos* de ellos, como síntomas eliminatorios («algunos de ellos» porque sólo hay una media docena de síntomas que puedan ser utilizados de esta forma sin riesgo y además, sólo si están lo suficientemente marcados).

«Y a continuación, una vez más, nos aseguraremos de que nos encontramos en el título correcto y si es necesario, combinaremos dos títulos que sean prácticamente sinónimos pero que sin embargo no presenten la misma lista de remedios. Un médico cayó en desesperación debido a un caso de melancolía por haber utilizado el título «mejoría al aire libre» en lugar de «deseo de aire libre». El síntoma se presentaba de forma tan marcada que fue escogido sin la menor duda como síntoma eliminatorio lo cual eliminó a su vez *Sulfur* (que presenta DESEO DE AIRE LI-

BRE en mayúsculas, pero que apenas aparece en el título «mejoría al aire libre») que presentaba todos los demás síntomas importantes del caso considerado en mayúsculas y que por lo tanto procura una rápida curación. Es necesario conocer el repertorio desde la primera hasta la última página si se desea obtener los mejores resultados y además debe ser utilizado con toda la inteligencia e imaginación.

«Los síntomas Generales de tercer grado son los *Deseos y Aversiones*. No obstante, para ocupar este lugar, no basta con que se trate de vagas apetencias o antipatías sino que deben ser NECESIDADES ARDIENTES o ASCOS escritos en mayúsculas tanto en el repertorio como en el paciente.

«A continuación se sitúan, en orden de importancia, la *Menstruación*, es decir la agravación general de los síntomas *antes y después* de las reglas. De menor importancia son las características de las reglas en sí —*frecuentes, retrasadas y demasiado abundantes*—, y ésto último con mayor seguridad cuando no existe una etiología bien definida como la de un pólipo, un fibroma o una menopausia en curso.

«Y finalmente, llegamos a los síntomas *Particulares* —los síntomas que tanto cuentan para el paciente y por los cuales, en definitiva, acude a la consulta—. *Primero* es necesario anotarlos con el mayor detalle, escuchando la historia del paciente e interrumpiéndole lo menos posible, pero serán anotados en *último lugar* puesto que estos síntomas son realmente de menor importancia desde el punto de vista del homeópata (y mucho más especialmente en los casos crónicos) *ya que son generales al paciente considerado como unidad viviente y particulares para sólo una zona anatómica de su cuerpo*.

«Entre los síntomas Particulares, se situarán primero aquellos que sean *singulares, inusuales, inesperados* o incluso *inexplicables*. A continuación, además de los síntomas Generales y Particulares de Kent, se encuentran los síntomas Comunes. Un síntoma puede ser común a todos los casos de una enfermedad dada y en consecuencia no ser de un gran interés para la elección del remedio individual en un caso particular de dicha enfermedad o bien puede ser común a un gran número de remedios y sólo ser poco útil en materia de repertorización. Tomemos por ejemplo la sed como síntoma general del paciente, que se encuentra en el repertorio en la sección «Estómago»: —«Tengo una sed terrible». *Si no existe nada que pueda explicar la sed* puede tratarse de un síntoma importante, aunque sea común a un gran número de remedios. Por el contrario, si el paciente tiene fiebre, sufre diabetes o trabaja junto a un horno o en una sala de máquinas o incluso si el tiempo es inusualmente caluroso, el síntoma se convierte en un síntoma Común y casi sin valor. Es necesario recordar: *Cuanto más singular sea un síntoma mayor será su valor; mientras menos pueda ser explicado un síntoma y mientras más personalizado sea, mayor será su importancia*.

«*Síntomas «eliminadores»*. Imaginemos que ya se han desvelado los síntomas generales del paciente y descubrimos que no puede soportar el calor —aunque su estómago sí pueda—, que cae

enfermo si permanece demasiado tiempo al sol, que desea estar en un lugar fresco, prefiere el tiempo frío y un clima frío, que jamás se acerca al fuego y que aunque haga frío, nunca se abrocha el abrigo o incluso lleva poca ropa. No es la pesadez del tiempo o la falta de aire lo que le molesta (y es necesario estar atento a la diferencia entre ambas cosas) sino el calor. Se trata, pues, de "un individuo de remedio caliente" del dr G. Miller. *Nos encontramos frente a un síntoma eliminador*. Es un síntoma definitivo aunque aparezcan las modalidades gástricas (estos síntomas particulares podrían cubrirse también con *Ars*, *Phos.*, *Nux.*, *Lyc.*, *Nat. mur.*, o muchos otros más); no obstante, con este temperamento, con esta personalidad caliente sería inútil para una curación profunda intentar remedios tales como *Ars*, *Phos.*, *Nux.* o *Sep*. Se trata de un paciente caliente y sus remedios son de forma predominante los remedios fríos de manera que podrán eliminarse de inmediato los remedios no adecuados puesto que incluso aunque uno de entre ellos convenga a los síntomas gástricos y su administración provocara un alivio a la afección del momento, el paciente recaería más tarde ya que dicho remedio actuaría como un paliativo y no como un remedio curativo.»

LOS REPERTORIOS Y SU UTILIDAD

Independientemente de las técnicas repertoriales que desde el punto de vista pedagógico representan un elemento fundamental, tanto en la historia como en la enseñanza de la homeopatía, los repertorios son, tanto por su número como por el considerable trabajo que representan, testimonio de su propia necesidad.

Su primera razón de ser reside en el hecho de que es imposible recordar los millares de síntomas de la *Materia médica*. A este respecto, Seror señala (Seror, 1967) que en la *Enciclopedia* de Allen se encuentran 2 873 síntomas patogenéticos para *Arsenicum album* y 1 621 para *Calcarea carbonica* muy pocos en comparación con los 4 000 síntomas de *Sulfur* o los 3 500 de *Thuya*.

Su segunda razón de ser es fundamentalmente pedagógica y concierne tanto al estudiante como al médico experimentado.

La fuerza del pensamiento racional y mecánico es tal que el estudiante de homeopatía debe realizar un esfuerzo considerable para reflexionar en términos de enfermedad individual en lugar de en términos etiológicos aparentes y superficiales. En este sentido Jahr introdujo en la primera parte de su repertorio las "Advertencias clínicas" con la intención de guiar progresivamente al estudiante hacia una forma de pensar homeopática. Recordemos a este respecto que, desde los inicios de la homeopatía, apareció una escuela especificista de la cual Jahr hablaba en el prefacio de su repertorio: «Según esta escuela, el examen de todos los síntomas tanto fuera como dentro de la esfera de la enfermedad no sería en absoluto necesario. Lo que el médico debería hacer en adelante a la hora de escoger un medicamento consistiría simplemente en utilizar los síntomas para establecer el nombre que los

libros de los patólogos hubieran adjudicado a la afección y dirigirse a continuación a un medicamento que produjera una afección homónima en el hombre sano o bien que hubiera curado la misma afección en otro individuo.»

Nunca repetiremos lo suficiente que la única curación real concierne a la enfermedad individual con toda la extrema complejidad que puede llegar a encerrar el término y en ningún caso puede asimilarse a la simple supresión de los síntomas mediante los que se expresa. Las etiologías, en particular, pueden ser múltiples, olvidadas para algunos, ocultas para otros debido a la forma de pensamiento actual basada esencialmente en una lógica elemental e inmediata.

En resumen, la búsqueda del remedio o del grupo de remedios más adecuados, además de curar la totalidad de los síntomas presentados por un individuo enfermo, necesita una disciplina y un rigor que los repertorios nos pueden ayudar a encontrar e incluso a mantener. «El uso de un repertorio obstaculiza la prescripción poética o psíquica y exige una consideración razonable de la completa totalidad del caso hasta los más mínimos detalles» (Spalding, 1932).

Psicológicamente hablando, el médico que prescribe tiende, a pesar de sus esfuerzos, al reduccionismo y ello debido a tres mecanismos esenciales:

- El primero es la precipitación y las palabras de Bidwell (1912) son una buena prueba de ello: «Suele ocurrir que mientras el paciente nos explica sus síntomas, el cuadro de un remedio nos viene a la memoria y si no somos capaces de acudir a nuestro sentido común, nos veremos irremediablemente influenciados por esta elección arbitraria.»
- El segundo es el de las ideas preconcebidas de lo cual Clarke proporciona un buen ejemplo en su *Materia médica* (1978, 1982): «Para conseguir una comprensión correcta del poder y del lugar de *Ignatia* es necesario desembarazarse de dos ideas erróneas que suelen prevalecer. La primera que *Ignatia* es un remedio de la histeria y nada más y la segunda que es el único remedio que puede ser útil en los casos de histeria.»
- La tercera es la tendencia a utilizar unos remedios más que otros. «El uso repetido del repertorio evita el exceso de prescripción de los remedios favoritos» (Spalding, 1932).

Para acabar, independientemente de las técnicas repertoriales, los repertorios pueden ser útiles por múltiples razones. «La lista que sigue [según Green (1932)] presupone una familiarización profunda de los métodos de compilación y el conocimiento de los títulos de los repertorios utilizados.»

1. «Para reducir la búsqueda a un pequeño grupo de remedios con la intención de elegir entre los pocos remedios posibles, a partir del propio conocimiento de dichos remedios o a través de la *Materia médica*.»
2. «Para diferenciar dos o tres remedios parecidos mediante una comparación de los síntomas particulares establecidos en el repertorio.»

3. «Para aprender a traducir los síntomas del paciente en lenguaje repertorial sin cambiar el sentido; para aprender a razonar por analogía.»
4. «Para aprender a conocer mejor un remedio a través de su valoración en grados en el repertorio, en un golpe de vista». «El repertorio habla en el lenguaje de la sintomatología de la Materia médica; es necesario traducir el lenguaje del paciente en lenguaje repertorial y así nos encontraremos a la altura de la tarea que desempeñamos» (King, 1912).
5. «Para darse seguridad entre las reglas y las leyes de la homeopatía.»
6. «Para refrescarse la memoria diariamente respecto a los síntomas particulares.»
7. «Para ganar en comprensión de la Materia médica mediante el uso del repertorio.»
8. «Para individualizar mejor al paciente, algo que no se puede hacer de otra manera.»
9. «Para tener una visión más amplia del caso estudiado; para ver más claramente que el remedio debe adaptarse desde lo más profundo hasta la parte más superficial del paciente.»
10. «Para conservar el más agudo sentido de prescripción.»

LOS REPERTORIOS Y SUS LÍMITES

Los repertorios son un utensilio que debemos aprender a utilizar. Ahora bien, existe un gran número de repertorios que pueden ser utilizados, sobre todo para aquellos que estén familiarizados con la lengua inglesa. Compuestos de forma diferente, en épocas diferentes y con ideas diferentes, es necesario familiarizarse con la forma de pensar del autor y el plan escogido para su realización así como aprender a conocer los títulos y saber dónde encontrarlos. No hay que olvidar que no existe el repertorio perfecto puesto que ninguno de ellos contiene toda la información y es difícil aprender a utilizar diversos repertorios lo cual llevo a Boger a afirmar que cada cual debería construirse su propio repertorio.

Todo estas dificultades, inherentes a la utilización de los repertorios, han conducido a la casi completa desaparición de la forma de pensar repertorial durante la primera mitad del siglo XX.

En cuanto a las técnicas repertoriales clásicas, adaptadas cada una de ellas a un repertorio particular, es necesario familiarizarse con todas ellas de tal forma que sea posible dominarlas para poder ser adaptadas a cada caso clínico considerado, de manera que la técnica siga estando al servicio del método y no al revés.

La utilización de los repertorios en la práctica cotidiana no puede ser concebida sin un buen conocimiento de la Materia médica. Sobre ello, Kent diría: «El médico que utiliza la pres-

cripción artística ve mucho más en la patógenes la cual no puede ser traducida en el repertorio en el que todo debe ser sacrificado al orden alfabético.» Hayes (1939) añadía al respecto: «La razón por la cual la materia médica es de la mayor importancia estriba en que el remedio homeopático se constituye como un todo que a la vez es único y al mismo tiempo una representación de los individuos enfermos que poseen a su vez una identidad, una forma, unas proporciones, fuerzas y ascendentes, todos ellos cualidades dinámicas que reproducen a un ser sensible. Las experimentaciones, una vez comprendidas, desvelan la verdad. Con todo, la dependencia a la repertorización o su priorización en detrimento de un estudio profundo y constante de los remedios (la palabra "descubrimiento" se adaptaría mejor al concepto) constituye un enfoque incorrecto para su comprensión.»

Además, el estudiante que prefiera, sin un conocimiento suficiente de las dificultades de la práctica médica así como de la experiencia legada por nuestros predecesores, priorizar la forma de pensar repertorial, expondría a sus pacientes a graves desengaños. Tal y como nos recuerda Demarque (1989): «Puede ocurrir que los remedios perfectamente indicados por el método repertorial sean estrictamente contraindicados por razones clínicas. En general, se trata de lesiones incapaces de realizar el gasto de una reacción medicamentosa al remedio aparentemente bien indicado en base a los síntomas generales.» Esta llamada de atención es mucho más necesaria para las manos menos experimentadas en la medida en que la utilización de los repertorios suele conducir a la prescripción de algunos policrestas importantes.

De esta forma sabemos que, en los enfermos con la función cardíaca alterada, la prescripción de *Kalium carb.* debe ir precedida de la de *Carbo veg.*, que *Benz. ac.*, si no ha actuado puede ir seguido de *Colchicum*, que la indicación de *Arsenicum alb.*, especialmente en el asma, puede sustituir a *Thuya*, que las patologías crónicas que no responden a los remedios bien indicados conducen a *Psorinum* y las patologías agudas a *Sulfur*, que *Sepia o Kalium carb.*, pueden contribuir a "esclarecer" un caso complicado y podríamos continuar con múltiples ejemplos más. El conocimiento de los remedios antidotos, complementarios, incompatibles o aliados es indispensable aunque por otra parte aquél no debe ser demasiado rígido.

Finalmente, existe un problema indisolublemente ligado al propio método: los síntomas reunidos en los repertorios ¿son todos perfectamente fiables? A partir de la *Enciclopedia* de Allen que reagrupa "los efectos positivos de las drogas sobre los organismos humanos en buena salud", Jouanny se dedicó a un trabajo de verificación de los síntomas patogenéticos. Para este autor, la imprecisión en cuanto a determinadas diluciones utilizadas, la confusión entre concomitancias y consecuencias llevan a pensar que determinados síntomas no merecen el lugar que ocupan en los repertorios.

La historia del repertorio se confunde con la de la propia homeopatía y además, los repertorios forman parte del repertorio homeopático. Cada cual, independientemente de su método de trabajo y su forma de pensar, puede encontrar en los repertorios mucho más de lo que busca en la medida en que, desde hace cerca de dos siglos, nuestros predecesores han podido enriquecerlos con nuevas indicaciones. Para que fueran más completos, sería necesario que pudieramos añadir indicaciones toxicológicas, anatomopatológicas y humorales.

El uso de los repertorios, sea de la manera que sea, no puede justificarse sin un profundo conocimiento de la Materia médica y sin el saber fruto de la experiencia legada por nuestros predecesores.

La forma repertorial de búsqueda del remedio adaptado e independientemente de la técnica utilizada, teniendo en cuenta las exigencias de rigor, la experiencia y el conocimiento de la Materia médica, es un elemento clave de la búsqueda del remedio en la práctica homeopática.

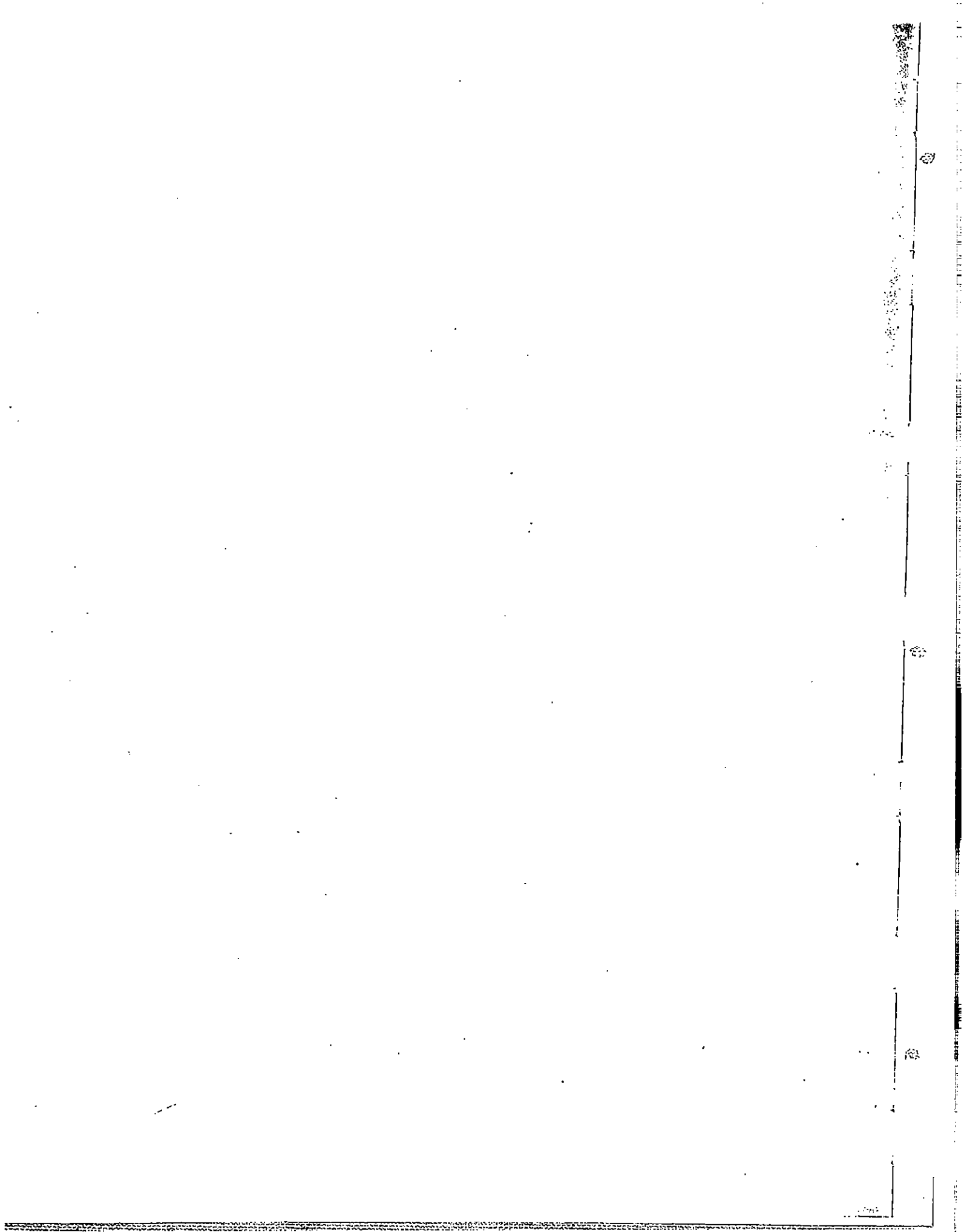
Algunos pueden no acomodarse a la forma de búsqueda repertorial y priorizar otras técnicas, por otra parte muy numerosas en la historia de la homeopatía. En cualquier caso, los repertorios constituyen una base de datos con la cual el estudiante debe estar familiarizado y que debe saber utilizar en su justa medida, siguiendo para ello, los preceptos del fundador de la homeopatía:

«Hahnemann escribe de forma concreta todo lo que le cuentan sus enfermos o sus parientes y todo aquello que puede ofrecerle información para el descubrimiento de un síntoma; conserva el registro de esos síntomas y sólo después de haber formado el grupo de dichos síntomas determina los remedios que cree debe administrar; sin embargo, no se fia de su memoria, ni de su larga experiencia y tiene constantemente en su mesa de trabajo su Materia médica y el repertorio de Ruckert, en los cuales busca, según las necesidades, el remedio necesario para el caso que le ocupa. El hábil doctor no trata a sus enfermos de forma rutinaria sino concienzudamente y con el pensamiento, tratando no sólo de curarlos sino también de avanzar en la medida de lo posible en la ciencia, realizando continuamente observaciones sobre la acción tanto de los remedios más antiguos como de los más nuevos que cada día son expuestos al crisol de la experimentación» (Peschier, 1832).

BIBLIOGRAFÍA

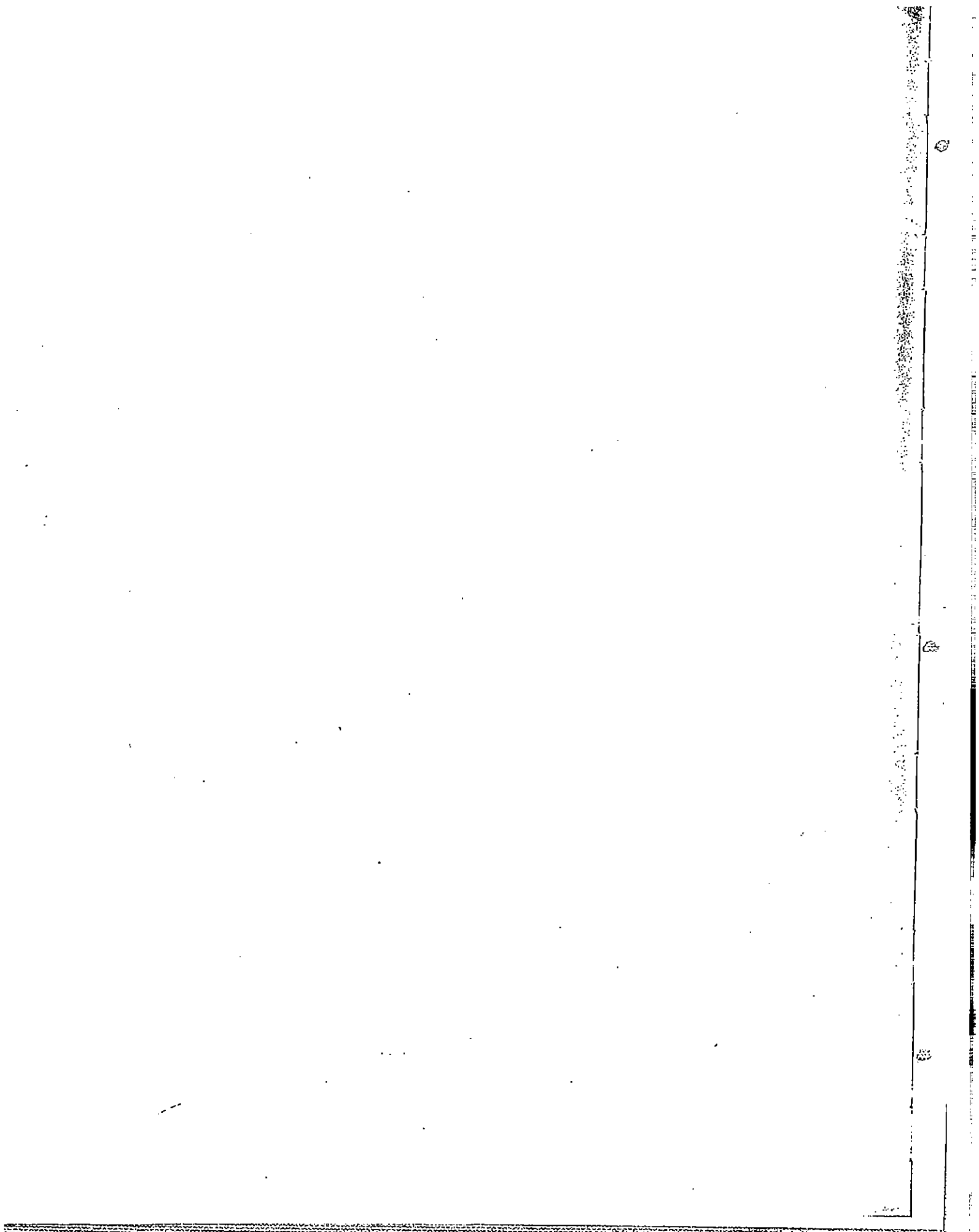
- ALLEN HC (1902) The therapeutics of fevers (con un repertorio). Boericke and Tafel. Philadelphia.
- ALLEN TF (1874). The encyclopedia of pure Materia medica. A record of the positive effects of drugs upon the healthy human organism. Boericke and Tafel. Philadelphia.
- ALLEN WA (1883) Repertory of the symptoms of intermittent fever. FE Boericke, Hahnemann Publishing house. Philadelphia.
- BARTHEL H (1973) Répertoire synthétique. Vol I: Symptômes psychiques. Haug. Heidelberg. 1071 p.
- BARTHEL H (1978) Répertoire synthétique. Vol II: Symptômes généraux. Haug. Heidelberg. 821 p.
- BARTHEL H, KLUNKER W (1974) Répertoire synthétique. Vol III: Sommeil, rêves et sexualité. Haug Heildeberg. 587 p.
- BAUR J (1992) Genèse du répertoire de Kent (prefacio al repertorio de Kent de G y E Broussalian). Roger Jollois. Limoges.
- BELL JE (1960) The homeopathic therapeutics of diarrhea (con un repertorio) (14ª ed.) Haren and Brother. Calcuta.
- BERRIDGE EW (1869) A repertory to the Materia medica. MacLachley (ed) Hahnemannian Monthly.
- BIDWELL GI (1912) How to use the repertory. Homeo Recorder; 5.
- BOENNINGHAUSEN C De (1854) The sides of the body and drug affinities. Homeopathic exercises (Hempel CJ ed). Rademacher and Sheek. Philadelphia.
- BOENNINGHAUSEN C De (1870) The homeopathic treatment of whooping-cough (traducción con anotaciones, Dunham C). HM Smith and Brother. New York.
- Boenninghausen's therapeutic pocket book for homeopathic physicians, to use at the bedside and in the study of the Materia medica (nueva edición americana, Allen F). Hahnemann Publishing House. Philadelphia. 1891.
- BOENNINGHAUSEN C De (1900) A systematic alphabetic repertory of homeopathic remedies (repertorio de antipsóricos) (trad. de la 2ª ed. alemana, Boger CM). Boericke and Tafel. Philadelphia.
- BOENNINGHAUSEN C De (1976). Manuel de thérapeutique homéopathique pour servir de guide au lit des malades et à l'étude de la Matière médicale pure (trad. del alemán, Roth D). Baillière. París. 1846. Reedición 1976 LHE.
- BOERICKE W (1981) Pocket manual of homeopathic Materia medica (9ª edición revisada y aumentada con adición de un repertorio). B Jain Publishers Co. Nueva Delhi.
- BOGER CM (1981a) Times of the remedies and moon phases (1ª ed ind, 1979). B Jain Publishers Co. Nueva Delhi.
- BOGER CM (1981b) Additions to Kent's repertory (reedición).
- BOGER CM (1982) A synoptic key of the Materia medica. B Jain Publishers Co. Nueva Delhi.
- BOGER CM (1984) Boenninghausen's characteristics and repertory (edición revisada y aumentada). B Jain Publishers Co. Nueva Delhi.
- BORLAND DM (1965) Le répertoire, sa pratique, son importance. Homeo Mag; 14: 39-43.
- BRADFORD TL (1892) Homeopathic bibliography of the United States from the year 1825 to the year 1891 inclusive. Boericke and Tafel. Philadelphia.
- BROUSSALIAN E (1992) Répertoire de la Matière médicale homéopathique, par JT Kent (traducción de la 6ª edición, corregida, referencias, notas).
- BROUSSALIAN G (1969) Perforated Expression. English edition card index of Kent's repertory. Por el propio autor. Grenoble.
- BROUSSALIAN G (1980) Répertoire de Kent (traducción adaptada clínicamente, presentación moderna y comentarios). Por el propio autor. Grenoble. 512 p.
- BROUSSALIAN g (1983) Les symptômes clés de la Matière médicale (extraído del Tratado de medicina homeopática de Kent). Por el propio autor. Grenoble. 512 p.
- BROUSSALIAN G (1985) Symptômes mentaux (extraído del tratado de medicina homeopática de Kent: repertorio analítico, clínico, informático y enciclopédico del psiquismo). Por el propio autor. Grenoble. 208 p.
- CARTIER F (1929) Traité complet de thérapeutique homéopathique. JB Bailière. París.
- CLARKE JH Heart repertory. E Gould and Son London.
- CLARKE JH (1904) A clinical repertory to the dictionnary of Materia medica together with repertories of causation, temperaments, clinical relationships, natural relationships. B Jain Publishers Co. Nueva Delhi.
- CLARKE JH (1982) A dictionary of practical Materia medica (1ª edición india 1978). Reedición 1982.
- CUZIN (1966) La méthode de diagnostic homéopathique de Boenninghausen et Boger avec répertoire général alphabétique. Centre de Documentation Lab Boiron. París.
- DEL MAS (1931) De l'emploi du répertoire. Propag Homéo; 4: 181.
- DEMANGEAT G (1989) Conférences d'homéopathie. Similia. París.
- DEMARQUE D (1976) Prefacio a la reedición francesa del repertorio de C de Boenninghausen.
- DEMARQUE D (1989) Techniques homéopathiques (2ª edición revisada y corregida). Boiron. París.
- DEWEY WA (1926) Essentials of Materia medica and pharmacy. Boericke and Tafel. Philadelphia.
- FORTIER-BERNOVILLE M (1935) Analyse du répertoire homéopathique de L Renard. Homéo Moderne; 15 nov.
- GALLAVARDIN JP (1983) Repertory of psychic medicines with Materia medica. World homeopathic links. Psychisme et Homéopathie. Terner-Martin. Viena (Isère), Francia. 1960
- GENTRY WD (1980) The concordance repertory of the more characteristic symptoms of the Materia medica. B Jain Publishers CO. Nueva Delhi.
- GREEN JM (1932) Repertory making, repertory uses. Homeo Recorder; oct, 10: 726.
- GREGG RR 81879) An illustrated repertory of pains in chest, sides and back; their direction and character, confirmed by clinical cases (2ª ed). Duncan Bros. Chicago.
- HAHNEMANN S (1969) Traité des maladies chroniques et leur traitement homéopathique (3ª edición francesa). Maisonneuve. París.
- HAHNEMANN S (1975) Organon de l'art de guérir. Reedición Lab. Boiron. París.
- HAHNEMANN S (1989) Traité de Matière médicale, ou de l'action pure des médicaments homéopathiques (traducción del alemán, Jourdan AJL). Similia. París.
- HAYES RES (19399) Répertoires. Homeo Recorder; enero 12: 23.
- HERING C (1879) The gidding symptoms of our Materia medica. Am Homeo Publ Soc. JM Stoddart and Co. Philadelphia.
- HUI BON HOA J (1963) Précis de technique répertoriale homéopathique de Kent. Coquemard. Angoulême. 101 p.
- JAHR GHG (1840) Nouveau manuel de médecine homéopathique. Seconde partie: Répertoire thérapeutique et symptomatologique ou Tables alphabétiques des principaux symptômes des médicaments homéopathiques avec des avis cliniques. Baillière. París.
- JOSLIN BF (1849) Homeopathic treatment of diarrhea, cholera morbus and cholera with repertories for these diseases (2ª ed) William Radde. Nueva York.
- JOSLIN BF (1885) The homeopathic treatment of epidemic cholera therapeutics and repertory. Homeo Phys Suppl (Philadelphia); 6.
- JOUANNY J. Contribution à l'étude de la fiabilité des pathogénésis. Boiron. Lyon.
- Journal de l'Homéopathie. Les logiciels au banc d'essai. 35 sep 1991.
- Journal of Homeopathics. Vol I: pp 256, 325, 365, 403. Vol II: pp 34, 277, 363, 414, 501.

- JULIAN OA (1981) Dictionnaire de Matière médicale homéopathique. Masson. París.
- KENT JT (1956) Lectures on homeopathic Materia medica (4ª ed). Boericke and Tafel. Philadelphia.
- KENT JT (1989) New Remedies. Clinical cases, lesser writings, aphorisms and precepts (3ª ed). B Jain Publishers Co. Nueva Delhi.
- KENT JT (1988) Repertory of the homeopathic Materia medica (edición india aumentada). B Jain Publishers. Nueva Delhi.
- KIMBALL SA (1888) A repertory of gonorrhea with the concomitant symptoms of the genital and urinary organs (publ for the International Hahnemannian Association). Otis Clapp and Son. Boston, Providence.
- KING JC (1879) Headaches and their concomitant symptoms with a complete and concise repertory-analysis. WA Chatterton and Co. Chicago.
- KNERR CB (1951) A Repertory of Hering's guiding symptoms of our Materia medica (3ª ed). M Bathacharyya. Maloine. París.
- KUNZLI von FIMMELBERG (1987) Kent's repertorium generales (edición inglesa).
- LAFITE JP (1884) Symptomatologie homéopathique ou Tableau synoptique de toute la Matière médicale pure, à l'aide duquel se trouve immédiatement tout symptôme ou groupe de symptômes cherchés. JB Baillière. París.
- LEE EJ, CLARKE GH (1884) Cough and expectoration. A repertorial index of their symptoms. AL Chatterton and Co. Nueva York.
- LILIENTHAL S (1985) Homeopathic therapeutics (6ª ed) B Jain Publishers Co. Nueva Delhi.
- LIPPE C (1879) Repertory of the more characteristic symptoms of the Materia medica. Bedell and Bros. Nueva York.
- LUTZE FH (1898). Repertory of facial neuralgia. Repertory for sciatica in the therapeutic of facial and sciatic neuralgias with repertories and clinical cases. Boericke and Tafel. Philadelphia.
- MEZGER J (1949). Geschichte homöopathische Arzneimittellehre. Aaug Verlag Ulm.
- MILLSPAUGH CF (1885) Repertory to eczema. AL Chatterton Publishing Co. Nueva York.
- NEIDHARD C (1888) Pathogenetic and clinical repertory of the most prominent symptoms of the head, with their concomitants and conditions. FE Boericke, Hahnemann Publishing House. Philadelphia.
- PANELLI CF (1878) A treatise on typhoid fever and its homeopathic treatment (traducción con notas Shibman GE, con un capítulo de Hering). Chicago.
- PERKINS DC (1888) The homeopathic treatment of rheumatism and kidney diseases with notes, suggestions and a complete repertory. FE Boericke, Hahnemann Publishing House. Philadelphia.
- PESCHIER (1832). Seconde lettre. Bibliothèque homéopathique, publiée à Genève par une société de médecins. Tome I. Baillière. París. 384 p.
- PHATAK SR (1977) A concise repertory of homeopathic medicines (orden alfabético) (2ª edición revisada y aumentada). Homeo Med Publ. Bombai.
- PRICE EC (1876) Time table (a table of the hours at which the chills returns in intermittent fever, with a list of the appropriate remedies) NPnd.
- RENARD L (1951) Répertoire homéopathique (2ª edición, revisada, corregida y aumentada). Imp Presse Jurassienne. Dôle.
- RUOFF AJF (1840) Ruoff's repertory of homeopathic medicine (orden nosológico) (traducción del alemán Okie AH). J Dobson, Kay and Bros and H Hooker. Philadelphia.
- SALAUN P (1991). La fiabilité des répertoires. Cah Group Hahn Lyon: 6.
- SCHMIDT P (1964) Vie de JT Kent. Br Homeo J; 3: 152-160.
- SCHMIDT P (1967) Le "kentisme" Cah Group Hahn Lyon; 4ª serie, 5.
- SEROR R (1967) Répertoire historique de Hahnemann à nos jours. Homéo Fr; 2 febr.
- SEROR R (1968) Analyse répertoriale. Valorisation et hiérarchisation des symptômes. Homéo Fr; 6 jun.
- SHEDD PW (1908) The clinic repertory. Including a repertory of time modalities by de Ide. Boericke and Tafel. Philadelphia.
- SPALDING R (1932) Repertory advantages Homeo Recorder; 8 agosto.
- SRIVASTAVA GD, CHANDRA J (1990) Alphabetical repertory of characteristics of homeopathic Materia medica (1ª ed). B Jain Publishers Co and Chandravati Chaudhry Smarak Trust. Nueva Delhi.
- STAUFFER K (1951) Symptomen-Verzeichnis. Johannes Sonntag, Regensburg.
- STEPHENSON J (1963) Hahnemannian provings (1924-1959). A Materia medica and repertory. Roy and Co. Bombai.
- TYLER ML (1927) Une étude du repertoire. Rev Fr. Homéo; 8.
- VOISIN H (1978) Thérapeutique et répertoire homéopathique du praticien (2ª ed). Maloine. París.
- WARD JW (1939) Unabridged dictionary of the sensations "As if" (2 vol). Wobbers. San Francisco.
- WORCESTER S (1880) Repertory of the modalities, in their relations to temperature, air, water, winds, weather and seasons. Based mainly upon Hering's condensed Materia medica with additions from Allen, Lippe and Hale. Boericke and Tafel. New York, Philadelphia.



SEGUNDA PARTE

La homeopatía a la luz de la ciencia y de la técnica



CAPÍTULO IV — LA INVESTIGACIÓN EN HOMEOPATÍA

IV.1

Las grandes direcciones de investigación en homeopatía

B. Poitevin

Históricamente la homeopatía se ha basado en una trayectoria a la vez experimental y empírica. La homeopatía es experimental de forma parcial, puesto que su semiología, en un principio, surgió de la experimentación en el hombre sano efectuada según el método hahnemaniano y empírica por el trabajo de observación de los médicos homeópatas y la adquisición de una experiencia práctica transmitida a los alumnos deseosos de utilizar este método terapéutico.

El desarrollo de la investigación en homeopatía se efectuó progresivamente, intentando integrar las adquisiciones de las dos trayectorias, experimental y empírica.

De hecho, los esfuerzos realizados para incluir la homeopatía en una trayectoria rigurosa se remontan a los mismos inicios de esta disciplina que Hahnemann incluyó, desde el principio, en una línea científica y médica original.

Cuando el fundador de la homeopatía escribió, en el Organon, «el conjunto de los síntomas debe ser para el médico la principal, incluso la única cosa que debe reconocer en cada caso y mediante su arte para curar, eliminar la enfermedad transformándola en salud», cuando preparó la investigación del medicamento de efecto similar como consecuencia de sus experimentaciones en el hombre sano, fundó un método terapéutico real pero cuyo enfoque global difiere, a pesar de la minuciosa consideración de los síntomas, de la trayectoria experimental rigurosa y muy focalizada de Claude Bernard.

Y cuando recomienda la utilización de las altas diluciones cuya explicación se basa en un “dinamismo” totalmente impregnado del vitalismo de su época, introduce en farmacología una paradoja físico-química que todavía hoy sigue suscitando polémica y un trabajo experimental real.

La experiencia práctica de Hahnemann y de sus sucesores ha confirmado el interés del uso de las diluciones “infinitesimales”.

Además, describiendo las formas reaccionales crónicas y los

tipos sensibles, los médicos homeópatas han introducido una complejidad añadida en la utilización de la relación terapéutica de similitud la cual, especialmente en el cuadro de las enfermedades crónicas, no se dirige únicamente al síndrome presentado por el enfermo sino también a su “terreno” que complica todavía más la evaluación de la práctica homeopática.

Los grandes ejes de esta investigación corresponden a las cuestiones planteadas por la evaluación científica de las diferentes facetas de la homeopatía y la práctica clínica de los médicos homeópatas en la realidad de la actividad de las altas diluciones.

Esquemáticamente, los trabajos efectuados pueden reagruparse en cuatro ejes diferentes:

- *Investigación biológica experimental*, destinada a evidenciar la actividad de las altas diluciones. Los antiguos trabajos, muy numerosos, fueron publicados en revistas homeopáticas de lo cual se deduce su relativo desconocimiento por parte de la comunidad científica y médica. Desde principios de los años 80, estos trabajos han sido publicados por revistas científicas clásicas lo cual ha integrado la homeopatía en el debate científico.
- *Investigación clínica*, destinada a demostrar la actividad de los medicamentos homeopáticos en los individuos enfermos. La dificultad de integrar la semiología de lo individual en el protocolo de los ensayos clínicos controlados ha sido

un obstáculo real para el desarrollo de las pruebas. Sin embargo, también desde 1980, se han desarrollado métodos apropiados y han salido a la luz diferentes artículos en revistas de referencia para el mundo científico.

- *Investigación físico-química*: las hipótesis relativas al mecanismo de acción de las altas diluciones han sido hasta nuestros días mucho más numerosas que los trabajos experimentales de calidad, por otra parte, muy difíciles debido a la propia naturaleza de las diluciones infinitesimales. Estudios rigurosos efectuados recientemente en espectroscopia dejan entrever un desarrollo rápido del estudio físico de las altas diluciones.
- *Investigación que integra la dimensión "holística" de la homeopatía*: pese a que actualmente este eje es mucho más conceptual que experimental, no debe ser ignorado puesto que se trata de una dimensión humanista de la homeopatía cuya

evaluación mediante métodos epidemiológicos o métodos surgidos de las ciencias humanas será necesaria en un futuro no muy lejano.

Sucesivamente, abordaremos estos cuatro ejes ilustrándolos mediante experimentaciones representativas por su principio, el rigor de su protocolo y el interés de sus resultados. En todos los casos sin excepción, serán experimentaciones recientes publicadas en revistas de referencia y, por lo tanto, abiertas al conocimiento de la comunidad médica y científica, lo cual es indispensable para el diálogo constructivo a propósito de la homeopatía.

Los lectores deseosos de profundizar en el conocimiento de este conjunto de trabajos, especialmente los más antiguos, podrán consultar las revistas (Scofield, 1984; Wurmser, 1984a) o las obras de síntesis (Aulas y col. 1985; Poitevin, 1987a).

INVESTIGACIÓN BIOLÓGICA EXPERIMENTAL

La investigación experimental de laboratorio se desarrolló principalmente en Francia en los años 50, como consecuencia de los trabajos de físicos que demostraron la imposibilidad de evidenciar la presencia de moléculas de la sustancia de base en las diluciones que sobrepasaban el umbral de presencia molecular teórica correspondiente al número de Avogadro. Este umbral es función de la concentración molecular de la sustancia de base y corresponde a las diluciones de 9 CH a 11 CH para las sustancias minerales y de 5 CH a 7 CH para las sustancias animales y vegetales. Así pues, la actividad de las diluciones más altas observada por los médicos no podía explicarse mediante una presencia molecular directa de la sustancia de base dado que no podía ser interpretada en favor de la inactividad de estas altas diluciones. Además, los trabajos experimentales efectuados se orientaban siempre hacia la demostración de su actividad biológica. El objetivo de estos trabajos fue recordado en 1984 por la señorita Wurmser, que fue farmacéutica responsable de los Laboratorios homeopáticos de Francia y que actualmente es miembro de la Academia de farmacia: «¿Cuál era nuestra tarea? Intentar encontrar la forma de demostrar que la homeopatía no podía defenderse científicamente al margen de toda apreciación de su valor terapéutico. Ante la hostilidad y el escepticismo de los medios oficiales, era necesario aportar pruebas experimentales, en primer lugar de la realidad de las dosis infinitesimales y de su actividad farmacológica. Posteriormente, intentar justificar experimentalmente el principio de similitud o mejor dicho el principio de analogía, e investigar siempre que fuera posible el modo de acción de las diluciones. De todo ello se deriva la sucesión de investigaciones que han tenido lugar en el tiempo» (Wurmser, 1984a).

Desde 1955 a 1990 se han desarrollado numerosos modelos experimentales en farmacología animal, vegetal o celular y sobre sistemas enzimáticos aislados, trabajos que han tenido como objetivo responder a tres importantes cuestiones:

- las diluciones "infinitesimales" ¿son activas, especialmente por encima del umbral de presencia molecular teórica?
- el principio de similitud ¿constituye una hipótesis de trabajo fructuoso en biología y farmacología?
- la actividad biológica de las altas diluciones ¿responde a reglas científicas?

El método de estudio biológico de los medicamentos de uso homeopático había sido definido previamente, especialmente las condiciones de "sensibilización" del material biológico subrayadas por el antropólogo Martiny: «La homeopatía experimental no podía definirse como el estudio de pruebas farmacológicas dinámicas de una sustancia tóxica a dosis infinitesimal sino la investigación de la reacción específica de una célula a una acción mínima de una sustancia sobre un organismo preparado por analogía o reconocido como infinitamente sensible frente a la sustancia objeto de estudio» (Martiny, 1979). En muchos modelos, los productos estudiados fueron escogidos no sólo en función de su tropismo biológico y toxicológico sino también en función del "fenómeno de similitud" tomado como hipótesis de trabajo y a veces, en función de datos extraídos del empirismo clínico de los médicos homeópatas.

En la prolongación de esta trayectoria de estudio de los medicamentos homeopáticos en base a modelos biológicos se han desarrollado recientemente trabajos experimentales destinados a efectuar el estudio de las altas diluciones sin tener en cuenta las condiciones de acción de los medicamentos de uso homeopático. Por nuestra parte, describiremos separadamente estos recientes estudios efectuados sobre las altas diluciones o sobre concentraciones muy bajas (la terminología varía según los autores y según las diluciones o concentraciones estudiadas) puesto que se sitúan en la frontera, completamente novedosa, entre la homeopatía y la experimentación biológica clásica.

Previamente, examinaremos los principales trabajos realizados en farmacología animal y vegetal y sobre sistemas enzimáticos y celulares con medicamentos de uso homeopáticos.

FARMACOLOGÍA ANIMAL

Reagruparemos aquí los trabajos efectuados sobre el animal entero y sobre el órgano aislado.

Esencialmente, las publicaciones corresponden a dos temas muy determinados:

- la toxicología;
- la inmunología y el estudio de las reacciones inflamatorias y alérgicas.

También se han llevado a cabo estudios relativos a la oncología experimental, la endocrinología y la psicofarmacología.

TOXICOLOGÍA

Según el principio que haya servido a su elaboración, podemos distinguir dos series de experimentaciones diferentes:

- Las que han sido desarrolladas con el único objetivo de evidenciar la actividad biológica de las diluciones "infinitesimales". El método, común al conjunto de estos experimentos, históricamente muy importantes, ha sido el siguiente: administración al animal de una sustancia tóxica y estudio del efecto de las diluciones infinitesimales de esta misma sustancia, producido tanto antes de la intoxicación (efecto denominado "preventivo") como después de la intoxicación (efecto denominado "curativo"). Los trabajos realizados sobre la movilización de los metales en el organismo son los más representativos de esta serie de experiencias.
- Las que tienen como objetivo estudiar el efecto de las diluciones experimentales de una sustancia sobre un material biológico intoxicado por una sustancia de actividad análoga. En esta segunda serie de experimentaciones, el principio de similitud es tomado en consideración a un nivel de integración naturalmente diferente del de la realidad clínica.

Efecto de las diluciones de un tóxico sobre la movilización o los efectos de ese mismo tóxico

Modificación de la cinética de eliminación de un tóxico

Los primeros trabajos se llevaron a cabo sobre el estudio del efecto de las diluciones de arsénico y fueron realizadas bajo la dirección de Wurmser (Lapp y col., 1958) que retomó este modo

lo con otros tóxicos. El conjunto de estos trabajos ha sido publicado (Wurmser, 1984b).

El modelo fue retomado a continuación, en particular por J. Boiron y equipos universitarios, con algunas variaciones en relación con el tóxico estudiado, el animal escogido para la experimentación o el parámetro utilizado para evaluar la intoxicación (revisión in Poitevin, 1987a).

El conjunto de los resultados obtenidos resulta a favor de la movilización efectiva de un tóxico bajo el efecto del mismo tóxico, pero la ausencia de grupos de control efectivos y la insuficiencia de estudios estadísticos no permiten establecer una conclusión formal.

Dos series de trabajos más recientes permiten una evaluación más rigurosa:

- El efecto de altas diluciones de arsénico sobre la movilización del mismo tóxico (Cazin y col., 1987). El conjunto de experimentaciones efectuadas sobre un grupo de 700 ratas evidenció una diferencia de actividad estadísticamente significativa respecto al disolvente:
 - diluciones entre 5 CH a 15 CH sobre la disminución de la concentración sanguínea en arsénico con un pico de actividad para la dilución 7 CH;
 - diluciones entre 7 CH a 15 CH sobre el aumento de la eliminación de arsénico a nivel de la orina y las heces, con un pico de actividad para la dilución 7 CH.

Se obtuvo una actividad equivalente en casi todos los casos con las diluciones decimales correspondientes a las diluciones centesimales (por ejemplo la dilución 14 DH corresponde a la dilución 7 CH, en términos de desconcentración molecular). Las diluciones calentadas a 120°C durante 30 minutos, presentan una actividad diferente del disolvente pero su eficacia sobre el aumento de la eliminación del arsénico es inferior a la de las diluciones no calentadas. Cabe señalar, sin embargo, que diluciones preparadas en atmósfera nitrogenada no presentaron un efecto diferente al del disolvente.

- La ausencia de efecto significativo de las altas diluciones de plomo (200 CH) sobre la eliminación del mismo tóxico (Fischer y col., 1987).

Modificación de las consecuencias de una intoxicación

En base a este modelo, se han efectuado numerosas experimentaciones, en particular sobre la toxicidad renal del mercurio o la hepatotoxicidad del tetracloruro de carbono, aunque sólo dos de ellos han sido publicados recientemente en las revistas de referencia.

- La acción de Cuprum 4 CH sobre la motricidad intestinal: en ratones tratados con neostigmina, parasimpaticomimético indirecto con acción facilitadora sobre el tránsito intestinal, la administración previa (24 horas y 5 horas antes de la inyección de neostigmina) de Cuprum 4 CH se opone a es-

ta aceleración del tránsito (Santini y col., 1991). Según los autores, se han obtenido resultados idénticos en conejos.

- El efecto de altas diluciones de aconitina y de veratrina sobre un corazón aislado: a iniciativa de Aubin, Pennec estudió la actividad de la aconitina sobre un corazón aislado de anguila (Pennec y col., 1984). La aconitina, alcaloide de *Aconitum napellus* es un potente tóxico del corazón sobre el cual induce una taquicardia con fibrilación auricular y paro cardíaco. Su efecto se ejerce sobre el canal rápido del sodio en el que provoca un importante flujo pasivo de iones sodio y una disminución del valor del potencial máximo de acción. Aubin estudió el efecto de diluciones crecientes de aconitina sobre un corazón en reposo o previamente intoxicado, bien por aconitina o por veratrina. Los parámetros estudiados por Pennec fueron:

- la frecuencia cardíaca;
- la presión medida a la salida del bulbo aórtico;
- la medida de los potenciales de acción de las membranas.

El conjunto de experiencias efectuadas evidenció que (Aubin, 1984):

- sobre el corazón en reposo: una inversión del efecto según las dosis (taquicardia seguida de bradicardia) de 10^{-5} mol a 10^{-7} mol y una ausencia de efecto directo de las diluciones más altas;
- sobre el corazón intoxicado: una ausencia de efecto de las diluciones situadas alrededor de 10^{-10} mol seguido de un efecto regulador (disminución significativa de la intensidad de los signos de intoxicación) de las diluciones más altas equivalentes a las diluciones 9 CH y 15 CH.

En estos experimentos, se observa la existencia de un vacío de actividad farmacológica alrededor de 10^{-10} mol sobre el corazón intoxicado y sobre el corazón en reposo, contrastando con el efecto "regulador" de las diluciones más altas de aconitina. Se ha observado un efecto del mismo tipo con diluciones 9 CH de veratrina sobre un corazón intoxicado con aconitina, sustancias de acción similar. Nos encontramos frente a un ejemplo de observación del fenómeno de similitud a escala biológica, fenómeno ilustrado mucho más claramente por los resultados del experimento siguiente.

Experimentaciones realizadas en función del principio de similitud

Las primeras experimentaciones biológicas realizadas en función del principio de similitud en biología fueron efectuadas por Lalouette, que trabajó sobre procesos inmunológicos (revisión in Poitevin, 1987a). No obstante, fue la toxicología sobre la cual se realizaron experimentos basados al mismo tiempo en la similitud anatomopatológica y sobre el fruto de la experiencia clínica de los homeópatas. Se trata de los trabajos relativos al efecto

de *Phosphorus* sobre la hepatitis tóxica provocada por el tetracloruro de carbono. Dichos trabajos fueron realizados por Bildet en Burdeos, sobre una idea de Demarque, con la participación de Aubin. El principio del mencionado experimento se basaba en dos argumentos:

- por una parte, la muy frecuente utilización de *Phosphorus* en el tratamiento homeopático de las hepatitis virales o tóxicas;
- por otra, la similitud histológica y biológica que existe entre las lesiones hepáticas debidas a la intoxicación por fósforo y el tetracloruro de carbono.

El efecto curativo y preventivo de *Phosphorus* 7 CH y 15 CH fue estudiado en base a criterios biológicos (dosis de transaminasas y de la lacticodeshidrogenasa) y anatomopatológicas (estudios realizados a ciegas en microscopio óptico y electrónico).

Se observó una disminución del nivel de transaminasas en los grupos tratados con *Phosphorus* 7 CH pero la ausencia de estudios estadísticos de los resultados no permite establecer una conclusión clara en favor de la actividad biológica de *Phosphorus* (Bildet, 1975). El efecto hepatoprotector de *Phosphorus* 15 CH, puesto en evidencia en los cortes histológicos, es mucho más convincente si se tiene en cuenta la lectura realizada a ciegas (Bildet y col., 1977). Estos experimentos muestran el interés real de una similitud anatomopatológica, incluso aunque los resultados obtenidos en la experimentación animal no puedan ser extrapolados directamente a la clínica humana. También evidencian la necesidad de escoger los productos estudiados en experimentación biológica, no solamente en función de los criterios clínicos sino también de los criterios anatomopatológicos y biológicos, lo cual confirman los estudios realizados en inmunología.

Inmunología e inflamación

Los primeros trabajos fueron realizados por Lalouette en 1975 quien observó una disminución del edema de la pata de ratas inducido por la toxina de estafilococo bajo los efectos de *Hepar sulfur* 4 CH y 5 CH (revisión in Poitevin, 1987a). Se han realizado otros trabajos más recientes sobre:

- el eritema por ultravioleta en el cobaya;
- el efecto de las altas diluciones de silicio sobre el metabolismo de los macrófagos peritoneales de ratones;
- el efecto de bioterápicos de *Trypanosoma cruzi* sobre las consecuencias de la acción de este parásito en ratones;
- el efecto de concentraciones bajas de inmunomoduladores en ratones.

Efecto de "*Apis mellifica*" sobre el eritema producido por ultravioletas en el cobaya albino

Tras haber experimentado en el hombre el efecto de *Apis mellifica* 7 CH sobre reacciones cutáneas al alérgeno (revisión in

Poitevin, 1987a), Aubin inició la experimentación del mismo producto sobre el eritema producido por ultravioletas en el co-baya albino.

En un primer ensayo (Bastide y col., 1975), las diluciones que contenían el producto y las que contenían el control fueron administradas por vía intraperitoneal, en un grupo, como tratamiento preventivo (antes de la exposición a los rayos ultravioleta) y en otro, como tratamiento curativo (después de la irradiación). Los porcentajes de inhibición calculados respecto al grupo control variaron según el protocolo experimental (horario de administración antes de la irradiación, horario de evaluación de la intensidad del eritema después de la irradiación) de 37 a 55%. A continuación el producto fue administrado por vía oroperlingual (Aubin y col., 1976) y los porcentajes de inhibición variaron según las condiciones experimentales del 43 al 81%. Este último porcentaje—observado cuando los productos eran administrados 15, 30, 45 y 120 minutos después de la irradiación, y la lectura efectuada al cabo de 24 horas—alcanzó el 88,9% cuando *Calendula 4 C H* se administraba simultáneamente (Aubin y col., 1978b). Dichos resultados no fueron sometidos a un estudio estadístico, pero la reproducibilidad de las lecturas realizadas a ciegas nos ha conducido a retomar los trabajos con el equipo de Bildet. En condiciones experimentales muy próximas, se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas respecto al disolvente con *Apis mellifica* 7 CH y 9 CH y *Apium virus* (diluciones de veneno de abeja que se diferencia de *Apis mellifica* preparado a partir de la abeja entera, lo cual incluye las glándulas del veneno muy ricas en mediadores) en diluciones 5 CH, 7 CH y 9 CH. En contrapartida, las diluciones 5 CH y 15 CH de *Apis mellifica* y 15 CH de *Apium virus* no provocaron ninguna variación significativa respecto al disolvente (Bildet y col., 1989).

El trabajo realizado en experimentación animal pone en evidencia, de forma reproducible, un efecto biológico de *Apis mellifica*, efecto absolutamente coherente con el uso clínico de dicho producto en terapéutica homeopática.

Efecto de las altas diluciones de silicio sobre el metabolismo de los macrófagos peritoneales de ratón

Hemos llevado a cabo este estudio desde 1982 a 1986, con la participación de Aubin y la aportación técnica de Descours y Davenas en la Unidad de inmunofarmacología, alergia e inflamación del INSERM.¹ Desarrollaremos este estudio porque ilustra muy bien el proceso de investigación biológica aplicado a la homeopatía y porque se prolongó con un estudio físico de altas diluciones. El principio de esta experimentación se basa en

tres factores que son otros tantos conceptos clave de la investigación biológica en los medicamentos homeopáticos (Poitevin, 1987a).

- La experiencia clínica de los médicos homeopáticos: en la práctica corriente, el efecto de *Silicea* en las infecciones de repetición y las supuraciones crónicas es una observación clínica de las más regulares.
- El tropismo biológico de la sustancia probada, la sílice, para la célula estudiada, el macrófago: dicha célula que posee, entre otras funciones, la fagocitosis de elementos extraños y la presentación de antígenos a los linfocitos, se sitúa en la encrucijada de la inmunidad específica y la inmunidad inespecífica. Así pues, constituye una estirpe celular privilegiada para el estudio biológico de sustancias utilizadas en clínica en las inflamaciones crónicas y las infecciones de repetición. Por otra parte, la sílice es, a dosis ponderal, un tóxico conocido del macrófago y es utilizado para destruir selectivamente este tipo celular.
- El fenómeno de similitud, que encuentra aquí una prolongación biológica, en el efecto de la sílice sobre el macrófago: la sílice provoca in vitro la producción, por parte de los macrófagos, de diferentes mediadores, entre ellos, el PAF-aceter, mediador de la alergia y de la inflamación.

La hipótesis emitida, a partir de estos tres factores, era la modulación de la actividad metabólica a través de los macrófagos peritoneales de ratón, evaluada mediante la producción de PAF-aceter, bajo el efecto de altas diluciones de sílice.

Durante los estudios preliminares, las altas diluciones de sílice, inyectadas por vía intraperitoneal, incrementaron considerablemente la producción de PAF-aceter (+70 a +159 según los experimentos). En las tres series siguientes, efectuadas en tres años sucesivos, los productos fueron administrados por vía bucal durante 25 días en el agua del bebedero. Los macrófagos peritoneales de ratón fueron aislados posteriormente, estimulados in vitro mediante zymosan, extracto de pared de levadura, y PAF-aceter dosificado.

En una primera serie de experiencias, la producción de dicho mediador fue aumentada con *Silicea* 5 CH, respecto a los ratones no tratados, de un 30% (estimulación con fuertes dosis de zymosan) a un 44% (estimulación con dosis bajas de zymosan). Con *Silicea* 9 CH el aumento fue de 38 y 65% respectivamente para una estimulación mediante dosis fuertes y bajas de zymosan.

En una segunda serie, *Silicea* 9 CH incrementó la producción de PAF-aceter de 33 a 55% respecto al suero fisiológico 9 CH, mientras que *Gelsemium* 9 CH no ejerció ninguna variación significativa respecto al grupo control.

En una tercera serie, el efecto de *Silicea* 9 CH sobre el metabolismo de los macrófagos peritoneales fue confirmada con variaciones estadísticamente significativas de 28 a 61% observadas respecto a los controles de suero fisiológico 9 CH y lactosa 9 CH (Davenas y col., 1987).

¹ INSERM: abreviatura de Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Instituto Nacional de la Salud y la Investigación Médica) (Francia). (N. del T.)

Los controles realizados durante la experimentación aportaron informaciones precisas sobre el medicamento de uso homeopático.

- Por una parte, sobre su especificidad de acción: *Gelsemium*, sustancia que no presenta ningún tropismo biológico con el macrófago, se muestra desprovista de efectos cuando es utilizada a la misma dilución que *Silicea*: 9 CH.
- Por otra, sobre las condiciones de preparación que intervienen en el mecanismo de acción de las altas diluciones: ni los productos utilizados para la desconcentración (suero fisiológico, lactosa) ni el proceso de dinamización aislado, ni la sílice extraída de la parte del vaso (en cantidad idéntica en *Silicea* y los controles) bastan para explicar el efecto de *Silicea* 9 CH. Su efecto biológico específico es debido a la presencia, en cantidad importante, de sílice en la matriz de base de manera que la información biológica se conserva a continuación durante la desconcentración en los disolventes neutros como la lactosa, para la trituración y el suero fisiológico para la dilución. Cabe señalar, sin embargo, que la presencia, en el agua de bebida, de importantes cantidades de silicatos no hace sino aumentar el carácter paradójico del mecanismo de acción de las altas diluciones. Ciertamente, quedan moléculas en *Silicea* 9 CH, aproximadamente unas 800 moléculas por ratón y día, pero ¿cómo atribuir la acción específica de *Silicea* 9 CH a estas pocas moléculas que navegan en un océano de sílice (el agua de bebida) idéntica para todos los grupos de ratones, tratados y de control? La única hipótesis posible, incluso aunque sea paradójica —algo de todas formas interesante para una hipótesis científica—, es que el proceso de dilución-dinamización permite la emergencia de una información específica de la sílice, presente en la matriz de base que tiene lugar a través de un mecanismo de acción biofísica actualmente desconocido. Cabe añadir al conjunto de estas informaciones una observación que confirma la necesidad de trabajar sobre material biológico sensibilizado: en ausencia de estimulación *in vitro* de los macrófagos, no aparece ningún efecto de las diluciones de *Silicea*.

Este estudio, largo y minucioso, aporta informaciones indirectas interesantes sobre el mecanismo de acción de las altas diluciones e ilustra la coherencia existente entre los efectos biológicos experimentales de *Silicea* y las observaciones empíricas (aunque no menos reales) relativas a su efecto en las supuraciones. No obstante, esta experimentación biológica no substituye en ningún caso a la experimentación clínica.

Efecto de las altas diluciones de bioterápicos de "*Trypanosoma cruzi*"

Esta experiencia es triplemente original. Primero, ha sido realizada en Brasil, país donde la homeopatía está conociendo un

importante desarrollo, e ilustra además el esfuerzo de investigación efectuado por este país caluroso y simpático. Segundo, concierne a una patología grave, la tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas, que es una de las principales causas de la insuficiencia cardíaca en América del Sur. Y finalmente, se basa en la utilización de bioterápicos "vivos" sometidos a procesos de esterilización definidos en la farmacopea internacional. Esta originalidad no significa que se haya aplicado la fantasía brasileña, por otra parte bien real, al experimento, sino que se basa en la hipótesis de una ausencia de desnaturalización de los componentes inmunógenos del bioterápico mediante la esterilización, estando asegurada la inocuidad del producto en clínica gracias a las altas diluciones. Se trata, en cierto modo, de una experimentación "fuera de la ley" cuyos resultados han sido sorprendentes (Nasi y col., 1982).

Un primer bioterápico, preparado a partir de sangre de ratones infectados, en dilución 10 DH, se administró por vía intraperitoneal, durante los 10 días anteriores a la inoculación del parásito. Los resultados fueron una disminución del parasitismo y una supresión de la mortalidad, que era del 100% en el grupo control.

Se preparó un segundo bioterápico a partir de cultivos de *Trypanosoma cruzi*, en diluciones 30 DH, preparado en medio aséptico y acondicionado en ampollas esterilizadas. Su administración a título "preventivo" (10 y 20 días antes de la inoculación) produjo una reducción importante del parasitismo y de la tasa de mortalidad respecto al grupo control. La administración de bioterápico tras la inoculación no produjo ninguna variación respecto a los controles respectivos.

Naturalmente, se trata de resultados preliminares que actualmente han sido retomados en la universidad de Uberlândia, en colaboración con la Asociación francesa para la investigación en homeopatía. La originalidad de los trabajos y el esfuerzo de investigación experimental realizado por los homeópatas brasileños para luchar contra una plaga que acosa no solamente el Nordeste sino también las regiones pobres del Minas Gerais y otros países de América Latina, hacen que se enrijan como un eje particularmente representativo de la investigación homeopática en el mundo.

Efecto de las dosis bajas de inmunomoduladores

El efecto inmunomodulador de las muy bajas concentraciones de factor tímico sérico, de extracto de timo (Doucet-Jaboeuf y col., 1982), y de interferón (Bastide y col.) se ha demostrado en el Laboratorio de inmunología de Montpellier (cf. capítulo IV.3). El interés biológico de estos trabajos, cercanos a los referentes a las de muy bajas dosis, es evidente. En contrapartida, podemos preguntarnos sobre la extrapolación efectuada en favor de la utilización clínica de la matriz "timulina". La defensa de los autores de estos trabajos en favor del uso clínico de dosis bajas de inmunomoduladores necesita todavía la argumentación procedente de trabajos clínicos.

OTRAS EXPERIMENTACIONES EN FARMACOLOGÍA ANIMAL

Entre las otras múltiples experimentaciones realizadas en farmacología animal (Poitevin, 1987a; Scofield, 1984), mencionaremos las realizadas en endocrinología. En Francia, no se ha llevado a cabo ningún trabajo experimental riguroso desde el estudio de la actividad biológica de altas diluciones de *Folliculinum* (revisión in Poitevin, 1987a). En la India, la actividad de las altas diluciones de *Pulsatilla* fue objeto, en 1977, de una comunicación en la Sociedad de endocrinología (Prasad y col., 1977): las diluciones 30 CH y 200 CH presentan un efecto de tipo progestativo sobre los ovarios, el útero, el tiroides y el desarrollo de los folículos y el cuerpo lúteo. Estos rigurosos trabajos son muestra del esfuerzo científico realizado en homeopatía en la India, país donde esta terapéutica es muy utilizada en los medios populares. Esta realidad, como la de la homeopatía en América Latina, obliga a considerar la evaluación científica de la homeopatía como un problema de salud pública internacional.

FARMACOLOGÍA VEGETAL

Por iniciativa de J. Boiron y de Nétien, se han realizado numerosos trabajos sobre el estudio de las altas diluciones en farmacología vegetal. Sólo presentaremos los más recientes y los más destacados, distinguiendo los realizados con plantas normales, enfermas o intoxicadas.

TRABAJOS CON PLANTAS NORMALES

Kolisko efectuó durante 30 años unos trabajos muy completos sobre la germinación del crecimiento del trigo y otras muchas especies vegetales. El conjunto de estos trabajos, resumidos por Nétien (Nétien y col., 1963), muestran la existencia de fenómenos rítmicos y curvas de perfil sinusoidal, pero sobre los cuales no se puede realizar ningún análisis estadístico de resultados. El mismo tipo de protocolo se ha utilizado para estudiar el efecto de las diluciones de nitrato de plata sobre el crecimiento de las semillas de trigo, de lo que se desprende que la dilución 8 DH es inhibidora, la dilución 18 DH es activadora y la curva dosis-respuesta responde a un perfil también sinusoidal (Pelikan y col., 1971). La calidad del protocolo y el rigor del estudio estadístico hacen de este estudio una cita de referencia.

TRABAJO CON PLANTAS ENFERMAS

Cabe señalar el curioso estudio realizado en la India (Khan y col., 1977) relativo al efecto de las altas y en ocasiones las muy altas diluciones de medicamentos homeopáticos sobre los hongos de las frutas y la germinación de las esporas de champi-

ñón. El pequeño número de ensayos y la ausencia de análisis estadístico convierten este trabajo en un estudio preliminar.

TRABAJOS CON PLANTAS INTOXICADAS

Mencionaremos, entre los numerosos trabajos dirigidos por J. Boiron, el efecto de diluciones 15 CH de sulfato de cobre sobre la actividad amilasa de las semillas de trigo (J. Boiron y col., 1978) intoxicadas con CuSO_4 . El mismo sulfato de cobre, a la dilución 14 DH, ejerce un efecto estadísticamente significativo sobre el crecimiento de las semillas de mostaza intoxicadas o no (Auquière y col., 1982). El estudio de fenómenos rítmicos que modulan en el tiempo la acción de las diluciones de sulfato de cobre sobre el crecimiento de plantas intoxicadas por el mismo tóxico ha sido objeto también de trabajos muy profundos (Graviou, 1981).

CELULAS AISLADAS Y SISTEMAS ENZIMATICOS

Los experimentos llevados a cabo sobre células aisladas son de desarrollo mucho más frecuente que los de farmacología animal y vegetal lo cual se debe, en parte, al hecho de que la terapéutica homeopática está considerada como de efecto "global" por lo que parece paradójico buscar un efecto de los medicamentos de uso homeopático sobre un objetivo tan preciso. Sin embargo, este punto de vista nos parece demasiado restrictivo por dos razones, la primera, porque la célula, por la multiplicidad de sus orgánulos, de su vías metabólicas y de sus interacciones constituye por sí misma un sistema "global" en su propio nivel de integración y la segunda, porque es necesario buscar los centros celulares de acción de los medicamentos homeopáticos, acción que además es muy específica si se considera, por ejemplo, el efecto de *Silicea* sobre el metabolismo del macrófago en experimentos realizados ex vivo.

Durante el trabajo realizado en la Unidad 200 del INSERM, priorizamos esta línea de investigación, principalmente en el campo de la inmunología (Poitevin, 1986). Este sector de investigación presenta como punto común con la concepción homeopática la consideración de diferencias en la reactividad individual así como el concepto de terreno. Además, numerosos productos homeopáticos son utilizados en clínica en los tratamientos de crisis y de base de manifestaciones alérgicas o inflamatorias lo cual nos indica que es perfectamente lógico investigar su acción sobre unidades celulares escogidas en función de los tropismos biológicos de los principales componentes del medicamento en cuestión.

También, para ilustrar dicha línea de investigación, escogemos una serie de experimentos realizados sobre tres tipos celulares, los linfocitos, los polinucleares neutrófilos y los polinucleares basófilos.

EFFECTO DE "PHYTOLACCA" SOBRE LA TRANSFORMACIÓN LINFOBLÁSTICA

Uno de los signos patogenéticos mayores de *Phytolacca* es la presencia de adenopatías. La *Phytolacca* contiene además una sustancia mutágena, el pokeweed, activa sobre los linfocitos B y T e inductora de la transformación de los linfocitos. Ph. Picard y Aubin plantearon la siguiente cuestión: «Un producto que provoca la transformación linfoblástica ¿es capaz en altas diluciones de inhibir el mismo fenómeno inducido por otro mutágeno?» Para responder experimentalmente a la cuestión se efectuaron dos estudios sobre los linfocitos de conejo (revisión in Poitevin, 1987a) y los linfocitos humanos (Bildet y col., 1981). En el segundo estudio efectuado a ciegas, la dilución 7 CH presentó un efecto inhibidor respecto al disolvente mientras que la dilución 15 CH no presentó ningún efecto. El reducido número de pruebas (5) y la ausencia de estudio estadístico no permiten concluir claramente en favor del efecto inhibidor de *Phytolacca* 7 CH y además, no es posible la extrapolación a la realidad terapéutica de los resultados.

EFFECTO DE "BELLADONA" Y "FERRUM PHOSPHORICUM" SOBRE EL METABOLISMO DE LOS POLINUCLEARES NEUTRÓFILOS HUMANOS

Durante un fenómeno inflamatorio agudo, los polinucleares neutrófilos se activan y producen sustancias biológicas, entre ellas los radicales libres de oxígeno. En la Unidad 200 del INSERM, estudiamos el efecto de tres medicamentos homeopáticos utilizados frecuentemente en los fenómenos inflamatorios: *Apis mellifica*, *Belladonna* y *Ferrum phosphoricum* en diluciones 5 CH y 9 CH. El primero no produjo ningún efecto diferente del disolvente mientras que *Belladonna* y *Ferrum phosphoricum*, a las diluciones estudiadas, presentaron un efecto inhibidor estadísticamente significativo (Poitevin y col., 1984). No obstante, estos resultados sólo se obtuvieron tras la activación de los polinucleares neutrófilos mediante muy bajas concentraciones del agente estimulante, el zymosan, todo ello, utilizando el sensible método de detección de la quimioluminiscencia. Además, la diferencia de reactividad individual fue muy elevada en función de las diluciones probadas por lo que sería necesario retomar el trabajo teniendo en cuenta las características de la sangre estudiada y naturalmente de los donantes correspondientes. Un trabajo semejante necesitaría una estrecha colaboración entre diferentes clínicas homeopáticas y estructuras de investigación, condiciones que todavía no se han podido conseguir.

EFFECTO DE MEDICAMENTOS DE USO HOMEOPÁTICO SOBRE LA AGRANULACIÓN DE BASÓFILOS HUMANOS

Teniendo en cuenta las numerosas publicaciones realizadas sobre este tema, es necesario precisar tanto el método escogido como la historia de los trabajos efectuados.

En lo que concierne al método, la prueba de agranulación de los basófilos humanos in vitro no sólo explora la presencia de anti-IgE específicos en la sangre circulante, sino también la fijación de dichos anticuerpos sobre las células reactivas, los basófilos, y la capacidad de dichas células para reaccionar frente a la activación específica. El recuento celular efectuado, en microscopio óptico, se basa en la capacidad de los mediadores obtenidos en los gránulos para sufrir un fenómeno de metacromasia (cambio de coloración) en presencia de colorantes específicos tales como el azul de toluidina. Dicho fenómeno está relacionado con las variaciones de carga eléctrica en la superficie de los gránulos y se produce al principio de la activación de los basófilos. Es por esta razón que decimos que esta prueba es denominada erróneamente "test de agranulación" puesto que no mide la liberación de los mediadores a través de los gránulos algo que por el contrario sí lleva a cabo la prueba de liberación de histamina. Los resultados publicados con las altas diluciones conciernen únicamente a la modificación del fenómeno de metacromasia, sin que hasta la fecha exista ninguna publicación sobre la modificación de la liberación de histamina por las altas diluciones.

En lo que respecta al desarrollo de los mencionados estudios, la utilización de la prueba para estudiar el efecto de las altas diluciones procede de dos fuentes diferentes. Por una parte, Belon, en colaboración con el Laboratorio de inmunología (Sainte-Laudy), quiso estudiar el efecto de diluciones de mediadores de la alergia (histamina, PAF-aceter) y de alérgenos específicos y por otra, en colaboración con Aubin y Benveniste, hemos estudiado el efecto de medicamentos de uso homeopático, *Apis mellifica* y *Pulmon histamina* sobre basófilos activados con alérgenos. La elección de estos medicamentos se basó, por una parte, en su frecuente utilización en clínica de síndromes alérgicos y por otra en la capacidad de algunos de sus componentes (fosfolipasa A2, melitina para *Apis mellifica*) para activar los basófilos. Así pues, el objetivo de esta investigación era saber si, a altas diluciones, *Apis mellifica* era capaz de modular la activación de los basófilos desencadenada por una sustancia de acción similar, alérgeno o anticuerpo. La regulación de una actividad biológica iniciada por un agente de acción similar se incluye en la "lógica" de la homeopatía por lo cual dichos trabajos difieren de los que provocaron la polémica de la "memoria del agua" (Davenas y col., 1988). Realizados por iniciativa de Benveniste y de biólogos de su unidad, estos últimos llevaron a cabo el estudio de estimulación directa de los basófilos mediante altas diluciones de anti-IgE sin estimulación simultánea por otros agonistas. El estudio sobre la acción directa de las altas diluciones será planteado más adelante.

El conjunto de trabajos relativos al estudio de la acción de las diluciones de *Apis mellifica* y de histamina, realizados desde 1981 hasta 1991, pusieron en evidencia, de forma estadísticamente significativa y reproducible, los siguientes efectos:

- El efecto inhibidor de las altas diluciones de histamina sobre la estimulación de los basófilos: efecto de la dilución 7 CH

sobre basófilos activados mediante alérgenos variados (J. Boiron y col., 1982; Sainte-Laudy, 1987); efecto de diluciones más altas (16 CH a 18 CH) sobre basófilos activados mediante *Dermatophagoides pteronyssinus* (Sainte-Laudy y col., 1991a) o mediante anti-IgE (Sainte-Laudy y col., 1991b). En todos estos trabajos se construyó un modelo matemático (Sainte-Laudy y col., 1987).

- El efecto modulador de *Apis mellifica* sobre la estimulación de basófilos: efecto inhibitorio de las diluciones 9 CH y 15 CH y efecto activador de las diluciones 5 CH tras estimulación de basófilos mediante polen o ácaros (Poitevin y col., 1986); alternancia de zonas de inhibición y de inactividad por el efecto de diluciones sucesivas (5 CH a 20 CH) de *Apis mellifica* y de *Poumon histamine* sobre basófilos activados con el anti-IgE (Poitevin y col., 1988), proporcionando a las curvas de dosis-respuesta un perfil "pseudo-sinusoidal". Se obtuvo una inhibición próxima al 100% para *Apis mellifica* 10 CH y *Poumon histamine* 18 CH durante una activación mediante pequeñas dosis de anti-IgE. Recientemente hemos solicitado, a raíz del informe estadístico efectuado a propósito del tema de la "memoria del agua" que sea nuevamente controlado el efecto de las altas diluciones de *Apis mellifica*. Sobre seis diluciones probadas, de 15 CH a 20 CH, cuatro (15 CH, 16 CH, 17 CH y 20 CH) dieron una inhibición significativamente diferente del disolvente 20 CH (Benveniste y col., 1991; Poitevin, 1991).

Así pues, parece difícil, a menos que se ponga en duda la competencia de las referencias al aceptar los artículos o la capacidad de los estadísticos de la Unidad 292 del INSERM para organizar el control de una experiencia, no aceptar la posible reproducción de los resultados obtenidos. Y a aquellos que dudan del propio interés de dichos estudios biológicos sobre medicamentos homeopáticos cuyo origen empírico es evidente (*Apis mellifica* procede de la medicina tradicional de los indios de América del Norte) se les puede preguntar por qué es científicamente más noble trabajar, por ejemplo, con plantas procedentes de la farmacopea china que sobre medicamentos prescritos normalmente, financiados a cargo de los fondos de las aseguradoras médicas y por tanto agentes activos de la salud pública.

En nuestra opinión, creemos que todos estos fenómenos presentan el mismo interés científico y médico.

EFFECTO DE MEDICAMENTOS DE USO HOMEOPÁTICO SOBRE SISTEMAS ENZIMÁTICOS

Estos trabajos presentan un gran interés puesto que hacen referencia al efecto potencial de los medicamentos homeopáticos a nivel de la integración subcelular, hecho que no puede intervenir en el mecanismo de acción de los medicamentos. De hecho, los resultados obtenidos han sido muy controvertidos.

Los trabajos más antiguos y más completos fueron los de Boyd que, de 1942 a 1954, estudió el efecto de las altas diluciones de cloruro mercuríco sobre la actividad enzimática de la amilasa, obteniendo efectos significativos, incluidos los de diluciones muy elevadas. Así, en el último estudio que se desarrolló durante tres años, diluciones superiores a 30 CH se mostraron activas indicando una alternancia de zonas estimuladoras e inhibitoras que imprimían a la curva de dosis-respuesta un perfil pseudo-sinusoidal (Boyd, 1954). En la conclusión de dicho artículo, Boyd comenta este efecto paradójico de las diluciones muy altas: «Debido a que las diluciones no contienen trazas materiales de cloruro mercuríco, que las diluciones control no están contaminadas de ninguna manera por dicho producto y que los efectos obtenidos han sido declarados como altamente significativos por estadísticos competentes, se concluye que existe un factor activo derivado del cloruro mercuríco que acelera la hidrólisis del almidón por la diastasa. Dicho factor, al estimular la hidrólisis, se transfiere de una dilución a otra hasta altos niveles de dilución. No obstante, la naturaleza de este factor es desconocida.» La reproducción de este trabajo, extremadamente riguroso y minucioso, necesitaría una financiación muy importante según algunos autores (Kollerstromm, 1982) lo cual podría explicar que no haya sido retomado por ningún laboratorio.

A continuación, se han llevado a cabo diferentes estudios sobre el efecto de las diluciones de fósforo sobre la actividad de la piruvatoquinasa (Kraus y col., 1981), pero la ausencia de un estudio estadístico no permite extraer conclusiones sobre el efecto experimental real de las variaciones observadas.

Recientemente se han efectuado trabajos rigurosos (Petit y col., 1989) sobre el efecto de diluciones del inhibidor de diversos sistemas enzimáticos. En las condiciones experimentales requeridas para el estudio —búsqueda de la concentración de inhibidor necesaria para reducir la actividad enzimática al 50% y a continuación, estudio del efecto de diluciones 4 DH a 30 CH del mismo inhibidor— no se observó ninguna variación significativa. Esta ausencia de resultados concluyentes, ¿fue debida al hecho de que la inhibición enzimática era demasiado importante (50%) para ser modificada o hay que suponer la ausencia de efecto de las altas diluciones sobre los sistemas subcelulares? La existencia de resultados divergentes hace necesarios nuevos estudios sobre una línea de investigación que aportaría informaciones muy preciadas sobre las condiciones de acción de los medicamentos homeopáticos.

DOSIS BAJAS O ALTAS DILUCIONES?

El conjunto de trabajos presentados a continuación han sido realizados sobre medicamentos de uso homeopático y/o han integrado elementos tales como la sensibilización de material biológico o la consideración del fenómeno de similitud. Más re-

cientemente, diversos biólogos han estudiado el efecto de concentraciones más bajas que las que utilizaban habitualmente a fin de observar sus efectos. Según las dosis estudiadas y según las opiniones de diferentes autores, el énfasis se situó sobre la concentración baja o sobre la altura de la dilución. El trabajo de mayor repercusión en este campo ha sido el referente al estudio de las altas diluciones de anti-IgE sobre la activación de basófilos humanos *in vitro*. No obstante, otros muchos estudios han sido efectuados y presentados a congresos tales como el realizado sobre las "ultra-low doses" (1990) o a reuniones del Grupo internacional de investigación sobre lo infinitesimal (GIRI). A continuación pasamos a esbozar diferentes trabajos realizados en inmunología, toxicología, endocrinología y farmacología.

TRABAJOS EN INMUNOLOGÍA

La publicación de trabajos relativos a la activación de los basófilos humanos *in vitro* por la acción de altas diluciones de anti-IgE (Davenas y col., 1988) ha dado lugar a una gran controversia. La polémica se centró más sobre el mecanismo de acción de las altas diluciones, aspecto que era en absoluto el centro del artículo, que sobre los resultados biológicos observados. Además, dicha polémica ha sido ampliamente aumentada por los medios de comunicación que, por otra parte, difícilmente pueden apreciar la presencia o ausencia de rigor científico del trabajo en cuestión. En cualquier caso, es mucho más interesante mencionar los resultados del trabajo realizado en colaboración entre biólogos y estadísticos como respuesta a la demanda del director del INSERM, el Sr. Lazar. En este estudio, el efecto activador de las diluciones de 10^{-21} a 10^{-30} de anti-IgE ha sido comparado con las mismas diluciones de anti-IgG (Benveniste y col., 1991). Sobre dieciocho experiencias observadas por los estadísticos, las altas diluciones de anti-IgE dieron como resultado una activación estadísticamente significativa en siete de los casos y en uno solo para las altas diluciones de anti-IgG. El fenómeno de activación específica por el anti-IgE es, por lo tanto, bien real aunque necesita un experimentador acostumbrado a la lectura de la "agranulación" de los basófilos y además, sólo se observa en una parte (39%) de las sangres utilizadas. En cualquier caso, sería necesario poseer informaciones precisas sobre las sangres que hayan dado una activación positiva a fin de comprender las condiciones en las cuales se produce el efecto activador directo de las altas diluciones de anti-IgE, efecto que aparece como paradójico debido a que se trata de una activación directa de uno de los mecanismos de reacción alérgica por altas diluciones. Por otra parte, este efecto paradójico no fue encontrado por todos los equipos de experimentación: en un estudio reciente efectuado según el mismo método que el utilizado por el equipo de la Unidad 200 del INSERM, las diluciones (10^{-26} a 10^{-33} mol) de anti-IgE no modificaron las propiedades tintoriales de los basófilos (Ovelgonne y col., 1992).

Siguiendo con la inmunología, el estudio de concentraciones subtóxicas de "factor de necrosis tumoral" (TNF) evidenció un efecto sinérgico de estas concentraciones con diluciones subtóxicas de toxina diférica (Morimoto y col., 1991), de adriamicina y de cisplatino (Tsuchitani y col., 1991). Dicho efecto sinérgico, obtenido con diluciones equivalentes a 7 CH se traduce en un efecto lítico sobre líneas tumorales mientras que las concentraciones subtóxicas de cada producto se revelaron aisladamente sin efecto.

TRABAJOS EN TOXICOLOGÍA

Recientemente se han realizado dos estudios, uno en oncología experimental y otro sobre un marcador de la toxicidad renal.

La génesis de cánceres hepáticos en la rata se lleva a cabo bajo la acción de agentes inductores tales como el 2-acetilamino-fluoreno (2-AAF) y de moduladores positivos tales como el fenobarbital (PB). En ratas sometidas al efecto de estos dos agentes a dosis usuales, las diluciones 9 CH de PB disminuyen, de manera estadísticamente significativa respecto al disolvente 9 CH, el porcentaje de ratas que presentan tumores hepáticos y la incidencia acumulativa de las lesiones histológicas malignas (de Gerlache y col., 1991). Las diluciones 9 CH de 2-AAF ejercen un efecto significativo sobre el segundo parámetro. Así pues, la dilución 9 CH de PB retrasa la aparición de tumores malignos en las ratas tratadas con on 2-AAF y el PB sin ejercer ningún efecto curativo ni impedir la aparición de tumores malignos. Estos interesantes resultados están desprovistos de significación terapéutica tal y como lo señalan los propios autores.

El segundo estudio trata sobre el efecto del cadmio sobre la toxicidad renal (Girolami y col., 1989). Diluciones fuertes (1mg/kg) de dicho tóxico reducen, tras 24 semanas de exposición, la tasa de excreción de la kalicreína y dicha reducción sigue aumentando 20 semanas después de haber finalizado la exposición. Dosis más bajas (0,25mg/kg) no presentan ningún efecto tras las 24 semanas de exposición pero generan un efecto reductor sobre la excreción renal de kalicreína 20 semanas después de haber finalizado la exposición. La aparición de una actividad de tipo citotóxico a largo plazo para las (relativamente) bajas concentraciones de cadmio puede llevar a investigar sobre el efecto de otros tóxicos y con otros modelos de experimentación.

TRABAJOS EN ENDOCRINOLOGÍA

Se han realizado interesantes trabajos preliminares sobre la modificación de la metamorfosis de anfibios bajo el efecto de la tiroxina 30 DH (Endler y col., 1991).

TRABAJOS EN FARMACOLOGÍA

Se ha efectuado una serie de estudios muy interesantes sobre el efecto de dosis muy bajas de ácido acetilsalicílico (2×10^{-7} mg) sobre la hemostasis. A las dosis mencionadas, la aspirina

produce una reducción del tiempo de hemorragia, pero no modifica la agregación plaquetaria de plaquetas aisladas (Doutremepuich y col., 1987a, 1987b). El efecto de estas bajas dosis de aspirina podría ser debida a la modificación de la actividad parietal de los vasos con liberación de una sustancia proagregante (Doutremepuich y col., 1990; Lalanne y col., 1990; Lalanne y col., 1991).

Las consecuencias clínicas de la actividad de estas bajas dosis de aspirina seguramente podrán ser precisadas en un futuro próximo. En cualquier caso, no deben ser confundidas, teniendo en cuenta la inversión del efecto observado sobre el tiempo de hemorragia, con el efecto anticoagulante de las bajas dosis ponderales de aspirina (40mg/j).

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL MÉTODO

A primera vista, parece arbitrario diferenciar los trabajos relativos al estudio biológico de los medicamentos de uso homeopático de los dedicados al estudio de las dosis bajas (o altas diluciones) de mediadores biológicos o de medicamentos clásicos. No obstante, existe una diferencia de principio y de método entre estos dos tipos de experiencia.

El método de estudio de los medicamentos de uso homeopático se ha clarificado actualmente (Poitevin, 1987a) y se sitúa en la perspectiva trazada por Martiny. Las condiciones de "sensibilización" del material biológico son, en efecto, determinantes para la observación de variaciones biológicas significativas bajo los efectos de las altas diluciones de medicamentos de uso homeopático. La elección del modelo y de los productos que deben ser estudiados es función de uno o más de tres parámetros ya descritos en los ejemplos citados más arriba: datos procedentes del empirismo clínico, conocimiento del efecto tóxico y biológico de los componentes del medicamento y, si es posible, la consideración del principio de similitud como hipótesis de trabajo en biología. Es cierto que la definición del principio de similitud se refiere normalmente a una fenomenología clínica por lo que hemos propuesto, junto a Aubin, una extensión ya presente en

biología, como hipótesis de trabajo: «Algunas sustancias capaces de provocar una o diversas modificaciones de un material biológico dado (animal entero, órgano aislado, células en cultivos, sistema enzimático) podrían ser capaces a diluciones muy elevadas de regular modificaciones de igual naturaleza tanto si dichas modificaciones han sido provocadas por esa sustancia como por una sustancia de actividad análoga» (Poitevin, 1987a). Esta hipótesis de trabajo se ha mostrado fecunda en diversas experimentaciones tanto en toxicología como en inmunología (Cazin y col., 1987; Bildet y col., 1989; Poitevin y col., 1988) lo cual, sin embargo, no puede servir de justificación a la utilización del fenómeno de similitud en clínica humana.

El fenómeno de similitud ¿es una condición indispensable para evidenciar la eficacia biológica de las altas diluciones de mediadores biológicos o de medicamentos? La respuesta dada por los biólogos es muy precisa: «pese a que esta hipótesis se muestra fecunda para el estudio de altas diluciones de histamina, que también son, es cierto, un medicamento de uso homeopático, tampoco intervienen en numerosos trabajos relativos al efecto de las bajas dosis. En contrapartida, las condiciones de sensibilización del material biológico probado parecen ser un punto crítico para el efecto de dichas bajas dosis». Este aspecto es particularmente cierto para el TNF cuyos efectos líticos en dosis infratóxicas sólo se manifiestan en presencia de concentraciones infratóxicas de otro agente citotóxico. Al igual que en clínica, en la que la presencia de elementos semiológicos que indican una sensibilidad preferencial al producto probado es la condición indispensable para una prescripción eficaz, el grado de reactividad y de sensibilidad celulares parece ser el punto crítico del efecto biológico de las altas diluciones.

Tanto si se trata de la apertura de la homeopatía a la metodología experimental como de la apertura de la farmacología al estudio de las diluciones límite, el método de estudio es en cualquier caso idéntico: el estudio estadístico riguroso de los resultados y el análisis preciso de los parámetros que modulan el efecto de las altas diluciones son igualmente necesarios para la demostración experimental del efecto biológico de las altas diluciones y para la elaboración de trabajos experimentales y de hipótesis sobre su mecanismo de acción.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN HOMEOPATÍA

INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN HOMEOPATÍA

La eficacia clínica de la homeopatía ¿puede ser evaluada científicamente aplicando los criterios de evaluación clínica contemporánea (ensayos controlados aleatorizados, utilización de placebo o de doble ciego)?

En principio, nos parece preferible no ofrecer ninguna respuesta teórica a esta cuestión sino recordar los principales trabajos clínicos realizados desde el principio de la homeopatía. Subrayaremos los momentos claves de esta evolución distinguiendo los ensayos realizados en el hombre sano de los ensayos terapéuticos destinados a evaluar la eficacia clínica de la homeopatía sobre sus pacientes.

EXPERIMENTACIONES CON INDIVIDUOS SANOS

Estos experimentos corresponden a la elaboración de patógenesis, como mínimo en su primera fase ya que es necesaria, en todos los casos, la confirmación clínica de los síntomas obtenidos.

El método de experimentación es muy delicado y no se ha obtenido ningún consenso al respecto. Esquemáticamente se han utilizado dos métodos de estudio.

- El primero consiste en seleccionar, mediante preexperimentaciones, a los individuos sensibles al efecto de los productos probados y a continuación realizar, con dichos individuos, un ensayo controlado contra placebo. Esta estrategia, teóricamente la mejor adaptada puesto que se basa en la inclusión de individuos reconocidos como buenos contestadores al medicamento estudiado, es en realidad de difícil aplicación.
- El otro esquema consiste en efectuar directamente un ensayo controlado sin preselección de los individuos que pertenezcan a la población estudiada. Esta metodología, la más utilizada actualmente, es ilustrada por dos series de trabajos.

Los primeros son los dirigidos por Boffa, que estudió el efecto sobre el hombre sano de altas diluciones de venenos de *Vipera aspis* y de *Naja nigricollis*. Respecto a este último veneno, cuyo estudio ha sido el más riguroso (Boffa, 1976), el efecto de diluciones 30 CH y 15 CH se reveló diferente del efecto producido por el placebo y ello en los veinte individuos estudiados (diez en cada grupo). Las modificaciones fueron observadas en signos clínicos (signos sensitivos y físicos diferentes de los observados en toxicología) y sobre signos biológicos (neutropenia, trombopenia, variación del factor VIII).

La segunda serie de trabajos fue realizada por la escuela de Lille. En la primera experimentación (Guermonprez y col., 1982), el efecto de la naloxona en diluciones 4 CH, 5 CH, 15 CH y eventualmente 6 DH para individuos que habían reaccionado poco o nada, fue comparada con el efecto producido por el placebo. Los resultados obtenidos arrojaron diferencias estadísticamente significativas respecto a signos generales (fatiga), cefaleas, trastornos psíquicos, digestivos, locomotores, dermatológicos y ORL. Los autores también conservaron, para la materia médica de la naloxona, signos anotados fuera de estadística, no estadísticamente significativos pero que podían orientar, por su carácter sorprendente y original, hacia la prescripción del medicamento. Más recientemente, se ha realizado un estudio preliminar con *Harpagophytum* (Auger y col., 1991) cuyo efecto a diluciones 5 CH, 7 CH, 15 CH, 4 CH ha sido comparado con el del placebo evidenciándose diferencias significativas respecto a la esfera digestiva e intelectual (hiperactividad con vivacidad, excitación, buen humor y optimismo). Cabe señalar que los usos empíricos de *Harpagophytum* en fitoterapia y los determinados por su composición química se han encontrado de nuevo aquí sin inversión de la acción. También puede llevarse a cabo una constatación pare-

cida con la lectura de Materias médicas de sustancias tales como *Arnica* y *Bryonia* y otros numerosos medicamentos de uso homeopático. Ello muestra que el enfoque farmacológico de la homeopatía no puede reducirse a un simple fenómeno de inversión del efecto entre dosis ponderables y altas diluciones.

Señalemos, no obstante, el importante trabajo de Jouanny y de sus colaboradores sobre la fiabilidad de las patógenesis (Jouanny, 1981).

En cualquier caso, se necesita una lectura crítica de Materias médicas antiguas, basada en el estudio de signos fiables procedentes de experimentaciones con individuos sanos, de la toxicología y de la experiencia clínica de los médicos homeópatas a fin de proporcionar a los jóvenes médicos homeópatas un útil de estudio y de trabajo actualizado.

EXPERIMENTACIONES CON INDIVIDUOS ENFERMOS

Este tema se ha desarrollado considerablemente en los últimos diez años, tal y como demuestra la publicación de dos revistas generales recientes sobre los ensayos aleatorizados en homeopatía (Hill y col., 1990; Kleijnen y col., 1991).

A partir de los datos contenidos en estas dos revistas, en particular la segunda realizada por epidemiólogos holandeses, pueden seleccionarse veinticinco ensayos tanto por su publicación en revistas internacionales como por la calidad apreciada por los epidemiólogos holandeses en base a criterios muy precisos. Normalmente, están presentes estos dos niveles de exigencia.

Sobre esta base objetiva, fruto de la apreciación de especialistas en investigación clínica ajenos a la homeopatía, podemos examinar los resultados de esta investigación bajo tres ángulos diferentes: su clasificación por diagnósticos, por tipos de tratamiento y los aspectos generales que se derivan.

CLASIFICACIÓN POR DIAGNÓSTICOS

Enfermedades infecciosas (cuadro I)

Constituyen el grupo más importante. Pese a que el tratamiento de la gripe mediante un complejo (Maiwald y col., 1988) o una especialidad (Ferley y col., 1989) da resultados estadísticamente significativos en favor de los medicamentos homeopáticos, la prevención mediante un complejo arroja resultados que no difieren de los del placebo (Ferley y col., 1987). El estudio relativo al isoterápico *Influenzinum* muestra que éste no induce la variación de la tasa de los anticuerpos (Lewith y col., 1989).

Señalemos, no obstante, la eficacia de dos complejos en el tratamiento de la tos (Bordes y col., 1986) y del constipado leve (Gassinger y col., 1981) y la ineficacia de otro complejo en el tratamiento de la sinusitis (Wiesenauer y col., 1989). *Pyroge-*

CUADRO I. Enfermedades infecciosas: 4 ensayos positivos (+), 1 negativo (-)	
Gripe	Prevención mediante un complejo: - Prevención mediante un isoterápico: - Tratamiento mediante un complejo: + Tratamiento mediante una especialidad: +
Infecciones respiratorias	Tratamiento de la tos mediante un complejo: + Tratamiento de sinusitis mediante un complejo: - Tratamiento de constipado leve mediante un complejo: +
Infecciones postoperatorias	Prevención mediante <i>Pyrogenium</i> 7 CH: -

nium 7 CH se ha revelado por su parte ineficaz en la prevención de infecciones postoperatorias (Valero, 1981).

Enfermedades cardiovasculares (Cuadro II)

Sólo un complejo se ha revelado activo en la hipotensión (Wiessenauer y col., 1987) mientras que los tratamientos estandarizados con *Arnica* 15 CH en los accidentes vasculares cerebrales (Savage, 1977) y por *Baryta carbonica* en la hipertensión (Bignamini y col., 1987) presentan la misma actividad que el placebo.

CUADRO II. Enfermedades del aparato circulatorio: 1 ensayo positivo (+), 2 negativos (-)	
Hipotensión	Tratamiento mediante un complejo: +
Hipertensión	Tratamiento con <i>Baryta carbonica</i> 15 CH: -
Accidente vascular cerebral	Tratamiento con <i>Arnica</i> 15 CH: -

Polinosis (cuadro III)

Se han mostrado activos dos tratamientos estandarizados:

- *Galphimia glauca*, utilizada tanto en 4 DH (Wiessenauer y col., 1983, 1985) como en 2 DH, 4 CH, 4 DH, 4 LM en un tercer ensayo (Wiessenauer y col., 1986).
- *Pollen* 30 CH (Reilly y col., 1986). Este ensayo se clasifica en primer lugar junto con el del Grupo de investigaciones y ensayos clínicos en homeopatía (GRECHO) por los epidemiólogos holandeses y el único reproche que le han hecho Hill y Doyon ha conseguido hundirlo entre los numerosos olvidados cuyo porcentaje (33%) es demasiado elevado. En cualquier caso, la crítica está justificada. Reilly ha repetido el

mismo tipo de ensayo con isoterápicos diversos para el asma y su trabajo está siendo sometido a examen para su posterior publicación. Pese a que este estudio sobre la polinosis no es estrictamente homeopático presenta la gran ventaja de plantear directamente el problema del efecto clínico de las altas diluciones al igual que la sorprendente acción de *Galphimia* en 4 LM cuya eficacia es idéntica a la de las diluciones 4 DH y 4 CH.

CUADRO III. Polinosis: 4 ensayos positivos (+)	
Tratamiento mediante un isoterápico 30 CH: + Tratamiento mediante <i>Galphimia</i> 2 DH a 4 LM: +, +, +	

Recuperación del tránsito postoperatorio (cuadro IV)

Los ensayos efectuados podrían conducir a creer que el saldo es positivo y no es así puesto que los dos ensayos positivos corresponden a dos ensayos preliminares que mostraron una acción superior a la del placebo por *Opium* 15 CH en el primero (Chevrel y col., 1984), *Raphanus* 9 CH, *Arnica* 9 CH y *Opium* 9 CH para el segundo (Aulagnier, 1985). Por otra parte, el tercer ensayo puso en evidencia un efecto de *Raphanus* 7 CH sobre la recuperación del gas (Valero, 1981). Estos ensayos fueron repetidos en 1986 a petición del Ministerio de Salud, en un grupo de trabajo, el GRECHO. En este ensayo multicéntrico, se trabajó con cuatro grupos de ciento cincuenta enfermos, el primero de los cuales recibió *Opium* 15 CH y un placebo, el segundo *Opium* 15 CH y *Raphanus* 5 CH, el tercero dos placebos y el cuarto nada. No apareció ninguna variación de recuperación del tránsito de materias y gases entre los cuatro grupos (Mayaux y col., 1988) siendo el único punto sorprendente la ausencia de actividad del placebo respecto al grupo no tratado por lo que no se entiende la polémica suscitada por este artículo.

En efecto, nos parece aceptable intentar reproducir, ante la demanda de los miembros del INSERM, ensayos que hayan dado previamente resultados positivos así como publicar resultados de diferentes ensayos aunque sean negativos, lo contrario, demostraría la falta absoluta de la más elemental honestidad científica. Este ensayo multicéntrico constituía un caso muy particular y no comprometía en absoluto al conjunto de la terapéutica homeopática.

CUADRO IV. Recuperación del tránsito postoperatorio: 3 ensayos positivos (+), 2 negativos (-)	
<i>Opium</i> 15 CH, <i>Raphanus</i> 5 CH: - <i>Arnica</i> 9 CH, <i>Opium</i> 9 CH, <i>Raphanus</i> 9 CH: + <i>Opium</i> 15 CH: + <i>Raphanus</i> 7 CH: +	

El verdadero problema fue planteado por la retirada de la concesión de créditos al GRECHO en el mismo momento en que esta comisión debía realizar dos ensayos individualizados en un campo mucho más representativo de la terapéutica homeopática: la prevención y el tratamiento del herpes labial por una parte, y el de las rinofaringitis de repetición por otra.

Reumatología (cuadro V)

En Inglaterra se han realizado numerosos ensayos dentro del ámbito hospitalario. Tras un primer ensayo que demostró la eficacia de un tratamiento individualizado en la poliartritis reumatoide (Gibson y col., 1980) un segundo ensayo probó, por reducción al absurdo, la necesidad de una individualización en las enfermedades de semiología compleja (Shipley y col., 1983), sin adjudicar a *Rhus toxicodendron* a 6 DH la pretensión de constituir un tratamiento estándar de la artrosis. Bajo los auspicios de Fisher y Belon se realizó un ensayo tomando en consideración los criterios nosológicos clásicos y los criterios de semiología homeopática para el tratamiento de los enfermos. Así fue como *Rhus toxicodendron* 6 CH mostró su efecto superior al del placebo en los enfermos aquejados de fibrositis y presuntamente apropiados para este medicamento. Este tipo de ensayo es largo y delicado, pero es perfectamente conveniente para la evaluación rigurosa de la técnica terapéutica homeopática, técnica que no se resume a la sola homeopatía sino que en realidad constituye el fundamento.

CUADRO V. Reumatología. 2 ensayos positivos (+) / 1 negativo (-)	
Artrosis	Tratamiento con <i>Rhus tox.</i> 6 DH: -
Poliartritis reumatoide	Tratamiento individualizado: +
Fibromialgia	Tratamiento individualizado con <i>Rhus tox</i> 6 CH: +

Otras patologías (cuadro VI)

Otros muchos tratamientos homeopáticos se han revelado también como eficaces en diferentes patologías. En tres casos determinados, se trata del efecto de complejos sobre la preparación al parto (Arnal-Laserre, 1986), el esguince de tobillo (Zell y col., 1988) y las gastritis (Ritter, 1966). Señalemos como particularmente interesante el ensayo individualizado sobre las migrañas (Brigo, 1987) y el interés de *Arnica* en la prevención de los hematomas y en la accesibilidad a las venas en los enfermos con gotero (Bourgeois, 1984), trabajo que sería conveniente recomendar.

CUADRO VI. Diversas patologías. 5 ensayos positivos (+)	
Esguinces de tobillo	Tratamiento con un complejo: +
Duración del parto	Tratamiento con un complejo: +
Migraña	Tratamiento individualizado: +
Gastritis	Tratamiento individualizado: +
Hematomas	Prevención con <i>Arnica</i> 5CH: +

Clasificación por tipos de tratamiento (cuadro VII)

- Los complejos dan resultados positivos en ocho casos y resultados negativos en tres casos.
- Los tratamientos estandarizados dan resultados positivos en cinco casos (lo cual debe ser ajustado mediante la presencia de tres ensayos sobre el íleo en esta serie) y resultados negativos en tres casos (hipertensión, accidente vascular cerebral, artrosis).
- La isoterapia arroja un resultado positivo (*Pollen* 30 CH) y un resultado negativo (*Influenzinum*).
- Finalmente los tratamientos individualizados de la poliartritis reumatoide, de la fibrositis y de la migraña constituyen tres resultados positivos.

CUADRO VII. Clasificación según los tipos de tratamiento. 5 ensayos positivos (+)			
Tipo de tratamiento	Número de ensayos	Ensayos positivos	Ensayos negativos
Complejos y/o especialidades	11	8	3
Tratamiento estandarizado	9	5	4
Isoterapia (polinosis)	2	1 (gripe)	1
Tratamiento individualizado	3	3 (migraña reumatológica)	
Total	25	17	8

Así pues, señalemos el interés de los ensayos con los complejos y con los tratamientos individualizados. Pese a que los primeros se adaptan perfectamente al método de ensayos controla-

CUADRO VIII. Efecto placebo. Elementos utilizados en práctica homeopática

Relativos al medicamento	Relativos al médico
Placebo +: — Ritual de las tomas frecuentes — Nombre latino	Placebo +: — Tiempo elevado — Comunicación, escucha, factores afectivos — Confianza del médico en su tratamiento — Personalización de la receta
Placebo —: — Gránulos no coloreados — Sabor no amargo — Coste poco elevado — Aspecto anticuado	Placebo —: — Diferencia, no modernidad
Búsqueda de una actividad específica	Relación médico-paciente: placebo "moralmente inatacable"

dos, los segundos aunque de realización muy difícil, presentan la ventaja de constituir una evaluación real de la homeopatía. Los ensayos estandarizados, cuando conciernen a uno o varios medicamentos unitarios, presentan el inconveniente de no tomar en consideración la individualización terapéutica normalmente necesaria para el uso de la homeopatía. Esta metodología es aplicable sin dificultad en los ensayos referentes a los isoterápicos con la condición de no olvidar que, en la práctica, estos medicamentos no se utilizan solos sino que son prescritos junto a otros medicamentos homeopáticos dentro del cuadro de una estrategia terapéutica global. Otros métodos, utilizados especialmente en epidemiología, permitirán en un futuro próximo evaluar mejor la eficacia real de la terapéutica homeopática cuyo objetivo es también, y a veces sobre todo, mejorar el estado de salud de los enfermos.

SÍNTESIS

El examen de estos veinticinco ensayos permite deducir algunos aspectos generales de la investigación clínica en homeopatía.

- En primer lugar, no es tan fácil afirmar, con una simple visión general, que la homeopatía es tan sólo un placebo.

Por otra parte, es conveniente diferenciar los elementos relativos al efecto del medicamento y al del médico. En el primer caso (cuadro VIII), los elementos inductores del efecto placebo son débiles, lo cual hace más que necesaria la búsqueda de un efecto

farmacológico específico. En contrapartida, el médico homeópata posee, en su práctica, muchos de los elementos positivos del "placeboterapeuta" algo que se revela como una prueba de calidad puesto que la relación médico-enfermo constituye el único placebo "moralmente inatacable". (Lachaux y col., 1988)

- La estrategia a adoptar en un futuro no consiste obligatoriamente en abandonar la investigación clínica, tampoco en adjudicarle la simple función de demostrar que "esto funciona" y nos parece mucho más útil en términos de salud pública:
 - por una parte, realizar rigurosamente algunos ensayos cuidadosamente seleccionados tal y como indican los epidemiólogos holandeses; por lo que sabemos, este trabajo está actualmente en curso;
 - por otra, plantear trabajos de evaluación global recordando que la homeopatía se basa en una "semiología individual" lo cual hace la tarea difícil pero a la vez apasionante, especialmente el proceso que va de la observación a la evaluación.

El efecto farmacológico real del medicamento homeopático ha sido confirmado recientemente por la publicación de dos ensayos clínicos, uno, realizado en Nicaragua, que muestra la eficacia de un tratamiento homeopático individualizado en las diarreas infantiles (Jacobs J. y col., 1994) y otro aparecido en *Lancet* (Reilly D. y col., 1994) confirmando los efectos de las altas diluciones de alérgenos en enfermos aquejados de asma alérgica. Un meta-análisis efectuado en tres ensayos y con más de 200 pacientes ha mostrado que el efecto de una inmunoterapia específica altamente diluida (30 CH) difiere muy significativamente de la acción del placebo.

A LA BÚSQUEDA DEL MECANISMO DE ACCIÓN

Este sector de la investigación en homeopatía, el más apasionado, ha sido objeto de hipótesis mucho más numerosas que los trabajos experimentales efectuados sobre el tema. Las abundantes hipótesis emitidas no se han limitado a los congresos y jornadas de homeopatía o a las revistas médicas y científicas, sino que han sido objeto de exposiciones mediáticas lo cual además de no clarificar en absoluto el debate sobre el tema ha planteado problemas éticos sobre la comunicación científica puesto que el "gran público" raramente posee la posibilidad de diferenciar hechos e hipótesis y debería, tanto en este campo como en otros muchos, estar informado con seriedad y precisión lo cual implica la necesidad de evitar expresiones contradictorias tales como "descubrimiento genial" o "estafa". Éste fue el caso del asunto denominado "la memoria del agua" en el cual los problemas técnicos, por ejemplo los concernientes a la posibilidad de reproducir los resultados, hubieran debido ocupar un lugar mucho más importante que el de la simple polémica (de Pracontal, 1990). Por todo ello, y en lo que concierne a la salud pública, es necesario para los pacientes que se les ofrezca una información de calidad a fin de evitar proporcionar argumentos a aquellos que son «los menos apropiados para desbaratar las piezas de la seducción mágica» (Got, 1992). En este sentido, la comunicación sobre la investigación en homeopatía se muestra del todo positiva siempre que el mensaje emitido incluya también las consecuencias de la intervención mediática en el comportamiento de los pacientes, especialmente de aquellos que poseen una "creencia" total en la homeopatía y por tanto desprovista de sentido crítico en sus análisis. En contrapartida, los derivados demasiado "sensacionalistas" pese a que presentan la ventaja de vulgarizar un tema complejo, no integran la diversidad científica y cultural de esta terapéutica y amenazan, a más o menos largo plazo, con hacer naufragar el barco...

Para definir con precisión las grandes direcciones de la investigación relativas al mecanismo de acción de las altas diluciones, diferenciaremos aquí las hipótesis de hechos experimentales, distinguiendo en ellos los elementos indirectos, factores que modifican la actividad de las altas diluciones, del estudio espectroscópico directo de las altas diluciones.

ranger y J. Boiron (revisión *in* Poitevin, 1987b). Del conjunto de estos estudios, podemos deducir como principales factores físico-químicos que pueden modificar el efecto de las altas diluciones:

- la estructura físico-química de las sustancias diluidas, modificaciones estructurales mínimas que pueden provocar una pérdida de actividad;
- la naturaleza del disolvente, cuyo grado de viscosidad demasiado elevado constituye un factor no propicio para la persistencia de la información de la sustancia de base durante la preparación de las altas diluciones;
- la influencia de los procesos de dilución y de dinamización ya que una dilución pasiva no provoca ninguna actividad de las altas diluciones;
- las condiciones de preparación de las altas diluciones, que dejan de ser activas cuando son preparadas en una atmósfera nitrogenada;
- factores que actúan sobre las diluciones ya preparadas: el calor (más de 120°C durante 45 minutos) modifica el efecto de las altas diluciones estudiadas mientras que los ultrasonidos no producen ningún efecto preciso.

ESTUDIOS RECIENTES

Durante los estudios relativos al efecto de altas diluciones de arsénico, se ha confirmado el papel de dos factores: se trata del papel del calor (Cazin y col., 1987) y el de la preparación en atmósfera nitrogenada (Cazin y col., 1991). Por otra parte, trabajos preliminares indican que el efecto de las altas diluciones de anti-IgE es destruido por el calor (70°C), los ultrasonidos y la congelación-descongelación y que la dinamización de las diluciones es indispensable para observar esta acción (Davenas y col., 1988).

ESTUDIOS ESPECTROSCÓPICOS DE LAS ALTAS DILUCIONES

Diversos trabajos experimentales han concluido en favor de las modificaciones físico-químicas objetivas en las altas diluciones tanto tras estudio mediante espectroscopia infrarroja, Raman-láser, resonancia magnética nuclear (RMN) o a través del estudio de las variaciones de la constante dieléctrica o de la tensión superficial (revisión *in* Demangeat y col., 1992; Poitevin, 1987b). No obstante, las imprecisiones técnicas, la ausencia de estudio estadístico o la imposibilidad de reproducción de los resultados (trabajos efectuados con espectroscopia Raman-láser).

FACTORES FÍSICO-QUÍMICOS QUE MODIFICAN LA ACTIVIDAD DE LAS ALTAS DILUCIONES

HISTORIA

Sobre este tema, se han llevado a cabo numerosas experiencias que por su antigüedad hacen difícil apreciar el rigor técnico con que fueron realizadas. Entre ellas cabe señalar las de Ba-

no permiten concluir positivamente sobre la existencia de una modificación física del disolvente como consecuencia de las altas diluciones.

Recientemente se ha efectuado un estudio físico largo y minucioso de las altas diluciones de sílice utilizando la técnica RMN (Demangeat y col., 1992). Respecto al disolvente suero fisiológico (NaCl), las diluciones de sílice-lactosa (SIL/LAC) provocan un aumento del tiempo de relajación T1 y un aumento de la relación T1/T2.

La RMN del protón es una técnica capaz de evidenciar diferencias de movilidad y de grado de organización de las moléculas del agua en las soluciones y los tejidos, aunque sigue siendo poco precisa para determinar la estructura absoluta. Los resultados obtenidos durante estos experimentos, realizados durante tres años, son estadísticamente significativos y conciernen a las diluciones de SIL/LAC superiores o iguales a la dilución 9 CH. Su interpretación es delicada puesto que el aumento de T1, claramente mucho más elevado que en el agua pura, parece demostrar una desestructuración del agua, mientras que la elevación de la relación T1/T2 orienta hacia una reestructuración de la misma. No obstante, las condiciones de preparación y de medida RMN han sido las mismas para todas las muestras y no se ha podido constatar el error debido a las impurezas paramagnéticas. La hipótesis de una desestructuración del agua libre, con ruptura de los enlaces hidrógeno, lo cual provocaría una mayor movilidad del agua, es discutida por los autores al igual que el eventual efecto del pH, del oxígeno molecular disuelto y de las impurezas paramagnéticas. No obstante, tal y como señalan los autores «sigue siendo inesperado que las diferencias constatadas sean inducidas por cantidades subponderales de soluto las cuales, a su vez, persisten a tasas de dilución superiores a 10^{16} ».

HIPÓTESIS RELATIVAS AL MECANISMO DE ACCIÓN DE LAS ALTAS DILUCIONES

Las hipótesis emitidas, muy numerosas, han sido clasificadas recientemente por un investigador mejicano (Guajardo Bernal, 1990) en dos orientaciones generales: las relativas a la modificación de la estructura del disolvente y las que se refieren a la emisión de un campo eléctrico por parte del disolvente. Por nuestra parte, añadiremos otras dos: la existencia de un artefacto y la persistencia de una presencia molecular.

EXISTENCIA DE UN ARTEFACTO

Sigue siendo, en todo proceso científico que trate de un fenómeno muy paradójico, la primera pista de investigación. En las experimentaciones biológicas realizadas, dicha investigación se basa en la calidad de los controles. Cuando el disolvente, so-

metido al mismo proceso de dilución-dinamización pero en ausencia de la sustancia de base en la primera dilución, no posee ninguna actividad frente a la sustancia diluida que desarrolla una actividad biológica estadísticamente significativa, se puede decir que el artefacto no ha sido encontrado. Actualmente, ningún estudio tiene en cuenta la actividad del disolvente.

PERSISTENCIA DE UNA PRESENCIA MOLECULAR

Se trata de una hipótesis emitida por muchos biólogos, especialmente por aquellos que trabajan con dosis bajas. No obstante, dicha hipótesis no es capaz de explicar el efecto reproducible de diluciones situadas más allá del número de Avogadro (a partir de 15 CH o de diluciones equivalentes). La constatación de estos efectos biológicos ha dado lugar a numerosas hipótesis relativas al disolvente.

HIPÓTESIS RELATIVAS A LAS MODIFICACIONES ESTRUCTURALES DEL DISOLVENTE

Principalmente, han sido emitidas por Gutmann y Resch —organización de sistemas moleculares— y por Ángel Salas —hipótesis de los cristales líquidos— (revisión *in* Guajardo Bernal, 1990). No obstante, en el estado actual de los conocimientos físicos, la persistencia de una huella molecular específica de una sustancia diluida necesita la persistencia de moléculas de soluto en el interior del disolvente lo cual no permite explicar el efecto de las altas diluciones.

HIPÓTESIS RELATIVAS A LOS EFECTOS DE TIPO ELECTROMAGNÉTICO

Principalmente, han sido desarrolladas por dos físicos actuales uno italiano y otro alemán, Popp y Ludwig. En sus trabajos, de naturaleza teórica, los físicos italianos (Del Guidici y col., 1988) emiten la hipótesis de modificaciones de naturaleza electromagnética del agua que se ejercerían a larga distancia alrededor de toda impureza contenida en la solución con la condición de que esta última sea eléctricamente polarizable. Los argumentos de los físicos alemanes se basan en la emisión de biofotones. El físico Ludwig trabaja en la espectroscopia de oscilaciones ultrafinas (Ludwig, 1991) e insiste en la función de los "solitones", una forma de movimientos producidos durante las vibraciones no lineales (maremoto por ejemplo).

Los fenómenos de turbulencia y, de manera más general, los fenómenos caóticos, aquellos mediante los cuales pequeñas diferencias en las condiciones iniciales son capaces de provocar grandes diferencias en los efectos consecuentes, intervienen de forma probable en el mecanismo de acción del medicamento

homeopático. Las curvas de dosis-respuesta observadas sugieren que su acción está sometida a mecanismos no lineales que intervienen en la regulación de numerosos sistemas biológicos.

La intervención de los fenómenos electromagnéticos en biología está siendo objeto de numerosos estudios y publicaciones actuales. Solamente la continuación del estudio físico, especialmente el espectroscópico, de las altas diluciones aportará elementos concretos sobre la posible naturaleza electromagnética de la información contenida en las altas diluciones. Los argumentos indirectos, en particular la modificación de la acción de las altas diluciones bajo los efectos de campos electromagnéticos, no constituyen un argumento suficiente para atribuir a las altas diluciones una naturaleza electromagnética.

Las hipótesis relativas a las demás características de la información biológica contenida en las altas diluciones también han sido objeto de reflexión. La vía de conducción —vía intravenosa o circuito próximo a los meridianos de acupuntura— y la naturaleza de los centros de acción —que probablemente sea electromagnética— no son conocidos actualmente.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

Para definir las grandes direcciones de la investigación en homeopatía, hemos escogido situarnos principalmente en el ámbito de las publicaciones médicas y científicas clásicas puesto que constituyen el mejor elemento de apertura de la homeopatía. Una de las consecuencias es el menor desarrollo de las demás dimensiones de la homeopatía, dimensiones que no están directamente relacionadas con la actividad del medicamento pero que son esenciales en la práctica médica. Dichos elementos teóricos y conceptuales han sido tratados en obras generales (Demarque, 1982; Poitevin, 1987c) y presentan elementos de correspondencia en diversos conceptos de fisiopatología reciente.

La homeopatía es una disciplina evolutiva cuyos fundamentos tradicionales deben poder ser criticados. Por ejemplo, es posible proponer que el concepto, suma suficientemente dogmática, de "ley de similitud" integra elementos de "regulación" biológica y farmacológica, lo cual permite explicar de forma más coherente la acción de numerosos medicamentos homeopáticos. El concepto de terreno está afortunada y probablemente evolucionando separándose de los esquemas tipológicos y de fundamentación normalmente demasiado frágil, e integrando elementos relativos a la historia neuroendocrina, metabólica e inmunitaria del paciente, historia que condiciona su capacidad de reacción frente al entorno tanto como puede hacerlo su constitución genética. Uno de los principales desafíos de la homeopatía contemporánea reside en su capacidad para desarrollar armoniosamente dos líneas de fuerza:

- La que procede de sus raíces hipocráticas que hallan su prolongación en la dimensión psicosomática de esta disciplina

La investigación sobre el mecanismo de acción de las altas diluciones se encuentra al principio de su desarrollo. Para esta información de tipo "alta dilución" se presentan tres elementos determinantes:

- la especificidad molecular de los constituyentes de la sustancia de base, especificidad conservada en las soluciones muy diluidas;
- la función del disolvente, que sería la de apoyo y posiblemente de elemento "conductor" de la información;
- finalmente, el papel de la dinamización, que crea fenómenos de cavitación con creación de radicales libres, es decir, modificaciones biofísicas no específicas que pueden intervenir en la génesis de la información; durante el proceso de dinamización, también se producen interacciones con los elementos arrancados de la pared del vaso y además, nada permite excluir la intervención de estos elementos, particularmente de la sílice, de poder conductor de sobras conocido, en el mecanismo de acción de las altas diluciones.

médica; dicho aspecto se encuentra desarrollado en casi todos los ámbitos de la clínica homeopática aunque no obstante es necesario realizar precisiones, replanteamientos y actualizaciones al respecto.

- La relativa a su aspecto farmacológico: hemos visto los progresos conseguidos en el conocimiento del medicamento de uso homeopático, conocimiento que, no obstante, sigue siendo incompleto. El medicamento homeopático se presenta actualmente (fig. 1) como un agente de regulación biológica cuya información, vehiculizada por las altas diluciones, actúa sobre los objetivos biológicos y todo ello sin toxicidad aparente. La forma de preparación de las altas diluciones —en

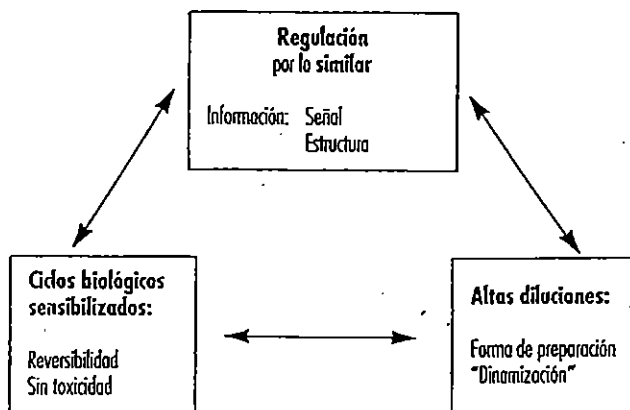


Figura 1. Medicamento homeopático

la cual la dinamización posee un papel principal— la naturaleza de la información —¿señal o estructura?—, las condiciones de “sensibilización” de los objetivos biológicos son los elementos clave para la comprensión de su acción.

Para definir las mejores condiciones de la homeopatía es necesario tener en cuenta el conjunto de conocimientos adquiridos en estos dos ámbitos. El papel de esta disciplina en la salud pú-

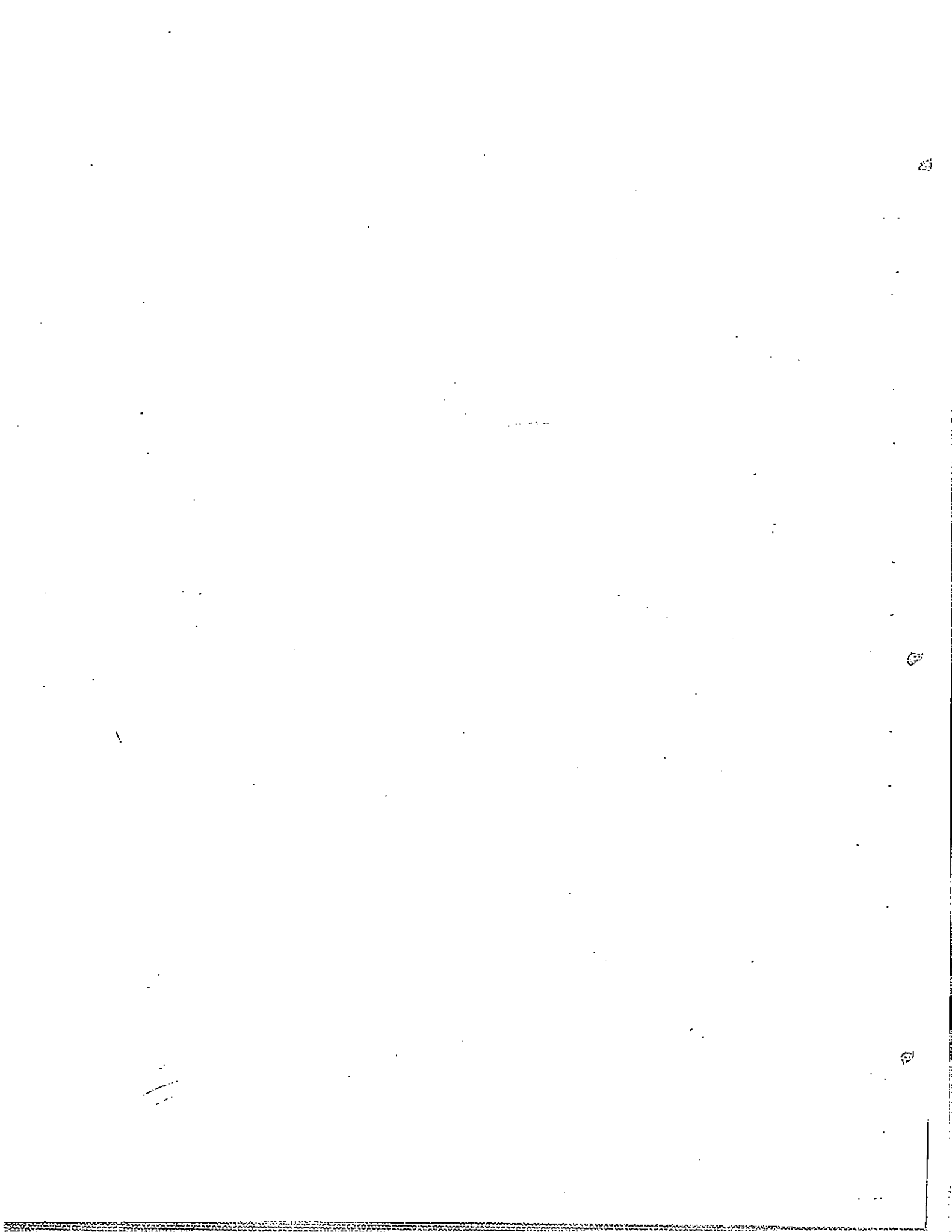
blica no está suficientemente conocido actualmente y ello justifica un cierto número de críticas emitidas por especialistas del tema (Got, 1992), críticas que, incluso aunque no todas sean fundadas, pueden favorecer una evolución más rápida de las diferentes orientaciones de la investigación sobre este tema. El conjunto de problemas médicos y científicos planteados por la homeopatía y las posibles consecuencias de un mejor conocimiento de esta disciplina justifican sobradamente un esfuerzo semejante.

BIBLIOGRAFÍA

- ARNAL-LASERRE MN (1986) Préparation à l'accouchement par homéopathie expérimentation en double insu versus placebo [Thèse Médecine]. Paris.
- AUBIN M (1984) Eléments de pharmacologie homéopathique, étude de l'aconitine. *Homéo Fr*; 72: 231-235.
- AUBIN M, BARONNET S, BASTIDE P y J (1976) Étude pharmacologique d'une préparation d'*Apis mell* (7 CH) administrée par voie orolinguale vis-à-vis de l'érythème aux rayons UV chez les cobaye albinos. *Ann Homéo Fr*; 102. *Homéo Fr* (n° especial: recherche expérimentale); 72: 189-191.
- AUBIN M, BARONNET S, BASTIDE P y J (1978a). Étude pharmacologique d'une association d'*Apis* 7 CH et de *Calendula* 4 CH vis-à-vis de l'érythème aux rayons UV chez le cobaye albinos. *Ann Homéo Fr*; 4: 287-292.
- AUBIN M, BARONNET S, BASTIDE P y J (1978b) Recherche de l'éventuel effet du sirop de menthe sur l'action anti-inflammatoire d' *Apis mell* (7 CH) vis-à-vis de l'érythème aux rayons UV chez le cobaye albinos. *Ann Homéo Fr*; 4: 303-312. *Homéo Fr* (n° especial: recherche expérimentale) 1984; 72: 193-198.
- AUGER P, DUVINAGE F, GUERMONPREZ M, BONIFACE M, TRAISEL M (1991) *Harpagophytum procumbens* pour préparations homéopathiques: étude botanique, expérimentation clinique. *Homéo Fr*; 26-39.
- AULAGNIER G (1985) Action d'un traitement homéopathique sur la reprise du transit postopératoire. *Homéopathies*; 42: 44-51.
- AULAS JJ, BARDELAY G, ROYER JE, GAUTHIER JY (1985) L'homéopathie, approche historique et critique et évaluation scientifique de ses fondements empiriques et de son efficacité. Éditions médicales. Roland Bertex. Paris.
- AUQUIERE JR, MOENS P, MARTIN PL (1982) Recherche de l'action de dilutions homéopathiques sur les végétaux. II: Action du CuSO_4 14 DH sur la moucarda blanche (*Sinapis alba* L.) intoxiquée par CuSO_4 0,1 y 0,2%. *J Pharm Bel*; 37: 117-134.
- BASTIDE P y J, AUBIN M, BARONNET S (1975) Étude pharmacologique d'une préparation d'*Apis mell* (7 CH) vis-à-vis de l'érythème aux rayons UV chez le cobaye albinos. *Ann Homéo Fr*; 3: 289-294. *Homéo Fr* (n° especial: recherche expérimentale) 1984; 72: 183-187.
- BASTIDE M, DOUCET-JAB; ŒUF M, DAURAT V (1985) Activity and chronopharmacology of very low doses of physiological immuno-inducers. *Immunol Today*; 8: 234.
- BENVENISTE J, DAVENAS E, DUCOT B, CORNILLET B, POITEVIN B, SPIRA A (1991). L'agitation de solutions hautement diluées n'induit pas d'activité biologique spécifique. *CR Acad Sci*; 312 (serie II): 461-466.
- BIGNAMINI M, BERTOLI A, CONSOLANDI AM et al (1987) Controlled double-blind trial with *Baryta carbonica* 15 CH versus placebo in a group of hypertensive subjects confined to bed in two people's home. *Br Homoeo J*; 76: 114-119.
- BILDET J (1975) Étude de l'action de différentes dilutions de phosphore blanc (*Phosphorus*) sur l'hépatite toxique du rat [Tesis de Farmacia]. Burdeos.
- BILDET J, BONINI F, GENDRE F, AUBIN M, DEMARQUE D, QUILLICHINI R (1977) Étude au microscope électronique de l'action de dilutions de *Phosphorus* (15 CH) sur l'hépatite toxique du rat. *Ann Homéo Fr*; 19: 209-219. *Homéo Fr* (n° especial: recherche expérimentale) 1984; 72: 225-230.
- BILDET J, GUYOT M, BONNINI F, GRIGNON ME, POITEVIN B, QUILLICHINI R (1989) Mise en évidence des effets des dilutions d'*Apis mellifica* et d'*Apium virus* vis-à-vis de l'érythème provoqué par un rayonnement UV chez le cobaye. *Ann Pharm Fr*; 47: 24-32.
- BOFFA MC (1976) Expérimentation du venin de *Naja nigricollis*. *Ann Homéo Fr*; 5: 478-492.
- BOIRON J, ABECASSIS J, REYNAUD J (1978) Étude de l'action d'une 15 CH de sulfate de cuivre sur la germination de grains de blé subintoxiqués par cette substance. *Ann Homéo Fr*; 4: 293-302.
- BOIRON J, BELON P, SAINTE-ALUDY J (1982) Effets de dilutions hahnemanniennes d'*Histaminum* 7 CH et d'*Apis mell* 7 CH sur la dégranulation des basophiles de patients allergiques. N: 35th Congress Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis. Papers and Summaries. Brighton pp 275-279. Aspects de la recherche en homéopathie. Boiron. Lyon. 1983; pp 61-66.
- BORDES LR, DORFMANN P (1986) Evaluation de l'activité antitussive du sirop Drosertux®. Étude en double aveugle versus placebo. *Cahiers ORL Chir Cerv Fac Audiophonol*; 21: 731-734.
- BOURGEOIS JC (1984) Protection du capital veineux chez les perfusés au long cours dans le cancer du sein. Essai clinique en double aveugle. *Arnica* contre placebo [Tesis de medicina] Paris-Bobigny.
- BOYD WE (1954) Biochemical and biological evidence of the activity of high potencies. *Br Homoeo J*; 44: 6-44.
- BRIGO B (1987) Le traitement homéopathique de la migraine. Une étude de 60 cas contrôlés en double aveugle. Remède homéopathique vs placebo. Proceedings of the Congress of the Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis (Arlington) 42: 318-329.
- CAZIN JC, CAZIN M, GABORIT JL et al (1987) A study of effect of decimal and centesimal dilutions of arsenic on the retention and mobilization of arsenic in the rat. *Hum Toxicol*; 135: 313-319.
- CAZIN JC, CAZIN M, CHAQUI A, BELON P (1991) Influence of several physical factors on the activity of ultra low doses. In: Doucrempeuch C ed. Low ultra doses. Taylor and Francis. London pp. 69-80.
- CHEVREL JR, SAGLIER J, DESTABLE MD (1984) Reprise du transit intestinal en chirurgie digestive. Action homéopathique de l'opium. *Presse Méd*; 13: 883.
- DAVENAS E, POITEVIN B, BENVENISTE J (1977) Effect of mouse peritoneal macrophages of orally administered very high dilutions of *Silicea*. *Eur J Pharmacol*; 135: 313-319.

- DAVENAS E, BEAUVAIS J, AMARA J et al (1988) Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE. *Nature*; 333:816-818.
- DE GERLACHE J, LANS M (1991) Modulation of experimental rat liver carcinogenesis by ultra low doses of the carcinogens. In: Dautrempuich C ed. *Ultra low doses*. Taylor and Francis, London pp 17-26.
- DEI GUIDICE E, PREPARATA G, VITIELLO G (1988) Water as a free electric dipole laser. *Phys Rev Lett*; 61: 1085-1088.
- DEMANGEAT JL, DEMANGEAT C, GRIES P, POITEVIN B, CONSTANTINESCO A (1992) Modifications des temps de relaxations RMN à 4 MHz des protons du solvant dans les très hautes dilutions salines de silice/lactose. *J Méd Nucl Biophys*; 16, 2: pp 135-145.
- DEMARQUE D (1981) *L'homéopathie, médecine de l'expérience* (2^e ed). Maisonneuve, Moulins-lès-Metz.
- DE PRACONTAL M (1990) *Les mystères de la mémoire de l'eau*. La Découverte, Paris.
- DOUCET-JABOEUF M, GUILLEMAIN J, PIECHACZYK M, KAROUBY Y, BASTIDE M (1982) Evaluation de la dose limite d'activité du facteur thyroïdique sérique. *CR Acad Sci*; 295 (serie III): 283-286.
- DOUTREMEPUICH C, DE SEZE O, ANNE MC, HARIVEAY E, QUILICHINI R (1987a) Platelet aggregation on whole blood after administration of ultra low dosage acetylsalicylic acid in healthy volunteers. *Thromb Res*; 47: 373-377.
- DOUTREMEPUICH C, APILLEY D, ANNE MC, DE SEZE O, PACCALIN J, QUILICHINI R (1987b) Template bleeding time after ingestion of ultra low dosages of acetylsalicylic acid in healthy subjects. Preliminary study. *Thromb Res*; 48: 501-504.
- DOUTREMEPUICH C, DE SEZE O, LE ROY D, LALANNE MC, ANNE MC (1990) Aspirin at very ultra low dosage in healthy volunteers: effects on bleeding time, platelet aggregation and coagulation. *Haemostasis*; 20: 99-105.
- ENDLER PC, PONGRATZ W, Van WIJCK R, KASTBERGER G, HAIDVOGL M (1991) Effects of highly diluted succussed thyroxine on metamorphosis of highland frogs. *Ber J Res Homoeo*; 1: 151-160.
- FERLEY JR, POUTIGNAT N, AZZOPARDI Y, CHARREL M, ZIMIROU D (1987) Evaluation en médecine ambulatoire de l'activité d'un complexe homéopathique dans la prévention de la grippe et des syndromes grippaux. *Immunol Méd*; 20: 22-28.
- FERLEY JR, ZIMIROU D, D'ADHEMAR D, BALDUCCI F (1989) A controlled evaluation of a homoeopathic preparation in the treatment of influenza-like syndromes. *Br J Clin Pharmacol*; 27:329-335.
- FISHER P, HOUSE I, BELON P, TURNER P (1987) The influence of homoeopathic remedy *Plumbum metallicum* on the excretion kinetics of lead in rats. *Hum Toxicol*; 6: 321-324.
- FISHER P et al (1989) Effect of homoeopathic treatment on fibrositis (primary fibromyalgia). *Br Med J*; 299: 365-366.
- GASSINGER CA, WUNSTEL G, NETTER P (1981) Klinische Prüfung zum Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit des homöopathischen Arzneimittels *Eupatorium perfoliatum* D2 (Wasserhanf composite) bei der Diagnose "Grippaler Infekt". *Azncimittel-Forschung/Drug Res*; 31: 732-736.
- GIBSON RG, GIBSON SL, McNEILL AD, WATSON BUCHAHAN W (1989) Homoeopathic therapy in rheumatoid arthritis: evaluation by double-blind clinical therapeutic trial. *Br J Clin Pharmacol*; 9: 453-459.
- GIROLAMI JP, BASCANDS JL, PECHER C et al (1989) Renal kallikrein excretion as a distal nephrotoxicity marker during cadmium exposure in rats. *Toxicology*; 55: 117-129.
- GOT C (1992) Les médecines parallèles. In: *La Santé Flammarion*. Paris. pp 234-266.
- GRAVIOU E (1981) Dosage de l'action d'une 15 CH de CuSO_4 comparaison des résultats dans le temps. *Ann Homeo Fr*; 3: 5-23.
- GUJARDO BERNAL GH (1990) En busca de la central curativa. *Memorias del congreso internacional de OMH*; 43-49.
- GUERMONPREZ M, TRAISNEL M, BONIFACE M (1982) Expérimentation pathogénétique de la naloxone. *Cah Biothér*; 73: 23-29.
- HILL F, DOYON F (1990) Review of randomized trials of homoeopathy. *Rev Epidémiol Santé Publique*; 38: 139-147.
- JACOBS J, JIMÉNEZ M, GLOYD S, GALE J, CROTHERS D (1994) Treatment of acute childhood diarrhea with homoeopathic medicine: a randomized clinical trial in Nicaragua. *Pediatrics*; 93 (mayo): 719-724.
- JOUANNY J (1981) *Fiabilité des pathogénésies*. Éditions Boiron, Sainte-Foy-ls-Lyon.
- KHANNA KK, CHANDRA S (1977) Control of leaf blight of wheat caused by *Alternaria* with homeopathic drugs. *Indian Phytopathol*; 30: 302-322.
- KLEIJNEN K, KNIPSCHILD P, RIET G (1991) Clinical trials of homoeopathy. *Br Med J*; 302: 316-322.
- KOLLERSTROM J (1982) Basis scientific research into the "low-dose" effect. *Br Homoeo J*; 71: 41-47.
- KRAUSS JL, AUBIN M, BARONNET S, MANLIOT JL, YANOUANC JJ (1981) Action de différentes hauteurs de dilutions de phosphate blanc, *Phosphorus*, sur la cinétique d'une réaction enzymatique in vitro impliquant le transfert d'un groupement phosphate. *Ann Homeo Fr*; 23: 91-101.
- LABORIT B (1988). *L'inhibition de l'action. Biologie comportementale et physiopathologique* (2^e édition). Masson, Paris.
- LACHAUX B, LEMOINE P (1988) *Placebo, un médicament qui cherche la vérité*. MEDSI/McGraw Hill, Paris.
- LALANNE MC, DOUTREMEPUICH C, DE SEZE O, BELON P (1990) What is the effect of acetylsalicylic acid at ultra low dose on the interaction platelets/vessel wall? *Thromb Res*; 60: 231-236.
- LALANNE MC, DE SEZE O, DOUTREMEPUICH C, BELON P (1991) Could proteolytic enzyme modulate the interaction platelets/vessels wall in presence of asa at ultra low doses? *Thromb Res*; 63: 419-426.
- LAPP C, WURMSER L, NEY J (19587) Mobilisation de l'arsenic fixé chez le cobaya sous l'influence des doses infinitésimales d'arséniate. *Thérapie*; 13: 46-55.
- LEWIS G, BROWN PK, TYRELL DA (19899) Controlled study of the effect of a homoeopathic dilution on influenza vaccine on antibody titres on man. *Complement Med Res*; 3: 22-34.
- LUDWIG W (1991) *Physikalische Grundlagenforschung in Bezug auf Informationspeicherung in lebenden Systemen und homöopathischen Medikamenten*. *Acta Med Empirica*; 405:293-295.
- MAIWALD L, WEINFURTER T, MAU J, CONNERT WD (1988) Therapie des grippalen Infekts mit einem homöopathischen Kombinationspräparat im Vergleich zu Acetylsalicylsäure - kontrollierte, randomisierte, einfachblindstudie. *Arzneimittel-Forschung/Drug Res*; 38: 578-582.
- MARTINY M (1979) Histoire de l'homéopathie. In: *Histoire de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire* (tomo 6). Laffont, Tchou, Paris. pp 303-306.
- MAYAUX MJ, GHUARD-MOSCATO ML, SCHWARTZ D et al (1988) Controlled clinical trial of homoeopathy in postoperative ileus. *Lancet*; 5: 528-529.
- MORIMITO H, SAFRIT JT, BONAVIDA B (1991) Synergistic effect of tumor necrosis factor-alpha and diphtheria toxin-mediated cytotoxicity in sensitive and resistant human ovarian tumor cell lines. *J. Immunol*; 147: 2609-2626.
- NASI TT, RIBEIRO D, LOPES AR (1982) Emploi de biothérapies dans le traitement de souris infectées par *Trypanosoma cruzi*, résultats préliminaires. *Ann Homeo Fr*; 24: 53-62.
- NETIEN G, GIRARDET E (1963) Expérimentation des hautes dilutions dans le domaine végétal. *Ann Homeo Fr*; 5: 729-737.
- OVERLONNE JH, BOL AWJM, HOP WCJ, Van WIJCK R (1992) Mechanical agitation of very dilute antiserum has no effect on basophil staining properties. *Experientia*; 48: 504-508.
- PELIKAN W, UNGER G (1971) The activity of potentized substances. Experiments on plant growth and statistical evaluation. *Br Homoeo J*; 60: 233-266.
- PENNEC JP, AUBIN M (1984) Effects of aconitine and veratrine on the isolated perfused heart of the common (*Anguilla anguilla*). *Comp Biochem Physiol*; 77b: 367-369.

- PETIT C, BELON P, GOT R (1989) Effect of homeopathic dilutions on sub-cellular enzymatic activity. *Hum Toxicol*; 8: 125-129.
- POITEVIN B (1986) Étude expérimentale de l'action de produits homéopathiques: application à la pharmacologie de l'allergie et de l'inflammation. Prix de la Fondation Denis G (Fundación francesa).
- POITEVIN B (1987a) Recherche biologique et pharmacologique. In: Le devenir de l'homéopathie, éléments de théorie et de recherche. Éditions Boiron, Sainte-Foy-lès-Lyon; pp 123-188.
- POITEVIN B (1987b) Recherche physico-chimique. In: Le devenir de l'homéopathie, éléments de théorie et de recherche. Éditions Boiron, Sainte-Foy-lès-Lyon; pp 189-204.
- POITEVIN B (1987c) Éléments de théorie et perspective d'avenir. In: Le devenir de l'homéopathie, éléments de théorie et de recherche. Éditions Boiron, Sainte-Foy-lès-Lyon; pp 205-251.
- POITEVIN B (1991) *Apis mellifica* inhibe la dégranulation des basophiles humaines. *Homéo Fr*; 79, 3: 24-27.
- POITEVIN B, AUBIN M, ROYER JF (1984) Effet de *Belladonna* y *Ferrum phosphoricum* sur la chemiluminescence des polynucléaires neutrophiles humains. *Ann Homéo Fr (Lille)*; 1081. *Homéo Fr (n° especial: recherche expérimentale)* 1984; 72: 257-262.
- POITEVIN B, AUBIN M, BENVENISTE J (1986) Approche quantitative de l'effet d'*Apis mellifica* sur la dégranulation des basophiles humains in vitro. *Innovation et Technologie en Biologie et Médecine*; 7: 64-68.
- POITEVIN B, DAVENAS E, BENVENISTE J (1988) In vitro immunological degranulation of human basophils is modulated by lung histamine and *Apis mellifica*. *Br J Clin Pharmacol*; 25: 439-444.
- POPP FA (1989) Biologie de la lumière. Résurgence-Marc Picteur, Paris.
- PRASAD S, CHANDRASEKHAR K (1977) Effect of *Pulsatilla* 30 and 200 potencies (an homeopathic drug) on the ovaries, the uteri and the thyroid of female albinos rats. *Proc Indian Acad Sci*; 85B: 100-106.
- REILLY DT, TAYLOR MA, McSHARRY C, AITCHISON T (1986) Is homeopathy a placebo response? Controlled trial of homeopathy potency with pollen in hayfever as model. *Lancet*; II, 2 (oct): 881-886.
- REILLY DT, TAYLOR MA, BEATTIO N, CAMPBELL J, McSHARRY C, AITCHISON T, CARTER R, STEVENSON R (1994) Is evidence for homeopathy reproducible? *Lancet*; 344 (dic): 1601-1606.
- RITTER H (1966) Ein homöotherapeutischer doppelter Blindversuch und seine Problematik. *Hippokrates*; 37: 472-476.
- SAINTE-LAUDY J (1987) Standardisation of basophil degranulation for pharmacological studies. *J Immunol Methods*; 98: 279-282.
- SAINTE-LAUDY J, CHERRUAULT Y, PAPAPANAYOTOU C (1987) Analyse mathématique et modélisation du test de dégranulation (TDBH). *Bio Sciences*; 5: 210-214.
- SAINTE-LAUDY J, SAMBUCY JL, BELON P (1991a) Biological activity of ultra low doses I: Effect of ultra low doses of histamine on human basophil degranulation triggered by *D. pteronyssinus* extract. In: Doutremepuich C ed. *Ultra low doses*. Taylor and Francis. Londres. pp 127-138.
- SAINTE-LAUDY J, BELON P (1991b) Biological activity of ultra low doses. II: Effect of ultra low doses of histamine on human basophil degranulation triggered by anti-IgE. In: Doutremepuich C ed. *Ultra low doses*. Taylor and Francis. London. pp 139-143.
- SANTINI R, TESSIER M, BELON P (1991) Effects of low-doses treatment with *Caprum 4* on neostigmine digestive action in female mice. *Drugs Dev Res*; 24: 231-233.
- SAVAGE RH (1977) A double blind trial to assess the benefit of *Arnica montana* in acute stroke illness. *Br Homoeo J*; 66: 207-220.
- SCOFIELD AM (1984) Homeopathy and its potential role in agriculture. A critical review. *Biol Agriculture Horticulture*; 2: 1-50.
- SHIPLEY M, BERRY H, BROSTER G, JENKINS M, CLOVER A, WILLIAMS I (1983) Controlled trial of homeopathic treatment of osteoarthritis. *Lancet*; I-1 (ene): 97-98.
- TSUCHITANI T, ZIGHELBOIM J, BEREK J, BONAVIDA B (1991) Potentiation of cytotoxicity against human ovarian cell-lines with combinations of subtoxic concentrations of tumor necrosis factor and adriamycin or cisplatinum. *J. Cell Pharmacol*; 2: 1-11.
- VALERO EM (1981) Étude de l'action préventive de *Raphanus sativus* 7 CH sur le temps de reprise du transit intestinal post-opératoire (à propos de 80 cas), *Pyrogenium* 7 CH sur les infections post-opératoires (à propos de 128 cas) [Tesis de medicina]. Grenoble.
- WIESENHAUER M, HAUSLER S, GAUS W (1983) Pollinosis-Therapie mit *Galphimia glauca*. *Fortschr Med*; 101: 811-814.
- WIESENHAUER M, GAUS W (1985) Double-blind trial comparing the effectiveness of *Galphimia* dilution 10⁴ and placebo on pollinosis. *Arzneimittel-Forschung/Drug Res*; 35: 1745-1747.
- WIESENHAUER M, GAUS W (1986) Wirksamkeitsvergleich verschiedener Potenzierungen des homöopathischen Arzneimittels *Galphimia glauca* beim Heuschnupfen Syndrom. Eine multizentrische, kontrollierte, randomisierte Doppelblindstudie. *Dtsch Apothek Zeit*; 126: 2179-2185.
- WIESENHAUER M, GAUS W (1987) Orthostatische Dysregulation. Kontrolliert Wirkungsvergleich zwischen Etillofrin 5 mg und dem homöopathischen Arzneimittel Haplopappus D2. *Z Allg Med*; 63: 18-23.
- WIESENHAUER M, GAUS W, BOHNACKER U, HAUSLER S (1989) Wirksamkeitsprüfung von homöopathischen Kombinationspräparaten bei Sinusitis. Ergebnisse einer randomisierten Doppelblindstudie unter Praxisbedingungen. *Arzneimittel-Forschung/Drug Res*; 39: 620-625.
- WURMSER L (1984a) La recherche en homéopathie, quelques éléments de l'histoire de la recherche en homéopathie. *Homéo Fr*; 72: 19-36.
- WURMSER L (1984b) Influence des doses infinitésimales sur la cinétique des éliminations. *Homéo Fr*; 72: 165-173.
- ZELL J, CONCERT WD, MAU J, FEUERSTAKE G (1988) Behandlung von akuten Sprunggelenksdistorsionen. Doppelblindstudie zum Wirksamkeitsnachweis eines homöopathischen Salbenpräparats. *Fortschr Med*; 106: 96-100.



IV.2

Los ensayos clínicos del medicamento de uso homeopático

Ph. Belon

La homeopatía fue fundada por un médico como método terapéutico diferente de la medicina convencional y es así como conviene examinarla en primer lugar, incluso aunque las cuestiones suscitadas por los conceptos creados o utilizados en su práctica sobrepasen ampliamente el ámbito de la terapéutica.

Los argumentos de orden clínico a favor o en contra de la terapéutica homeopática son de valor demostrativo desigual y dependen de:

- observaciones clínicas individuales aisladas;
- estadísticas de la morbilidad o la mortalidad recogidas en períodos de epidemias;
- ensayos clínicos realizados según diferentes métodos dependientes del enfoque experimental de la terapéutica.

Este último punto constituirá lo esencial del desarrollo del presente capítulo. En una primera parte, explicitaremos las características generales que deben satisfacer los ensayos clínicos en homeopatía, a continuación, en una segunda parte, propondremos, a título de ejemplo, el detalle de un ensayo clínico concreto que satisface las exigencias tanto de la metodología de los ensayos clínicos como de la terapéutica homeopática.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Las observaciones clínicas son el fundamento mismo de la terapéutica homeopática y esta afirmación no es en absoluto gratuita. Barel y Butel (1988) dieron buena cuenta de ello y nada mejor que citar a estos autores para recordar los hechos principales. «Cuando se piensa en la homeopatía, nunca se debe olvidar que su fundador, Hahnemann, que actualmente puede pasar y pasa muchas veces por un hacedor de sistemas poco claros y alérgico a la ciencia, era un médico y un pensador que, al contrario, dentro del contexto de la medicina de su tiempo, situaba la exigencia científica muy por encima de lo que aquella antigua medicina podía o quería permitirse. Es del todo significativo que Hahnemann, decepcionado por la charlatanería de la

medicina oficial de entonces, renunciara durante mucho tiempo a ejercer su profesión y si volvió a la medicina fue porque un encuentro literario y una experiencia decisiva abrieron ante sus ojos un inmenso campo de acción al que podía dedicarse con la condición de librarse a una experimentación sistemática, algo inusitado para la medicina de su tiempo que se contentaba con la utilización de medicamentos tradicionales muchos de los cuales eran totalmente ineficaces o incluso perjudiciales (el problema de los efectos iatrógenos existía ya entonces y Hahnemann se interesó en ellos muy especialmente) y que disimulaba su vasta ignorancia con la pedantería del discurso médico. Hahnemann experimentaría durante años y años incluso con él mismo, algo que puede parecer sorprendente o paradójico hoy en día, pero Hahnemann es ciertamente uno de los primeros, si no el primer médico occidental, que quiso basar la medicina en la experimentación sistemática y sobre una ciencia verdadera. En 1813, Hahnemann hablaba orgullosamente de «la doctrina homeopática» diciendo que «lo que ninguna materia médica clásica, lo que ningún sistema médico, ninguna terapéutica ha hecho ni ha podido hacer hasta ahora, ella lo exige: que sea juzgada por sus resultados» (Barel y Butel, 1988).

Toda referencia a este artículo debe llevar la mención: BELON Ph - Los ensayos clínicos del medicamento de uso homeopático - Homeopatía, Cap IV.2 - Enciclopedia de las Medicinas Naturales - Ediciones Frison-Roche (París, Francia), 1995.

Si las observaciones clínicas son el fundamento de la terapéutica homeopática, ¿por qué sorprenderse de que sean siempre uno de los argumentos preferenciales de aquellos que promocionan el método?

No obstante, dichas observaciones clínicas son consideradas actualmente como no demostrativas por varias razones, algunas de las cuales pueden ser tomadas como pertinentes:

- Una observación, aunque esté bien diseñada, es un hecho aislado y no posee ningún valor predictivo. Este argumento es mucho más potente cuando se aplica a la homeopatía ya que ésta pretende administrar un tratamiento muy individualizado, cuyo resultado, sea cual sea, es en consecuencia muy difícil de extrapolar a otros casos clínicos más o menos similares.
- La evolución espontánea de muchas afecciones hacia su curación o la alternancia de fases de mejoría y períodos de agravación durante la evolución habitual de muchas enfermedades hacen difícil atribuir al tratamiento en sí las mejorías que eventualmente han podido ser constatadas.
- Finalmente, muchos beneficios terapéuticos son debidos al efecto placebo, sea cual sea la terapéutica que se haya utilizado. La homeopatía no escapa a esta problemática general.

La literatura homeopática es abundante e incluso redundante sobre este tema de manera que el lector interesado tiene la posibilidad de informarse y con ello agudizar sus preferencias, su sentido crítico y su rechazo o por el contrario, su total entusiasmo.

ESTADÍSTICAS DE LA MORBILIDAD

Las estadísticas de la morbilidad o incluso de la mortalidad son poco frecuentes en el campo de la homeopatía. En la mayoría de los casos, los homeópatas han actuado aisladamente y no muchos contaban con archivos personales los cuales se perdieron al desaparecer la consulta; además, muy pocos eran —o son— lo que tenían —o tienen— el placer, la competencia, el tiempo o los medios necesarios para la elaboración de evaluaciones estadísticas de calidad. No obstante, en los últimos ciento cincuenta años, las epidemias han proporcionado a la homeopatía la posibilidad de ejercer su ciencia sobre un gran número de enfermos que padecían una misma infección en medio hospitalario y a pesar, como todo el mundo sabe, del celo de las instituciones hospitalarias respecto a sus archivos, este fenómeno ha permitido a los historiadores actuales evaluar de forma comparativa estadísticas en favor de la homeopatía. Dichos trabajos, de reciente inicio, no permiten todavía extraer mayores conclusiones que la observación de resultados en favor de la homeopatía (Barel y Butel, 1988; Chargé, 1855; Chevallier y col., 1958; Cruchet, 1854; Lasveau, 1989; Mabit, 1832, 1835).

ENSAYOS CLÍNICOS

CONDICIONES GENERALES

El ensayo clínico en homeopatía constituye en sí mismo una apuesta por muy diversas razones de muy diversa importancia.

Exigencias metodológicas

Los ensayos clínicos deben tener en cuenta una serie de exigencias metodológicas, es decir, que sólo los ensayos realizados según la técnica a doble ciego frente a un producto de referencia tienen alguna posibilidad de aportar resultados convincentes.

Recordemos que esta técnica consiste en administrar a pacientes voluntarios un tratamiento bien en forma verdadera denominada "verum" bien en forma de un producto de referencia. Las condiciones de administración así como la determinación de la elección de los enfermos que recibirán uno de los dos tratamientos se llevan a cabo al azar. Las condiciones experimentales son tales que ni los pacientes ni los médicos implicados en el ensayo saben quién recibirá el tratamiento verum y quién el tratamiento de referencia, de ahí el nombre de "doble ciego". Una de las posibilidades del método a doble ciego es la de comparar medicamentos dentro de una misma clase terapéutica. Esta modalidad será ilustrada más adelante con el ejemplo. No obstante, cuando el medicamento sometido a prueba no puede ser comparado con ningún otro medicamento, el producto de referencia escogido deberá ser un neutro, es decir un medicamento sin efecto farmacológico conocido o dicho en otras palabras, un medicamento denominado "placebo". Los ensayos clínicos de un medicamento homeopático son efectuados frente a placebo.

Originalidades del método homeopático

El ensayo clínico debe tener en cuenta las originalidades y las exigencias del método homeopático, si no es así, el ensayo en cuestión no será más que una prueba sobre el empleo no homeopático de un medicamento utilizado por los médicos homeópatas.

Comprender correctamente la originalidad y las exigencias del método homeopático supone tener presentes algunas ideas simples.

Trabajo de síntesis

La materia médica homeopática resulta de la síntesis de tres elementos:

- El conocimiento de los efectos tóxicos objetivos y subjetivos del producto absorbido a dosis altas por un individuo (intoxicación).

- El análisis de los efectos físicos y psíquicos de un producto administrado a individuos voluntarios sanos y sensibles a dosis subtóxicas durante un tiempo determinado y siguiendo un protocolo muy preciso (experimentación patogenética).
- La observación de los síntomas clínicos que desaparecen cuando dicho producto es administrado a dosis homeopáticas como medicamento en individuos enfermos.

Dificultades de evaluación

La evaluación del medicamento homeopático en un ensayo clínico se enfrenta a tres tipos de dificultades muy particulares.

- Para un mismo diagnóstico puede haber medicamentos diferentes para enfermos que presenten modalidades diferentes de reacción a la enfermedad.
- Para diagnósticos diferentes podemos llegar a prescribir el mismo remedio, especialmente si el enfermo presenta, patogenéticamente, una sintomatología variada.
- Finalmente, frente a una enfermedad, para un único enfermo, el médico puede llegar a modificar la prescripción porque el medicamento indicado en un momento determinado deja de serlo debido a la evolución espontánea de la enfermedad, o bien por modificaciones aparecidas en el estado del paciente producidas por los primeros medicamentos descritos.

Concepto de personalización

A las particularidades descritas anteriormente, se añade una concepción holística del individuo que conduce a un concepto muy actual y al mismo tiempo muy práctico de la personalización que es utilizado por numerosos autores aunque no existe actualmente ninguna definición que satisfaga el acuerdo general.

En nuestra opinión, dicha personalización se expresa bajo dos aspectos:

- Por una parte, un concepto de constitución, que es un dato hereditario que corresponde a criterios morfológicos, fisiológicos y psíquicos. Su conocimiento permite conocer el tipo de patologías a las cuales el paciente se encuentra especialmente expuesto, o dicho de otra forma, saber cuáles son las patologías más frecuentes en el subgrupo de población a la cual pertenece el paciente.
- Por otra, el concepto de terreno, que complementa el concepto anterior y afirma que una misma enfermedad se expresa de forma diferente según al individuo que la padece. Un individuo desarrollará unas anginas más febriles, otro se excitará por la fiebre o bien se sentirá postrado por ella, otro verá mejorar su disfgia con las bebidas frías mientras que otro lo hará con las bebidas calientes y todo ello sin que estas diferentes modalidades clínicas signifiquen una etiología diferente.

La homeopatía, es evidente, presenta un cierto número de originalidades respecto a la medicina clásica pero dichas origina-

lidades, estas diferencias, no existen a nivel del diagnóstico nosológico que es el mismo para todos los médicos sean homeopatas o no.

Criterios de exclusión

Las exigencias acumuladas por la correcta práctica de los ensayos clínicos, por una parte, y de la homeopatía por otra, conducen a un conjunto de criterios de exclusión particularmente severos que en consecuencia hace difícil el reclutamiento de los pacientes.

Esta situación fue muy bien definida en el informe de Dargoumau incluso aunque podamos no estar de acuerdo con algunas de sus conclusiones: «El legislador exige una actividad farmacodinámica y terapéutica que se pueda medir y reproducir algo obviamente legítimo en muchos de los casos, pero que podría conducir a efectos perversos en otros tantos.

»Todos los especialistas consideran que muchos de los medicamentos o procedimientos terapéuticos, no obstante apreciados por los enfermos y los médicos, algunos de ellos desde hace muchos años, no podrían alcanzar este nivel o bien exigirían considerables esfuerzos tanto en recursos como en dinero para finalmente obtener resultados inciertos o discutibles.

»Éste es el caso de algunos medicamentos "cómodos" o de ciertos productos clasificados normalmente como placebos, pero también es el caso de la fitoterapia y de los medicamentos homeopáticos de los cuales no parece que sea posible una evaluación con las técnicas científicas actualmente desarrolladas. Pero ¿es necesario privar a los enfermos por ello? Esta solución sería una medida racional, aunque no ética y el hombre del siglo XX no vive sólo de racionalidad.»

Concepto de ética

Finalmente, el ensayo clínico en homeopatía se enfrenta a otro tipo de exigencia perfectamente lógica en el plano ético pero que desde un punto de vista racional conduce a un absurdo tautológico. Los censores imparciales reclaman pruebas terapéuticas realizadas según metodologías muy codificadas; sin embargo, estas mismas personas rechazan el empleo de la homeopatía incluso a título experimental en el tratamiento de enfermedades para las cuales existe una terapéutica de reputación activa, especialmente cuando dichas patologías pueden desembocar en complicaciones perjudiciales para el enfermo, lo cual es del todo normal.

Es por esta razón que algunos ensayos comparativos homeopáticos (tratamiento homeopático contra tratamiento placebo en niños que sufren anginas de repetición) son rechazados puesto que ello privaría a los pacientes de una antibióterapia de reputación no solamente activa sino también indispensable para la prevención de las complicaciones estreptocócicas tales como los reumatismos articulares agudos.

A todo ello se añade el hecho de que los equipos realmente competentes en la realización de ensayos clínicos no son demasiado numerosos y pueden pensar que el tiempo y la energía que deben dedicar a sus investigaciones estarán mejor empleados en el estudio del efecto de nuevas moléculas que en el de un método terapéutico de difícil manejo y que requiere protocolos inusuales.

EJEMPLOS DE ENSAYOS CLÍNICOS

Un centenar de ensayos

A pesar de todas estas consideraciones, se han podido realizar un gran número de ensayos clínicos cuyos resultados han sido positivos, algunos de ellos han sido publicados y han visto confirmados sus resultados. Ciertos ensayos clínicos sobre el empleo, en una patología determinada, de medicamentos homeopáticos han arrojado resultados negativos, pero ninguno de ellos tenía en cuenta el conjunto de exigencias del método de prescripción homeopática. Examinaremos uno de ellos a fin de describir el sesgo conceptual que padecen.

En una síntesis recientemente publicada (Kleijnen y col., 1991), tres epidemiólogos evalúan la calidad metodológica de 107 ensayos clínicos controlados —sobre la actividad de los tratamientos homeopáticos— de 96 publicaciones diferentes. Veamos a continuación la conclusión de dichos autores: «Muchos de los ensayos son de mala calidad pero aparecen numerosas excepciones. Los resultados globales muestran una tendencia positiva sea cual sea la calidad de los ensayos o el tipo de prescripción homeopática utilizada. Entre los 105 ensayos cuyos resultados son interpretables, 81 presentan resultados positivos mientras que para los otros 24 la homeopatía no posee efecto positivo alguno. Los resultados de este meta-análisis pueden ser complicados para un sesgo de publicación, especialmente en un tema tan controvertido como la homeopatía. Por el momento, la demostración de estos ensayos clínicos es positiva pero no suficiente como para extraer conclusiones definitivas puesto que la mayor parte de los ensayos son de una baja calidad metodológica y porque el sesgo de publicación no es apreciable. Ello indica que es completamente legítimo realizar evaluaciones más amplias de la homeopatía pero únicamente mediante ensayos de alto nivel.»

Esta consideración nos lleva a presentar únicamente un pequeño número de ensayos pero descritos en detalle a fin de que el lector aprecie su metodología y sus resultados así como las críticas de las que han sido objeto.

Primeros ensayos clínicos

Realizados con una metodología aceptable tanto por los homeópatas como por los farmacéuticos clínicos, fueron realizados

en Gran Bretaña durante la Segunda Guerra Mundial. El informe de resultados fue realizado por Paterson (1944) y después fueron objeto de un análisis estadístico profundo llevado a cabo por Owen e Ives (1982).

Estos ensayos fueron realizados con el método a doble ciego versus placebo y con individuos voluntarios sanos. El ensayo realizado en Londres incluyó un mayor número de pacientes a los cuales les fue administrado un medicamento escogido de un conjunto de ellos, entre los cuales cabe señalar la presencia de *Iperita* 30 CH, de *Rhus toxicodendron* 30 CH y de *Kalium bichromicum* 30 CH mientras que en Glasgow el único medicamento utilizado fue *Iperita* 30 CH. En ambos casos los medicamentos fueron administrados a pacientes voluntarios tanto previa como posteriormente a la aplicación de *iperita* sobre la piel. Los resultados mostraron que existía una diferencia estadísticamente significativa en favor de los pacientes que habían recibido *Rhus toxicodendron* 30 CH como profiláctico en lo que respecta a las lesiones cutáneas profundas o medias mientras que el mismo tratamiento se mostraba sin efecto en los pacientes portadores de lesiones superficiales. Como complemento, apareció que los pacientes que habían recibido, de forma preventiva, *Iperita* 30 CH presentaban significativamente menos lesiones profundas o medias y en consecuencia una proporción mucho mayor de lesiones superficiales. Los trabajos estadísticos complementarios confirmaron y amplificaron dichos resultados, mostrando especialmente que *Kalium bichromicum* presentaba un efecto beneficioso sobre los pacientes.

Ensayos que incluyen la personalización terapéutica

Los equipos escoceses de homeópatas continuaron con investigaciones punteras puesto que en 1978 y 1980 publicaron ensayos clínicos destacados. Sin duda el hecho de que en Gran Bretaña existan servicios hospitalarios de medicina homeopática —especialmente en Londres y Glasgow— guarda relación con la calidad y la preponderancia de la investigación clínica homeopática británica.

Los dos ensayos fueron realizados según protocolos y técnicas diferentes pese a que ambos estaban diseñados en base al mismo objetivo. Tanto en uno como en otro, los pacientes no fueron informados de la naturaleza de los medicamentos que les fueron prescritos y en ambos ensayos se pretendía investigar el efecto de la terapéutica homeopática en pacientes que sufrían poliartritis reumatoide (el diagnóstico fue emitido por dos médicos reumatólogos no homeópatas y según criterios de la American Rheumatism Association que exige la presencia, junto a los signos clínicos habituales, de un serodiagnóstico positivo de una afección radiológicamente identificable).

La originalidad de estos dos ensayos estriba en el hecho de que los médicos homeópatas disponían a la vez, en forma verum (medicamento verdadero) y en forma de placebo (neutro de referencia), de una serie previamente determinada de medicamen-

ros homeopáticos para sus tratamientos de tal manera que la prescripción pudiera tener en cuenta las exigencias del método homeopático (cada paciente, a pesar de una patología común a todos los pacientes, puede recibir un tratamiento diferente en función de sus propia modalidad de reacción a la enfermedad; cada paciente puede, además, presentar modalidades evolutivas particulares que deben traducirse necesariamente en modificaciones del tratamiento homeopático). Dichas exigencias que pueden encontrarse en otras terapéuticas además de la homeopática, imponían la elaboración de un protocolo de ensayo muy preciso, pesado y de gestión minuciosa pero en nada contrario a las demandas del método de ensayo a doble ciego.

Primer ensayo

Cien pacientes tratados con placebo fueron comparados con 54 pacientes que habían recibido un tratamiento homeopático y con otros 41 a los cuales se les administraron fuertes dosis de salicilato (3,67 g de ácido acetilsalicílico como media por enfermo y día). La mejoría más importante (y ésta de forma estadísticamente significativa) fue observada en el grupo de pacientes tratados con homeopatía (14 de los 54 enfermos de este grupo abandonaron el ensayo antes del final por falta de eficacia del tratamiento, 4 enfermos presentaron efectos secundarios sin necesidad de abandonar el ensayo; 13 manifestaron que la homeopatía les había mejorado pero que necesitaban un tratamiento complementario con una posología inferior a la que tomaban habitualmente y finalmente, 23 enfermos se mostraron suficientemente mejorados, con el tratamiento homeopático como para abandonar el resto de terapéuticas) mientras que los efectos secundarios más numerosos fueron observados en el grupo de pacientes tratados con salicilato (35 de los 41 enfermos de este grupo abandonaron el ensayo antes del final debido a la falta de eficacia del tratamiento o bien por los efectos secundarios provocados). Finalmente, cabe destacar que los 100 enfermos tratados con placebo abandonaron el ensayo antes de la sexta semana de ensayo. Otro resultado interesante: 23 pacientes tratados con homeopatía pudieron, durante el año que duró el ensayo, interrumpir todas las terapéuticas que les habían sido prescritas con anterioridad (Gibson y col., 1978).

Críticas al primer ensayo

No obstante, este ensayo fue objeto de dos críticas procedentes: por una parte, se le reprochó haber interrumpido las terapias antiinflamatorias antes del inicio del ensayo en el grupo tratado con salicilato mientras que el grupo tratado con homeopatía mantuvo todas las prescripciones anteriores (24 de los 54, hemos visto, las abandonaron en el transcurso del ensayo al haberse vuelto ineficaces); por otra, el hecho de que los pacientes tratados con homeopatía eran examinados por médicos diferentes a los que se encargaban de los pacientes tratados con salicilato fue objeto de importantes reservas (Huston, 1979).

En cualquier caso, estas críticas también merecen ser sometidas a examen:

- La primera parece totalmente válida pero plantea el problema del a priori negativo en la elaboración de los protocolos de investigación clínica en homeopatía. En efecto, si los autores decidieron dejar que los pacientes tratados con homeopatía continuaran con el tratamiento antiinflamatorio que tomaban antes de su participación en el ensayo clínico fue porque la comisión de ética que examinaba el protocolo consideraba inaceptable privar a los pacientes de una terapéutica de reputación activa (en su opinión, la homeopatía no gozaba de este tipo de reputación); por el contrario, los enfermos destinados a recibir el salicilato no podían continuar tomando los antiinflamatorios habituales puesto que el propio salicilato es un antiinflamatorio y porque además se hubieran sumado los efectos secundarios de ambos haciendo correr a los enfermos un riesgo excesivo.
- La segunda crítica también es válida pero tenerla en cuenta complicaría los protocolos necesarios puesto que parece difícil confiar a médicos no homeópatas la responsabilidad de una prescripción homeopática correcta.

Este ensayo parece merecer más que una consideración de estima por el hecho de que los enfermos eran sometidos, durante la inclusión en el ensayo y después regularmente cada tres meses, a una evaluación clínica realizada por un médico independiente no informado de la naturaleza del tratamiento seguido por los pacientes. Finalmente, parece imposible no considerar como positivo y favorable a la homeopatía el hecho de que haya existido una evolución radicalmente diferente en los pacientes sometidos a placebo y los pacientes tratados con homeopatía.

Segundo ensayo

Sea como sea, las críticas condujeron a los autores a elaborar un protocolo que las tomara en cuenta (Gibson y col., 1980b). El ensayo realizado duró seis meses y comparó dos grupos de 23 pacientes afectados de poliartritis reumatoide y para los cuales se utilizaron los mismos criterios de diagnóstico empleados en el primer ensayo. Se admitió que todos los pacientes continuaran con las terapias que recibían antes de su inclusión en el ensayo pero siempre y cuando estas terapias no excedieran de un medicamento por enfermo siendo dichos medicamentos diferentes para cada enfermo y todos ellos antiinflamatorios no esteroideos; cada paciente recibió —a doble ciego— uno o varios medicamentos homeopáticos prescritos según las reglas de esta terapéutica o bien los placebos correspondientes. Los pacientes ignoraban la naturaleza homeopática del tratamiento que les era administrado así como su carácter verum o placebo. Durante todo el proceso del ensayo, durante la inclusión después cada quince días durante el primer mes y finalmente cada mes hasta el final del ensayo, los pacientes fueron sometidos a una evaluación clínica independiente de la de los médicos que habían prescrito el tratamiento.

Los resultados objetivaron una diferencia significativa en favor del grupo tratado con homeopatía para los parámetros siguientes: intensidad del dolor espontáneo, sensibilidad articular, disminución de la rigidez articular, aumento de la fuerza de prensión. Sobre 23 enfermos de cada uno de los dos grupos, la evolución fue la siguiente:

- en el grupo de homeopatía, se registró 1 abandono del ensayo, 1 empeoramiento, 15 mejorías ligeras, 4 mejorías importantes y 2 estados invariables;
- en el grupo de placebo se registraron 2 abandonos del ensayo, 3 empeoramientos, 5 mejorías ligeras, ninguna mejoría importante y 13 estados invariables.

Por el contrario, no se observó ninguna diferencia en lo que respecta a los parámetros de inflamación ni a la circunferencia de las articulaciones afectadas (Gibson y col., 1980a).

Críticas al segundo ensayo

A pesar de la calidad del protocolo elaborada y la nitidez de los resultados obtenidos (que confirmaban en todos los puntos los resultados del ensayo precedente), se emitieron críticas debido a la gran diversidad de los medicamentos no homeopáticos que tomaban los pacientes (Aulas y col., 1985).

Dichas críticas nos parecen de lo más curioso en la medida en que el mantenimiento de una terapéutica de reputación activa era una exigencia de los comités de ética a los cuales debían estar sometidos los protocolos de los ensayos clínicos (incluidos los referentes a la evaluación de la terapéutica homeopática).

Más allá de toda polémica, basta con decir que al final de estos dos ensayos, pacientes que sufrían de una afección invalidante, dolorosa y evolutiva presentaron una notable mejoría gracias al tratamiento homeopático mientras que los pacientes que sufrían de la misma afección no presentaron ningún mejoría o empeoraron ligeramente tras la administración de un placebo.

Comparación de un tratamiento homeopático no individualizado con un placebo y un medicamento antiinflamatorio

Ensayo

En Londres, en 1982 (Shipley y col., 1983) se llevó a cabo un tercer ensayo, según el método a doble ciego, respecto a la comparación de diferentes tratamientos de pacientes afectados de reumatismo. Los 36 pacientes (aquejados de artrosis de cadera o de rodilla) recibieron sucesivamente (en un orden determinado al azar para cada paciente) un placebo y uno de los dos tratamientos siguientes: antiinflamatorio (fenoprofeno, tres tomas diarias de 600 mg), tratamiento homeopático (*Rhus toxicodendron* 6 DH, tres tomas diarias de 5 gotas). El ensayo duró un total de dos semanas para cada paciente durante las cuales se

prohibió la toma de cualquier otro medicamento diferente de los prescritos en el ensayo excepto el paracetamol autorizado como antálgico. En estas condiciones, los resultados objetivaron el efecto antálgico y antiinflamatorio del fenoprofeno y no objetivaron ningún efecto antálgico ni antiinflamatorio de *Rhus toxicodendron*.

Críticas al ensayo

■ Críticas metodológicas

- las reglas de administración (frecuencia, posología, nivel de la dilución) escogidas fueron como mínimo inusuales en homeopatía;
- los diferentes medicamentos administrados sucesivamente no tuvieron en cuenta la posible acción remanente de cada producto (Belon, 1986);
- la individualización del tratamiento dejaba mucho que desear y además el tratamiento homeopático escogido (*Rhus toxicodendron*) es un medicamento raramente indicado en casos de artrosis;
- la duración de ensayo era suficiente para que un tratamiento antiinflamatorio y antálgico como el fenoprofeno pudiera desarrollar su eficacia mientras que el tratamiento homeopático de una enfermedad crónica necesita, para poder ser eficaz, de espacios de tiempo mucho más largos (Kennedy, 1983) así como la consideración de lo que los homeópatas denominan los remedios de constitución (Ghosch, 1983).

■ Críticas conceptuales

Sobre este ensayo podemos emitir dos tipos de reservas de importancia desigual pero que nos parece importante distinguir.

- La primera puede ser ilustrada mediante un ejemplo: consideremos un grupo de pacientes en el que todos y cada uno de ellos tienen un absceso voluminoso en la región sacro-coccígea; presentan un dolor local que puede ser intenso, signos de infección local con o sin supuración espontánea y en ocasiones, signos generales de infección. En estos pacientes se desea evaluar el efecto de varios tipos de terapéuticas, por ejemplo: la antibioterapia, la cirugía y la administración de antálgicos mayores tales como los derivados de la morfina (como es evidente, se trata de un ejemplo que carece de carácter práctico). Inmediatamente se hace evidente que, según los criterios escogidos, uno de los tratamientos será más eficaz; si se considera como criterio principal la sedación del dolor en los diez minutos siguientes a la administración del tratamiento, los derivados de la morfina serán los más activos; si se focaliza sobre la disminución de los signos generales en un margen de varias horas, la antibioterapia aparecerá como el más satisfactorio; pero si se considera como criterio de curación la eliminación de la colección supurante, la cirugía obtendrá, con mucho, los resultados más espectaculares.

Este ejemplo caricaturesco tiene como objetivo demostrar que un ensayo clínico no puede comparar de forma útil dos terapéuticas de igual finalidad bajo pena de que las conclusiones que de ello se extraigan presenten un sesgo conceptual de peores consecuencias que cualquier sesgo metodológico imaginable. En el mismo ejemplo, si se hubiera administrado a tres grupos de pacientes cada una de las tres terapéuticas planteadas, al examinar su eficacia respecto a cada uno de los criterios citados hubiéramos llegado a la siguiente conclusión: los derivados de la morfina son los mejores analgésicos inmediatos que la antibioterapia o la cirugía; la antibioterapia es mejor antiinfeccioso que, etc.

- La segunda reserva concierne más estrechamente al problema de adaptación del método de los ensayos clínicos al estudio de la homeopatía: en la descripción de dichos ensayos se suele observar (tanto si sus resultados son positivos como negativos) una auténtica imprecisión en cuanto al objetivo del ensayo; dicha imprecisión afecta a la elaboración del protocolo y por lo tanto al valor informativo de los resultados. Existen, en efecto, diversas posibilidades:
 - o bien se compara el efecto de dos terapéuticas diferentes sobre una patología determinada en cuyo caso, es necesario precisar claramente lo que pretende aportar cada una de ellas de manera que si los beneficios obtenidos son de naturaleza diferente el ensayo no aportará ninguna información real (ver el ejemplo anterior);
 - o bien se compara el efecto de una supuesta terapéutica activa con el efecto de una terapéutica reconocida sin efecto farmacológico, es decir, con un neutro de referencia o más conocido como "medicamento placebo" con lo cual se obtiene una respuesta precisa pero limitada del tipo "sobre tal parámetro la terapéutica es más o tan activa como el placebo".

Comparación de un tratamiento homeopático con un placebo

Se han realizado dos ensayos de este tipo que merece la pena detallar y analizar.

Todos los que han permitido evidenciar un efecto benéfico de los tratamientos con altas diluciones correspondían a uno de los casos siguientes:

- *la terapéutica era individualizada* mediante una preselección de los enfermos que permitía incluir únicamente a pacientes que respondían a la terapéutica homeopática escogida o bien administrar únicamente la terapéutica homeopática a la cual respondían los pacientes;
- *la terapéutica no era individualizada* (todos los pacientes recibieron el mismo tratamiento sin tener en cuenta su tipo sensible ni sus modalidades de reacción) pero correspondía a uno de los casos siguientes:
 - isoterapia: administración a título terapéutico de una dilución infinitesimal del agente patógeno;

- prescripción estandarizada: caso excepcional en homeopatía que sólo es posible cuando el proceso patológico provoca alteraciones constantes en diferentes pacientes y además muy próximas de aquellas por las cuales un medicamento homeopático presenta un tropismo particular.

Comparación de un isoterápico del agente patógeno con un placebo

Los ensayos realizados por Reilly y su equipo (Reilly y col., 1986) desde 1983 a 1986, en el hospital de Glasgow perseguían un único objetivo claramente definido: «intentar saber si el efecto de una dilución podía diferir del de un placebo». El ensayo así publicado sitúa claramente el problema: «Actualmente se aceptan los efectos producidos por las microdosis, no obstante, algunas diluciones homeopáticas están diluidas más allá del número de Avogadro lo cual significa que, en teoría, no subsiste ni el más mínimo rastro de la sustancia de base con lo cual, o bien dichas diluciones son ineficaces o bien existe algún descubrimiento empírico que todavía espera una explicación.»

■ Ensayo

Se realizó según el método a doble ciego frente a placebo en 158 pacientes (informados y con su consentimiento) de ambos sexos, mayores de 5 años y que presentaban una rinitis estacional desde al menos dos años. La inclusión en el ensayo requería la eliminación de las tomas de antihistamínicos, cromoglicato o similares así como de preparaciones locales a base de esteroides desde como mínimo 24 horas, de cualquier toma sistemática de esteroides desde al menos 1 semana y de cualquier toma de esteroides retardados desde al menos 8 semanas. El diagnóstico se estableció en base a criterios clínicos y confirmado por criterios biológicos tales como la cantidad de IgE totales mediante el "paper radioimmunosorbent test" (PRIST) y de las IgE específicas mediante el "radioallergosorbent test" (RAST). Los remedios se administraron a razón de dos tomas diarias de un comprimido impregnado de una dilución 30 CH de una mezcla de los diferentes pólenes más frecuentemente responsables de las rinitis alérgicas (verum) o bien con un comprimido impregnado de un disolvente hidroetanólico idéntico al utilizado para preparar las diluciones homeopáticas (placebo). Durante la primera semana, todos los pacientes recibieron un placebo de manera que los que presentaron un empeoramiento fueron excluidos del ensayo. Durante las dos semanas siguientes los pacientes recibieron, tras distribución al azar, el tratamiento verum o el tratamiento placebo; durante las dos últimas semanas, los pacientes dejaron de recibir las terapias, pero se continuó con su observación y en caso de síntomas clínicos importantes se autorizó la administración de una terapéutica antihistamínica en forma de comprimidos de 4 mg de clorfeniramina a dosis máximas de tres comprimidos al día.

■ Resultados

Al final del ensayo clínico, apareció que sólo el grupo que había recibido el medicamento homeopático presentaba una neta regresión de los síntomas: «la respuesta comenzó después de la primera semana y continuó para culminar en la fase de post-tratamiento». Esta mejoría de los pacientes tratados activamente se reveló estadísticamente significativa tanto si se comparaba con el estado inicial de estos mismos pacientes o con la evolución de los pacientes tratados con placebo, como si se tenía o no en cuenta la cantidad de polen en la atmósfera en el momento del tratamiento de cada paciente. Esta diferencia a favor del grupo *verum* se confirmó mediante el examen del consumo de antihistamínicos en cada uno de los grupos, el cual fue significativamente más bajo en el grupo *verum* cuando el consumo inicial había sido idéntico en ambos grupos.

Los autores tuvieron en cuenta otro parámetro que, por otra parte, sólo presenta algún significado para los homeópatas. Al principio del tratamiento apareció, en algunos enfermos, una fase de empeoramiento relativamente importante que en el grupo al que se le había administrado placebo continuó y se amplificó mientras que en el grupo *verum* fue disminuyendo hasta desaparecer para presentarse de nuevo tras la finalización del tratamiento.

Un ensayo semejante permite responder firmemente a la pregunta principal que fue utilizada como título: *la eficacia de la homeopatía no es una respuesta placebo*; no obstante, el ensayo no proporciona información sobre el valor del método homeopático en la elección de los remedios.

■ Críticas

A pesar del carácter limitado de las ambiciones que se marcaron para este ensayo así como de la fuerza de la demostración conseguida, también fue objeto de un cierto número de críticas cuyo examen nos proporcionará abundante información.

La más característica de estas críticas, según O'Keeffe (1986), afirmaba que, puesto que en las diluciones homeopáticas no existen trazas de moléculas procedentes de la sustancia de base, el ensayo consistía en la comparación de dos placebos y que, en consecuencia, todo resultado positivo no podía ser más que un error de interpretación. Esta crítica constituye una de las más reveladoras que ha podido recibir este ensayo en particular y la homeopatía en general puesto que tiene el valor de definirse tautológicamente (no sabemos realmente qué es lo que es activo en las diluciones homeopáticas *puesto que* no hay nada, y como no hay nada, las diluciones infinitesimales no pueden tener ningún tipo de acción y si alguna experiencia prueba la eficacia de las diluciones infinitesimales, la experiencia es falsa). No podemos evitar cotejar esta crítica, primero con las palabras de Bachelard: «La ciencia [...] se opone absolutamente a la opinión y si en algún momento, sobre un punto concreto, debe legítimamente la opinión ello obedece a razones diferentes de las que fundan la opinión de modo que la opinión siempre se equivoca. La opinión piensa mal, no piensa y

lo que hace es reflejar la necesidad de conocimientos [...] Nada puede ser basado en la opinión: primero hay que destruirla» (Bachelard, 1975); y segundo con una reflexión de Kuhn: «No existe nada en la formación científica que sea el equivalente de un museo artístico o de la biblioteca de clásicos de lo cual se deriva una distorsión a veces drástica de la percepción que los científicos poseen del pasado de su disciplina. Mucho más que los especialistas de otros campos de la creación, aquéllos llegan a creer que el pasado desemboca en línea recta sobre el estado actual privilegiado avanzado de su disciplina. En resumen, que dicho pasado es un progreso y en tanto que permanecen en la misma disciplina, no tienen elección alguna. Todo ello sugiere, inevitablemente, que el miembro de un grupo científico evolucionado es, como el personaje típico de 1984 de George Orwell, víctima de una historia reescrita por las autoridades constituidas, sugerencia que, por otra parte, no es del todo descabellada» (Kuhn, 1983).

Personalización mediante la preselección de los enfermos

Otros dos ensayos que se plantearon evaluar la homeopatía en base a los criterios más exigentes, fueron llevados a cabo en el hospital St. Bartholomew de Londres bajo la responsabilidad del profesor Turner y por los doctores Fisher y Greenwood en el servicio del profesor Huskisson.

■ Ensayos

Desde el principio, los protocolos fueron concebidos para, realizando un ensayo a doble ciego, tener en cuenta la indispensable individualización de la prescripción homeopática basada no únicamente en el diagnóstico sino también en los factores que agravan y mejoran los síntomas. Los autores señalaron al respecto «que existían dos soluciones posibles al problema de disyunción entre diagnóstico y sintomatología o prescribir los medicamentos según los criterios usuales de la homeopatía escogiendo entre una serie de remedios previamente establecidos o bien realizar el ensayo con un único subgrupo de pacientes cuyo medicamento apropiado escogido según las reglas propias de la homeopatía fuera el mismo» (Fisher y col., 1989).

Ambos ensayos (Fisher, 1986; Fischer y col., 1991) se llevaron a cabo con un grupo de treinta pacientes voluntarios que padecían de fibromialgia primaria. Los criterios de diagnóstico debían estar presentes en cada uno de los pacientes desde al menos tres meses:

- dolor;
- rigidez;
- disestesia de los músculos y tendones de las cinturas, de las raíces de los miembros, de la región interescapular o de los intercostales;
- trastornos del sueño.

Los resultados de estos dos ensayos fueron tan comparables que sólo citaremos el segundo:

La inclusión en el ensayo requería que se reunieran al menos tres de los síntomas característicos que mencionan las materias médicas homeopáticas para el medicamento escogido: *Rhus toxicodendron* 6 CH. Por otra parte, la existencia, para un paciente determinado, de un remedio homeopático mejor indicado que este último suponía la exclusión. Tras la decisión de incluir a un paciente, éste dejaba de tener cualquier contacto con el médico homeópata de manera que el seguimiento y la evolución se llevaba a cabo por reumatólogos no homeópatas que ignoraban, al igual que el médico homeópata, la naturaleza verum o placebo del medicamento que tomaban los pacientes los cuales recibieron uno tras otro durante un mes cada uno; la administración en primer lugar de verum o placebo fue determinada al azar.

Los medicamentos fueron preparados en Francia por un laboratorio farmacéutico y a fin de excluir cualquier contaminación de los medicamentos —tanto el verum como el placebo— se llevaron análisis a ciegas en el departamento de farmacología clínica del hospital St. Bartholomew. Dichos análisis se centraron en la búsqueda de anfetaminas, benzodiacepinas, somníferos, barbitúricos, fenotiacinas y tricíclicos, acetilsalicílico, paracetamol, derivados del cannabis, la coca, etc. y los resultados fueron todos negativos.

Resultados

La evaluación fue realizada al cabo de cuatro y de ocho semanas de tratamiento (es decir al final del tratamiento con el primer medicamento y al final del tratamiento con el segundo) a fin de determinar primero el número de puntos sensibles, sobre tres escalas decimétricas de evaluación subjetiva del dolor, segundo, la calidad del sueño y tercero, la eficacia del tratamiento sobre el estado general del paciente.

Los resultados mostraron una diferencia estadísticamente significativa en favor del tratamiento con *Rhus toxicodendron* 6 CH sobre los cuatro parámetros considerados: intensidad del dolor, calidad del sueño, estado general, número de puntos sensibles tras el período de tratamiento activo comparado con el contabilizado después del período placebo.

Críticas

El ensayo fue objeto de algunas críticas en cuanto al número de enfermos incluidos y a excepción de las habituales críticas de principio no aparecieron críticas ni al método ni a los resultados.

Otras muchas publicaciones merecerían ser presentadas aquí, especialmente la de Brigo (1987) respecto a un ensayo a doble ciego de un tratamiento homeopático de las migrañas y el de Ferley y col., (1989) que demostró, mediante un ensayo a doble ciego con más de cuatrocientos enfermos, la eficacia de una especialidad homeopática en el tratamiento de la gripe.

En cualquier caso, el capítulo no está acabado puesto que además, se están llevando a cabo otros experimentos interesantes cuya nueva publicación aportará nuevas piedras al edificio. No obstante jamás se repetirá bastante que un ensayo clínico, por demostrativo que sea para un enfermo determinado, no puede pretender zanjar la cuestión de saber si la homeopatía es o no una terapia pertinente. La experiencia clínica no se resume en experimentos.

BIBLIOGRAFÍA

- AULAS JJ y col (1985). L'homéopathie. Editions Médicales Roland Berrex. Paris, 182 p.
- BACHELARD G (1975) La formation de l'esprit scientifique. Vrin. Paris. p. 14.
- BAREL Y, BUTEL M (1988). Les médecines parallèles; quelques lignes de force. La Documentation Française. Paris. p. 30.
- BELON P (1986) Recherches en homéopathie (prefacio). Fondation française pour la Recherche en Homéopathie. p. 14.
- BRIGO B (1987) Le traitement homéopathique de la migraine: une étude de 60 cas contrôlée en double aveugle. J. Ligua Homoeo Internat; 38: 18-25.
- CHARGÉ A (1855) L'homéopathie et ses détracteurs à l'occasion de l'épidémie de choléra qui a régné à Marseille en 1854. Baillière. Paris.
- CHEVALLIER L y col (1958) Le choléra, la première épidémie du XIX siècle (tomo XX) Société d'Histoire de la Révolution de 1848. Imprimerie Centrale de l'Ouest. La Roche-sur-Yon.
- CRUCHET (1854) L'homéopathie et le choléra de 1854, réponses aux homéopathes en général et à M. Chargé en particulier. Marseille.
- FERLEY JR, ZMIROU D, D'ADHEMAR D, BALDUCCI F (1989) A controlled evaluation of a homoeopathic preparation in the treatment of influenza-like syndromes. Br J Clin Pharmacol; 27: 329-335.
- FISHER P (1986) An experimental double-blind clinical trial method in homoeopathy. Use of a limited range of remedies to treat fibrositis. Br Homoeo J; 75: 142-147.
- FISHER P, GREENWOOD A, HUSKISSON EC, TURNER P, BELON P (1989) Homoeopathic treatment of fibrositis. A double-blind cross-over clinical trial in a selected patient group. Br J Med; 299: 365-366.
- FISHER P, GREENWOOD A, HUSKISSON EC, TURNER P, BELON P (1991). Traitement homéopathique de la fibromyalgie primaire; à propos de deux essais cliniques en double insu. Homoeo Fr; 79, 4: 15-22.
- GHOSH A (1983) Homoeopathic treatment of osteoarthritis (letter). Lancet; I: 304-305.
- GIBSON RG, GIBSON SLM, MacNEILL AD, BUCHANAN WW (1980a) The place for non-pharmaceutical therapy in chronic rheumatoid arthritis: a critical study of homoeopathy Br Homoeo J; 69: 121-133.
- GIBSON RG, GIBSON SLM, MacNEILL AD, WATSON-BUCHANAN W (1980b) Homoeopathic therapy in rheumatoid arthritis: evaluation by double-blind clinical therapeutic trial. Br J Clin Pharmacol; 9: 453-459.
- HUSTON G (1979) Salicylates and homoeopathy. Br J Clin Pharmacol; 7: 529-530.
- KENNEDY CO (1983) Homoeopathy (letter). Lancet; I: 482.
- KHAN MF (1986) Letter. Lancet; II: 1107.
- KLEIJNEN J, KNIPSCHILD P, TER RIET G (1991) Clinical trials of homoeopathy. Br Med J; 302:316-323.
- KUHN TS (1983) La structure des révolutions scientifiques. Flammarion. Paris. 228 p.
- LASVEAU I (1989) Traitements homéopathiques du choléra dans la France du XIXe siècle. Boiron, collection du Caducée. Lyon.
- MABIT J (1832). Rapport sur le choléra morbus asiatique qui a été observé à Bordeaux depuis les 4 août 1832 jusqu'à ce jour et sur la nécessité du complet assainissement de la ville. Imprimerie de Pelentengas. Bordeaux.
- MABIT J (1935). Observations sur l'homéopathie. Baillière. Paris.
- O'KEEFE D (1986). Is homoeopathy a placebo response? Lancet; II: 1106-1107.
- OWEN RMN, IVES G (1982) The mustard gas experiments of the British Homoeopathic Society 1942. In: Proceedings of the XXXVth International Homoeopathic Congress 1982: 258-269.
- PATERSON J (1944) Report on mustard gas experiments (Glasgow and London). J Am Inst Homoeo; 37: 47-50, 88-92.
- REILLY DE, McSHARRY C, TAYLOR MA, AITCHISON T (1986) Is homoeopathy a placebo response? Controlled trial of homoeopathic potency with pollen in hayfever as model. Lancet; II: 881-886.
- SHIPLEY M, BERRY H, BROSTER G, JENKINS M, CLOVER A, WILLIAMS I (1983) Controlled trial of homoeopathic treatment of osteoarthritis. Lancet; II: 97-98.

IV.3

Homeopatía e inmunidad

«El mundo exterior no enseña al organismo lo que debe saber; el propio organismo debe crear el sentido a partir del mundo exterior y no existe ninguna receta para conseguirlo.»

Isroël Rosenfield,
La invención de la memoria

M. Bastide
A. Lagache

A priori, nada parece relacionar la inmunología, ciencia que analiza los fenómenos de la inmunidad basados en la discriminación del ser o no-ser, y la homeopatía, método terapéutico que data de hace dos siglos, caracterizado esencialmente por la ley de similitud. No obstante, estas dos disciplinas, ambas basadas en una reacción del organismo, presentan ciertas semejanzas. Mostraremos que los modelos inmunológicos se prestan muy bien a la demostración de la actividad de las dosis infinitesimales. El hecho de que un organismo vivo responda en su globalidad a un remedio homeopático o a un antígeno no debe, sin embargo, llevar a pensar que ambos fenómenos están relacionados: es difícil pensar que el aparato inmunitario está adaptado de forma mecanicista a la acción del medicamento homeopático. No obstante, se puede aplicar una misma forma de razonamiento al efecto curativo de la homeopatía y a la inmunidad. Aparece un nuevo paradigma, el paradigma de los significantes, que a diferencia del mecanismo mecanicista, permite acercar el razonamiento homeopático al razonamiento inmunológico: esta doble pertenencia a un mismo paradigma podría explicar las sorprendentes analogías observadas entre la homeopatía y la inmunología. En una primera parte, expondremos las posibilidades de estudio de la acción de las dosis infinitesimales mediante la utilización de modelos inmunológicos. En una segunda parte, acercaremos las dos disciplinas en un nuevo ámbito de pensamiento, el paradigma de los significantes.

LOS MODELOS EXPERIMENTALES INMUNOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA ACCIÓN DE LAS DILUCIONES INFINITESIMALES

El sistema inmunitario es capaz de responder de forma natural a estímulos extremadamente débiles. Las concentraciones de antígeno capaces de desencadenar una respuesta de los anticuerpos son del orden de 0,1 ng (es decir 10^{-10} g), concentración considerada como fisiológica (Shinoshara y col., 1989). En un modelo in vitro, Leung Tack y col. (1986) demostraron que los monocitos humanos presentaban una disminución óptima de la fagocitosis y de la liberación de iones superóxido a una concentración de postina de 10^{-14} mol; la concentración 10^{-16} mol era todavía activa para los monocitos. El estudio del efecto de las altas y medianas diluciones de sustancias ac-

tivas sobre el sistema inmunitario es, por tanto, tentadora para demostrar la eficacia de las altas diluciones y para abrir el campo de aplicación terapéutico de este tipo de preparación.

Entre los diversos modelos experimentales utilizados, nosotros hemos seleccionado los siguientes:

- la puesta en evidencia de la actividad de las altas diluciones de antígenos sobre la secreción de anticuerpos específicos;
- el efecto de muy bajas dosis o de altas diluciones de moléculas que participan en la educación de los linfocitos T o B;
- la acción inmunomoduladora de las muy bajas dosis de citoquinas;
- la función inmunofarmacológica de la sílice prescrita a altas diluciones según la ley de similitud en ratas de laboratorio.

EFFECTO DE LAS ALTAS DILUCIONES DE ANTÍGENO EN LA SECRECIÓN DE ANTICUERPOS ESPECÍFICOS

Este modelo recuerda a una respuesta de anticuerpos clásica que permite evidenciar la presencia de inmunoglobulinas específicas de clase IgM o IgG de un antígeno determinado, en ani-

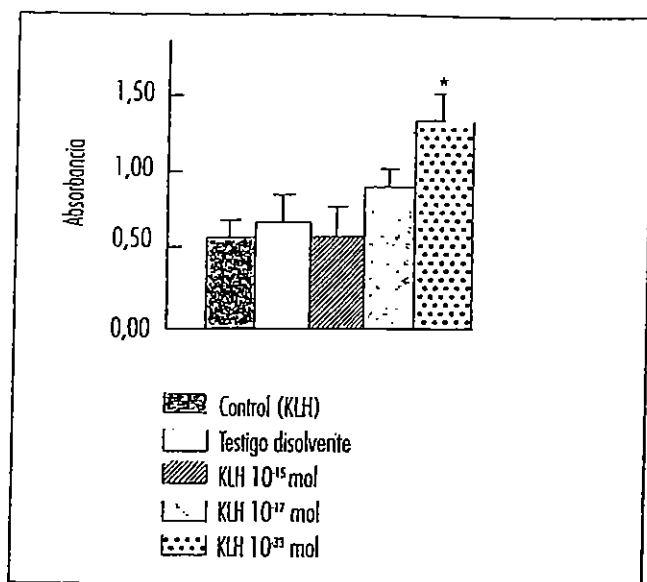


Figura 1. Título de los anticuerpos anti-KLH de clase IgG 20 días después de la inmunización. Test ANOVA (Análisis múltiple de varianza) *P<0,05

males tratados. Dicho trabajo fue realizado por Weisman y col. (1991, 1992). El antígeno escogido fue la hemocianina de la rólula o KLH ("keyhole-limpet-hemocyanin") proteína altamente inmunogénica y de masa molecular muy elevada, de 60 000 kD.

El conjunto de dichos trabajos demuestra que el sistema inmunitario de ratones que han recibido por vía intraperitoneal una dosis de altas diluciones de KLH, es decir 10⁻¹⁵ mol (6 CH), 10⁻¹⁷ mol (7 CH) y 10⁻³³ mol (15CH), es capaz de responder al estímulo antigénico; en efecto, tras un tratamiento de 8 semanas a razón de tres inyecciones a la semana, tanto los grupos que recibieron una dilución como los que sólo recibieron el disolvente, fueron inoculados con una dosis ponderal de 1 mg de KLH junto con un coadyuvante de la inmunidad (coadyuvante incompleto de Freund) en los cojinetes plantares. Se detectó una producción de anticuerpos de clase IgG anti-KLH en los animales pretratados con las diluciones 10⁻¹⁷ mol (7 CH) y 10⁻³³ mol (15 CH) siendo la respuesta de ésta última significativa en el umbral del 5% (fig.1). Los animales pretratados con el disolvente o que no habían recibido ningún tratamiento (control KLH) secretaron cantidades de IgM anti-KLH correspondientes a una respuesta primaria. La diferencia de clase de las inmunoglobulinas producidas revela que el pretratamiento con diluciones de KLH permitió al organismo identificar el antígeno permitiéndole responder en la segunda inmunización con fuertes dosis mediante la secreción de IgG anti-KLH (respuesta secundaria) mientras que los testigos que no habían recibido el disolvente liberaron IgM (respuesta primaria). Estos resultados significan que las altas diluciones de KLH permitieron al sistema inmunitario reconocer el antígeno, preparar la respuesta primaria y prepararse para el fenómeno de conmutación (cambio de clase IgM

en IgG durante la respuesta secundaria) desencadenado con la inyección de la alta concentración de KLH. A partir de estos resultados, podemos concluir que las altas diluciones de antígenos, que teóricamente no contienen moléculas de KLH, como la 10⁻³³ mol, son activas sobre el sistema inmunitario.

EFFECTO DE MUY BAJAS DOSIS O DE ALTAS DILUCIONES DE MOLÉCULAS QUE PARTICIPAN EN LA EDUCACIÓN DE LOS LINFOCITOS

La actividad del sistema inmunitario se debe a interacciones entre diferentes células cuya función es la eliminación de los agresores reconocidos como extraños al organismo. Esta propiedad permite sobrevivir a diversas agresiones víricas, bacterianas y parasitarias. La capacidad de respuesta implica esencialmente las células inmunológicamente competentes conocidas con el nombre de linfocitos que a su vez son ayudados por unas células presentadas por el agresor (células de presentación del antígeno) o, dicho de otra forma, que van a ayudar a destruir al agresor (células fagocitarias, células citotóxicas diversas). La eficacia del sistema se basa en las propiedades que poseen los linfocitos, propiedades adquiridas gracias a una "educación" de las células. Los órganos de educación u órganos linfoides centrales modifican las capacidades de los linfocitos procedentes de la médula. Dichos órganos son el timo y la bolsa de Fabricio en los pájaros.

- El *timo* permite la formación de los linfocitos T que se dividen en dos subtipos diferentes (fig. 2): los linfocitos T CD4 con función general de reconocimiento de los antígenos y capaces de activar a su vez otro tipo de linfocitos efectores: los linfocitos T CD8, seleccionados por el antígeno portado por la célula diana, la destruirán mediante el fenómeno de citotoxicidad. Estas células diana alojan virus, bacterias o parásitos o son de naturaleza tumoral y su destrucción está relacionada con la respuesta inmunitaria celular (fig. 3) en la cual otras células de naturaleza no linfocitaria pueden asociarse al mecanismo de destrucción de las células contaminadas por el agresor. La competencia de los linfocitos T CD4 y T CD8 es adquirida a nivel del timo mediante la acción de diferentes moléculas tales como las citocinas (interleucinas, 1, 2, 4, interferón γ , etc.), hormonas tímicas (timulina, timosina, timopoyetina), neuropéptidos (sustancia P, "vaso-intestinal peptide", etc.), prostaglandinas, etc.
- La *bolsa de Fabricio*, presente únicamente en los pájaros, comunica con la cloaca y representa el órgano de educación de los linfocitos B (fig. 2). En los mamíferos, que no poseen un órgano individualizado de educación de los linfocitos B parece haber sido sustituida por la médula. Los linfocitos B adquieren la capacidad de reconocer el antígeno, de multiplicarse por acción del antígeno y de las citocinas liberadas por los linfocitos T secretando inmunoglobulinas, anticuerpos

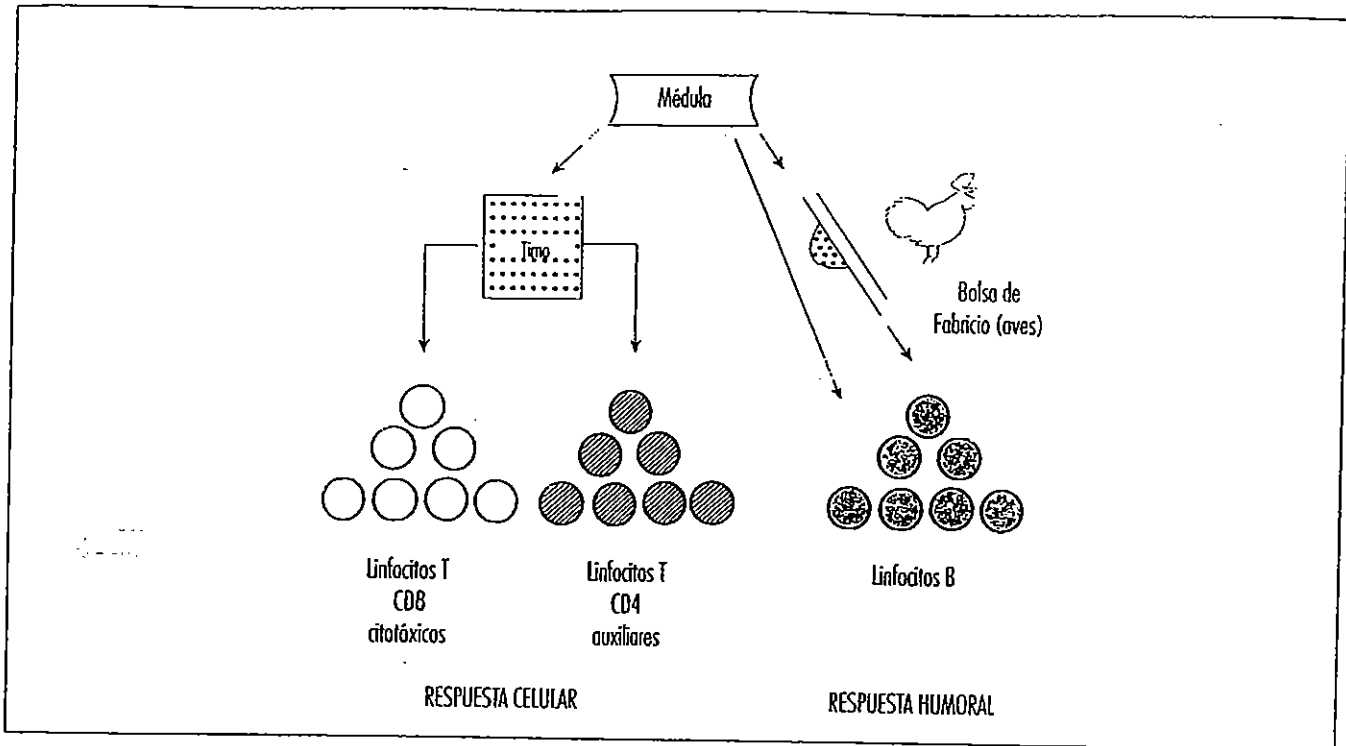


Figura 2. Los órganos de educación de los linfocitos

específicos del antígeno reconocido (fig. 3). Los linfocitos B se transforman a continuación en plasmocitos que secretan anticuerpos en abundancia. Entre las moléculas aisladas de la bolsa de Fabricio que parecen participar en la educación de los B se encuentra la bursina, un tripéptido que posee la propiedad de regenerar la función de educación de los linfocitos B en las aves bursectomizadas (ablación de la bolsa de Fabricio) en la vida fetal.

La utilización de dosis infinitesimales de timulina en las ratas (presente a nivel del timo) o de bursina en los pollos bursectomizados (presente en la bolsa de Fabricio) permite modular el funcionamiento del sistema inmunitario tanto en la respuesta humoral como en la respuesta celular. Ratones C57BL/6 inmunizados con células tumorales (mastocitoma murino P815) han mostrado una disminución significativa de la respuesta citotóxica frente a células P815 después del tratamiento mediante dosis de timulina escalonadas entre 10^{-3} y 10^{-11} ng (fig. 4): la dosis más baja equivalente a una 9 CH fue la más eficaz (Bastide y col., 1985, 1987). Las timulina o el resto de hormonas tímicas, tales como la timosina o la timopoyetina, actúan sobre todos los linfocitos T y modifican indirectamente la secreción de anticuerpos.

En efecto, los linfocitos T CD4 auxiliares envían linfocinas, capaces de modular la secreción de los anticuerpos, sobre los linfocitos B y se ha demostrado que dosis infinitesimales de timulina modifican la respuesta humoral de los ratones (Doucet-Ja-

boeuf y col., 1982, 1984) (fig. 5). Otros experimentos han demostrado también que las variaciones estacionales de la respuesta humoral son amplificadas por efecto de diluciones infinitesimales de hormonas tímicas (timosina 5 y timopoyetina II) con lo cual se demuestra que el equilibrio natural del sistema inmunitario no se ve desplazado y que sólo son amplificadas las variaciones cronobiológicas (Doucet-Ja-boeuf y col., 1984).

La bursina es una molécula que participa en la educación de los linfocitos B. En un experimento, embriones de pollo de 3 días fueron sometidos a la ablación de los tejidos formadores de la bolsa de Fabricio; a continuación se cerró el huevo de nuevo y se incubó hasta la eclosión de los pollitos. El animal bursectomizado presenta desde su nacimiento insuficiencias en el eje adrenocorticotropo y una incapacidad para sintetizar anticuerpos específicos frente a un antígeno determinado. Por otra parte, se ha realizado un ensayo de sustitución de la bolsa de Fabricio mediante la inyección de bursina in ovo en embriones de pollo de 6 y 9 días sin que ninguna otra inyección tenga lugar hasta después de la eclosión. Durante las dos experimentaciones independientes, se comprobaron diversas concentraciones de bursina: 1 mg/ml, 100 pg/ml, 100 fg/ml y un pool de diluciones 10^{-30} - 10^{-40} mol. Los resultados obtenidos (Guellati, 1990; Youbicier-Simo y col., 1993) demostraron que la corticosterona era secretada normalmente (durante el estrés antigénico a lo largo de la inmunización de los animales mediante el antígeno tiroglobulina bovina) por los animales tratados con 100 fg y por el pool 10^{-30} - 10^{-40} mol, mientras

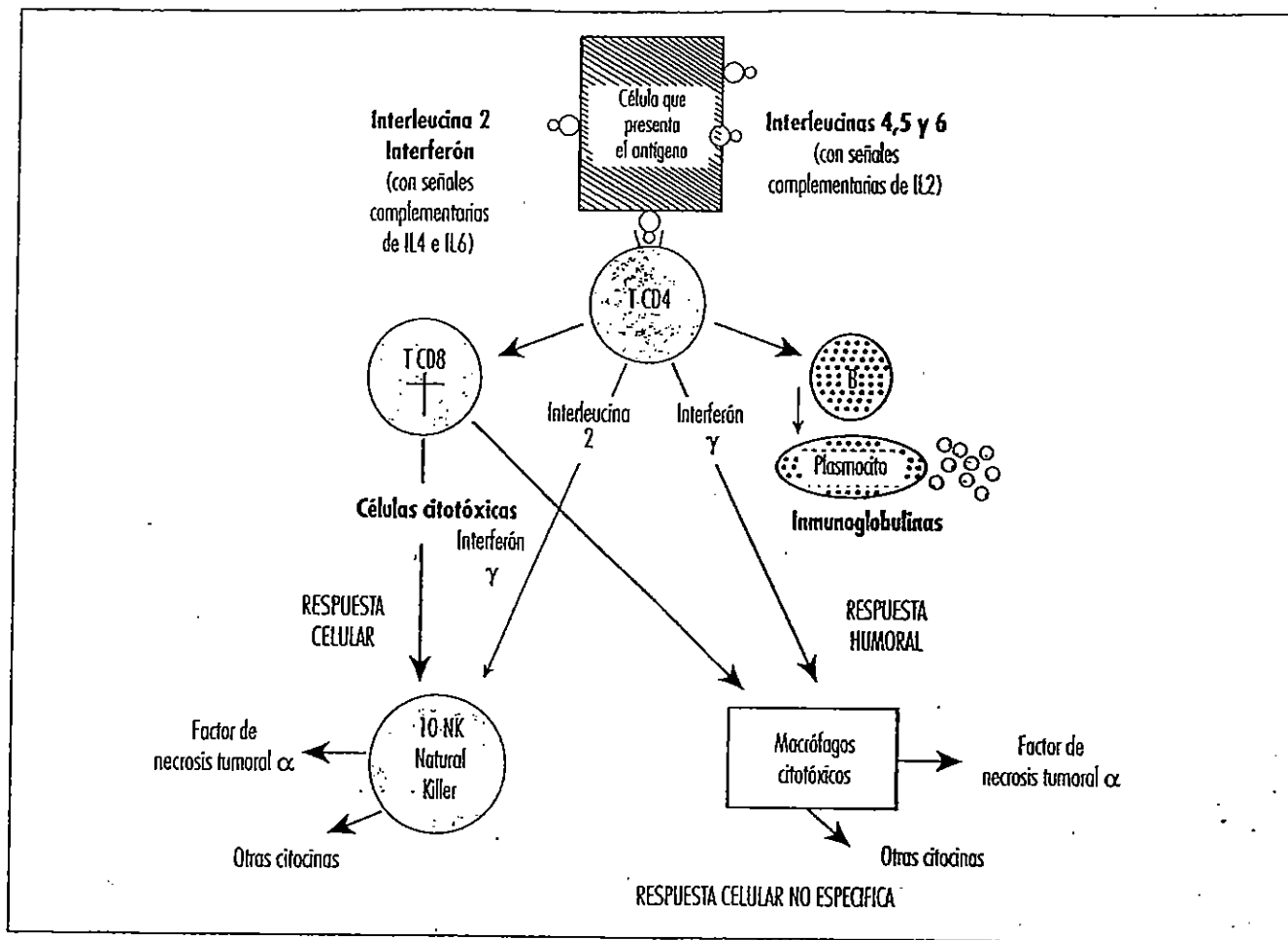


Figura 3. Función de las principales citocinas en las interacciones celulares durante la respuesta inmunitaria

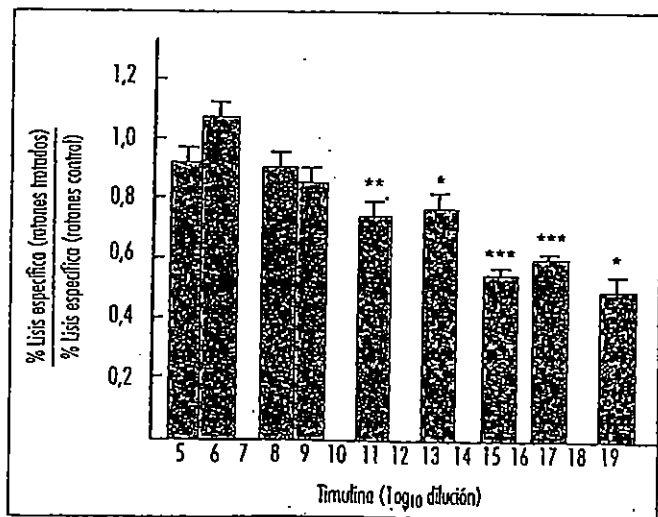


Figura 4. Respuesta inmunitaria celular aloespecífica de ratones C57BL/6 con diferentes diluciones de timulina. Células efectoras/células diana = 200. Test de Newman-Keuls (múltiples comparaciones). * $P < 0,05$. ** $P < 0,025$. *** $P < 0,001$.

que los animales control operados no tratados presentaban una tasa muy baja de estas hormonas (fig. 6). La secreción de anticuerpos específicos frente a una proteína antigénica, la tiroglobulina, fue restablecida en los pollos bursectomizados tratados mediante 100 fg y por el pool 10^{-30} - 10^{-40} mol mientras que los animales control operados no tratados presentaban tasas muy bajas de dichos anticuerpos (ver fig. 8, pág. 89). La especificidad de estos anticuerpos frente a la tiroglobulina también fue verificada.

ACCIÓN INMUNOMODULADORA DE DOSIS MUY BAJAS DE CITOCINAS

Se llama citocinas a las moléculas liberadas principalmente por las células del sistema inmunitario y capaces de actuar sobre otras células. Se les denomina también interleucinas debido a su función de comunicación entre diversas células (fig. 3). Se han utilizado algunas de estas citocinas, a dosis muy bajas, equivalentes a una 4 CH o una 9 CH evidenciando su acción sobre el

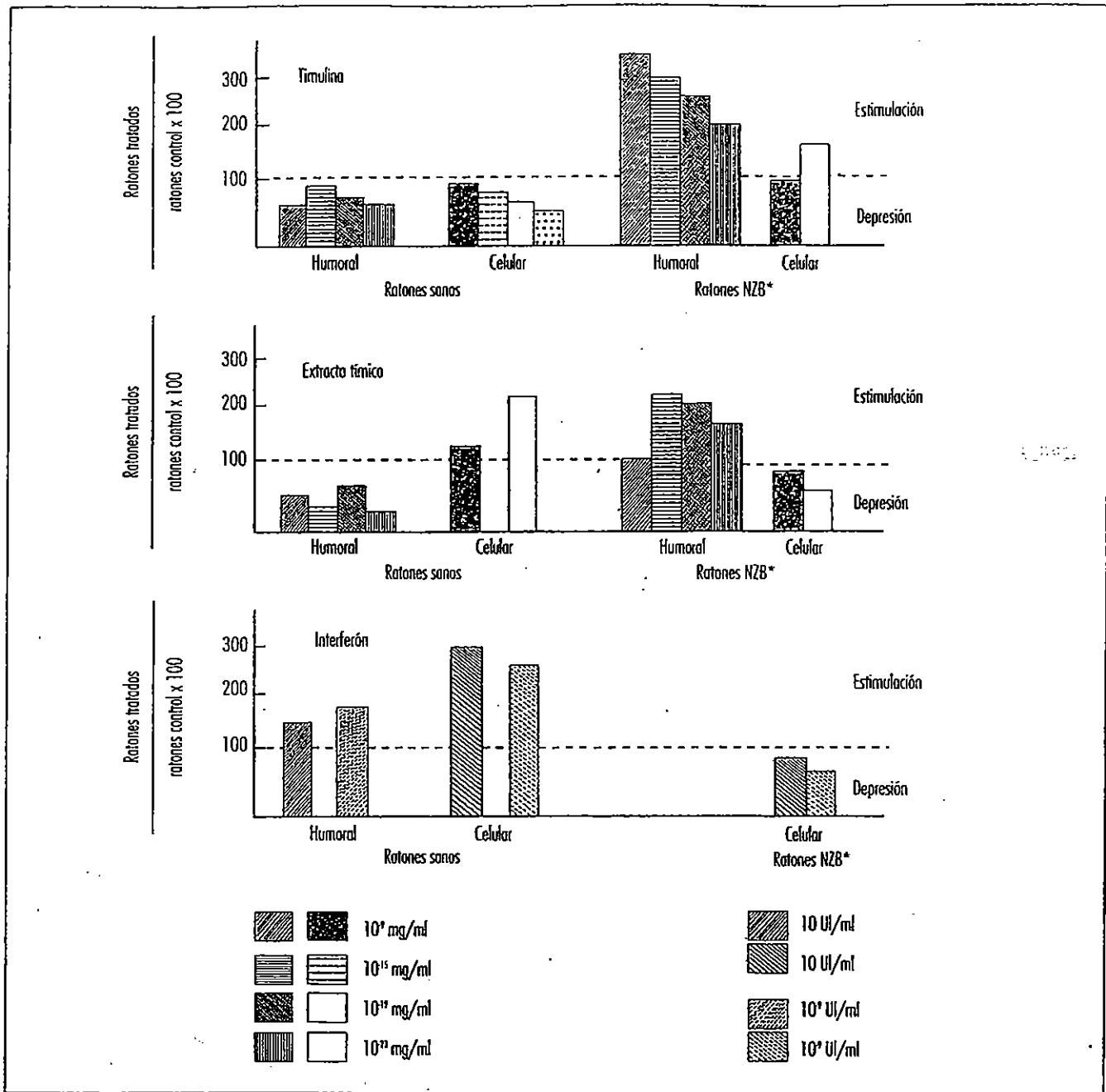


Figura 5. Comparación de los efectos de la timulina, un extracto tímico y del interferón sobre la respuesta inmunitaria de ratones sanos y de ratones inmunodeprimidos.
* New Zealand Black

sistema inmunitario de ratones. De esta forma, se ha demostrado que diluciones de interferón leucocitario (4 CH y 9 CH) eran capaces de modular las respuestas humorales y celulares específicas de ratones inmunodeprimidos (ratones New Zealand Black) que presentaban una involución precoz del timo con anomalías del sistema inmunitario (fig. 5) (Daurat y col., 1986a, 1986b, 1988; Daurat, 1988). También se analizó el efecto de

dosis infinitesimales de interferón leucocitario de ratones sobre los macrófagos murinos (Carrière y col., 1988a, 1988b) cuyos resultados arrojaron que la dilución correspondiente a la 9 CH, es decir 10^{10} unidades internacionales de interferón, provoca una disminución de la actividad de los macrófagos evaluada con el test de quimioluminiscencia en ratones de 4 a 5 semanas de edad o de 8 a 12 semanas mientras que los macrófagos proce-

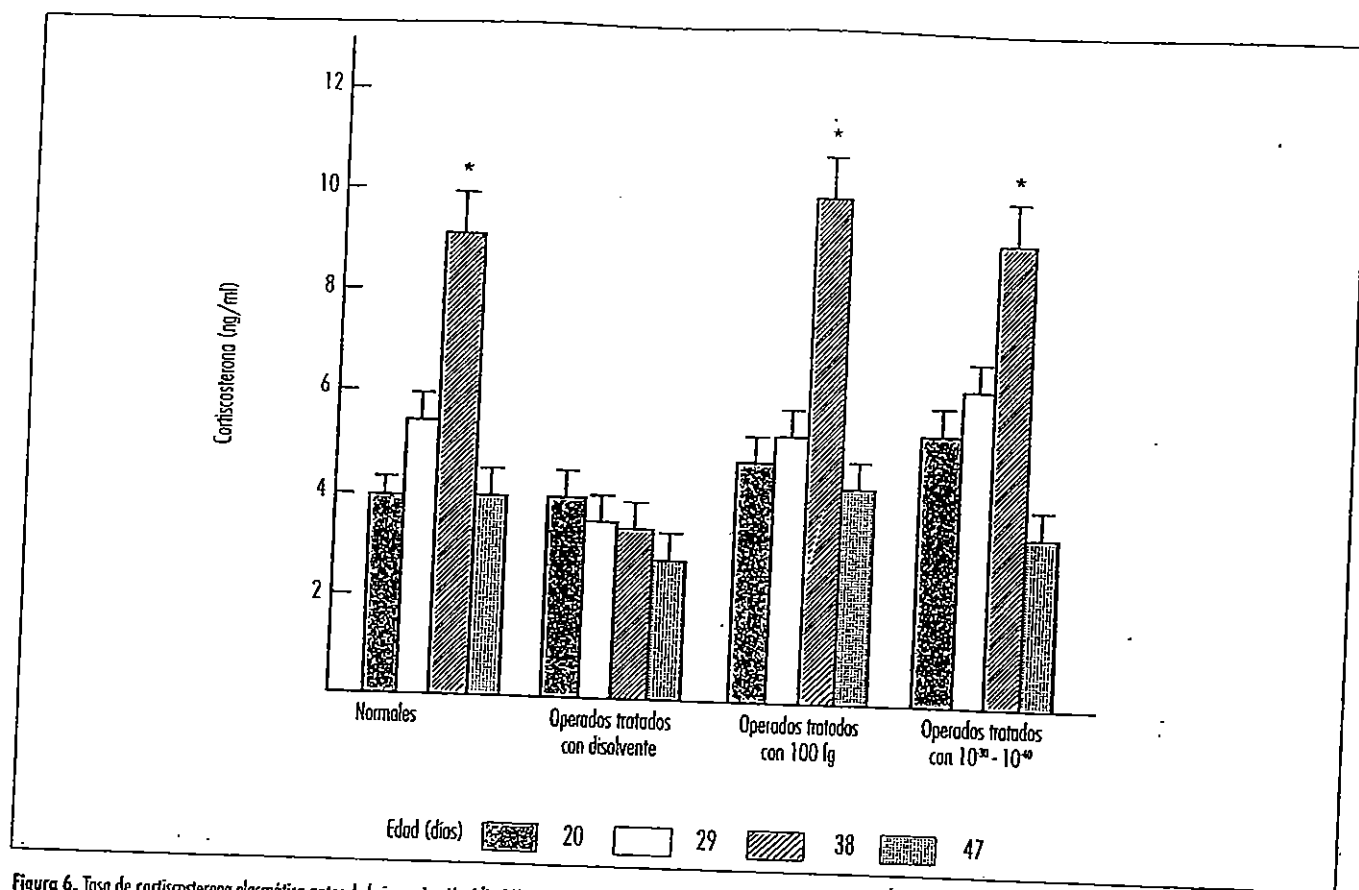


Figura 6. Tasa de corticosterona plasmática antes de la inmunización (día 20) y tras las 1ª, 2ª y 3ª inmunizaciones (días 29, 38 y 47). * $P < 0,05$ vs día 20 (test t de Student)

dentados de ratones de 6 a 7 semanas (período de la pubertad) presentaban un aumento de dicha actividad. La interleucina 2 utilizada a diluciones iguales consiguió modular la respuesta humoral de los ratones con la condición de que previamente fueran inyectadas durante la respuesta primaria (estimulación de la secreción de anticuerpos específicos) o durante la respuesta secundaria (efecto depresor frente a la secreción de anticuerpos) (Daurat, 1988). También han sido publicados modelos de inmunoestimulación por acción, sobre los macrófagos o sobre los linfocitos, de bajas dosis (del orden del picogramo y del femtogramo) de sustancias citostáticas (plumbagina, azatioprina, colchicina, metotrexato) (Wagner y col., 1988).

FUNCIÓN INMUNOFARMACOLÓGICA DE ALTAS DILUCIONES DE SÍLICE EN RATONES

La sílice es tóxica para los macrófagos a altas dosis y se ha demostrado que, administrada a ratones en el agua de bebida a dilución 9 CH provoca una activación del sistema macrófago que se deriva en un aumento de la liberación del PAF-acether por los macrófagos peritoneales procedentes de ratones (Davenas y col.,

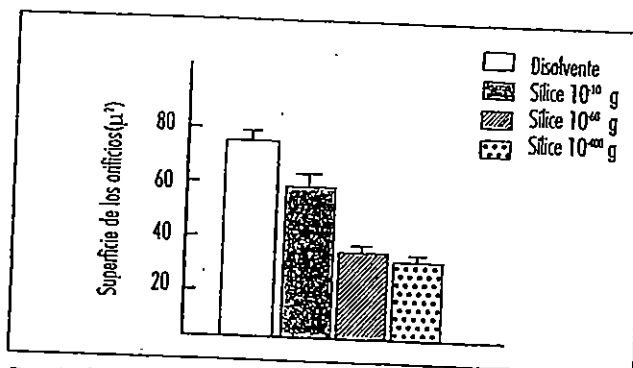


Figura 7. Efecto de las diluciones de sílice sobre las dimensiones del orificio realizada en la oreja de ratones (medido por análisis de imagen)

1987). Esta liberación de un derivado del ácido araquidónico por efecto de la sílice demuestra una reacción de los macrófagos que intervienen de forma muy variada en los fenómenos de cicatrización. Un modelo in vivo ha podido evidenciar directamente el efecto cicatrizante de la sílice, propiedad que, por otra parte, está indicada en la patogénesis de *Silicosis* que es capaz de ayudar en la expulsión de cuerpos extraños (espinas por ejemplo). Sobre este tema, Oberbaum y sus colaboradores realizaron

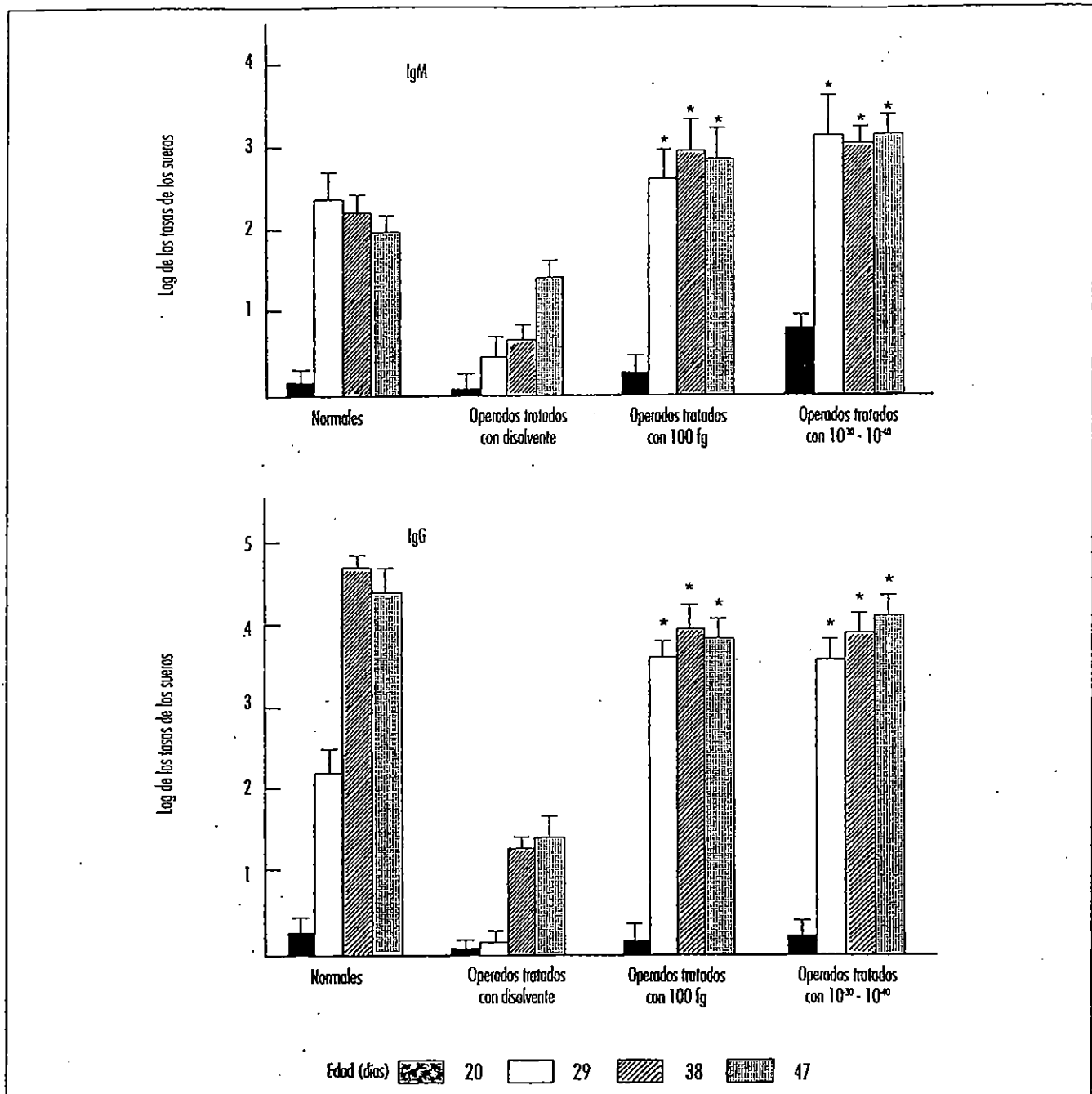


Figura 8. Títulos de anticuerpos IgM e IgG antes de la inmunización (día 20) y tras las 1ª, 2ª y 3ª inmunizaciones (días 29, 38 y 47).

* $P < 0,005$ vs operados tratados con disolvente (test t de Student)

y publicaron un modelo en 1992. Se fijaron aros de metal en las orejas de ratones sometidos a un tratamiento, añadido al agua de bebida, formado por diversas diluciones de sílice, 5 CH (o 10^{-10} g), 30 CH (o 10^{-40} g) y 200 CH (o 10^{-400} g) administradas a grupos de animales diferentes. El resultado del efecto de la sílice fue evaluado mediante el análisis de imagen de los orificios producidos por los aros, comparando los grupos tratados con el grupo

de control tratado sólo con disolvente. Los resultados (fig. 7) muestran que los agujeros de los animales tratados se encontraban significativamente reducidos respecto al grupo de control, siendo mayor el efecto con las diluciones más altas.

Cabe señalar que se ha publicado un análisis mucho más completo del conjunto de trabajos realizados sobre modelos diversos (Halm, 1993).

no-yo (por su diferencia con el yo) con el propósito de eliminarlo mediante una reacción anticuerpo.

Para desencadenar la respuesta inmunitaria específica de un antígeno, éste debe estar afectado por las células de presentación del antígeno y expresado a continuación en moléculas del yo especializadas, pertenecientes al complejo mayor de histocompatibilidad (CMH). Esta estructura, no-yo antígeno + yo CMH es reconocida por los linfocitos T lo cual desencadena la respuesta inmunitaria. Los linfocitos T son incapaces de ver los antígenos sin la presencia del CMH de manera que podemos considerar que las moléculas del CMH son indispensables para el reconocimiento del antígeno el cual se convierte en información significativa para el organismo. En efecto, toda información necesita una correlación entre dos elementos diferentes (no-yo antígeno + yo CMH) al igual que en el lenguaje: una palabra sola o una palabra repetida dos veces no proporciona información, el sentido aparece por correlación de dos palabras diferentes. El CMH puede ser considerado como la molécula que convierte al antígeno en significativo para el organismo.

A partir del momento en que esta información es reconocida, el sistema inmunitario será capaz de desencadenar la secreción de diversas enzimas y citocinas que permitirán la expansión clonal de la respuesta de linfocitos y las interacciones celulares que finalmente desembocará en la eliminación del no-yo mediante la formación de anticuerpos específicos y/o células citotóxicas (Bastide y Lagache, 1992).

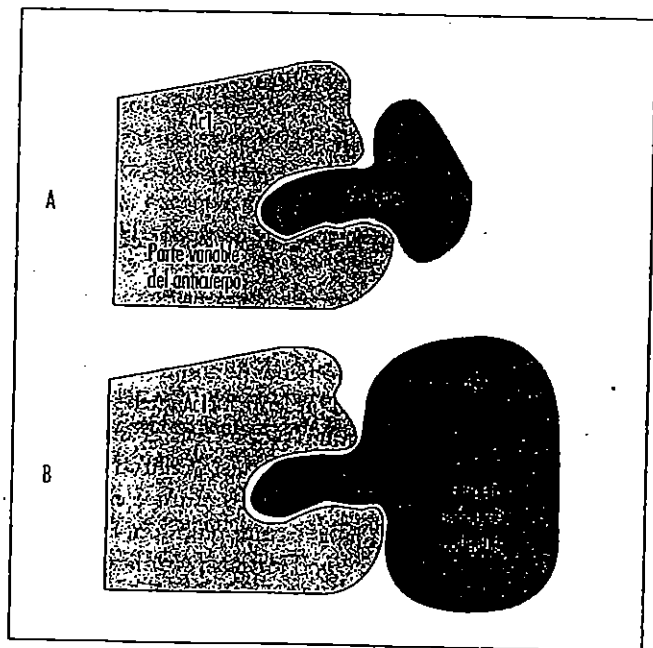


Figura 9. La especificidad idiomórfica: la imagen interna del antígeno es un objeto semántico.
A. Los dominios variables del anticuerpo 1 (Ac1) capaces de combinarse con el antígeno son reconocidos como no-yo.
B. Los dominios variables de la segunda molécula de anticuerpo (Ac2) mimetizan el antígeno del no-yo (imagen interna, o sea, objeto semántico).

LOS NIVELES DE INFORMACIÓN

Toda información necesita de una pluralidad de niveles en el estatuto informativo de los objetos siendo el sentido el que pasa de un nivel a otro.

El modo literal de la existencia material de los objetos no ofrece una posible estructura al paso de la razón: las cosas son lo que son, todas en el mismo estatuto.

En contrapartida, información, integración, regulación y comprensión se construyen gracias a la formación, por parte del receptor, de *niveles de información* diferentes: como mínimo el nivel alfa de presencia inmediata de las cosas es confrontado dialécticamente con el beta de representación mimética de las cosas, es decir, el umbral de *información sobre esas cosas* (Lagache, 1988).

Es en este sentido donde se revela realmente el poder informativo de lo significativo: el mimetismo no es lo real, su carácter artificial, teatral o inacabado es esencial para su función comunicativa lo cual hace posible, no una presencia literal de lo que se designa sino una presencia semántica y su interpretación.

La dilución del remedio homeopático

La dilución hace que el remedio pase de la lógica de los objetos a la lógica de la información. En la medida en que el remedio incluye la presencia del referente, el organismo es capaz, a partir de un cierto grado de disminución, de leer la señal de una sustancia no como literalidad intoxicante sino como información sobre una situación patológica similar.

La zona de inversión de efectos se determina, en la dilución progresiva, en función de la sustancia y del receptor.

Ejemplos en inmunología

La preparación de antígenos en altas diluciones los sitúa directamente en el estatuto informativo. No obstante, esta información puede no ser comprendida por el organismo si no existe ningún cuadro referencial.

Existe un segundo modelo de representación del antígeno en forma de verdadero objeto semántico: es lo que se conoce con el nombre de imagen interna del antígeno, presente en la red idiomórfica. La explicación más simple de este complejo sistema es la siguiente: un anticuerpo (Ac1) es capaz de adaptarse específicamente, a nivel de las regiones variables de la molécula, con el antígeno que ha provocado su formación. Dicha parte variable, adaptada al no-yo, es a su vez identificada por el organismo como un antígeno (especificidad idiomórfica; el segundo anticuerpo que resulta (Ac2) es una especie de réplica en el espacio del antígeno inicial (fig. 9) capaz de combinarse con el mismo anticuerpo Ac1. Las partes variables del Ac2 representan la "imagen in-

terna" del antígeno o *representación mimética del antígeno por moléculas del yo*. Ello constituye un nuevo nivel de regulación, de orden puramente semántico, respecto al antígeno.

LA NEGACIÓN PARADÓJICA

La información restituye, mediante estructuras concretas de interacción, una posibilidad de *negación paradójica*. No obstante, la negación no es representable directamente en un mundo concreto de estados positivos de lo real actual de manera que es el mimetismo o el artificio del objeto semántico lo que hace posible la vuelta.

Ilustraremos este concepto con el ejemplo de la lucha entre lobos (Bateson, 1972). Cuando uno de los lobos se siente perdido, inicia la representación de un fatal desenlace del combate: se tumba en el suelo y se muestra indefenso ante el ataque de su rival. Éste, lejos de aprovecharse de ello, se aleja rápidamente, advertido por la sumisión simbólica del contrincante. La representación teatral de lo real permite economizar su actuación literal y la propia negación de lo que ha sido representado.

El remedio homeopático diluido

De la misma manera, no induce la intoxicación a través de la sustancia sino la negación de un estado mórbido similar.

Competencias de los anticuerpos

Los anticuerpos (o las células citotóxicas) son capaces de destruir y de negativizar el antígeno.

La información del antígeno (nivel informativo β) será tratada por el organismo que la recibe y provocará la destrucción del propio antígeno (nivel de los objetos α) por negación paradójica. Tanto si es mediante todos los mecanismos efectores de destrucción debidos a los anticuerpos como por el fenómeno de citotoxicidad, la negación del antígeno es totalmente comparable a la desaparición de los síntomas observada en la curación homeopática lo cual, sin embargo, no significa que los mecanismos sean idénticos. Cada fenómeno fisiopatológico depende de una mecánica orgánica o celular diferente que le es particular por lo que, probablemente, será posible encontrar mediadores orgánicos activos en los fenómenos de curación homeopática. No obstante, los acontecimientos iniciales pueden pertenecer a la misma trayectoria del organismo frente a un proceso de información.

LA ANALOGÍA DINÁMICA

Un organismo sometido a la inercia del conjunto de sus síntomas es susceptible de tratarlos de forma diferente si recibe in-

formación nueva sobre el tema. Se trata del principio de *analogía dinámica* que da cuenta del efecto del remedio homeopático como información. El remedio pone en circulación la información (lo cual puede provocar una relativa "agravación al principio del tratamiento"), designa la situación patológica y relanza al organismo a un tratamiento de las informaciones implicadas. La correcta elección de una dilución parece estar relacionada con la dinamización de un nivel de información suficientemente amplio como para reenvolver y reinsertar los síntomas en la circulación general de la información biológica (y psíquica).

De esta manera, el encuentro de los dos análogos, conjunto sintomático/información similar a través de la patogénesis, se convierte en un fructuoso mimetismo activo: el organismo, como conjunto sintético de niveles de información, se implica de nuevo en la integración activa de los datos procedentes del mundo interior y exterior.

LOS OBJETOS SEMÁNTICOS EN INMUNOLOGÍA: EL PAPEL DE LOS ANTICUERPOS ANTI-IDIOTIPOS

Los anticuerpos anti-idiotipos son estructuras moleculares que pertenecen al yo pero que reproducen la estructura de un antígeno del no-yo. Una estructura del no-yo, para ser reconocida específicamente por el organismo, debe convertirse en significativa a través de su integración en el CMH. La imagen del no-yo aportada por el anticuerpo anti-idiotipo y estructurada en molécula del yo es directamente inteligible por el organismo con lo cual éste es capaz de tratar la información recibida. Atribuimos a estos anticuerpos la cualidad de objetos semánticos debido a su estatuto de objeto de alto poder informativo.

Geffard y sus colaboradores obtuvieron una ilustración especialmente interesante, pudiendo demostrar que tumores malignos inducidos en ratas mediante un compuesto químico aromático, el benzopireno, desencadenaba, en este animal, la aparición de anticuerpos dirigidos contra una molécula lipídica presente en la membrana celular, el fosfatidilinositol, molécula que había sido hallada anteriormente en mujeres portadoras de un tumor de mama (Faiderbe y col., 1992). Un anticuerpo anti-idiotipo, correspondiente a la imagen del producto cancerígeno, el benzo[a]pireno, también provocó la aparición de dichos anticuerpos pero sin, no obstante, provocar la formación de un tumor (Chagnaud y col., 1991, 1993a, 1993b). Esta capacidad de provocar la aparición de los anticuerpos testigos antifosfatidilinositol confirma la identidad mimética entre el producto cancerígeno y su imagen interna. No obstante, dicha imagen interna posee propiedades curativas cuando es utilizada en animales portadores de cáncer inducido por el benzo[a]pireno (Geffard, 1993). En efecto, las ratas en las cuales se ha inducido el tumor, tratadas con los anticuerpos anti-idiotipo imagen interna, han presentado una recesión del tumor, es decir, un proceso de curación hasta el punto que se decidió proseguir con el tratamiento. La ana-

logía de la estructura hubiera podido, sin embargo, agravar el estado de los animales. El efecto curativo observado podría hacer suponer la existencia de un fenómeno de competición a nivel del receptor del producto cancerígeno, no obstante, este argumento queda invalidado por la importante diferencia de concentración entre el producto cancerígeno y el anticuerpo y además, por la separación en el tiempo del momento en que se suministra la sustancia cancerígena y el del tratamiento el cual es posterior al establecimiento del tumor.

De esta manera, podemos proponer que el anticuerpo, imagen interna del producto cancerígeno, permite la identificación, por parte del organismo, del agente agresor gracias a su estatuto de objeto semántico. El organismo, que recibe esta información, es capaz de desencadenar un proceso de defensa y rechazar el tumor cuyo tamaño disminuye progresivamente a lo largo del tratamiento.

LAS CONDICIONES PARA UN CAMBIO DE RAZÓN

Así pues, la experiencia homeopática sugiere, a la mentalidad científica, una nueva forma de aprehensión de la vivencia biológica la cual, a su vez, está sometida a las condiciones de la lógica de la razón.

Es fácil comprender, por ejemplo, que la eficacia del remedio homeopático esté relacionada con las condiciones ambientales de la comunicación. Se podría establecer una analogía con la mecánica cuántica en la que el electrón sólo puede ser localizado a través de la interacción con el entorno y el aparato de medida. De la misma manera, aunque sólo sea definido de forma puntual en la impregnación del gránulo, el sentido o la razón sólo se transmite en el contexto de comunicación del paciente con su médico y con su mundo. La utilización de una técnica a doble ciego en homeopatía parece ser, lógicamente, contradictoria.

Si retomamos punto por punto las analogías existentes entre la inmunología y la homeopatía, podemos constatar que ambas conciernen al organismo en su conjunto y que además están sometidas a la ley de la totalidad. Cualquier estudio experimental necesita la utilización de la materia viva y su procedimiento no puede descomponerse en una química de compuestos inertes puesto que la reacción del organismo vivo es el elemento indispensable para todo fenómeno inmunológico al igual que para los efectos de la terapéutica homeopática.

La similitud que caracteriza la elección y el efecto del remedio homeopático no puede ser explicada más que en un plano de identificación de la información: el ser vivo está relacionado con su entorno en el cual recibe las informaciones. La comunicación analógica funcionará mediante la imagen patogenética del remedio en homeopatía. En inmunología, el antígeno convertido en significativo por el organismo, desencadenará la formación de imágenes miméticas en negativo (complementarios del antígeno a través del anticuerpo) o en forma de imagen interna del antígeno (anticuerpos anti-idiotipos) de alto poder informativo, asimilables a objetos semánticos.

La infinitesimalidad provoca la aparición del estatuto informativo del objeto que se convierte en significativo para el organismo. En el caso de la homeopatía, la información sólo puede ser comprendida en el plano patogenético en el cual adquiere plenamente su función semántica. En inmunología o cada vez que moléculas del organismo son utilizadas a dosis infinitesimales, el objeto es ya conocido por el organismo (hormona, mediador inmunológico, etc.); la dilución aumenta la potencia informativa frente al organismo receptor el cual posee, de forma natural, la capacidad para reconocer la información de sus propias moléculas; el obligado paso por el plano patogenético es inútil.

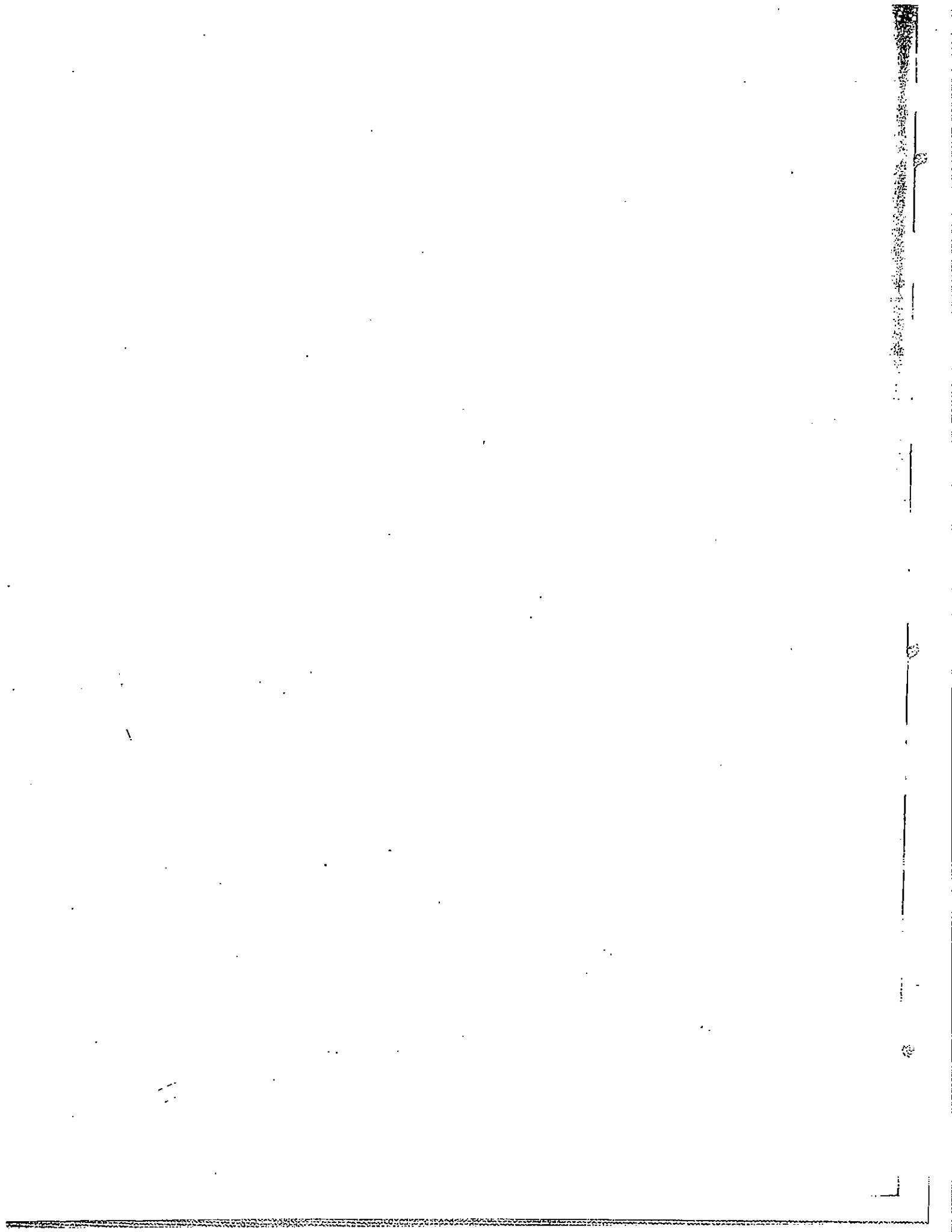
El paradigma de los significantes permite explicar la analogía existente entre homeopatía e inmunología, no obstante, ello no supone una identidad de los mecanismos efectores. Cada información de naturaleza homeopática o inmunológica desencadena procesos de corrección (o negación paradójica) diferentes.

De manera más general, parece ser que la comunicación del organismo con su entorno es una concepción fructuosa del concepto de salud, es decir, cuando se ha perdido la salud es imposible comunicar. Así pues, ¿es posible que exista un hombre sano en un mundo enfermo? O quizá, ¿el bienestar no pertenece a un mundo en el que la información pueda ser tratada?

El mundo es tan curioso cuando la razón vacila...: «Cógeme al paso si eres capaz e intenta resolver el enigma de la fecundidad que te propongo» (Proust, 1921).

BIBLIOGRAFÍA

- BASTIDE M, DOUCET-JABOEUF M, DAURAT V (1985) Activity and chronopharmacology of very low doses of physiological immune inducers. *Immunol Today*; 6: 234-235.
- BASTIDE M, DAURAT V, DOUCET-JABOEUF M, PELEGRIN A, DORFMAN P (1987) Immunomodulator activity of very low doses of thymulin in mice. *Int J Immunother*; 3: 191-200.
- BASTIDE M, LAGACHE A (1992) The paradigm of signifiers. *Atelier Alpha Bleue. Paris*.
- BATESON G (1972) Steps to an ecology of mind. Chandler Publishing Company, New York.
- CARRIERE V, DORFMAN P, BASTIDE M (1988a) Evaluation of various factors influencing the action of mouse α , β interferon on the chemiluminescence of mouse peritoneal macrophages. *Ann Rev Chronopharmacol*; 5: 9-12.
- CARRIERE V, DORFMAN P, FLORENTIN I, BASTIDE M (1988b) Adherent LGL without NK activity modulates the chemiluminescence of mouse macrophages stimulated in vitro by α , β interferon. *Int J Immunopharmacol*; 10 (suppl 1): 23.
- CARRIERE V, BASTIDE M (1990) Influence of mouse age on PMA-induced chemiluminescence of peritoneal cells incubated with α , β interferon at very low and moderate doses. *Int J Immunother*; 6: 211-214.
- CHAGNAUD JL, BOUREME A, FAIDERBE S, GEFFARD M, (1991) Visualization of a protein involved in seric immune complexes of patients with epithelial tumors having elevated levels of anti-"benzo[a]pyrene-like" IgA. *Cancer Letters*; 60: 229-235.
- CHAGNAUD JL, FAIDERBE S, GOSSET, GEFFARD M (1993a) Characterization of monoclonal anti-idiotype antibody, internal image of conjugated benzo[a]pyrene. In: Polycyclic aromatic compounds: synthesis properties analytical measurements, occurrence and biological effects (PAH XIII), Garrigues P, Lamotte M, eds. Gordon and Breach Science Publishers. New York. pp 1119-1126.
- CHAGNAUD JL, FAIDERBE S, GEFFARD M (1993b) Comparison of in vivo administration of benzo[a]pyrene and monoclonal anti-idiotype antibody, internal image of benzo[a]pyrene to Sprague-Dawley female rats. In: Polycyclic aromatic compounds: synthesis properties, analytical measurements, occurrence and biological effects (PAH XIII), Garrigues P, Lamotte M, eds. Gordon and Breach Science Publishers. New York. pp 663-672.
- DAURAT V (1988) Modulation de la réponse immunitaire de la souris par des doses infrapharmacologiques d'immunomédiateurs (thèse doctorat sc pharm biol). Université de Montpellier.
- DAURAT V, CARRIERE V, DOUYLLIEZ C, BASTIDE M (1986a) Immunomodulatory activity of thymulin and α , β interferon on the specific and the nonspecific cellular response of C57BL/6 and NZB mice. *Immunobiology*; 173: 188.
- DAURAT V, SIZES M, DOUCET-JABOEUF M, GUILLEMAIN J, BASTIDE M (1986b) An immuno-pharmacological study on very low doses of mediators in mice. 6th International Congress of Immunology, Toronto, Canada.
- DAURAT V, DORFMAN P, BASTIDE M (1988) Immunomodulatory activity of low doses of interferon α , β in mice. *Biomed Pharmacother*; 42: 197-206.
- DAVENAS E, POITEVIN B, BENVENISTE J (1987) Effect of mouse peritoneal macrophages of orally administered very high dilutions of silica. *Eur J Pharmacol*; 135: 313-319.
- DOUCET-JABOEUF M, GUILLEMAIN J, PIECHACZYK M, KAROUBY Y, BASTIDE M (1982) Evaluation de la dose limite d'activité du facteur thymique sérique. *CR Acad Sci*; 295, III: 283-287.
- DOUCET-JABOEUF M, PELEGRIN A, COT MC, GUILLEMAIN J, BASTIDE M (1984) Seasonal variations in the humoral immune response in mice following administration of thymic hormones. *Ann Rev Chronopharmacol*; 1: 231-234.
- DOUCET-JABOEUF M, PELEGRIN A, SIZES M, GUILLEMAIN J, BASTIDE M (1985) Action of very low doses of biological immunomodulators on the humoral response in mice. *Int J Immunopharmacol*; 7: 312.
- FAIDERBE S, CHAGNAUD JL, GEFFARD M (1992) Identification and characterization of a specific autoantiphosphatidylinositol immune response during the time course of benzo[a]pyrene-induced malignant tumor in female Sprague-Dawley rats. *Cancer Research*; 52: 2862-2865.
- FREUD S (1921) *Psychologie des masses et analyse du Moi*. Payot. Paris. 1983.
- GEFFARD M (1993) Action curative d'un anticorps anti-idiotype image interne du benzo[a]pyrene sur les tumeurs induites par le benzo[a]pyrene chez les rats femelles Sprague-Dawley (communication personnelle).
- GUELLATI M (1990) Les relations immuno-corticotropes: effets de la burséctomie embryonnaire et du traitement substitutif par la bursine (thèse). Université des sciences et techniques du Languedoc.
- HALM R (1993) Actualité et modernité de la recherche en homéopathie (thèse doctorat pharm). Université de Montpellier I; 200 p, 272 ref.
- KANT E (1786) *Qu'est-ce que s'orienter dans la pensée?* Vrin. Paris. 1971.
- LAGACHE A (1988) *Echos du sensible*. Atelier Alpha Bleue. Paris.
- LAGACHE A (1991) Evolution des modèles logiques dans la science contemporaine. In: *Signals and images*. Bastide M ed. Atelier Alpha Bleue. Paris. pp 73-114.
- LEUNG-TACK J, MARTINEZ J, SANSOT JL, MANUEL Y, COLLES A (1986) Inhibition of phagocyte functions by a synthetic peptide lys-pro-arg (postin). *Prostaglandin Biol Fluids Proc Colloq*; 34: 205-208.
- LEVI P (1989) *Les naufragés et les rescapés*. Gallimard. Paris.
- OBERBAUM M, MARKOVITS R, WEISMAN Z, KALINKEVITS A, BENTWICH Z (1992) Wound healing by homeopathic silica dilutions in mice. *Harefuah*; 123: 79-82.
- PROUST M (1921) *A la recherche du temps perdu XV: Le temps retrouvé*. Gallimard. Paris.
- SHINOSHARA N, WATANABE M, SACHS DH, HOZUMI N (1989) Killing of antigen-reactive B cells by class II-restricted soluble antigen-specific CD8 cytolytic T lymphocytes. *Nature*; 336: 273-275.
- WAGNER H, KREHER B, JURCIC K (1988) In vitro stimulation of human granulocytes and lymphocytes by pico- and femtogram quantities of cytostatic agents. *Arzneim Forsch Drug Res*; 38: 273-275.
- WEISMAN Z, TOPPER R, OBERBAUM M, BENTWICH Z (1991) Immunomodulation of specific immune response to KLH by high dilution of antigen. *Vth GIRI Meeting*, Paris.
- WEISMAN Z, TOPPER R, OBERBAUM M, HARPAZ N, BENTWICH Z (1992) Extremely low doses of antigen can modulate the immune response. *International Congress of Immunology, Budapest, Hungary*, 23-28, agosto 1992.
- YOUBICIER-SIMO BJ, BOUDARD F, MEKAOUCHE M, BASTIDE M, BAYLE JD (1993) The effects of embryonic burséctomy and in ovo administration of highly diluted bursin on adrenocorticotrophic and immune response of chickens. *Int J Immunother*; 9.



IV.4

Evaluación de la homeopatía: objetivos y métodos

B. Poitevin

La evaluación de la homeopatía ha sido objeto de múltiples posicionamientos oficiales u oficiosos en los que, a menudo, se confunden los datos relativos a la evaluación del efecto del medicamento de uso homeopático y los relativos a la evaluación de las consecuencias de la práctica de los médicos homeópatas sobre la salud de las personas tratadas.

El conocimiento detallado de las publicaciones científicas relativas al medicamento y las características de la práctica de los médicos permite descubrir la realidad contradictoria y rápidamente evolutiva de una homeopatía:

- cuyos métodos de evaluación biológica, clínica y física, todas ellas relativas al medicamento homeopático, pueden ser definidos con claridad;
- cuyos resultados de su evaluación experimental permiten integrar esta disciplina en el campo de la evaluación médica y científica;
- cuyo lugar exacto en el ámbito de la salud pública es el de profundizar, especialmente en lo que concierne a la evaluación económica de la homeopatía y su influencia en la calidad de vida; de una forma más general, será necesario conocer mejor en un futuro la dimensión psicosocial de la homeopatía.

El conjunto de estos trabajos no solamente se sitúa en una perspectiva francesa sino que implica también a Europa, América del Norte y los países en vías de desarrollo. En este campo de actividad, que empieza a ser descifrado, sólo los trabajos de rigurosa evaluación, adaptados a las características de la práctica y del medicamento homeopáticos y publicados en revistas de referen-

cia, permitirán situar correctamente el lugar de la homeopatía en la salud pública. Dicha evaluación es una necesidad ética que necesita artesanos y actores en activo más que críticos de arte y polemistas.

PROBLEMÁTICA DE LA EVALUACIÓN EN HOMEOPATÍA

El carácter pasional del debate sobre la evaluación de la homeopatía como intervención terapéutica se deriva de la especificidad y la singularidad de esta disciplina que se expresan tanto en su práctica médica como en su farmacología. La importancia concedida al paciente en el proceso terapéutico del médico homeópata, de entrada, sitúa a esta disciplina terapéutica en una posición intermedia entre la concepción alopatía, centrada esencialmente en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y la concepción psicosomática, centrada principalmente en el paciente. El medicamento homeopático posee la originalidad de estar basado en la observación de los efectos tóxicos y patogénicos recogidos de los individuos "sanos", y de pretender una eficacia farmacológica desprovista de toda toxicidad gracias a los procesos de dilución-dinamización que lo definen legalmente en el ámbito de la farmacopea, manteniendo, sin embargo, para algunos científicos, una duda sobre su realidad "molecular".

Un estudio realista de la homeopatía permite, evitando toda posición partidista, trazar las grandes líneas de su evaluación. La realidad de esta disciplina médica puede resumirse actualmente en tres puntos muy concretos.

Toda referencia a este artículo debe llevar la mención: POITEVIN B.- Evaluación de la homeopatía: objetivos y métodos. - Homeopatía, Cap IV.4 - *Enciclopedia de las Medicinas Naturales* - Ediciones Frison-Roche (París, Francia), 1995.

- la homeopatía es una *realidad social*; es utilizada por una proporción importante de la población francesa (36% de las cuales 5% regularmente, 16% ocasionalmente y 15% excepcionalmente, según el sondeo realizado por el IFOP en 1992¹) pero también en la mayoría de los países europeos, en la India, Brasil y otros muchos países;
- la homeopatía es una *realidad médica*, y ello con un doble aspecto:
 - es utilizada por numerosos médicos; el número exacto en Francia es difícil de precisar pero según su nivel de utilización de la homeopatía, dicho número oscila entre 2000 y 5000; por otra parte, según una encuesta del gabinete Minkowski realizada en 1989, el 49,5% de los médicos generalistas prescribían medicamentos homeopáticos y entre ellos el 23,3% los recetaban a menudo o regularmente (anónimo, 1989);
 - es el objeto de un discurso sobre la salud que tiene la originalidad de hacer intervenir tres factores: la enfermedad, el paciente y el entorno (en sentido amplio) que sería el factor revelador en las predisposiciones del sujeto enfermo; la consideración de estos tres factores condiciona directamente la prescripción;
- la homeopatía es una *realidad farmacéutica* reconocida por la farmacopea europea. En Francia, los principales medicamentos son reembolsados por la seguridad social.

Esta triple realidad social, médica y farmacéutica de la homeopatía le confiere también una realidad económica.

En función de esta complejidad, la homeopatía se sitúa en la intersección de diferentes modelos. En el seno de las medicinas denominadas paralelas, la homeopatía prioriza para algunos el modelo biomédico (Guibert, 1987). En función del utensilio terapéutico que utiliza, la homeopatía debe clasificarse dentro de las terapéuticas medicamentosas (Aulas, 1987) y a este respecto poder ser evaluada según los imperativos del ensayo clínico controlado. Dicha proposición es cierta si nos referimos al método de elaboración de las materias médicas que se basa en la observación de los efectos tóxicos y patogenéticos de los medicamentos. No obstante, aunque la semiología sobre la que se basa la práctica de la homeopatía coincide en parte con la semiología utilizada para describir las formas clínicas de las enfermedades, también integra las características racionales del paciente. La realidad de la práctica homeopática es tal que ésta se centra tanto en el paciente como en sus predisposiciones mórbidas, su trayectoria patológica y sus características generales cuyas reacciones frente al entorno son las más importantes. De forma muy esquemática, el médico homeópata necesita el conocimiento del diagnóstico para poder plantear la indicación de esta terapia sola o en combinación. No obstante, su prescripción se basa en tres

factores: el o los síndromes observados, el paciente y sus características reaccionales y las circunstancias externas.

En función de esta realidad práctica y clínica, la homeopatía «se sitúa en la intersección de las ciencias médicas, humanas, biológicas y físicas, lo cual necesita un procedimiento diversificado adaptado a su realidad práctica y a su método» (Poitevin, 1987b).

En esta perspectiva, la homeopatía no puede ser analizada como referencia única al modelo biomédico puesto que también se incluye en el ámbito psico-social debido a la importancia de los fenómenos relacionados que intervienen en la consulta y la prescripción integrando además, factores filosóficos, espirituales y culturales. Estos diferentes elementos han sido y son de una importancia esencial en el desarrollo de la homeopatía en países como la India y Brasil.

Finalmente, la importancia de los factores psicosomáticos, el papel de los factores del entorno y las hipótesis sobre el mecanismo de acción, acercan la homeopatía a disciplinas como la acupuntura, para la cual se han efectuado proposiciones para su evaluación (Cornillot, 1991).

El tema más desarrollado, aunque también el más delicado, en lo que concierne a la eficacia terapéutica del medicamento de uso homeopático, es el del método de evaluación clínica. Por nuestra parte, describiremos principalmente, el interés y los límites de la aplicación de esta metodología en homeopatía, insistiendo en el hecho de que *este método de evaluación no permite explorar más que parcialmente la verdadera posición de la homeopatía en el ámbito de la salud*. Los demás métodos de experimentación relativos al medicamento de uso homeopático, en biología y en física, están definidos de forma precisa.

Las múltiples dimensiones de la homeopatía exigen la utilización de otros métodos además de los utilizados en el campo biomédico. El proceso conceptual necesita de una reactualización con una visión crítica de los datos «doctrinales», en particular, sobre la estudio tipológico. La evaluación de la práctica de los médicos homeópatas y la evaluación psicológica y social de la homeopatía de el efecto de esta terapéutica sobre la salud todavía no han sido realizados pero pronto se llevarán a cabo las proposiciones relativas a estos temas.

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE USO HOMEOPÁTICO

Esta evaluación utiliza los protocolos experimentales propios de la investigación biomédica, el polo principal de la investigación clínica destinada a demostrar los efectos de los medicamentos de uso homeopático en el hombre sano o enfermo. La investigación dedicada a la actividad biológica y la investigación fisicoquímica relativa a la naturaleza de la información transportada por las altas diluciones utilizadas son esenciales para el estudio experimental del medicamento de uso homeopático.

¹ «L'homéopathie en 1993» (La homeopatía en 1993), Syndicat national de la pharmacie homéopathique (Sindicato nacional de la farmacia homeopática).

EVALUACIÓN CLÍNICA

Concierne a la experimentación con individuos sanos, la base histórica de las patogénesis y la experimentación con individuos sanos destinada a evaluar el efecto terapéutico.

Ensayos en individuos sanos (patogénesis)

La proposición teóricamente rigurosa de someter el conjunto de datos patogénéticos a la experimentación controlada parece del todo irrealizable. Desde una perspectiva práctica, es mucho más útil diferenciar:

- un estudio empírico basado en la observación que permite la actualización de las patogénesis: los síntomas experimentales (observados durante las experimentaciones patogénéticas o durante las intoxicaciones) y cuya mejoría clínica ha sido observada durante la práctica corriente de médicos experimentados correspondiente (Poitevin, 1989b) a la estructura de las Materias médicas modernas (Guermonprez y col., 1987; Demarque y col., 1993).
- un estudio experimental necesario para las nuevas patogénesis a fin de diferenciar los signos clínicos y biológicos específicos de los medicamentos experimentados de los correspondientes al medicamento placebo (Boffa, 1976; Guermonprez y col., 1982).

Para elaborar una materia médica fiable se necesita, además, seleccionar los signos patogénéticos realmente utilizables en clínica humana a través de ensayos abiertos y ensayos a ciegas (Chemouny y Poitevin, 1989) antes de abordar los ensayos clínicos controlados en doble ciego, necesarios para la fase 3. No obstante, la realización de ensayos controlados con el propósito de verificar todos los signos clínicos y todas las indicaciones potenciales de los medicamentos utilizados actualmente es totalmente inabordable debido a la elevada suma de síntomas contenidos en las Materias médicas homeopáticas. Desde un punto de vista pragmático es mucho más útil realizar algunos ensayos controlados bien definidos en su protocolo, las indicaciones terapéuticas escogidas o en los productos seleccionados.

Evaluación de la eficacia terapéutica

La evaluación de la eficacia terapéutica se lleva a cabo según las reglas del ensayo comparativo. En función de si se desea evaluar experimentalmente la eficacia terapéutica de un tratamiento homeopático respecto a un placebo o situar su interés en relación con los tratamientos clásicos, se escogerá el estudio explicativo o el pragmático (Schwartz y col., 1990). El análisis estadístico se efectuará según los métodos adaptados (Laplanche y col., 1991), aunque también se podrá realizar la elección de métodos

estadísticos más complejos, de carácter multidimensional (Benzecry y Maiti, 1992).

De hecho, la correcta dirección de los ensayos, de este tipo depende de su concepción general y del estudio riguroso de cada etapa del protocolo.

Concepción general del ensayo

La concepción general del ensayo variará en función de si se desea comparar el placebo o el tratamiento de referencia con un tratamiento homeopático adaptado a cada paciente o con uno previamente estandarizado.

■ Tratamiento individualizado

El paciente recibe al azar el medicamento escogido por el terapeuta o bien el placebo sin que ni uno ni otro conozcan el tipo de medicamento prescrito. Este tipo de ensayos supone una organización compleja que es realizable sobre todo en medio hospitalario, lo cual, a su vez, supone un problema práctico tanto en Francia como en el resto de países de Europa dados los pocos médicos homeópatas existentes en los servicios hospitalarios. La ventaja de estos ensayos es que la individualización de la elección de los medicamentos está asegurada y que el terapeuta puede efectuar una apreciación global de los síntomas conforme a la realidad del acto terapéutico en homeopatía. El ensayo relativo al tratamiento de la poliartritis reumatoide (Gibson y col., 1980) fue realizado según el esquema descrito, no obstante, y desde un punto de vista global, se han realizado muy pocos ensayos en este sentido.

■ Tratamiento estandarizado

En este segundo caso, lo que falla precisamente es la individualización del tratamiento de forma que los criterios de inclusión de los pacientes en el tratamiento pasan a ser la etapa decisiva.

La mejor inclusión es la que se lleva a cabo según criterios nosológicos clásicos —presencia de signos característicos de la enfermedad tratada— y criterios semiológicos homeopáticos —inclusión de los enfermos que presenten la semiología de los medicamentos comprobados—. El ensayo relativo a la enfermedad de las inserciones (Fisher y col., 1989) fue realizado conforme a este modelo. La dificultad en ensayos de este tipo radica en el número de enfermos que pueden ser incluidos debido a la multiplicidad de criterios.

De la misma manera, y en la mayoría de los casos, el tratamiento homeopático ha sido testado como tratamiento específico de la enfermedad, independientemente de las características del enfermo y/o de la forma clínica de la enfermedad. Ello es posible, por ejemplo, cuando se desea probar la actividad de un isoterápico, o cuando se estima que un complejo o un tratamiento que incluya varios medicamentos unitarios cubren todos los signos de la enfermedad. *El inconveniente de este tipo de ensayos estriba en que se apartan de la estricta aplicación de la relación terapéutica de similitud y de manera diferente según los casos.*

- Para los isoterápicos el mayor inconveniente es debido al hecho de que su prescripción no representa más que un aparte del tratamiento homeopático. Su prescripción aislada presenta una menor eficacia que la de un tratamiento global adaptado no únicamente al agente casual sino también a la forma clínica de la enfermedad y a las características del paciente. Los ensayos de este tipo, pese a que no corresponden en sentido estricto a la homeopatía, presentan el interés de plantear el problema de la actividad de las altas diluciones (Reilly y col., 1986).
- Para los *complejos* cuyas indicaciones se encuentran próximas a las de la nosología clásica, es del todo coherente que su experimentación tenga lugar sin individualización.
- Para los *medicamentos unitarios* se presenta, aparentemente, una incoherencia puesto que su prescripción se lleva a cabo según una "semiología de lo individual" a pesar de que algunos homeópatas utilicen determinadas "recetas". Someter a ensayo el uso de dichas recetas exige mucha precaución debido, por una parte, a la incoherencia que existe entre una prescripción semejante y los "principios" fundadores y organizadores de la homeopatía y por otra, a las divergencias que aparecen entre los médicos homeópatas sobre la eficacia de esas mismas recetas. Conviene mostrarse prudente ante determinadas "certezas" terapéuticas basadas, a veces, en un efecto placebo muy pronunciado debido a la gran confianza que el médico deposita en dicha "receta" y a la que ha sabido comunicar a su paciente, situación que, por otra parte, es válida para cualquier terapéutica.

Las diferentes etapas del protocolo

Deben explicitarse con mucho cuidado. Entre los puntos cruciales señalaremos todos aquellos que garantizan la validez y la pertinencia del ensayo:

- ¿Es el *objetivo del ensayo* demostrar la eficacia terapéutica de las altas diluciones, comparar la eficacia de un tratamiento homeopático con un tratamiento de referencia o bien demostrar la eficacia de la homeopatía en una indicación precisa?
- La *población* sobre la cual se realiza el ensayo ¿debe ser seleccionada en base a criterios particulares?
- Los *criterios de inclusión y de no-inclusión*, en particular los que corresponden a la presencia de las características semiológicas de los medicamentos estudiados, deben ser definidos previamente.
- La *definición de los tratamientos*: será necesario que, teniendo en cuenta los numerosos interrogantes científicos despertados por el efecto de las altas diluciones "dinamizadas", los placebos sean gránulos o comprimidos impregnados con un disolvente que haya seguido idéntica forma de preparación que el control.
- El *seguimiento* debe permitir que el número de errores sea bajo.

- El *cálculo del número de individuos necesarios* es un punto de capital importancia y depende de la diferencia esperada entre los tratamientos comparados así como de la variabilidad de la respuesta a los tratamientos. El número será mayor cuanto menor sea la diferencia esperada entre los dos tratamientos y cuanto mayor sea la variabilidad de la respuesta. En el caso de tratamientos homeopáticos, nos parece del todo realista, basándonos en la experiencia adquirida, considerar que las respuestas a los tratamientos serán muy variadas y ello en función de las diferencias de sensibilidad y de reactividad individuales propias de cada individuo. Además, en muchas patologías en las cuales el efecto placebo es importante, la diferencia esperada entre el tratamiento homeopático y el placebo puede ser estimada como relativamente fiable. El corolario estadístico de esta constatación realista es que suele ser necesario incluir un gran número de individuos si se desea que la *potencia del ensayo, es decir, su capacidad de poner en evidencia la diferencia esperada, sea grande*. Naturalmente, incluir un gran número de individuos implica un coste elevado, una duración de inclusión prolongada y un seguimiento más difícil, no obstante, reducir el número de individuos supone disminuir también la potencia del ensayo y correr el riesgo de no poner en evidencia una diferencia que podría haber sido significativa en un número mayor de individuos. Por otra parte, la atenta revisión de la literatura, la discusión con otros compañeros experimentados y eventualmente la realización de un preestudio sobre un pequeño número de pacientes son necesarias para la evaluar de forma precisa, la diferencia esperada y así determinar el número de individuos que deben ser incluidos en el ensayo.
- Otro punto, aparentemente simple es el de la *elección de los criterios de selección*. De hecho, la elección del principal criterio de selección es decisiva y éste debe ser preferentemente objetivo y medible o bien ser presentado como una expresión cifrada resultado de la combinación de varios criterios independientes. La utilización de un criterio demasiado subjetivo, muchas veces utilizado en homeopatía, provocará críticas del todo justificadas. De la misma manera, multiplicar los criterios de selección no llevará a que los resultados de los ensayos sean más creíbles, sino todo lo contrario.
- Entre los métodos originales, el *método del individuo tomado como su propio control* es muy interesante en homeopatía, no obstante, es necesario controlar que la enfermedad permanezca estable durante el tiempo que dure el ensayo y asegurar que el tratamiento homeopático no provoque un efecto residual persistente durante la administración del placebo. Un método semejante sólo puede ser utilizado en enfermedades crónicas y necesita la determinación, mediante estudios previos de farmacodinámica, del "período de interrupción", duración mínima del período que debe separar la administración de los dos tratamientos (Laplanche y col., 1991). Ahora bien, los estudios de farmacociné-

tica en homeopatía son, en el estado actual de nuestros conocimientos, irrealizables y además, la duración del efecto de los medicamentos de uso homeopático es muy variable según los casos.

- Otros criterios más técnicos, tales como la *acomodación a factores pronósticos* relacionados con el criterio de selección (por ejemplo estadio o antigüedad de la enfermedad) son factores a considerar en relación con los estadísticos responsables del ensayo.

Estas pocas puntualizaciones, no exhaustivas, deben conducir a la realización de un pequeño número de ensayos clínicos controlados, muy correctamente concebidos (Hill y Doyon, 1990; Kleijnen y col., 1991) en particular en lo que concierne a la conformidad con la realidad de la prescripción en homeopatía.

Estudios epidemiológicos

En el ámbito del *efecto preventivo* que los médicos homeópatas le atribuyen, y ello mediante una acción sobre el "terreno", la homeopatía puede ser considerada como una acción destinada a *mejorar el estado de salud* de un grupo. Los métodos epidemiológicos (Bréart y Bouyer, 1991) pueden adaptarse mejor de esta forma de manera que se hace posible la realización de encuestas que permitan la recogida simultánea de información sobre un grupo tratado con homeopatía y sobre un grupo control tratado con otra terapéutica.

La elección al azar a nivel individual sigue siendo indispensable para atribuir una posible eficacia a la intervención (tratamiento homeopático); no obstante, ello no siempre es posible.

INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL

El punto esencial del método de experimentación biológica (ver capítulo IV.1) es la sensibilización del material biológico, siendo la hipótesis de base que el medicamento de uso homeopático ejerce una función reguladora sobre las disfunciones biológicas. La no-sensibilización previa de un sistema biológico puede explicar la no-reproducibilidad de experimentaciones tales como la activación directa de basófilos humanos por anticuerpos anti-IgE.

Además, el resto de puntos a considerar son:

- *el objeto del estudio*: puede tratarse de la investigación de la actividad de las altas diluciones o de la de los medicamentos de uso homeopático sobre un sistema experimental coherente con la acción clínica del medicamento;
- *los factores cronobiológicos y ambientales* susceptibles de modificar los efectos de los medicamentos testados; los controles deben ser organizados con mucho rigor teniendo en cuenta el paradójico carácter del efecto biológico de las altas diluciones;

- *las condiciones de acción de las altas diluciones testadas*: la modificación de la acción de las altas diluciones bajo la influencia de factores químicos o físicos aporta datos indirectos sobre sus posibles mecanismos de acción. La extrapolación apresurada no es conveniente puesto que la acción de dichos factores puede mostrarse variable en función de los productos testados y el modelo experimental escogido.

INVESTIGACIÓN FÍSICO-QUÍMICA

Se trata, en este caso, de métodos normalmente muy precisos en los que las variaciones de los parámetros estudiados son mucho más leves que en biología. La principal precaución a tomar en este tipo de ensayos es eliminar la intervención de los factores que puedan interferir en el método de medida y con ello los falsos positivos. Es por esta razón que la PO₂ se revela como esencial respecto a la medida de los tiempos de relajación en RMN en las muestras testadas lo cual necesita a su vez de controles adaptados especialmente (Demangeat y col., 1992).

Las hipótesis referentes a la naturaleza biofísica de la información (Poitevin, 1993 y ver capítulo VI.1) contenida en las altas diluciones de medicamento de uso homeopático acercan esta terapéutica al modelo biomédico energético priorizado por la acupuntura (Guibert, 1987).

EVALUACIÓN DE LA HOMEOPATÍA AL MARGEN DEL MODELO BIOMÉDICO

La evaluación de la homeopatía no se puede reducir a la investigación de una actividad farmacológica específica. Sus bases conceptuales, la calidad de la práctica de los médicos homeópatas, la dimensión social y cultural de la homeopatía así como el impacto económico de su utilización pueden ser objeto de otros tantos trabajos de evaluación. No obstante, se han realizado pocos trabajos referentes a estos ámbitos por lo que sólo señalaremos aquí algunas líneas directrices.

EVALUACIÓN DE LAS BASES CONCEPTUALES DE LA HOMEOPATÍA

La evaluación de las bases conceptuales de la homeopatía puede ser planteada con la condición de mantenerse al margen de los conceptos de "ley" y de "doctrina". Este tipo de trabajos podrían ser considerados de naturaleza filosófica o epistemológica que trataran de las interacciones entre los principios fundadores de la homeopatía y los datos actuales de la concepción médica y científica. El estudio experimental de este ámbito sólo puede ser planteado con la condición de poder elaborar modelos con clari-

dad. Ahora bien, la dificultad que representa constituir con precisión grupos de pacientes que presenten un "tipo sensible", una constitución o una diátesis determinada recomienda conducirse con prudencia a la hora de afirmar que existen soportes inmunológicos o genéticos precisos que sirven de base para las realidades clínicas reales aunque "imprecisas" (Poitevin y Aubin, 1984).

De forma general, el hecho de que la homeopatía se base en una similitud sintomatológica (y probablemente fisiopatológica) reaccional y no "estructural" conduce a *valorar la interacción individuo-entorno en la concepción del "terreno" y a considerar con circunspección cualquier utilización excesiva de las diferentes tipologías*. Pese a que es normal que los médicos homeópatas posean una concepción personal, basada en su experiencia, del concepto impreciso de tipo sensible es, sin embargo, sorprendente que tales concepciones sean sistematizadas para crear nuevas "doctrinas". En oposición a estas consideraciones dogmáticas, existen concepciones evolutivas de las bases conceptuales de la homeopatía surgidas de la investigación de modelos que permiten explicar los efectos de la terapéutica homeopática en base al conjunto síndrome reaccional-individuo-entorno (Poitevin, 1987a).

EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA

La *evaluación de la calidad del acto profesional* se enfrenta a la actual ausencia de una elaboración de normas para la práctica de la homeopatía (Guibert, 1987). Preparar dichas normas, por ejemplo en el ámbito de la utilización de isoterápicos en el tratamiento de síndromes alérgicos simples, como la polinosis, es, por lo tanto, una necesidad previa. No obstante, si se tiene en cuenta la diversidad de prácticas en el seno de la misma comunidad de médicos homeópatas, es necesario volver a conceder importancia a las *observaciones individuales*, fundamentos históricos de la homeopatía y realidad actual de una práctica cuya ausencia de codificación terapéutica estricta permite una adaptación real a las diferentes demandas de los pacientes.

ASPECTOS PSICO-SOCIALES Y CULTURALES DE LA HOMEOPATÍA

Factores psicológicos y relacionales

La calidad de la relación terapéutica es un elemento importante para la eficacia de la consulta homeopática y ello, además, contribuye al efecto placebo mediatizado por el médico homeópata: calidad de comunicación y de escucha, consulta de larga duración, confianza del médico en su tratamiento y personalización de la receta.

De forma más general, la homeopatía no puede ser desprovista de una *eficacia simbólica*: «Sin haber necesariamente diluido las condiciones de intervención de una eficacia simbólica,

cada una de las medicinas paralelas se basan en un saber y un saber hacer particulares, pero no son ajenas a la intuición de su importancia en la curación del paciente. Este tipo de medicinas hacen del "contacto" su elemento más importante allí donde, la institución médica prioriza otros utensilios con tendencia a mantener la distancia social y cultural. Las consultas a domicilio de estos médicos son mucho más largas, más personalizadas y consideran como en una psicoterapia, las patologías crecientes de la modernidad (estrés, soledad, miedo al futuro, pérdida del sentimiento de identidad propia, etc.); son las medicinas que cuestionan la existencia del sujeto y ofrecen respuestas que no se limitan al órgano o a la función enferma sino que pretenden restaurar los equilibrios orgánicos y existenciales deteriorados, en resumen, son las "medicinas de la persona". Estas medicinas se dan a sí mismas el tiempo de la palabra y de la escucha, el tiempo del gesto y del silencio y exigen de sus médicos una sólida capacidad de resistencia ante la angustia del paciente y restituyen al individuo su plena responsabilidad en la aceptación de sus trastornos» (Le Breton, 1987).

En nuestra opinión, esta larga reseña se adapta muy bien a la práctica de la homeopatía cuya concepción semiológica y la prescripción que de ella se deriva integran el conjunto de los factores propios del individuo, de la enfermedad y de la influencia del entorno en todas sus formas. Terapéutica que se dirige no sólo al síntoma sino a la totalidad del organismo y más allá de la persona enferma de la cual intenta tanto preservar sus estructuras como curar su enfermedad y cuya acción no sólo reside en la simple prescripción de medicamentos homeopáticos. El médico ejerce una eficacia real a través de la acción conjunta de una relación y una terapéutica adaptadas (y a veces la terapéutica no será ni deberá ser exclusivamente homeopática) al individuo enfermo y a la enfermedad-objeto. Y esta acción de salud puede efectuarse en relación con diferentes especialistas si la gravedad de la enfermedad lo requiere, siendo lo esencial que el médico homeópata coordine las diferentes acciones terapéuticas en relación con las necesidades reales del individuo que sufre.

La homeopatía como acción de salud integra tanto los factores sociales como los psicológicos y posee consecuencias en estos dos últimos ámbitos lo cual necesita la intervención de métodos de evaluación apropiados.

Factores culturales y filosóficos

Existe una gran diversidad en la repartición de la homeopatía en el mundo (Aulas y col., 1985, 1991). Nuestra pregunta es si ello se debe a una falta de información o bien a factores filosóficos y culturales que favorecen el acceso de la homeopatía. Los ejemplos del África negra, de la India y del Brasil pueden aportar elementos de respuesta. Muy poco desarrollada en el África negra, la homeopatía es practicada básicamente por no-médicos y ello al margen de las iniciativas puntuales tales como las reali-

zadas en el Camerún (Aubrée y Soh, 1986) y el ejemplo de Nigeria (Fisher, 1989) cuestiona la importancia de una formación de calidad. En contrapartida, en la India, la homeopatía es utilizada por aproximadamente el 10% de la población incluidas las clases sociales más desfavorecidas y además, los organismos gubernamentales aseguran el desarrollo de la enseñanza y la investigación (Singh V.P. y K., 1989). En Brasil, la homeopatía está conociendo un intenso desarrollo desde hace años (De Freitas, 1985; Vervloet, 1989) y pese a que este país está realizando un gran esfuerzo de investigación (Poitevin, 1989a) tampoco hay que olvidar el papel de los factores filosóficos que han favorecido la implantación de la homeopatía, especialmente el espiritismo. Hasta 1960, la homeopatía se utilizaba básicamente en los ambientes espiritistas (Aubrée y Laplantine, 1990), fenómeno que dista mucho de haber desaparecido totalmente hoy en día (Bertolli Filho, 1990). Tales hechos por muy singulares que puedan parecer, atraen el interés, de forma legítima, de sociólogos y antropólogos (Aubrée y Laplantine, 1990) los cuales recuerdan que toda actividad médica es dependiente de la sociedad y del contexto cultural en el que se expresa.

EVALUACIÓN ECONÓMICA.

En este sector son posibles dos tipos de estudios en la actualidad:

- los trabajos relativos a los métodos de estudio del impacto económico de la utilización de los medicamentos homeopáticos: en este sentido se está realizando un método de medida del consumo de bienes y servicios de salud de dos cohortes de pacientes de las cuales una utiliza una estrategia de cui-

dados homeopáticos y la otra una terapéutica distinta (Chaufferin y Duru, 1992; Espinosa y col., 1992);

- datos extraídos de la Caja Nacional de Seguros de Enfermedad de los trabajadores asalariados (1992): en 1991, el análisis comparativo entre generalistas y homeópatas evidenció una diferencia del 10% respecto a costes anuales, siendo la homeopatía la terapéutica de menor coste.

Los trabajos metodológicos efectuados actualmente por los especialistas en economía de la salud a fin de evaluar el impacto económico de la homeopatía proporcionarán en un futuro elementos de información de gran utilidad.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

Este estudio general de la evaluación de la homeopatía pone en evidencia la extensión del trabajo que resta por realizar sobre todo si se tienen en cuenta otros parámetros no desarrollados aquí tales como los referentes a la evaluación económica, la calidad de vida o la posibilidad de evaluar el efecto de la terapéutica homeopática a largo plazo sobre los indicadores de salud global.

Los estudios biológicos y los ensayos controlados han inscrito el medicamento de uso homeopático en el campo de la *evaluación de tipo experimental*; pero la homeopatía posee también una *dimensión psico-social* y debe precisarse su función como acción de salud, particularmente mediante los estudios de observación (Bréart y Bouyer, 1989).

Responder a la espera de las poblaciones que usan esta terapéutica en países de realidades socioculturales y económicas múltiples debería llevar a las autoridades de estos países a *integrar dichos programas de evaluación en su política sanitaria*.

BIBLIOGRAFÍA

- Anónimo (1989) Sondage: sept généralistes sur dix croient à l'efficacité de l'homéopathie, mais... J Intern Méd; 136: 35-38.
- AUBRÉE P, SOH J (1986) Homéopathie au Cameroun. Homéo Fr; 74: 195-200.
- AUBRÉE M, LAPLANTINE F (1990) La table, le livre et les esprits. JC Lattès. Paris. pp 216-219.
- AULAS JJ (1987) Difficultés méthodologiques d'une évaluation rigoureuse des médecines parallèles. In: Comprendre le recours aux médecines parallèles. CRIOC (Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs). Centre de sociologie de la santé, GERM. Bruxelles. pp 215-218.
- AULAS JJ, BARDELAY G, ROGER JF (1985) L'homéopathie. Editions médicales. R. Bette. Paris. 403 p.
- AULAS JJ, BARDELAY G, ROYER JF (1991). L'homéopathie. Etat actuel de l'évaluation clinique. Frison-Roche. Paris.
- BENZECRI JP, F, MAITI GD (1992) Pratique de l'analyse des données. Statistic. Paris. 535 p.
- BERTOLLI FILHO C (1990) Homeopatia e espiritismo: em torno do imaginário social. Revista Homeopatia, São Paulo; 55: 72-78.
- BLONDEL B, SAUREL-CUBIZOLLES MJ, CHWALOW J (1991) Evaluation psychologique et sociale. Rev Epidémiol Santé Publique; 39: 531-542.
- BOFFA MC (1976) Expérimentation du venin de *Naja nigricollis*. Ann Homéo Fr; 5: 478-492.
- BREART G, BOUYER J (1989) L'évaluation. L'exemple de la périnatalité. In: Santé publique, Brucker G, Frassin D eds. Editions Marketing. Paris. pp 840-847.
- BREART G, BOUYER J (1991). Méthodes épidémiologiques en évaluation. Rev Epidémiol Santé Publique; 39 (suppl 1): S5-S14.
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (1992) Carnets statistiques; 61.
- CHAUFFERIN G, DURU G (1992) Style de vie, culture médicale et consommations médicamenteuses. In: Health systems, the challenge of change. Ghytil MK, Duru G, Van Eimeren W, Flagle CD eds. Omnipress. Praga. pp 967-990.
- CHEMOUNY B, POITEVIN B (1989) La recherche clinique en homéopathie. Homéo Fr; 77: 27-41.
- CORNILLON P (1991) Méthodologie de l'évaluation et acupuncture. Rev Fr Acup; 65: 51-61.
- DE FREITAS FJ (1985) L'homéopathie au Brésil. Homéo Fr; 73: 213-216.
- DEMANGEAT JL, DEMANGEAT C, GRIESE POITEVIN B, CONSTAN-
TINESCO A (1992) Modification des temps de relaxation RMN à 4 MHz des protons du solvant dans les très hautes dilutions de silice/lactose. J Méd Nud Biophys; 16: 131-145.
- DEMARQUE D, JOUANNY J, SAINT JEAN Y, POITEVIN B (1993) Pharmacologie et matière médicale. CEDH. Paris.
- ESPINOSA J, CHAUFFERIN G, DURU G (1992) Étude de consommation de biens et services de santé de deux groupes de patients. Économétrie de la protection sociale. XXXVe Conférence internationale, San José, Costa Rica, 22-24 avril 1992; pp 83-89.
- FISHER P (1989) Homeopathy in Nigeria. Br Homeo J; 78: 171-173.
- FISHER P, GREENWOOD A, HUSKISSON EC, TURNER P, BELON P (1989) Effect of homeopathic treatment on fibrositis (primary fibromyalgia) Br. Med J; 299: 365-366.
- GIBSON RG, GIBSON SLM, McNEILL AD, WATSON-BUCHANAN W (1980) Homeopathic therapy in rheumatoid arthritis: evaluation by double-blind clinical therapeutic trial. Br J Clin Pharmacol; 9: 453-459.
- GUERMONTREZ M, TRAISNEL M, BONIFACE M (1982) Expérimentation pathogénétique de la naloxone. Ch Biothér; 73: 23-29.
- GUERMONTREZ M, PINKAS M, TORCK M (1987). Matière médicale homéopathique. Boiron. Sainte-Foy-Lyon. 835 p.
- GUIBERT R (1987) Evaluation des médecines parallèles. In: Comprendre le recours aux médecines parallèles. CRIOC, Centre de sociologie de la santé, GERM. Bruxelles. pp 230-232.
- HILL C, DOYON F (1990) Review of randomized trials of homeopathy. Rev Epidémiol Santé Publique; 38: 139-147.
- KLEIJNEN J, KNIPSCHILD P, RIET G (1991) Clinical trials of homeopathy. Br Med J; 302: 316-323.
- LAPLANCHE A, CON-NOUGUE C, FLAMAND R (1991) Méthodes statistiques appliquées à la recherche clinique (5^e impression). Flammarion Médecine Sciences. Paris. 165 p.
- LE BRETON D (1987) Relation thérapeutique et efficacité symbolique. In: Comprendre le recours aux médecines parallèles. CRIOC, Centre de sociologie de la santé, GERM. Bruxelles. pp 181-185.
- POITEVIN B (1987a) Le devenir de l'homéopathie. Boiron. Sainte-Foy-Lyon. 257 p.
- POITEVIN B (1987b) Évaluation de l'homéopathie. Axes généraux. In: Comprendre le recours aux médecines parallèles. CRIOC, Centre de sociologie de la santé, GERM. Bruxelles pp 226-229.
- POITEVIN B (1989a) La recherche en homéopathie à l'étranger. Homéo Fr; 77: 90-98.
- POITEVIN B (1989b) Fiabilité des pathogénésies. Homéo Fr; 77: 28-32.
- POITEVIN B (1993) Mécanismes d'action des médicaments à usage homéopathique. I: Mécanismes physico-chimiques. Homéo Eur; 1: 41-51.
- POITEVIN B, AUBIN M (1984) Système HLA et conception homéopathique du terrain. Homéo Fr; 72: 129-141.
- REILLY DT, TAYLOR MA, McSHARRY C, AITCHISON T (1986) Is homeopathy a placebo response? Controlled trial of homeopathic potency with pollen in hay-fever as model. Lancet; 2: 881-886.
- SCHWARTZ D, FLAMANT R, LELLOUCH J (1990) L'essai thérapeutique chez l'homme (7^e édition). Flammarion Médecine Sciences. Paris. 297 p.
- SINGH VP, SINGH K (1989) L'homéopathie à l'étranger: Inde. Passé, présent et futur. Homéo Fr; 77: 82-89.
- VERVLOET AE (1989) L'homéopathie à l'étranger: Brésil. L'homéopathie et ses problèmes. Homéo Fr; 77: 77-81.

CAPÍTULO V — EL MEDICAMENTO DE USO HOMEOPÁTICO

V.1 Reglamentación y control

J. Abecassis
Ch. David Etève

La homeopatía ha gozado, en los últimos treinta o cuarenta años, tanto en Francia como en la mayoría de los países europeos, de una demanda creciente por parte de los médicos y de un público deseoso de recurrir a una terapia eficaz, no yatrógena y que presenta una relación beneficio/riesgo particularmente positiva.

Este desarrollo ha planteado a las autoridades sanitarias de cada país el problema de la reglamentación de la fabricación de los medicamentos homeopáticos. Dichas autoridades se encuentran ante la alternativa de:

- no elaborar un reglamento;
- o elaborar un reglamento y en este caso, ¿según qué modalidades?

La ausencia de reglamentación es la peor de las soluciones puesto que deja la puerta abierta a todo tipo de abusos permitiendo a cualquier persona fabricar cualquier cosa, en cualquier lugar y sin importar cómo.

Las autoridades sanitarias, cuya función es la de preservar el interés de la salud pública, tienen la obligación de elaborar una reglamentación que permita garantizar al consumidor la calidad del producto fabricado conforme a las normas de fabricación y control.

Dicha reglamentación, para ser eficaz, debe llevarse a cabo en tres direcciones:

- los establecimientos de fabricación;
- la lista de productos homeopáticos cuya fabricación esté expresamente autorizada;
- las normas y protocolos de fabricación y de control.

REGLAMENTACIÓN

EL MEDICAMENTO HOMEOPÁTICO EN FRANCIA

En Francia existe una reglamentación oficial para la homeopatía que además es actualizada a medida del desarrollo de la terapéutica homeopática.

Toda referencia a este artículo debe llevar la mención: ABECASSIS J. y DAVID-ETÈVE Ch. - El medicamento de uso homeopático. Reglamentación y control - Homeopatía, Cap. V.1 - *Enciclopedia de las Medicinas Naturales* - Ediciones Frison-Roche (París, Francia), 1995.

El ministerio de Sanidad en colaboración con las instancias profesionales homeopáticas realizó en Francia una primera codificación reglamentaria de la fabricación de los medicamentos homeopáticos en forma de un decreto publicado en el *Journal officiel (Boletín Oficial del Estado)* del 21 de diciembre de 1948.

Dicho decreto codificaba los principales métodos de fabricación utilizados en homeopatía (preparación de tinturas madre, diluciones, trituraciones, impregnaciones, etc.) así como las diferentes formas farmacéuticas utilizadas.

No obstante, hubo que esperar a 1965 y a la 8ª edición de la *Farmacopea francesa* para ver incluida una monografía titulada "Preparaciones homeopáticas" que oficializaba la homeopatía en

Francia en el plano farmacéutico, tal y como indicaba el decano Valente en el prefacio de esta obra:

«Francia oficializa la homeopatía introduciéndola en su farmacopea. El continuo favor en que son mantenidas las doctrinas de Hahnemann necesitaba esta inclusión.»

Más recientemente, la 10ª edición de la *Farmacopea francesa*, publicada el 1º de enero de 1983, confirmaba esta oficialización a través de una nueva monografía actualizada.

Dicha monografía fue redactada por un grupo de trabajo "Homeopatía" oficialmente constituido en el seno de la Comisión nacional de la Farmacopea francesa bajo la presidencia del profesor Moreau (también presidente y responsable del conjunto de la Farmacopea francesa) y que incluía:

- representantes del ministerio de Sanidad;
- representantes de la Farmacopea francesa;
- profesores de diversas facultades de farmacia;
- farmacéuticos de la industria homeopática.

Este grupo de trabajo realizó también una guía de "Prácticas correctas de fabricación" en homeopatía que fue oficialmente publicada en 1992 dentro del ámbito de la *Farmacopea* y como complemento de la guía general "alopática" de la práctica correcta de fabricación.

Finalmente, tres monografías "Gránulos inertes", "Glóbulos inertes", "Comprimidos inertes" correspondientes a los principales soportes o excipientes utilizados en homeopatía, han sido objeto de sendas publicaciones oficiales en la *Farmacopea francesa* en diciembre de 1983,

Actualmente, existe una sub-comisión "Homeopatía" en el seno de la Farmacopea francesa, la cual elabora monografías oficiales de fabricación y control de los medicamentos homeopáticos. A día de hoy, han sido publicados en la *Farmacopea francesa* un total de 247 monografías.

En Francia, el medicamento homeopático oficializado por la Farmacopea es un medicamento totalmente, y en este sentido, responde a todas las disposiciones reglamentarias previstas para todos los medicamentos, especialmente las referentes a los establecimientos de fabricación y las modalidades de introducción en el mercado y de reembolso por parte de la Seguridad social.

Los establecimientos de fabricación que preparan los medicamentos homeopáticos necesitan una autorización del ministerio de Sanidad para la apertura del establecimiento farmacéutico lo cual significa que cumplen satisfactoriamente un cierto número de reglas y de exigencias en materia de:

- cualificación del personal;
- locales;
- material.

En el ámbito de las modalidades de introducción en el mercado y de reembolso por parte de la Seguridad social los medicamentos homeopáticos se dividen en tres grandes categorías reglamentarias:

- las especialidades con nombre ficticio: son alrededor de 300 y corresponden a fórmulas unitarias o complejos comercializados con un nombre ficticio y que son objeto de un registro oficial (visado o autorización de introducción en el mercado), se trata normalmente de productos "para el público en general" no retornables por la Seguridad social;
- las especialidades de nombre común: es la categoría de medicamentos más importante y la más utilizada. Corresponde a una lista de 1 163 medicamentos unitarios que han recibido, del ministerio de Sanidad, una autorización de especialidad de nombre común por decreto del 12 de septiembre de 1984, bajo 19 formas farmacéuticas y modelos de presentación; estos productos incluyen un cupón y son reembolsados por la Seguridad social en un 70%;
- las fórmulas magistrales: son el resto de medicamentos homeopáticos unitarios o complejos prescritos por los médicos y preparados extemporáneamente; las modalidades de reembolso de las preparaciones magistrales fueron descritas en el decreto del 12 de diciembre de 1989 y su importe es devuelto por la Seguridad social sólo en el caso de que contengan los medicamentos que figuran en la lista de los 1 163 del decreto del 12 de septiembre de 1984. La presencia de un solo componente que no figure en dicha lista excluye toda devolución por parte de la Seguridad social.

EL MEDICAMENTO HOMEOPÁTICO EN EUROPA

¿Qué pasará con el medicamento homeopático en Europa?

En el actual momento de apertura de las fronteras, nadie puede todavía responder a esta pregunta aunque se han emprendido algunas tentativas de unificación y de reglamentación. Se han lanzado ideas, pero algunas de ellas siguen siendo muy difíciles de realizar, como la de generalizar el régimen de protección social del país más desarrollado al conjunto de la comunidad. Otras, mucho más pragmáticas, mencionan la posibilidad de crear una farmacopea europea. En esta Europa en movimiento, el lugar a ocupar por el medicamento homeopático tiene todas las posibilidades de progresar y ello se debe al creciente interés de que es objeto por parte del público en general.

Actualmente, en Europa, el medicamento homeopático sólo representa el 1% de los balances de la industria farmacéutica y ello estriba, especialmente, en la disparidad en la implantación de la homeopatía en los diferentes países de la CEE.

Esquemáticamente, se puede decir que los países europeos se reparten actualmente, en dos categorías:

- los que han reconocido, reglamentado o registrado bajo formas diversas los medicamentos homeopáticos: Alemania, Francia, Reino Unido, Bélgica, Luxemburgo, Holanda, Dinamarca e Irlanda;

- los que todavía no han reconocido o registrado los medicamentos homeopáticos: Italia, España, Portugal y Grecia.

Entre los países que han reconocido, reglamentado o registrado los medicamentos homeopáticos, bajo formas diversas, se observan diversos puntos de convergencia:

- 1º punto de convergencia. Los textos generales del medicamento que se aplican de igual forma a los medicamentos homeopáticos.
- 2º punto de convergencia. Existe una dificultad, por no decir una imposibilidad reconocida, en aplicar en sentido estricto dichos textos generales a los medicamentos homeopáticos debido a las características específicas de estos últimos con lo cual se hace necesario adaptar estos textos a cada especialidad concreta.
- 3º punto de convergencia. En todos estos diferentes países, ha aparecido una concepción pragmática del problema. En efecto, las autoridades encargadas de la salud se han visto obligadas a tener en cuenta una realidad social, es decir, la demanda creciente de los médicos y de los pacientes de recurrir a esta terapéutica.

La mayoría de los países europeos se han sumado a esta concepción pragmática y realista del tema. La propia Food and Drug Administration (FDA) americana cuyo rigor es conocido por todos, ha reconocido oficialmente los medicamentos homeopáticos sobre la base de una farmacopea homeopática americana de la cual se publicó la 9ª edición en diciembre de 1988.

Las monografías editadas por esta farmacopea (actualmente se conocen unos 1 000) son comercializadas libremente y registradas por la FDA. Cuando se trata de publicaciones para el público en general, "over the counter" (OTC), que incluyen indicaciones terapéuticas, éstas últimas, deben ser justificadas mediante la reseña de bibliografía homeopática.

Las tradicionales diferencias de Europa vuelven a aparecer en el ejercicio de la homeopatía la cual, por razones históricas principalmente, se desarrolló en gran medida en Alemania y en Francia, país donde Hahnemann vivió sus últimos años. Actualmente todavía, estos dos países conservan un cierto avance respecto al resto de países europeos y los laboratorios franceses y alemanes dominan el mercado.

ALEMANIA

Este país todavía fabrica sus productos de una forma muy tradicionalista. En cualquier caso, se trata de un método que presenta la ventaja de ser rápido pero el gran inconveniente de no ser siempre demasiado reproducible.

Alemania posee actualmente, en el ámbito homeopático, un dispositivo reglamentario comparable al existente en Francia cuyo elemento principal es la Farmacopea homeopática alemana. *Homöopathisches Arzneibuch* (HAB) elaborada por un grupo "Homeopatía" en el seno de la Comisión de la Farmacopea ale-

mana y que comporta alrededor de 400 monografías y una monografía general sobre las técnicas de fabricación y control.

Todos los medicamentos homeopáticos poseen un registro oficial con modalidades más leves para aquellos que son objeto de una monografía HAB; estos medicamentos son, por regla general, reembolsados por el sistema de aseguradoras médicas.

REINO UNIDO

La homeopatía es reconocida en este país sobre antiguas bases muy poco evolucionadas. Los medicamentos homeopáticos se comercializan y registran libremente en Inglaterra. Existen dos listas de productos:

- una, de productos vendidos únicamente bajo prescripción médica;
- otra, de productos de venta libre (OTC).

Los medicamentos homeopáticos son reembolsados si proceden de recetas emitidas por el cuadro médico del National Health Service.

BÉLGICA

Los medicamentos homeopáticos son registrados con referencia a la Farmacopea francesa o alemana y no son reembolsados por los organismos aseguradores de enfermedad.

HOLANDA

Existen dos categorías de medicamentos homeopáticos:

- los medicamentos homeopáticos registrados y reembolsados por los organismos de seguro social;
- los medicamentos homeopáticos no registrados, es decir, los productos OTC de venta libre y que no deben comportar indicaciones terapéuticas mayores.

LUXEMBURGO

En este país, no existe legislación específica para los medicamentos homeopáticos que son aceptados y comercializados en base a un certificado del ministerio de Sanidad del país de origen, que testifica que el producto se encuentra en el mercado.

ESPAÑA Y EL RESTO DE PAÍSES DE EUROPA DEL SUR

España es un país en vías de reconocer la homeopatía que bajo el régimen franquista fue totalmente prohibida y que en la actualidad está recuperando la vitalidad de antaño. De hecho, recientemente, se ha planteado al Ilustre Colegio de Médicos el

reconocimiento de las medicinas alternativas, en concreto, la homeopatía y la acupuntura. Respecto a los medicamentos, la Ley del Medicamento de España incluye el medicamento homeopático mediante un Real Decreto de 1990. Respecto a la fabricación, ésta sigue la reglamentación de la Farmacopea Francesa y Alemana a la espera de la elaboración de la reglamentación consensuada de la CEE.

Respecto a Italia, este país no reconoce oficialmente la medicina de Hahnemann, pero el público la exige cada vez con mayor frecuencia. Se ha presentado en el Parlamento italiano un proyecto de ley de reconocimiento de la homeopatía, esperemos que muy pronto sea aprobado.

LA LIBRE CIRCULACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS EN EUROPA

El objetivo del gran mercado europeo de 1993 fue y sigue siendo la libre circulación de personas y mercancías con lo cual, se hace necesario determinar las condiciones que permitirán que los medicamentos homeopáticos circulen libremente entre los diferentes países de Europa.

Un pequeño repaso histórico permitirá aclarar la cuestión. Las leyes que regulan la autorización y distribución en el mercado de los medicamentos en la CEE se incluyen en dos directrices principales: la primera, 65/65/CEE publicada en 1965 (9 febrero de 1965) y la segunda, 75/319/CEE publicada en 1975 (9 junio de 1975).

Dichas leyes precisan que, para distribuir un medicamento, el fabricante debe satisfacer tres criterios de:

- correctas prácticas de fabricación y control de calidad;
- seguridad;
- eficacia,

y para ello, debe proporcionar a las autoridades sendos informes para cada uno de los tres criterios.

No obstante, la CEE ha considerado que dichas leyes, aunque apropiadas, no se adaptaban a cinco de las categorías específicas de los productos listados en la directriz 75/319, que son:

- los sueros;
- las vacunas;
- los derivados de la sangre;
- los productos radiofarmacéuticos;
- los medicamentos homeopáticos.

La CEE indicó como necesaria la necesidad de establecer, en un futuro, reglas específicas para estas cinco categorías. Sin embargo, hubo que esperar hasta el 22 de diciembre de 1986 momento en que una nueva directriz precisó en su artículo 5 que, en el plazo de un año deberían definirse las condiciones referentes a la producción y distribución de los medicamentos exclu-

dos por el artículo 34 de la directriz 75/319/CEE. Como consecuencia, se establecieron y aceptaron por la CEE proyectos de directrices europeas para los sueros, las vacunas, los derivados de la sangre y los productos radiofarmacéuticos.

Respecto a la homeopatía, la Comisión de Bruselas estableció un proyecto de directriz que fue sometido al comité de expertos ad hoc en octubre de 1987 que sólo recibió el voto favorable de dos países (Francia y Alemania) por cuya razón fue aplazado. Tras una serie de modificaciones menores, el informe fue de nuevo sometido en abril de 1988 al comité de expertos, esta vez, cuatro fueron los países (Francia, Alemania, Bélgica y Holanda) que votaron a favor frente a ocho que votaron en contra o en blanco.

En febrero de 1989, una nueva reunión, organizada en Berlín, de los directores del Medicamento de diferentes países europeos, examinó la cuestión y en ella se llegó a un consenso para el establecimiento de una directriz europea sobre el medicamento homeopático, completada por una monografía "Preparaciones homeopáticas" de la Farmacopea europea.

También en 1989, el Consejo de ministros europeo confirmó su voluntad de establecer el mencionado documento. Así fue como dos proyectos de directrices europeas referentes uno a los medicamentos homeopáticos de uso humano y el otro a los medicamentos homeopáticos de uso veterinario, fueron publicados en el *Boletín oficial* de las Comunidades europeas el 1º de mayo de 1990.

Dichos proyectos fueron examinados por las diferentes comisiones y comités consultivos del Parlamento europeo antes de ser aprobados en primera lectura por los diputados europeos en sesión plenaria, el 13 de junio de 1991 al mismo tiempo que otras tres directrices farmacéuticas.

Según el procedimiento habitual, tras el voto favorable de los diferentes comités de expertos, este proyecto fue examinado también por el Consejo de ministros europeo; en Bruselas, el 20 de diciembre de 1991 se aprobó una "posición común" que aprobaba la mencionada directriz con algunos arreglos de detalle. El texto de esta disposición común fue aprobado a continuación, con algunas modificaciones menores, por el Parlamento europeo en segunda lectura, el 8 de junio de 1992. *El Consejo de ministros europeos aprobó definitivamente las directrices concernientes a los medicamentos homeopáticos de uso humano y veterinario, el 22 de septiembre de 1992.* Dichas directrices fueron publicadas a continuación en el *Boletín oficial* de las Comunidades europeas el 13 de octubre de 1992.

Estos textos permiten a cada uno de los miembros de la CEE el plazo de un año (hasta el 31 de diciembre de 1993) para traducir las directrices en su propio derecho farmacéutico nacional y dos años más (hasta el 31 de diciembre de 1995) para aplicarlos. Según lo anteriormente expuesto, a partir del 1 de enero de 1996 deberá ser posible la libre circulación de medicamentos homeopáticos en la CEE.

Paralelamente y bajo la recomendación del Consejo de ministros europeo, se han iniciado conversaciones con el fin de cla-

borar una farmacopea homeopática europea que substituirá progresivamente las farmacopeas oficiales existentes (francesa y alemana) lo cual necesitará un esfuerzo de armonía de las técnicas

de fabricación, diferentes en Francia y Alemania, especialmente para la preparación de tinturas madres y que será conveniente unificar.

De esta forma, la Europa de la homeopatía se construye progresivamente y la directriz europea, publicada definitivamente, proporciona al medicamento homeopático el estatuto oficial de medicamento, algo que todavía no ha alcanzado a algunos países de la CEE.

CONTROL

La obligación legal del control de los medicamentos homeopáticos es idéntica a la de todo medicamento puesto a disposición del público. No obstante, debido a su especificidad, el control de las sustancias de base y la validez de los procedimientos de fabricación ocupan un lugar particularmente importante en la garantía de calidad del producto elaborado. Dichos controles exigen la utilización de todas las modernas técnicas de análisis (cromatografía en capa fina, cromatografía líquida de alta resolución, cromatografía en fase gaseosa, espectrofotometría de absorción atómica, espectrofotometría de absorción infrarroja, densitometría, electroforesis...).

Controlar todo lo que entra en el laboratorio, todo lo que se fabrica en él, todo lo que sale y validar los procedimientos de fabricación es la misión del control de calidad farmacéutica. La definición oficial del medicamento homeopático es la establecida en la 10ª edición de la *Farmacopea francesa* (1983-1992): «Las preparaciones homeopáticas se obtienen a partir de productos, sustancias o composiciones denominadas matrices homeopáticas, mediante el método de desconcentraciones sucesivas denominadas "hahnemanianas". Normalmente, se designan con el nombre latino de la matriz seguido de la indicación del grado de dilución.» Como hemos visto, esta definición se refiere exclusivamente a la forma de preparación.

La guía de *Prácticas correctas de fabricación y producción farmacéuticas* (BPF, 1985), editada por el ministerio de Sanidad, dedica su capítulo XVI a las "Preparaciones homeopáticas".

CONTROL DE LAS MATERIAS PRIMAS

La homeopatía toma sus materias primas de los tres reinos de la naturaleza, el vegetal, el animal y el mineral. Dichas materias primas son extremadamente numerosas y variadas y la nomenclatura de los diferentes laboratorios incluye más de tres mil productos. Los laboratorios homeopáticos acusan ciertas dificultades relacionadas con las características propias del medicamento homeopático.

- Por una parte, la dilución infinitesimal del principio activo, que «hace generalmente imposible todo control del producto acabado» (BPF, 1985) a partir de un cierto nivel de dilución situado alrededor de la 3 CH o 4 CH, incluso aunque se utilicen los métodos analíticos más sofisticados.
- Por otra, la extrema diversidad de las "matrices". Se define como "matriz homeopática" «todo producto, sustancia o composición que de una forma definida sirve como punto de partida de las diluciones hahnemanianas» (*Farmacopea francesa*, 1983-1992). En efecto, la mayoría de laboratorios farmacéuticos clásicos no analizan más que un centenar de productos.

«En consecuencia, la garantía de calidad del medicamento de uso homeopático sólo puede obtenerse mediante el control de las materias primas y sobre todo a través de la definición, la utilización y el respeto riguroso a las prácticas correctas de fabricación y producción farmacéuticas» (BPF, 1985).

Así pues, todo el esfuerzo realizado por los laboratorios respecto a los controles homeopáticos deberá dirigirse al análisis de las sustancias de base y la validez de los procedimientos de fabricación.

CONTROL DE LAS MATRICES DE ORIGEN VEGETAL

Para las materias primas de origen vegetal, la "matriz" está «constituida generalmente por la tintura madre (TM) y por el ma-

cerado glicerinado» (*Farmacopea francesa*, 1983-1992). La homeopatía utiliza un gran número de productos del reino vegetal (cerca de mil quinientas especies diferentes) razón por la cual, muchas veces, se dice de la homeopatía que es una "medicina de plantas".

La mayoría de las plantas (aproximadamente el 90% de los casos) son utilizadas frescas y salvajes, es decir, recolectadas en su hábitat natural. La recolección de las plantas se lleva a cabo según un reglamento preciso de respeto del entorno y de las reservas naturales. La parte de la planta que va a ser utilizada está codificada en las materias médicas. A menudo suele utilizarse la planta entera aunque a veces se emplea sólo una parte de ella: flores, hojas, raíces, corteza, yemas... También hay excepciones a esta regla como por ejemplo *Calendula officinalis* planta que es cultivada puesto que no existe en estado salvaje o algunas plantas exóticas que son utilizadas secas o cultivadas en Francia (Abecassis, 1980).

Control de las plantas

Los laboratorios de botánica efectúan el control de recepción de las plantas frescas llevando a cabo una identificación rigurosa de las especies vegetales mediante la descripción de las flores (Bonnier, 1934; Coste, 1906; Gleason, 1963; Guinochet y col., 1978; Kirikar y col., 1975) y herbarios, completada, en caso de necesidad, por cortes histológicos (tallos de *Equisetum*, raíces de *Helleborus*...) (Catella, 1984), ensayos clínicos y dosificaciones. La verificación de la calidad del conjunto del lote permite asegurar que no existen alteraciones debidas al transporte, plantas parásitas, elementos extraños, tierra... Además, controles microbiológicos aleatorios, la búsqueda de pesticidas (Boughaba, 1991) o de radiactividad (para las plantas de Europa del Este) permiten validar un proveedor o una procedencia.

Para las plantas exóticas utilizadas en estado seco, incluidas en la *Farmacopea francesa*, la reglamentación impone la aplicación de la monografía correspondiente con identificación y dosificaciones. Ejemplos: nuez vómica (dosis de estricnina), quina (quinina), ipeca (emetina)...

Control de la tintura madre

Las TM pueden ser consideradas como materias primas, punto de partida de las diluciones y también como productos acabados puesto que a veces son vendidas en esa forma.

La *Farmacopea francesa*, 10ª edición, en el capítulo de las "Preparaciones homeopáticas" define las TM como «preparaciones líquidas que resultan de la acción del disolvente de un vehículo alcohólico sobre drogas de origen vegetal o animal» (*Farmacopea francesa*, 1983-1992).

En el ámbito del control de las TM, se han realizado importantes trabajos gracias a la colaboración de J. Boiron y de G. Nétien, profesor de la facultad de farmacia de Lyon (Manceau y

col., 1939; Nétien y col., 1980). Desde el 6º suplemento aparecido en enero de 1989 se han publicado en la *Farmacopea francesa* 250 monografías para preparaciones homeopáticas de las cuales 204 se refieren a las TM. Dichas monografías han sido elaboradas en estrecha colaboración entre los diferentes laboratorios homeopáticos y la Comisión nacional de la *Farmacopea*. Los laboratorios, en el marco de su sindicato, habían publicado con anterioridad una obra, *Homéopathie - Pharmacotechnie et monographies des médicaments courants* (Homeopatía - Farmacotecnia y monografías de los medicamentos corrientes) (HPM) en dos volúmenes, uno en 1979 y el otro en 1981 que codificaba la preparación y el control de 186 matrices homeopáticas.

Los controles realizados sobre las TM incluyen caracteres organolépticos, reacciones de identificación, ensayos (contenido en etanol, residuo seco, cromatografía), dosificaciones (siempre que sea posible) y en ocasiones, controles microbiológicos o de toxicidad.

Caracteres organolépticos

Son los primeros criterios de orientación, tales como el color, olor, sabor y sólo sirven para un número restringido de TM: olor a cebolla de *Allium cepa*, olor característico de *Valeriana officinalis*, olor particular de *Boldo*...

Reacciones de identificación

Comprobación de la presencia de los componentes o grupos de componentes principales de la planta mediante reacciones de fluorescencia o de reacciones coloreadas.

- Identificación de grupos químicos: aminoácidos, alcaloides, flavonoides, taninos o fenoles, saponinos, resinas o aceites esenciales, azúcares reductores, derivados del azufre, quinonas, heterósidos cardiotónicos. Ejemplo: una TM rica en flavonoides da, en presencia de gránulos de magnesio y de ácido clorhídrico, una coloración roja (reacción del cianidol) y en presencia de una solución concentrada de hidróxido de sodio, una coloración amarilla.
- Identificación de principios activos bien determinados: colchicina, berberina, hidrastina, cafeína, hipericina, metilesculetol, picrotoxina. Ejemplo: la hipericina presenta una fluorescencia rojo vivo a la luz ultravioleta de 365 nm tras extracción etérea.

Ensayos

- Contenido en etanol (HPM, 1979). Generalmente es del 45, 55 o 65% y más raramente del 90% y normalmente viene determinado en función de la humedad de la parte de la planta utilizada y de la solubilidad de los principios activos contenidos en la planta. La constancia en el grado alcohólico de una TM garantiza la correcta práctica de fabricación y por lo tanto de la óptima extracción de los principios activos.

- Comprobación de la presencia de metanol y de propanol 2, conforme a las prescripciones de la Farmacopea francesa y que debe dar resultado negativo (*Farmacopea francesa*, 1983-1992).
- Residuo seco (*Farmacopea francesa*, 1983-1992). Denominado también residuo de evaporación. Es un buen indicador de la calidad de la preparación y de la riqueza en principios activos de la planta utilizada.
- Cromatografía en capa fina (CCF) (Stahl, 1975; Wagner y col., 1984). Este control siempre se efectúa paralelamente al lote anterior sirviendo como referencia y depositando determinados controles puros. La elección del disolvente se lleva a cabo en función de la polaridad de los constituyentes del vegetal y de sus propiedades físico-químicas. Primero se efectúa una primera lectura bajo luz ultravioleta que permite obtener una "tarjeta de identidad" o "huella digital" de la TM, es la cromatografía de orientación. A continuación se procede a realizar una cromatografía más específica con la intervención de disolventes más selectivos y un reactivo de pulverización adecuado a fin de caracterizar un constituyente o un grupo de constituyentes de la TM (reactivo de difenilborato de aminoetanol para los flavonoides, reactivo de yodobismutato de potasio para los alcaloides, platato de anilina o timol para los azúcares...) (Schmidt, 1982; Bonnet-Ravar, 1983).

Además, la utilización sistemática de placas HPTLC ("high performance thin layer chromatography") asociada a una lectura densitométrica (Girard, 1988; Masse, 1989) permite el control cualitativo y cuantitativo de las TM y de seguir su evolución en el tiempo (estabilidad).

Dosificaciones

Esenciales para las TM de principios activos tóxicos o muy conocidos, la mayoría de ellas figura en la Farmacopea francesa:

- *Belladonna* para preparaciones homeopáticas (PPH): alcaloides totales expresados en hiosciamina;
- *Aconitum napellus* PPH: alcaloides totales expresados en aconitina;
- *Chelidonium majus* PPH: alcaloides totales expresados en quelidonina;
- *Coffea cruda* PPH: cafeína.

Las dosificaciones se realizan mediante métodos clásicos: volumetría y espectrofotometría o por métodos más sofisticados como la cromatografía líquida de alta resolución (CLHP) (Abecassis y col., 1985; Preaubert, 1986; Girin, 1992) cuyas primeras descripciones de dosificaciones fueron objeto de una conferencia conducida por los Laboratorios Boiron, en marzo de 1983, en el congreso de Viena en concreto sobre la dosificación de las TM de alcaloides o flavonoides (David-Erève, 1983). La cromatografía en fase gaseosa (CPG) es utilizada también para la

dosificación de los aceites esenciales y de los compuestos volátiles (Roth, 1983; Zulian, 1987).

Otros controles de calidad

- Control bacteriológico: enumeración de los gérmenes totales, hongos, levaduras, identificación de gérmenes específicos parógenos.
- Control de elementos extraños o impurezas: identificación de los metales pesados mediante espectrometría de absorción atómica.
- Text de toxicidad o de inocuidad: *Conium*, *Caladium*, por ejemplo.
- Identificación de pesticidas.

Control del macerado glicerinado

Estos controles son muy parecidos a los que se efectúan con las TM: contenido en etanol, residuo seco y cromatografía tras una necesaria extracción para eliminar la glicerina.

CONTROL DE LAS MATRICES DE ORIGEN ANIMAL

La homeopatía también utiliza sustancias de origen animal o sustancias biológicas. Conforme a las materias médicas, la matriz puede ser una TM, la sustancia misma (secreciones, polvos, extractos o liofilizados de órganos), productos no definidos químicamente o "matrices para bioterápicos" (secreciones, excreciones patológicas o no, determinados productos del reino microbiano) (*Farmacopea francesa*, 1983-1992).

Animales enteros o partes de animales

Los animales o partes de animales son sometidos esencialmente, a un diagnóstico en el momento de su recepción: *Apis mellifica*, *Cantharis*, *Spongia*, *Coccus cacti*... Las TM, preparadas al 1/20 respecto al peso del animal, son sometidas a controles análogos completamente a los descritos para las TM de origen vegetal: caracteres organolépticos, residuo seco, contenido en etanol, CCM asociada a la densitometría, dosificaciones si es posible (ácido fórmico en *Formica rufa*, cantaridina en *Cantharis*, etc.).

Venenos

Obtenidos a través de organismos especializados en forma de productos liofilizados, los venenos poseen una gran importancia en homeopatía debido a su toxicidad, de hecho, *Lachesis* es uno de los diez medicamentos más prescritos.

Los test practicados antiguamente tales como el test de hemólisis de los glóbulos rojos, el de inhibición de la yema de huevo, han sido reemplazados en nuestros días por tests realizados me-

BIBLIOGRAFIA

- ABECASSIS J (1980) Fabrication du médicament homéopathique. In: Nétien G, Traisnel M, Verain A eds. pp 69-82.
- ABECASSIS J, DAVID-ETÈVE C, SOUN A (1985) The separation of 24 OPA-AA of natural origin and quantitative analysis of tyrosina by means of HPLC. *J Chromatogr*; 8 (1): 135-153.
- BOIRON J (1961) Contrôle de l'imprégnation des granules homéopathiques à l'aide de produits marqués. *Ann Homéo Fr*; 10: 782-790.
- Bonnes Pratiques de Fabrication et de Production Pharmaceutiques (BPF)* (1985) (Cap XVI, 2^a ed) Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale. Octobre 1985.
- BONNET-RAVAT M (1983) Contribution à l'analyse du contenu alcaloïdique d'une teinture mère homéopathique: *Conium maculatum* (tesis doct. farm). Lyon.
- BONNIER G (1934) Flore complète illustrée en couleur de France, Suisse et Belgique (12 tomos). Librairie générale de l'enseignement. Paris.
- BOUGHABA H (1991) Dosage des pesticides organochlorés et organophosphorés dans les teintures mères végétales (tesis doct farm). Lyon.
- CATELLA S (1984) Application de l'histologie à l'identification de quelques végétaux utilisés en homéopathie (tesis doct farm). Lyon.
- COSTE H (1906) Flore de France (3 tomos). Librairie des sciences naturelles. P Klincksieck. Paris.
- DAVID-ETÈVE Ch (1983) Essai d'application de la chromatographie liquide haute performance au contrôle des teintures-mères homéopathiques (conferencia). International Congress of Homeopathic Medicine. Viena.
- DAVID-ETÈVE Ch, FAVIER AM, ABECASSIS J (1979) Essai d'évaluation des méthodes d'imprégnation des granules (informe interno). Lab. Boiron. Lyon.
- DEBOURCIEU L, CHAPERON N, RAYNAUD J (1983) Comparaison de venins de deux vipérides, *Lachesis mutus* et *Crotalus horridus* par électroforesis. *Ann Pharm Fr*; 41 (1): 87-92.
- DEBOURCIEU L, CHAPERON N, RAYNAUD J (1984) Comparaison des venins de trois espèces du genre *Vipera* par électroforesis. *Ann Pharm Fr*; 42 (5): 479-485.
- DORANDEU F (1990) Venins de six *Viperidae*: profils électrophorétiques et activité aggrégante plaquettaire in vitro (tesis doct farm). Lyon.
- GAUCHERAND R, MAILLOT D (1980) Le contrôle en homéopathie. In: Nétien G, Traisnel M, Verain A eds. pp 93-123.
- GAYOT A, MERLE C, TRAISNEL M, GUYOT JC (1981) Granules et microgranules, contrôle de qualité. *Lab Pharm*; 29: 314: 791-794.
- GIRARD A (1988) Validation des techniques de chromatographie couche mince (tesis doct farm). Clermont-Ferrand. Junio, 1988.
- GRIN MA (1992) Étude comparative de huit espèces du genre *Euphorbia* utilisées en homéopathie (tesis doct farm). Lyon.
- GLEASON HA (1963) The New Britton and Brown illustrated Flora of the Northeastern United States and adjacent Canada (4 tomos). Hafner Publishing Company Inc. Nueva York, Londres.
- GUINOCHET M, de VILMORIN R, MANGENOT G (1978) Flore de France (5 tomos). CNRS. Paris.
- Homéopathie: Pharmacotechnie et monographie des médicaments courants (HPM)* (1979-1981) (vol I y II). Syndicat national de la pharmacie homéopathique. Paris.
- KIRTIKAR KR, BASU BD, ICS (1975) Indian medicinal plants (4 tomos, red.). M/s Bishen Singh Mahendra Pal Singh. Delhi.
- LAFAILLE B (1983) Supports inertes pour usage homéopathique (tesis doct farm). Lille.
- LECOMTE D, CHOLVY S, DAVID-ETÈVE Ch y col. (Grupo de trabajo SFSTP Rhône-Alpes) (1986) Validation d'une méthode de dosage par chromatographie liquide. *STP Pharma*; 2: 843-849.
- MANCEAU P, NÉTIEU G, FAURE JF (1939) La caractérisation des teintures officinales par analyse capillaire en lumière de Wood. *Bull Soc Pharm*; 46: 312.
- MASSE M (1989) Étude comparative de 4 espèces de *Strophanthus*: *S. gratus* Franch, *S. hispidus* DC, *S. kombe* Oliv, *S. sarmentosus* DC por chromatographie couche mince et densitométrie (tesis doct farm). Lyon.
- MONIN-VEYRET N (1985) Contribution à l'étude chimiotaxonomique et pratique (contrôles d'identité et de qualité) des principaux venins de serpents utilisés en homéopathie (tesis doct pharm) Lyon.
- NÉTIEU G, TRAISNEL M, VERAINE A (1980) Préparations homéopathiques, enero 1983. 6^o suplemento, enero 1989. 8^o suplemento, enero 1991. 9^o suplemento, enero 1992. 10^a edición.
- PICHON-PRUM N, DEBOURCIEU L, CHAPERON N (1990a) Comparaison des venins de deux *Elapidae*: *Naja naja* et *Naja nigricollis*. *Ann Pharm Fr*; 48 (2): 87-93.
- PICHON-PRUM N, ROLLAND O, DEBOURCIEU L (1990b) Apport de l'électroforesis à la systématique du genre *Agkistrodon* (*Crotalinae*). *Biochem Sus Ecol*; 18(4): 281-286.
- PREAUBERT A (1986) Contribution à l'analyse des teintures-mères homéopathiques par chromatographie liquide haute pression (tesis doct farm). Grenoble. Julio, 1986.
- ROLLAND O (1989) Contribution chimiotaxonomique et pratique des venins de scorpions, de lézards et de serpents (tesis doct pharm). Lyon.
- ROTH MU (1983) Chromatographie en phase liquide des alcaloïdes. Contribution à l'étude d'une teinture-mère homéopathique: *Nicotiana tabacum* (tesis doct pharm). Lyon.
- SHCMIIT MH (1982) *Le Banisteriopsis caapi*, Spruce ex. Griseb, Malpighiacées. Aspect botanique, chimique, pharmacologique (tesis farm). Grenoble.
- STAHL E (1975) Analyse chromatographique et microscopique des drogues. Technique et Documentation. Paris, 251 p.
- WAGNER H, BLADT S, ZGAINSKI EM (1984) Plant Drug Analysis. Springer-Verlag. Berlin. 320 p.
- ZULIAN G (1987) Application de la chromatographie en phase gazeuse au contrôle des teintures-mères homéopathiques (tesis doct farm). Grenoble.

FABRICACIÓN

La homeopatía utiliza para sanar medicamentos cuya preparación es muy sofisticada. Manejando a veces lo ponderal pero sobre todo lo *infinitesimal*, para el cual los controles terminales son actualmente imposibles, el médico homeópata debe sin embargo disponer de remedios de alta fiabilidad terapéutica.

Así pues, deberán tomarse todas las precauciones a nivel de la fabricación del medicamento de uso homeopático por lo que el farmacéutico se convierte en el aval del médico. La galénica homeopática se ve obligada a actuar con el máximo rigor lo cual obliga a definir reglas estrictas tanto en materia de preparación como de dilución y control.

El problema planteado por la homeopatía es tan delicado que el decreto del 12 de septiembre de 1984 incluía una "autorización de especialidad de nombre común" -actualmente, "autorización de distribución en el mercado" (AMM)- 1163 medicamentos unitarios.

La cifra parece considerable, ahora bien, estos 1163 productos son todos ellos necesarios para practicar una homeopatía eficaz, sin tener que renegar de su doctrina ni de su práctica. Hace diez años, la lista alcanzaba los 4 000 productos y hace cuatro los 2 000.

Ciertamente, algunos de estos remedios son prescritos con mayor frecuencia que otros. Se les denomina "policrestas" y son de amplia aplicación. Así *Nux vomica*, *Sulfur*, *Thuja* son los tres medicamentos más prescritos y los más fabricados en Francia.

No obstante, volviendo a la lista de 1 163 medicamentos, todos ellos prescritos con frecuencia, señalando que existen, de la tintura madre a la 30 CH, al menos treinta diluciones y ello bajo diecinueve formas farmacéuticas, podemos apreciar las dificultades específicas con las que se encuentran los laboratorios homeopáticos.

La fabricación, el control, el mantenimiento y la gestión de semejante abanico de productos necesitan la preparación de

nuevas técnicas, de aparatos, de invenciones que hacen de la farmacia homeopática francesa una industria piloto tanto a nivel nacional como internacional.

Hasta 1948, las técnicas de fabricación del medicamento homeopático estaban descritas en obras técnicas realizadas por farmacéuticos especializados. La más conocida era la de Ecalle, Delpech y Peuvrier (1898), titulada *Pharmacopée homéopathique française* (Farmacopea homeopática francesa) pero que no tenía ningún valor legal.

El primer texto reglamentario correspondiente a la homeopatía fue el *decreto ministerial publicado en el Boletín oficial del 29 de diciembre de 1948* que incluía codificaciones de las preparaciones homeopáticas oficiales.

La fabricación y la presentación del medicamento de uso homeopático están actualmente reglamentadas por las 8ª (1965) y 10ª (1983) ediciones de la *Farmacopea francesa*, así como por un decreto del 20 de enero de 1992 que incluía el enunciado de las "prácticas correctas de fabricación" (BPF) a respetar en materia de galénica homeopática.

La legislación dispone: «Las preparaciones homeopáticas se obtienen a partir de productos, sustancias o composiciones denominadas *matrices homeopáticas*, mediante el método de desconcentraciones sucesivas denominado "hahnemaniano". Dichas preparaciones se designan normalmente con el nombre latino de la matriz seguido de la indicación del grado de dilución» (*Farmacopea francesa*, 10ª ed.).

Además precisa: «La fabricación de los medicamentos de uso homeopático utiliza normalmente dosis infinitesimales del principio activo. Esta particular característica hace generalmente imposible cualquier tipo de control analítico del producto acabado. En consecuencia, la garantía de la calidad del medicamento homeopático sólo puede obtenerse mediante el control de las materias primas y sobre todo por la definición, la utilización y el respeto riguroso de las "correctas prácticas de fabricación"» (BPF, 1992).

Así pues, los medicamentos de uso homeopático se definen mediante su *modo de fabricación* y se designan con el nombre latino de la droga seguido de la indicación del nivel de dilución.

Toda referencia a este artículo debe llevar la mención: TÉTAU M - Fabricación y formas galénicas - Homeopatía, Cap IV.2 - *Enciclopedia de las Medicinas Naturales* - Ediciones Frison-Roche (París, Francia). 1995.

MATERIAS PRIMAS O MATRICES HOMEOPÁTICAS

Para proceder a las diluciones según la escala decimal o centesimal, se parte de las materias primas o «*matrices homeopáticas*».

MATRICES DE ORIGEN VEGETAL

Son las más numerosas y utilizadas para realizar dos tipos de medicamentos susceptibles de servir de base a diluciones posteriores: las tinturas madre y los macerados.

Tinturas madres (TM)

Las tinturas madres se preparan preferentemente a partir de plantas salvajes frescas, recolectadas en su hábitat natural, allí donde presentan condiciones óptimas de crecimiento, lejos de los focos de contaminación (BPF, 1992) y con un tiempo de espera hasta llegar al laboratorio no superior a las cuarenta y ocho horas. En el caso de que no sea posible (plantas exóticas, plantas raras), las tinturas pueden prepararse a partir de plantas cultivadas o excepcionalmente a partir de plantas secas.

Las TM se obtienen por maceración de tres semanas al menos, en el alcohol apropiado (45 a 90°) y tras decantación con expresión y filtración, ajustadas de tal forma que la graduación del producto final resulte 1/10 respecto a la de la droga deshidratada.

Una excepción: *Calendula officinalis* TM, la tintura de la caléndula, cuya graduación final es 1/20 debido a la riqueza en agua de la planta fresca.

La duración de las TM es de cinco años a partir de la fecha de fabricación.

La recolección de las plantas responde a unas normas muy precisas. Las plantas enteras deberán ser recogidas, con raíz, preferentemente con la mano (BPF, 1985 y 1992) en época de floración, las hojas tras el desarrollo completo de la planta, las flores inmediatamente antes de su apertura total y los frutos y semillas una vez estén maduros.

Antes de utilizar las plantas, se determinará el nivel de humedad mediante desecación de una muestra media a una temperatura inferior a los 105°C.

Macerados

Los macerados son las preparaciones que resultan de la acción del disolvente de una mezcla a partes iguales de alcohol y de glicerol, preparado en maceración durante al menos tres semanas.

Este sistema es utilizado para determinadas partes de las plantas cuya naturaleza de los principios activos reclama esta forma de fabricación: yemas, vegetales recolectados justo antes de su desarrollo, raicillas, brotes jóvenes recolectados justo antes de la apertura de las yemas, semillas o cortezas y todo tipo de tejidos vegetales en estado de crecimiento.

Preparados a partir de plantas frescas, su graduación final es de 1/20 respecto a la droga deshidratada.

Los macerados son distribuidos a partir de la primera dilución decimal preparada con una mezcla de 50 partes de glicerina, 30 partes de alcohol y 20 partes de agua.

MATRICES DE ORIGEN ANIMAL

Un determinado número de medicamentos de uso homeopático proceden del reino animal:

- Las tinturas madres se preparan a partir de un *animal entero*, en general un insecto, o de un órgano extraído del animal. El procedimiento utilizado es también la maceración durante tres semanas en el alcohol de la graduación adecuada. La graduación final es del 1/20 respecto a la droga deshidratada.

Este procedimiento se utiliza tomando como materia prima la abeja *Apis mellifica* TM, la hormiga roja *Formica rufa* TM o incluso *Coccus cacti* (cochinilla) TM, *Cantharis* (Cantárida) TM, *Ambra grisea* (ámbar) TM o *Castor equi* (castaña de caballo) TM.

- Se preparan tinturas madre a partir de *extractos glandulares: tiroides, suprarrenales*, por ejemplo o *extractos tisulares* muy concretos: *cartilago, médula ósea, mucosa de colon*. También en este caso, se utiliza la técnica de la maceración durante tres semanas con graduación 1/20. Las muestras siempre deben proceder de animales sanos.
- Merece una mención especial lo que en galénica homeopática se denomina "*Venenos*". Se trata de secreciones de glándulas de serpientes ofideas recolectadas por institutos especializados y distribuidas a los laboratorios homeopáticos en forma de productos liofilizados. Se preparan mediante trituraciones sucesivas y se comercializan a partir de la 4ª centesimal. A esta categoría pertenecen los remedios como *Lachesis*, *Vipera*, *Bothrops* y *Naja*.

MATRICES DE ORIGEN MINERAL

Las sustancias utilizadas pueden ser:

- cuerpos o compuestos químicamente definidos para lo cual se utiliza la calidad "por análisis" que proporcionan los fabricantes; es el caso de *Sulfur*, el azufre, *Iodum*, el yodo y *Calcareo phosphorica*, el fosfato tricálcico;

- complejos químicos de origen natural; es el caso de *Natrum muriaticum* que no es otra cosa que el cloruro de sodio químicamente puro extraído de la sal marina; también es el caso de *Calcarea carbonica* que no es más que el carbonato de calcio químicamente puro extraído del nácar del interior de la concha de ostra en unas condiciones muy determinadas; de ahí el nombre de *Calcarea carbonica ostreatum* con el que se la conoce;
- productos definidos estrictamente por su forma de preparación: fueron elaborados por el propio Hahnemann y existen tres especialmente importantes: *Causticum* o "Espíritu acre de los álcalis", *Mercurius solubilis* o "Mercurio soluble" y *Hepar sulfur* o "Hígado de azufre" todos ellos productos pertenecientes a la más antigua tradición alquímica.
- minerales recogidos en su yacimiento geológico como por ejemplo: *Graphite*, *Apatite*, *Chalcopyrite*, *Cinabre*.

Estas sustancias de origen mineral se preparan de las siguientes formas:

- si son solubles, en forma de diluciones, por ejemplo: *Iodum* 1ª decimal;
- si son insolubles, en forma de trituraciones sucesivas cuya forma de preparación será precisada más adelante.

Cabe señalar que la denominación TM de droga mineral no existe puesto que el punto de partida de las diluciones sucesivas es la matriz o la sustancia química. Es por esta razón que no existe *Iodum* TM pero si *Iodum* 1ª D.

MATRICES PARA BIOTERÁPICOS

Definición

Según la 10ª edición de la *Farmacopea francesa* (1983) las matrices para bioterápicos son materias primas de origen animal, «productos no definidos químicamente (secreciones, excreciones patológicas o no, determinados productos de origen microbiano)».

Se trata de matrices de origen animal cuya particular naturaleza obliga a que sean sometidas a reglas muy precisas. En efecto, susstituyen a los antiguos *nosodes* anteriormente definidos a través del decreto de 1948, que codificó por primera vez la homeopatía, como los productos obtenidos a partir de cultivos microbianos, de virus y de secreciones o excreciones patológicas.

Estos medicamentos han sido llamados *bioterápicos* porque en su mayoría no han sido objeto de ninguna experimentación patológica y son prescritos por el médico en función de un analogía etiológica. En efecto, sólo *Luesinum*, *Medorrhinum*, *Psorinum*, *Tuberculinum* y *Colibacillinum* disponen de una patogénesis completa.

Clasificación

Actualmente están autorizados veintisiete bioterápicos cuya lista es como sigue:

<i>Anthracinum</i>	<i>Pertussinum</i>
<i>Aviaire</i>	<i>Proteus</i>
<i>Colibacillinum</i>	<i>Psorinum</i>
<i>Diphtherotoxinum</i>	<i>Suero anticolibacilar</i>
<i>DTTAB</i>	<i>Suero de Yersin</i>
<i>Eberthinum</i>	<i>Staphylococcinum</i>
<i>Enterococcinum</i>	<i>Staphylotoxinum</i>
<i>Gonotoxinum</i>	<i>Streptococcinum</i>
<i>Influenzinum</i>	<i>Tuberculinum</i>
<i>Luesinum</i>	<i>Tuberculinum residuum</i>
<i>Medorrhinum</i>	<i>VAB (ex-BCG)</i>
<i>Morbillinum</i>	<i>Vaccinotoxinum</i>
<i>Paratyphoidinum B</i>	

Estas matrices pueden clasificarse en:

- Bioterápicos derivados del bacilo de la tuberculosis
Son cuatro: *Tuberculinum*, *Tuberculinum residuum*, *Aviaire* y *VAB (ex-BCG)*.
 - *Aviaire*: tuberculina obtenida en caldo de cultivo de una cepa de bacilo tuberculoso. *aviaire*, es decir, aislado del pájaro.
 - *Tuberculinum*, a veces abreviado en *TK*: antigua tuberculina de Koch, es la tuberculina bruta del Codex, caldo de cultivo concentrado y filtrado en el cual se han cultivado cepas de bacilos tuberculosos humanos y bovinos. *Tuberculinum* contiene los productos de secreción del BK.
 - *Tuberculinum residuum* o *TR*: solución glicerizada de los principios insolubles en agua del bacilo de la tuberculosis, extraídos por lisis o trituración del cuerpo bacilar. Es la antigua tuberculina residual de Koch.
 - *VAB (ex-BCG)*: es la vacuna biliar Calmette-Guérin.
- Bioterápicos de composición compleja
Incluyen al mismo tiempo la bacteria patógena extraída del hombre o del animal directamente de la lesión y los productos mórbidos reaccionales que resultan de la proliferación de dicha bacteria en el organismo.
 - *Anthracinum*: es el resultado de la lisis de hígados de conejo a los cuales les ha sido inoculado el carbunco y sacrificados en la fase preorgánica de la enfermedad.
 - *Luesinum*: preparado con la serosidad del chancro primitivo sífilítico recogida antes de todo tratamiento. La serosidad debe contener el treponema.
 - *Medorrhinum*: procede de las secreciones uretrales purulentas extraídas de un blenorragico en período de secre-

ción aguda antes de todo tipo de tratamiento. La presencia del gonococo debe ser verificada. Se le puede relacionar con el bioterápico *Gonotoxinum* y la vacuna antigonocócica Codex pero no poseen la misma importancia.

- *Morbillinum*: se prepara a partir de los exudados bucofaríngeos del sarampión antes de haber recibido ningún tratamiento.
- *Pertussinum*: se elabora a partir de expectoraciones de tosferina procedentes del enfermo no tratado.
- Bioterápicos de origen orgánico no microbiano
 - *Psorinum*: serosidad extraída a nivel de una vesícula de sarna del enfermo no tratado.
 - *Pyrogenium*: es el resultado de la autólisis de una mezcla de carne de buey, cerdo y placenta humana.
- Lisados de matrices microbianas simples, definidas con precisión
 - *Eberthinum*: es el resultado de la lisis de bacilos del tifus.
 - *Enterococcinum*: enterococo.
 - *Paratyphoidinum B*: bacilo paratífico B.
 - *Proteus*: *Proteus mirabilis*.
 - *Staphylococcinum*: stafilococo.
 - *Streptococcinum*: estreptococo.

La mayoría de estos bioterápicos no poseen una patogénesis completa y son utilizados para el tratamiento de las afecciones producidas por los gérmenes correspondientes.

Merece una mención especial el *Colibacillinum*, lisado de varias cepas de colibacilos, prescrito en base a conceptos etiológicos y que debe ser utilizado en el tratamiento de estados colibacilares.

Su acción podrá ser complementada con la de *Suero anticolibacilar*, suero anticolibacilar purificado de origen caprino. La 3 D y la 5 CH deben reservarse para los casos agudos.

- Sueros y vacunas

La mayoría de ellos están incluidos en el Codex.

 - *Diphthericum*: suero antidiftérico del Codex.
 - *Diphtherotoxinum*: toxina diftérica diluida, utilizada normalmente para la reacción de Schick.
 - *DTTAB*: vacuna mixta antitífoparatifoidea, antitoxinas diftérica y tetánica.
 - *Influenzinum*: vacuna obtenida a partir de cepas de virus de la gripe asiática y de la gripe común (ARP 8) preparada especialmente para el uso homeopático. Actualmente es actualizada para cada epidemia.
 - *Suero de Yersin*: suero antipestoso cuya indicación principal es el tratamiento de las secuelas de la gripe.
 - *Staphylotoxinum*: anatoxina estafilocócica.
 - *Vaccinotoxinum*: vacuna antivariólica, útil en el herpes, el zona y la varicela.

Presentación

La 3ª dilución centesimal siempre debe satisfacer las pruebas de esterilidad, en ese caso, no existe ningún peligro de contaminación.

Los bioterápicos nunca se presentan por debajo de la 4ª centesimal a excepción de *Suero anticolibacilar* que existe en ampollas bebibles a la 3ª decimal pero también en 4 CH y 5 CH.

Los bioterápicos se presentan siempre *unitariamente* en forma de *gránulos* y *dosis-glóbulos* y nunca en forma bebible salvo el caso de *Suero anticolibacilar*. Tampoco se presentan en inyectables ni en fórmulas asociadas.

MATRICES PARA ISOTERÁPICOS

Definición

Los isoterápicos son bioterápicos preparados extemporáneamente a partir de una matriz procedente del propio enfermo.

Clasificación

Se diferencian en "auto-isoterápicos" cuya matriz procede el propio enfermo y los "hetero-isoterápicos" cuya matriz es aportada por el enfermo, de hecho un *alergeno*, destinados a tratar un terreno alérgico.

- Auto-isoterápicos

Son:

 - productos humores, secreciones o excreciones: *orina*, esencialmente pero también *sangre*, *heces*, *esputos*, *pus*, *escamas de eccema*, *cálculos biliares o renales*; son los casos más frecuentes.
 - bacterias aisladas aportadas por el propio enfermo mediante cultivo sobre un medio apropiado: colibacilo aislado de una orina infectada, estafilococo aislado del pus.
- Hetero-isoterápicos

Son los productos aportados por el enfermo y que le han desencadenado alteraciones patológicas.

De hecho, se trata de los *alergenos* responsables de las alteraciones alérgicas y que pueden ser polvo recogido en la casa, polen, harinas, productos cosméticos, lejías, cementos, etc., lista que puede prolongarse hasta el infinito.

Presentación

La 3ª dilución centesimal debe satisfacer las pruebas de esterilidad.

Los isoterápicos nunca se presentan en diluciones inferiores a la 4 CH y únicamente en las formas farmacéuticas destinadas a la vía oral: gotas, gránulos, dosis-glóbulos, estando excluida la forma inyectable.

DESCONCENTRACIONES DE USO HOMEOPÁTICO

Deseoso de alejarse al máximo del efecto primario tóxico de una sustancia y de potenciar su actividad situándose en la zona terapéutica de similitud, Hahnemann se dedicó a desconcentrar, a diluir, a dinamizar cada vez más estas matrices homeopáticas a fin de alcanzar y obrar en lo infinitesimal.

En medio líquido se obtienen *diluciones*; en medio sólido, *triturasiones*.

Las técnicas homeopáticas incluyen dos procesos concomitantes: la *desconcentración* y la *dinamización*.

Las desconcentraciones son realizadas según la escala centesimal al 1/100 (centesimal hahnemano o CH o C) o decimal al 1/10 (decimal hahnemano o DH o XH, o X).

En su mayoría se realizan según la técnica denominada *hahnemano* definida en la Farmacopea y por tanto oficial.

DESCONCENTRACIÓN SEGÚN LA TÉCNICA HAHNEMANO

Diluciones líquidas

Es la técnica que se utiliza directamente para toda matriz soluble en agua o en alcohol. La escala centesimal comporta una serie sucesiva de diluciones al 1/100 y la escala decimal al 1/10.

La técnica para preparar una dilución centesimal es como sigue:

- Para realizar las diluciones sucesivas se disponen una serie de frascos y tapones nuevos, lavados y secados, en número correspondiente al número de la dilución centesimal que se desea obtener.
- En el primer frasco introduciremos una parte en peso de la sustancia base, completaremos con 100 partes en volumen de alcohol de 70° y agitaremos al menos 100 veces. Esta serie de succiones se conoce con el nombre de *dinamización*. La dilución obtenida mediante este proceso es la *primera centesimal* o 1ª CH.
- Tomaremos una parte en volumen de la primera CH, la vertiremos en un segundo frasco que contenga previamente 99 partes del vehículo y agitaremos de nuevo 100 veces. Obtendremos la *segunda centesimal* o 2ª CH.
- Se realizará el mismo proceso para todas las diluciones centesimales.

CUADRO I. Niveles de dilución y de trituración

Dilución	Concentración	Escala decimal	Escala centesimal
1/10	10 p 100	10 ¹	1° D
1/100	1 p 100	10 ²	2° D
1/1.000	0,1 p 100	10 ³	3° D
1/10.000	0,01 p 100	10 ⁴	4° D
1/100.000	0,001 p 100	10 ⁵	5° D
1/1.000.000	0,0001 p 100	10 ⁶	6° D
1/10.000.000	0,00001 p 100	10 ⁷	7° D
1/1 (18 ceros)		10 ¹⁸	18° D
1/1 (24 ceros)		10 ²⁴	24° D
1/1 (30 ceros)		10 ³⁰	30° D
1/1 (48 ceros)		10 ⁴⁸	48° D
1/1 (60 ceros)		10 ⁶⁰	60° D

Para las diluciones decimales, se opera de la misma manera pero según la serie decimal.

Trituraciones sólidas

Están destinadas a tratar las sustancias insolubles y también pueden prepararse según la escala centesimal o decimal.

- Se obtienen triturando prolongada y cuidadosamente, en general durante veinte minutos y en un mortero de porcelana, la sustancia activa sólida previamente reducida a un polvo fino con una parte de lactosa utilizada como vehículo.
- Se continuará la trituración en las mismas condiciones añadiendo poco a poco el resto de la lactosa. Las cantidades respectivas de sustancia activa y de lactosa se calcularán a fin de obtener la *primera trituración* decimal o centesimal.
- Se tomará una parte de esta trituración y se triturará como en los pasos anteriores con 9 o 99 partes de lactosa a fin de obtener, respectivamente, la *segunda decimal* o la *segunda centesimal*.
- Se operará de la misma manera para obtener la *tercera decimal* o la *tercera centesimal*.
- A continuación se pasará a medio líquido y se procederá como para las diluciones.

Toda sustancia es soluble a partir de la 3 CH lo cual significa la 4 CH en la escala centesimal, y a partir de la 6 DH o sea, la 7 DH para la escala decimal.

El número de operaciones realizadas según la escala decimal o centesimal define el nivel de la dilución o de la trituración obtenida tal y como muestra el cuadro I.

La 30 CH representa el límite de desconcentración admitida por la legislación francesa.

DINAMIZACIÓN

La dinamización es un proceso fundamental y muy específico de la galénica homeopática a la cual Hahnemann adjudicaba la mayor importancia.

«Mediante un procedimiento que le es propio y no se había experimentado hasta ahora, la medicina homeopática extrae y libera, para su uso especial, las virtudes medicinales inmateriales inherentes a las sustancias brutas y ello hasta un punto que en otro tiempo podría parecer inimaginable.

«Esta especial transformación de las propiedades de los cuerpos de la naturaleza, gracias a la acción mecánica de la frotación y la sucusión, desarrolla y potencia su fuerza farmacodinámica latente, enmascarada, porque por este procedimiento, dicha acción mecánica alcanza hasta la estructura elemental de la materia.

«Este *modus operandi* es denominado "dynamiser" "potentialiser" (potenciación de las virtudes medicinales) y los productos que de ello resultan, dinamizaciones o potencias a un determinado grado» (*Organon de l'art de guérir*, § 269).

La dinamización es concomitante de la desconcentración, tal y como ya hemos visto en párrafos anteriores:

- mediante sucusiones, es decir, agitaciones manuales o mecánicas; cien agitaciones representan el número generalmente admitido para cada paso de dilución, número que retomado por la Farmacopea representa aproximadamente un minuto de dinamización;
- mediante trituración cuidadosa y prolongada (frotación) en cada etapa de la desconcentración en medio sólido; normalmente se admite una duración del triturado de unos veinte minutos, aunque la legislación no ha precisado ningún tiempo concreto.

OTRA TÉCNICA: EL MÉTODO KORSAKOVIANO

Se han propuesto y existen otros procedimientos para realizar diluciones y dinamizaciones. Entre ellos, el propuesto por Korsakov es el que normalmente se utiliza además de la técnica hahnemanniana.

Este procedimiento de dilución y dinamización fue ideado por un ruso de alto rango, el conde Simeón N. Korsakov y fue objeto de una publicación en 1832: *Sobre la forma más simple de preparación de los remedios homeopáticos*.

Su originalidad estriba en el empleo, para realizar toda la gama de diluciones, de un frasco único que se vacía en cada dilución por vertido o aspiración. A continuación se añade el equivalente de 99 partes de disolvente siendo la parte restante de la centena el producto adherido a las paredes del recipiente.

Tras la sucusión necesaria para la dinamización, el frasco se vacía de nuevo y se vuelve a llenar con el disolvente para realizar una nueva sucusión de cien agitaciones.

De esta forma se preparan las 6ª, 30ª, 200ª y 1.000ª korsakovianas e incluso diluciones más altas como las 10.000ª (XM), 50.000ª (LXM) y 100.000ª (CM) korsakovianas.

Las dinamizaciones korsakovianas han sido prescritas ampliamente por los homeópatas del mundo entero; no obstante, en 1965, en el momento de la inclusión de la homeopatía en la Farmacopea francesa, el procedimiento de Korsakov no fue aceptado debido a que se le consideró "demasiado impreciso".

Mientras tanto, las diluciones korsakovianas continuaron siendo autorizadas y ampliamente prescritas en el extranjero, especialmente en el resto de los países europeos.

La preparación de dinamizadores automáticos, precisos, permite incrementar y asegurar la fiabilidad del procedimiento con lo cual, el procedimiento de Korsakov ha sido incluido en la Farmacopea homeopática americana, Health Department of United States (HDUS), cuya seriedad es de sobras conocida, y también por esta razón, adoptado por Gran Bretaña.

Europa se constituyó el 22 de septiembre de 1992 y entonces también fue votado por el Consejo de la Comunidad, el decreto C92/73 CEE relativo a las Directrices europeas sobre homeopatía. Dichas directrices reconocían las farmacopeas de cada uno de los Estados miembros por lo que las diluciones korsakovianas han sido autorizadas de nuevo en Francia.

Tal y como subrayan las *Correctas Prácticas de fabricación* (1992:18):

«La preparación de las diluciones debe ser considerada como el estadio más importante de la fabricación del medicamento de uso homeopático.»

El aire que nos rodea presenta su importancia y es por esta razón que la legislación recomienda la implantación de laboratorios de fabricación en zonas donde la contaminación sea lo más baja posible. Los locales deben estar climatizados con aire filtrado y libre de partículas de polvo para lo cual se recurre a los *recintos de flujo laminar* que proporcionan una atmósfera controlada donde el aire está purificado. Los recintos utilizados para la preparación de diluciones homeopáticas deben responder a las normas de la clase 4.000 de contenido en polvo, es decir, menos de 25 partículas de tamaño superior o igual a 5 micrómetros por metro cúbico y menos de 4.000 partículas de tamaño superior o igual a 0,5 micrómetros por metro cúbico.

Finalmente señalaremos que «la fecha de caducidad de una dilución no puede en ningún caso ser posterior a la de la matriz de partida» (BPF, 1992).

Todas las condiciones que deben ser respetadas demuestran el extremo rigor con el que se fabrica el medicamento de uso homeopático.

Hemos abandonado el estadio oficial y artesanal para alcanzar el de la gran industria sin dejar de respetar escrupulosamente la cualidades de preparación indispensables para la fiabilidad del remedio homeopático.

FORMAS GALÉNICAS

Un cierto número de formas farmacéuticas son muy particulares de la galénica homeopática. Otras, por el contrario, son totalmente habituales y pertenecen al ámbito de la farmacia clásica.

FORMAS ESPECÍFICAS DE LA HOMEOPATÍA

Existen tres formas de administración oral:

- el tubo de gránulos,
- la dosis-glóbulo,
- las gotas,

a cuya preparación el farmacéutico homeopático adjudica la mayor importancia puesto que una gran parte de la actividad del remedio homeopático se sitúa a nivel de la vía oral perlingual.

TUBO DE GRÁNULOS O DOSIS-GLÓBULOS

Denominados normalmente "gránulo" y "dosis", muy específicos de la galénica homeopática, ambos están formados por pequeñas bolitas de sacarosa y lactosa de volumen y peso controlados mediante las turbinas rotativas.

El glóbulo presenta un peso medio de 3 a 5 mg y el gránulo de 50 mg, es decir, este último es aproximadamente diez veces más grande que el glóbulo.

Tanto los gránulos como los glóbulos son neutros en un principio por lo que representan un "soporte inerte" y se convierten en medicamentosos al entrar en contacto con la dilución homeopática a través de la técnica de *impregnación*, en la proporción de un 1%: 1 parte de dilución (en volumen) por 99 partes de soporte (en masa). Tras la impregnación son agitados y posteriormente secados a una temperatura inferior a los 40°C.

La impregnación es una fase importante de la fabricación del medicamento homeopático que se realiza en una *relación del 1%* de la dilución medicamentosa respecto a la masa de gránulos o glóbulos a impregnar. La simple absorción basta para explicar la penetración casi al 100% de la dilución en el gránulo y el glóbulo hasta tomar contacto con el núcleo.

Se han propuesto un buen número de técnicas de impregnación tales como la impregnación en flujo continuo o la triple impregnación.

El tubo de gránulos y la dosis-glóbulos llevan el nombre de la dilución utilizada en su impregnación, de forma que un gránulo denominado *Belladonna* 4 CH significa que ha sido impregnado mediante adición al grano neutro de un 1% de la dilución *Bella-*

donna 4 CH. De la misma manera, una dosis-glóbulo *Thuja* 9 CH ha sido impregnada por un 1% de la dilución *Thuja* en 9 CH.

- Un tubo de gránulos contiene aproximadamente setenta y cinco gránulos, y suele reservarse a las diluciones medianas, 4 CH, 5 CH, 7 CH, cuya prescripción diaria es de dos, tres, cuatro o cinco gránulos en cada toma. Se recomienda no tocar el gránulo con los dedos a fin de no alterar la corteza impregnada. Para ello, se proporcionan tapones cuenta-gránulos junto con los tubos.
- La dosis-glóbulo se toma de una sola vez. Ésta es su originalidad y de ahí el nombre de "dosis". Normalmente se reserva a las diluciones más altas, 9 CH a 30 CH y se toma en posología espaciada cada 7, 10 o 15 días.

Gránulos y dosis-glóbulos deben colocarse sobre la lengua y dejar que se deshagan lentamente. Para facilitar la absorción perlingual, es aconsejable no lavarse los dientes ni comer inmediatamente después de haber tomado el medicamento.

LA FORMA DE GOTAS

No es específica de la homeopatía, pero es tan habitual que se ha convertido en característica.

Las gotas están formadas por:

- tinturas madres o macerados de yemas 1 D en cuyo caso suelen presentarse en frasco único de 125 ml; las tinturas madres son fabricadas por los laboratorios los cuales distribuyen cada año varias toneladas de *Fucus* TM, *Pilosella* TM, *Calendula* TM, *Ribes* macerado de yemas 1 D, *Tilia* macerado de yemas 1 D; de todo ello se deduce que la galénica homeopática no sólo maneja lo infinitesimal,
- o diluciones unitarias (productos con AMM) o compuestos (preparaciones magistrales) normalmente a bajas diluciones decimales, prescritas como drenaje; su contenido habitual es de 15 a 30 ml.

La primera decimal de la tintura madre se prepara con alcohol de 60° y las demás con alcohol de 30°.

POLVOS, IMPROPIAMENTE DENOMINADOS "TRITURACIONES"

Los polvos se reservan para las *matrices insolubles* a desconcentraciones bajas, normalmente decimales. Como hemos visto, se preparan mediante trituración de la lactosa en polvo y se presentan en frascos de 15, 30 y 60 g junto a una cuchara de medida.

También pueden ser preparados con sustancias solubles o las diluciones por impregnación al 1%.

OTRAS FORMAS FARMACEUTICAS

Cualquier forma clásica en farmacia puede servir de vehículo para la dilución homeopática.

- *Ampollas bebibles*, en cajas de seis, doce o treinta ampollas. También existen ampollas dosis de toma única. La última desconcentración se prepara con alcohol de 15°.
- *Ampollas inyectables*. La homeopatía inyectable está muy extendida en los países germánicos mientras que en Francia suele corresponder a lo excepcional. En general, se necesita un tiempo bastante largo (un mes) para obtener esta forma de presentación. La dilución inferior a la que se distribuye se prepara con agua para la preparación inyectable. El producto final incluye un soluto inyectable de cloruro de sodio al 0,9% cuya esterilidad debe estar asegurada.
- *Comprimidos* de 0,10 g de una mezcla de sacarosa y lactosa que se impregnan al 2% para las sustancias solubles y que para las insolubles se preparan por compresión de la trituración correspondiente.
- *Pomadas*. Son muy numerosas y se presentan en tubos de 20 g generalmente a base de tintura madre. Las más conocidas son la pomada de Calendula TM® y la pomada de Aesculus

compuesto® y suelen estar fabricadas al 4%. El excipiente empleado es la vaselina o una mezcla de vaselina y lanolina.

- *Supositorios* que contienen 0,25 g de dilución preparada con alcohol al 30% para un supositorio de 2 g. Existen dosis-supositorios que corresponden a una toma única.

Finalmente, cualquier forma galénica tradicional puede servir de vehículo para las diluciones homeopáticas, por lo que también se fabrican jarabes, pociones, óvulos y linimentos normalmente presentados como especialidades que gozan de una AMM propia de un laboratorio y con un nombre de marca o bien en forma de preparaciones magistrales.

La *preparación magistral*, es decir, realizada extemporáneamente según prescripción médica, conserva una importancia considerable dentro de la homeopatía puesto que permite al médico ajustar al máximo su receta a la especificidad del enfermo.

Las preparaciones magistrales suelen ser fabricadas por los laboratorios especializados por encargo de las farmacias o bien por ellas mismas cuando están equipadas con material que responda a las normas de las "correctas prácticas de fabricación".

Gracias al marco reglamentario de la fabricación de los medicamentos, el médico homeopático dispone de productos fiables para ejercer su arte, fácilmente disponibles en todas las farmacias.

Tubos de gránulos y dosis-glóbulos son los más ampliamente difundidos, generalmente a desconcentraciones medianas.

Los gránulos en 4 CH y 5 CH, las dosis en 7 CH y 9 CH representan las tres cuartas partes de la prescripción médica actual.

BIBLIOGRAFIA

Commission Permanente de la Pharmacopée (1965-1968) Codex français rédigé par ordre du gouvernement. Pharmacopée française (10° ed actualizada 1985). Maisonneuve. Moulins-lès-Metz.

Homéopathie. Pharmacotechnie et monographies des médicaments courants (1979) (tomo I). Syndicat des Pharmacies et Laboratoires Homéopathiques. Lyon.

Homéopathie. Pharmacotechnie et monographies des médicaments courants (1979) (tomo II). Syndicat des Pharmacies et Laboratoires Homéopathiques. Lyon.

Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale (1985). Bonnes pratiques de fabrication et de production pharmaceutiques (2° ed) Dir J Off Rép Fr. Paris.

Ministère de la Santé (1989) Pharmacopée française. Monographies de souches pour préparations homéopathiques (6° suppl) Maisonneuve/ADRAPHARM. Paris.

ECALLE H, DELPECH L, PEUVRIER A (1898) Pharmacopée homéopathique française. Baillière. Paris.

HAHNEMANN S (trad. fr. 1952) Doctrine homéopathique ou Organon de l'art de guérir avec glossaire et annotations suivis d'un index établi par le Dr Pierre Schmidt (trad de la 6° ed. alemana) Similia. Paris. 1982.

JAHR HG, CATELLAN A (1853) Nouvelle pharmacopée homéopathique. Baillière. Paris.

TETAU M, TETAU J (1978) Homéopathie (6° ed). Maloine. Paris.

CAPÍTULO VI — LA HOMEOPATÍA EN CUESTIÓN: OBSERVACIONES Y DEBATES

VI.1

P. Cornillot

Las paradojas de la homeopatía: un error de escala

En un primer momento, la exploración de los campos de reflexión abiertos por la homeopatía deja al observador imparcial, de forma irremediable, totalmente perplejo. Cerca de dos siglos después de que Samuel Hahnemann estableciera los grandes principios y definiera las reglas de su práctica, todavía pesan un gran número de dudas tanto sobre los mecanismos que intervienen en la medicina homeopática como en la forma de evaluar su eficacia. Aprovechándose de estas dudas, sus detractores se enzarzan periódicamente, con una extraña violencia, contra esta medicina indigna, según ellos, de figurar en el palmarés de la gloria académica, deshonrosa vicisitud de un pensamiento médico arcaico que demuestra, según ellos, un obscurantismo polvoriento. En el mejor de los casos, se le otorga una cierta habilidad en la utilización del efecto placebo, algo que además se atribuye al tiempo de escucha dedicado a cada paciente.

Frente a todas estas críticas, que no han dejado de aparecer desde los tiempos de Samuel Hahnemann, los homeópatas han dado muestras de un gran estoicismo y se han mantenido alejados de intenciones de demostrar y convencer. Desgraciadamente, semejante actitud ha dejado el campo libre a todo tipo de críticas incluso a las más absurdas y ha justificado todas las presiones llevadas a cabo sobre los poderes públicos y sobre la opinión general con la intención de eliminar la homeopatía del ámbito del reconocimiento médico. Podemos comprobarlo:

«Es necesario eliminar la homeopatía de la medicina institucional. Hay que dejarla libre y ponerla en manos de los char-

latanes, verdaderos charlatanes [...]. En mi opinión, los médicos homeópatas no tienen derecho a la consideración de la sociedad...»

Éstas fueron las declaraciones que, en 1989, realizara el profesor Philippe Meyer, destacado farmacólogo donde los haya, en el libro de Alain de Sédouy *De quoi souffrez-vous, docteur (¿Qué le pasa doctor?)* (Sédouy, 1989).

«Prescribir un medicamento homeopático creyendo en su eficacia, el caso sin duda más frecuente, es mostrar una peligrosa ingenuidad, un candor que conduce a la credulidad, una carencia total de rigor científico y una falta preocupante de espíritu crítico.»

Con estas palabras se pronunciaban C. Béraud, antiguo médico del consejo nacional de la Seguridad Social francesa y G. Johanner, su director general ("Homéopathie-Sécurité sociale: no a la devolución" in *Que Choisir Santé*, 1992, nº 21, pp. 8-9, citado por Poitevin, 1993).

C. Boiron y J. Remy, en su obra *L'Homéopathie, un combat scientifique* (La Homeopatía, una batalla científica), proporcionan otros tantos ejemplos de la sorprendente y aberrante parcialidad mostrada tanto por los portadores de la ciencia dominante como en los campos ajenos a la homeopatía (Boiron y Remy, 1990).

Precisamente este contexto tan apasionado es el que debe servir de marco para la reflexión "científica" sobre los problemas planteados por la homeopatía. Uno de los objetivos unánimes del comité de lectura es ofrecer, en este tratado, un espacio dedicado a la presentación y el análisis de los trabajos de investigación en homeopatía. Completándose a lo largo de los años, esta parte del tratado HOMEOPATÍA se esforzará en reunir el máximo de informaciones críticas a fin de situar el debate en el mejor nivel posible con el constante objetivo de eficacia y honestidad científica e intelectual.

TRES OBSERVACIONES SOBRE LA HOMEOPATÍA

Esta concepción de la medicina se enfrenta directamente con los fundamentos de la lógica ordinaria que preside los discursos oficiales sobre las enfermedades y sus tratamientos. Los principios que fundamentan el pensamiento y la práctica homeopáticos obedecen a diferentes planos y escalas distintas lo cual obliga a suscitar opiniones diferentes.

- El primero concierne a la realidad sociológica y a la vitalidad de la homeopatía.
- La homeopatía es una práctica médica buscada por los pacientes, entre los cuales algunos son seguidores de ella por tradición (familiar en su mayoría), pero que en su mayor parte ha sido reclutada por la constante eficacia demostrada por esta práctica. Otros tantos han llegado a ella por casualidad y muchos como último recurso tras un "largo y penoso recorrido" decepcionante y ruinoso a través de los arcanos de la medicina bio-organo-técnica de determinancia alopatía. En 1986, se evaluó en ocho millones los pacientes que en Francia recurrían a la homeopatía de forma ocasional o corrientemente (*Les médecines différentes, un défi?* 1986; *Las medicinas diferentes, ¿un desafío?*). Actualmente, parece que más del 60% de las personas interrogadas consideran normal recurrir al medicamento homeopático tanto por prescripción facultativa como por automedicación y que un 36% suelen hacerlo normalmente (sondeo SOFRES 1992, citado por Poitevin, 1993). Este fenómeno sociológico no puede explicarse como una aberración colectiva o como resultado de una moda pasajera. Ciento sesenta años de constancia en el uso de la homeopatía poseen la dimensión de una experiencia colectiva difícil de tergiversar o ridiculizar y que por otra parte, pueden llevar al estudio de los posibles fundamentos históricos, sociológicos y culturales que han provocado este enraizamiento.
- Los médicos suelen dedicarse a la homeopatía en «segunda intención», normalmente debido a una trayectoria personal que les ha llevado a una actitud reservada de iniciado más que a un militarismo sectario. Los homeópatas no mantienen un discurso unitario sino que parecen tolerar en su seno la cohabitación de diversas corrientes de pensamiento y de interpretación. Probablemente además de los entre quinientos y dos mil homeópatas declarados como prescriptores exclusivos, los médicos franceses prescriptores ocasionales son mucho más numerosos; en ese caso, escogen una determinada medicación en base a su experiencia personal, la naturaleza del trastorno y el consentimiento del paciente. Más allá de los límites del cuadro académico, los médicos homeópatas gozan de una tolerancia benevolente por parte del cuerpo médico y de la administración, sin duda para algunos, basada en las recomendaciones del Código de la salud que reconoce a la homeopatía el carácter de práctica médica. ¿Se puede

imaginar que, además, estos médicos participan en estudios que permitirán comprender mejor su trayectoria profesional, identificar las posibles particularidades de sus pacientes, conocer la forma de organización y de gestión de sus actividades profesionales y participar en actividades de evaluación?

- La homeopatía representa un sector de actividad nada despreciable para la industria y la distribución del medicamento y a este respecto goza de una base socioeconómica significativamente más importante que el de prácticas tales como la acupuntura o las medicinas manuales. El medicamento homeopático, al poder ser vendido sin receta, puede ser también recomendado por el farmacéutico en base a su información personal y profesional, en consideración del coste que representa para el paciente y del grado de satisfacción de su clientela. Las veintiuna mil farmacias francesas, como todas las farmacias de los países que reconocen la homeopatía, son otros tantos puntos de información y de distribución del medicamento homeopático. En términos de salud pública, de educación sanitaria y de automedicación, ¿no es éste un terreno privilegiado de observación y de acción de prevención?
- En nuestra opinión, la segunda observación debe aplicarse al contenido científico del discurso homeopático sobre las enfermedades y sus tratamientos:
- Actualmente, el principio de similitud se impone en la totalidad del pensamiento y la ciencia médicas, a través de la constatación de que un factor patógeno lo es en tanto en cuanto posee la propiedad de insinuarse en lo más profundo, en lo más íntimo de nuestro sistema de defensas. Actualmente sabemos que únicamente puede conseguirlo debido a que posee una serie de claves y consignas —similitudes— que equivocan, alteran y neutralizan nuestras capacidades de respuesta. ¿Cómo es posible ironizar respecto al principio de similitud al observar que el mundo médico y científico basa todas sus esperanzas en la lucha contra el virus del SIDA o los de las hepatitis virales sobre la respuesta inmunitaria a un fragmento proteínico de membrana, respuesta sin la cual el virus continuará desarrollándose en una simbiosis mortal con las estructuras normales de las células contaminadas?
- El principio de infinitesimalidad plantea dudas sobre la lógica materialista y ponderalista que pretendía regentar todas las relaciones químicas en biología y los efectos farmacológicos de las drogas. Los últimos diez años han aportado tal cantidad de nuevos conocimientos en este campo que podemos pensar que este principio ha dejado de ser un desafío para la lógica de nuestro tiempo. La sensibilidad de las estructuras celulares, en particular las nucleíidas, a las radiaciones electromagnéticas, los mecanismos estéricos y espaciales de la actividad y de la especificidad enzimáticas sin consumo de enzima, la velocidad de las reacciones biológicas (del or-

den de la diezmilésima a millonésima de segundo) (Stryer, 1988), el incremento y la especificidad de los receptores de membrana abren nuevas perspectivas sobre un mundo infinitesimal a descubrir (el córtex cerebral contiene aproximadamente seiscientos millones de sinapsis por milímetro cúbico...) (Changeaux, 1983) que hacen perfectamente posibles mecanismos de acción con o sin soporte material, a escalas increíblemente pequeñas, por no hablar de todos los fenómenos físicos todavía difícilmente aceptables por nuestro sentido común, como por ejemplo, la memoria de los átomos (Brewer y Hahn, in *L'Ordre du chaos*, 1992).

- El principio de globalidad ha emergido lentamente del pensamiento homeopático inicial que priorizaba el principio de la fuerza vital para explicar el carácter reaccional de una sintomatología mórbida. En menos de cien años, el principio de globalidad se ha impuesto ampliamente más allá de los límites de la homeopatía: Reilly, Cannon y después Selye aportarán argumentos decisivos a la idea de un nivel superior de integración/desintegración y de regulación/desregulación de las grandes funciones vitales. Los mecanismos del estrés, la intervención de los mecanismos de alarma y el desencadenamiento del síndrome general de adaptación ilustran la capacidad de una respuesta sintomatológica unívoca frente a agresiones de naturaleza diferente. Las continuas aportaciones de la inmunología amplían sin cesar nuestros conocimientos sobre los mecanismos de protección y de lucha contra los ataques a la integridad de nuestra identidad biosomática y sobre las posibles disfunciones del sistema inmunitario. De esta forma se plantea, en términos completamente nuevos, la cuestión del sentido que debe concederse a las manifestaciones clínicas, expresiones de la respuesta al agente patógeno más que una expresión directa de los efectos de dicho agente. La concepción psicosomática también confiere, a su manera, un significado particular al proceso mórbido que se integra en una problemática individual que combina historia de vida y funciones vitales a unos niveles de organización/desorganización que escapan totalmente a la conciencia y la voluntad. Hoy en día todo converge hacia el reconocimiento del papel decisivo de determinadas estructuras cerebrales (sistema límbico, tálamo, hipotálamo) (ver el excelente libro de J. Rivolier, *L'Homme stressé*, 1989) en la función de integración de las informaciones sensoriales y sensitivas tanto propioceptivas e interoceptivas como exteroceptivas. Dicha función comporta el tratamiento de estas informaciones «por referencia a las líneas marcadas por la experiencia pasada» (Karlí, 1987), su coloración afectiva inconsciente y la puesta en marcha de procesos adaptativos, del más vegetativo al más voluntario, pasando por los instintos, los automatismos y el desencadenamiento de las alarmas. Dichos niveles reconocidos de integración son sede de interacciones más complejas en las que concepciones globales como la homeopatía deberían encontrar plenamente su sentido.

- La tercera observación, finalmente, debería afectar a la determinación de los efectos terapéuticos que durante tanto tiempo ha desafiado a la lógica de los procedimientos normalmente admitidos para la evaluación de los medicamentos. Pese a que a priori no existe ninguna razón por la cual los procedimientos aplicables a la evaluación de los medicamentos alopáticos sea transportable a la de los medicamentos homeopáticos cuyos supuestos mecanismos de acción y las modalidades de prescripción son fundamentalmente diferentes, los médicos homeopáticos y los laboratorios farmacéuticos se han prestado a pruebas muy rigurosas que han permitido deducir progresivamente las reglas de la evaluación del medicamento homeopático (ver en particular, en este tratado, el artículo de Ph. Belon, "Los ensayos clínicos del medicamento de uso homeopático", capítulo IV.2). No obstante, curiosamente, el carácter cada vez más preciso de las pruebas acumuladas no parece haber conseguido que cedan las pasiones, ni calmar los espíritus. Así pues, no nos queda más que desear que la medicina homeopática continúe dotándose de una tecnología propia de evaluación y de procedimientos de experimentación por encima de toda crítica. La rehabilitación y la revalidación constante de las patologías, cuya permanente actualización es una exigencia para la homeopatía, podrían producir los más grandes beneficios.

UN ERROR DE ESCALA

En un artículo ya antiguo (Comillor, 1989), pudimos recordar las provocaciones que representaban para la medicina oficial los diferentes conceptos sobre los que se basa la trayectoria homeopática (curar el mal mediante su similar, prescribir diluciones particularmente elevadas, buscar una eficacia terapéutica global). En este sentido, nos ha parecido importante insistir en esta última parte sobre un aspecto especialmente "provocativo" de la homeopatía a fin de señalar cómo un error de escala puede ocultar un verdadero debate: *el papel atribuido a la vida (o energía vital o proceso de animación de nuestras estructuras físicas y mentales) en los desórdenes, afecciones, síntomas y otras manifestaciones mórbidas*. En la introducción de este tratado, hemos subrayado los problemas del vitalismo en la época de Samuel Hahnemann y a lo largo del todo el siglo XIX a fin de señalar que nada se parecía todavía realmente a lo establecido en nuestros días.

De hecho, tras el vitalismo, echado a perder por los grandes progresos de la fisiología y después de la biología, se perfilaban cuestiones a las que todavía no se ha respondido: ¿qué es la vida? ¿cuál es la naturaleza de la fuerza que anima el "organismo material" que sin ella sería inerte? Nada fácil de responder. Escuchemos primero a Szent-Györgyi, bioquímico premio Nobel 1937, descubridor del ácido ascórbico (in Poletti, 1992):

«Mi carrera ha sido como un descenso desde las dimensiones más grandes a las dimensiones más pequeñas con el deseo de

comprender lo que es la vida. De esta forma he pasado de los animales a las células, de las células a las bacterias, de las bacterias a las moléculas y de las moléculas a los electrones. Y la ironía de esta historia es que las moléculas y los electrones, precisamente, no tienen vida. Y heme aquí de ahora en adelante, obligado a volver sobre mis pasos para subir de nuevo la escalera que con tanto esfuerzo descendí.»

Samuel Hahnemann, al considerar las manifestaciones mórbidas como formas de desorden de la fuerza vital que anima nuestro "organismo material" deseaba comprender cómo actúa esta fuerza sobre el cuerpo:

«Cuando el hombre cae enfermo, esta fuerza inmaterial, activa por sí misma y presente por todo el organismo, es, en un principio, la única que se resiente bajo la influencia dinámica del agente hostil a la vida. Sólo ella, tras haber sido alterada por esta percepción, puede procurar al organismo las sensaciones desagradables que siente y empujarlo a la realización de insólitas acciones que hemos denominado enfermedades [...].

«La alteración, invisible para nosotros, de la fuerza que anima nuestro cuerpo es lo mismo, en efecto, que el conjunto de síntomas que esta fuerza provoca en el organismo, que golpean nuestros sentidos y que, en otras palabras, representan la enfermedad existente. El organismo es el instrumento material de la vida, pero no sabríamos cómo concebirlo sin la animación generada por la fuerza vital que siente y gobierna de manera instintiva, como tampoco dicha fuerza puede ser concebida independientemente del organismo. Ambos son uno solo pese a que nuestra mente divide esta unidad en dos ideas aunque sólo lo hace por propia comodidad [...]» (Hahnemann, 1829, trad. fr. 1856/1986).

Probablemente estas frases sonarán extrañas si se las relaciona con los pensamientos que Claude Bernard consignaba en su *Carnet de notes, 1850-1860* (Bernad, 1965), el famoso "cuaderno rojo":

«No es científico ocuparse de la fuerza vital pero tampoco es conveniente negarla puesto que negándola se afirma otra cosa. La investigación de las causas primeras no es científico.»

«Los vitalistas afirman: los materialistas afirman en sentido contrario. Yo por mi parte digo: no afirmo nada, no sé nada...»

«Para ser sabio es necesario ser materialista en la forma aunque realmente, no se puede serlo en el fondo. No obstante, si no se es en la forma no podríamos entendernos.»

«Hay que ser materialista en la forma y vitalista en el fondo.»

Indecisiones que reflejan muy bien las dudas que habitaron a Claude Bernard durante toda su vida:

«Cuando un pollo se desarrolla en el interior del huevo, no es la formación del cuerpo del animal, en tanto que agrupación de elementos químicos, lo que caracteriza esencialmen-

te la fuerza vital. Dicha agrupación sólo puede llevarse a cabo como consecuencia de las leyes que regulan las propiedades químico-físicas de la materia; pero lo que pertenece esencialmente al dominio de la vida y lo que no pertenece ni a la química, ni a la física, ni a ninguna otra cosa, es la *idea* directriz de esta evolución vital [...]. Durante toda su duración, el ser vivo sigue estando bajo la influencia de la misma fuerza vital creadora y la muerte llega cuando aquélla ya no puede realizarse» (Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, 1865/1984).

De nuevo regresará una y otra vez sobre la misma discusión, sobre el mismo problema en sus *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux* (*Lecciones sobre los fenómenos de la vida comunes a los animales y a los vegetales*) (Bernard, 1878/1966):

«Hemos establecido, en el primer paso, que era inútil intentar *definir* la vida, es decir, penetrar la esencia [...]. Los diversos intentos que se han venido produciendo a lo largo de la historia de la ciencia, con la finalidad de definir la vida, han desembocado todos ellos, como sabemos, en considerarla como un principio particular o como una resultante de las fuerzas generales de la naturaleza, es decir, en dos concepciones, una vitalista y otra materialista. Ambas carecen de base [...], en nuestra opinión, la vida es un conflicto [...] (novena lección).»

Estas pocas reflexiones ilustran muy bien las constantes incertidumbres, todavía actuales, en la manera de aprehender el concepto de vida y su papel en el funcionamiento de las disfunciones del ser humano. Hahnemann precisa muy bien que para él el *distingo* entre fuerza vital y organismo es artificial y debido a una pura comodidad. Claude Bernard alberga las mayores dificultades para definir el acontecimiento y sobre todo ve la vida como un principio de organización y de información genéticamente transmisible, al mismo tiempo en armonía y en oposición con las reglas de la física y de la química. Szent-Györgyi niega a las moléculas y a los átomos cualquier forma de vida posible y parte a la búsqueda de la vida en niveles más integrados. Más próximo a nosotros, E. Schrödinger, el gran físico, no dudó en plantear el problema en términos interrogativos en su libro *Qu'est-ce que la vie? (¿Qué es la vida?)* (Schrödinger, 1944). No obstante, entre estos eminentes pensadores se establece una ambigüedad: la vida de la que habla Schrödinger, bastante próximo a las preocupaciones de Claude Bernard, concierne de forma manifiesta a dicho orden transmitido, la producción "de orden a partir del orden" y no se encuentra en la misma escala que la de Szent-Györgyi o Hahnemann. Hoy en día, somos capaces de ver un poco más claramente esta jerarquización que confía al nivel molecular la carga de las transformaciones químicas orientadas y finalizadas por un equipamiento de catalizadores enzimáticos químicamente definidos y activos al margen de toda estructura viva. Al nivel celular le corresponde una forma de vida

activa o latente regida y transmitida a través del potencial cromosómico. La vida primitiva que se deriva muestra muy bien que la integración definida en términos de vida humana no se encuentra a ese nivel, incluso aunque sea precisamente de ese nivel de donde surjan, a través de la ontogénesis, otras dos dimensiones de la vida:

- primero, el nivel anatómico y funcional de los órganos, al cual corresponde la expresión de la mayor parte de los desórdenes y lesiones; actualmente, sabemos cómo extraer órganos, fragmentos tisulares o un grupo de células y conservarles una vida propia hasta conseguir instalarlos como trasplante en un enfermo; no obstante, el hecho mismo de que puedan ser extraídos de un cadáver muestra muy bien que su "vida" propia sigue siendo diferente de la que nos interesa;
- a continuación, el nivel del funcionamiento global del ser vivo, en el que se encuentra el concepto de vida más elaborado, proceso organizador, "maravillosa facultad que posee un organismo vivo de retrasar su caída hacia el equilibrio termodinámico, la muerte..." (Schrödinger, *op. cit.*).

El error de escala es fácil de detectar: a Samuel Hahnemann sólo le interesaba la forma de corregir los desórdenes inducidos en el nivel más elevado de la organización y la regulación de los procesos vitales del ser vivo. Paralelamente, pero en sentido opuesto, toda la trayectoria biomédica se ha investido masivamente de una metodología que siempre combinaba una concepción más química y molecular de los desórdenes y las acciones terapéuticas así como una localización más anatómica y microscópica de las lesiones. Así pues, no existía ninguna razón por

la cual ambas trayectorias convergieran finalmente puesto que ni su lógica ni sus campos de aplicación eran comunes y ni tan siquiera próximos.

Todo el interés de la evolución de nuestros conocimientos actuales radica, precisamente, en el sensible acercamiento de las ideas y las técnicas, de lo cual cabe esperar, a corto plazo, la posibilidad de unas verificaciones experimentales más amplias de la hipótesis hahnemanniana, al mismo tiempo que la clara comprensión del nivel de organización del cual depende nuestra capacidad para permanecer con vida o morir.

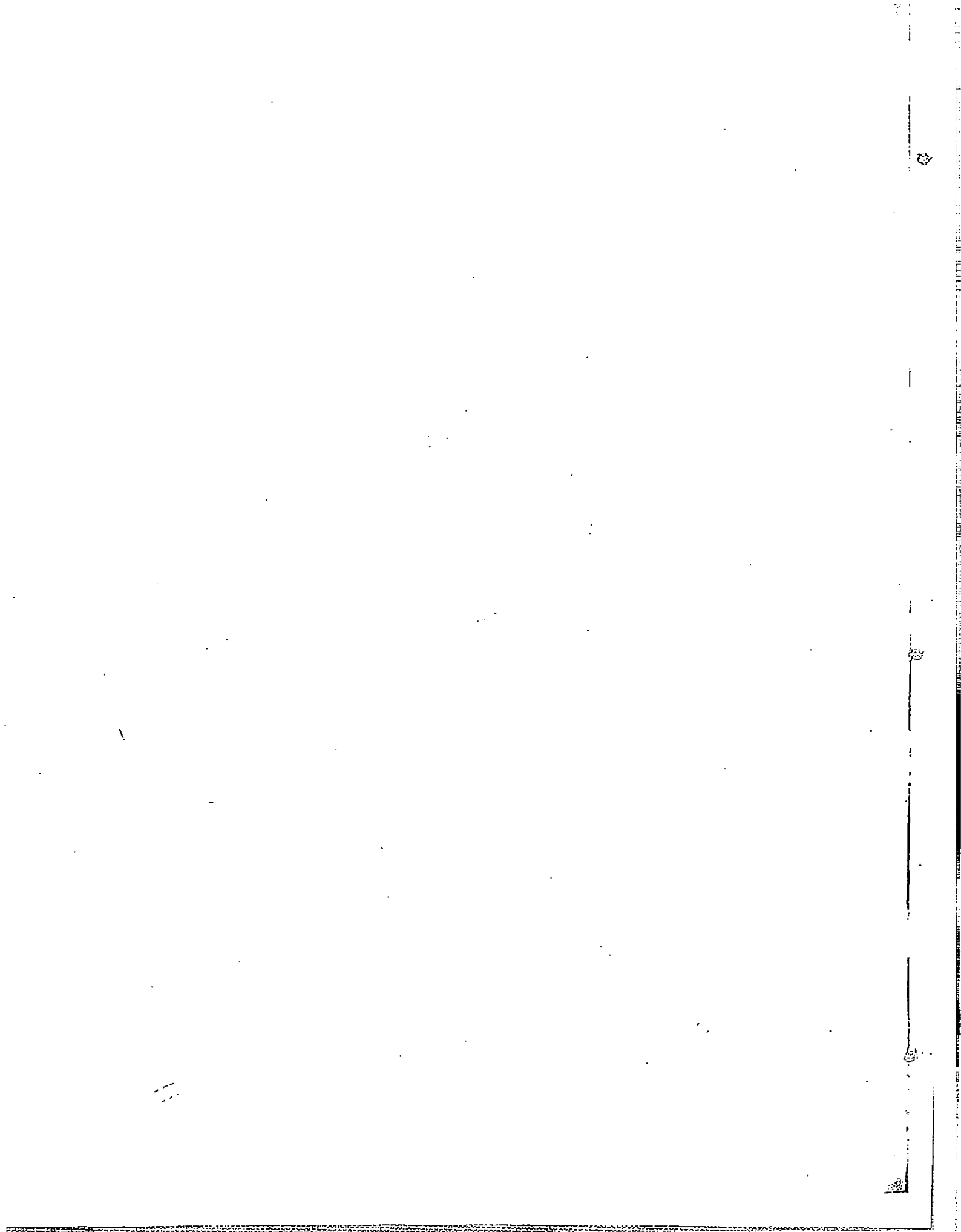
Para acabar, nos gustaría citar un extracto del prólogo que Pierre Gilles de Gennes ha escrito para una obra colectiva sobre el caos (*L'Ordre du chaos*, 1992) (*El Orden del caos*, 1992) y que se adapta muy bien a nuestra reflexión:

"[...] Cada cual tiene, naturalmente, su propia forma de mirar unos fuegos artificiales: uno seguirá de punta a punta una pequeña llama azul, de la misma manera que Swann escucha la sonata de Vinteuil; otro mirará las grandes explosiones de luz [...] Nosotros, operarios cotidianos de la ciencia, somos, muchas veces, fotógrafos apresurados, ansiosos de captar una determinada chispa perdiendo un poco de vista la imagen de conjunto que se está formando a nuestro alrededor. Este libro nos proporciona la ocasión de detenernos [...] Uno de los movimientos importantes de la física actual es, precisamente, esta vuelta a los fenómenos macroscópicos tras las conocidas incursiones en lo infinitamente pequeño."

¿Cómo debemos interpretar las paradojas de la homeopatía: como los efectos del orden del caos o como los signos de una ruptura epistemológica?

BIBLIOGRAFÍA

- BACHELARD G (1975). *La formation de l'esprit scientifique: contribution à une psychanalyse de la connaissance objective* (9ª ed). Vrin. París. 258 p.
- BERNARD C (1865/1984) *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Reed. Flammarion. París. 318 p.
- BERNARD C (1878/1966) *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*. Reed, Prólogo: G. Canguilhem. Vrin. París. 404 p.
- BERNARD C (1965) *Cahier de notes 1850-1860, con comentarios de MD Grmeck*. Gallimard. París. 315 p.
- BOIRON C, REMY J (1990) *L'homéopathie, un combat scientifique*. Albin Michel. París. 200 p.
- CHANGEUX JP (1983) *L'homme neuronal*. Fayard. París. 419 p.
- CORNILLOT P (1989) *Les provocations de l'homéopathie*. J Int Méd; 136: 32-34.
- GOHAU G (1978) *Biologie et biologistes*. Magnard. París. 368 p.
- HAHNEMANN S (1829, trad. fr. 1856/1986). *Organon der rationellen Heilkunst* (4ª ed). Dresden, 1829. Exposition de la doctrine médicale homoeopathique ou Organon de l'art de guérir (trad. fr. AJL Jourdan, aumentada con comentarios y precedida de una parte sobre la vida, los trabajos y la doctrina del autor por L. Simon padre). Baillière, París, 1856. Reed. facsimil OEil, París, 1986. 625 p.
- KARLI P (1987) *L'homme agressif*. Odile Jacob. París. Reed Points, Le Seuil. París, 1989. 477 p.
- Les médecines différentes, un défi?* (1986) Informe dirigido al ministro de Asuntos sociales y de la Solidaridad nacional y al secretario de Estado encargado de la Salud. La Documentation Française. 290 p.
- L'ordre du chaos* (1992). Obra colectiva. Pour la Science, Diffusion Belin. París. 208 p.
- POITEVIN B (1993). *Ombre et lumière sur l'homéopathie, un défi pour demain*. Maisonneuve. Moulins-lès-Metz. 187 p.
- POLETTI J (1992) *Pharmacopée ophtalmologique traditionnelle*, Maisonneuve. Moulins-lès-Metz. 456 p.
- RIVOLIER J (1989) *L'homme stressé*. Psychologie d'aujourd'hui, PUF. París. 297 p.
- SHRÖDINGER e (1944) *Qu'est-ce que la vie?* Traducción francesa L. Keffler. Ch Bourgeois, París, 1986. Reed Points-Sciences, Le Seuil, París 1993. 242 p.
- SÉDOUY De A (1989) *De quoi souffrez vous, docteur? Voyage au interior de la médecine française*. Olivier Orban, París. 301 p.
- STRYER L (1988) *La biochimie* (3ª edición). Trad. fr. S Weinman y P Karmoun. Médecine-Sciences Flammarion. París. 1992. 1 088 p.



D. Demarque

VI.2

Los auténticos precursores de la homeopatía y los derivados actuales sobre el concepto de similitud

INTRODUCCION

En una carta a Hufeland, publicada en 1808, dos años antes de la primera edición de *El Organon*, Samuel Hahnemann, consciente de su talento, reivindicaba con fuerza la prioridad en el descubrimiento de la homeopatía: «¡Esta vía no había sido experimentada anteriormente! Me vi obligado a lanzarme completamente solo, contando únicamente con mis propias fuerzas, con mis recursos como únicos elementos, lo hice con confianza y con éxito.»

«Escoge los medicamentos según los síntomas que una observación repetida te haya demostrado que son producidos por ellos mismos en el cuerpo de un hombre sano, prescribelos en los casos de enfermedad que te ofrezca un grupo de síntomas incluidos en la serie de aquellos que una determinada sustancia es capaz de producir por ella misma y podrás curar la enfermedad con toda seguridad, podrás curarla fácilmente. En otras palabras, busca cuál es el medicamento que, entre los síntomas provocados por él en el cuerpo, completa el conjunto de aquellos que presenta un caso actual de enfermedad y ese medicamento provocará la curación con toda seguridad, con facilidad.

«Esta ley, que he deducido de la naturaleza misma de las cosas, la sigo desde hace varios años, sin tener que haber recurrido jamás a los métodos de la medicina ordinaria» (Hahnemann, 1855a).

Dos años más tarde, en 1810, en una larga introducción de la primera edición del *Organon*, Hahnemann tuvo la elegancia de citar a varios centenares de autores, cuatrocientos cuarenta exactamente, «que habían efectuado curaciones homeopáticas debidas al azar». Rendía un particular homenaje a Hipócrates y a algunos médicos menos antiguos «que consideraban esta for-

ma de tratar las enfermedades como la mejor de todas». «Mi intención, precisaba, es escapar a la crítica de haber silenciado esa especie de presentimiento para arrogarme la prioridad de la idea» (Hahnemann, 1832, nota p. 108).

Hahnemann es el mejor juez de "sus" precursores y no debemos reemplazarle. En oposición con la mayoría de los autores modernos, no cita a Paracelso ni los alquimistas Crollius y Kircher. Dicha desestimación voluntaria, como veremos, es una de las claves del verdadero significado de la obra de Hahnemann que nos permite comprender las razones de las innumerables falsificaciones actuales de su doctrina. En efecto, existe una oposición fundamental entre la trayectoria racional de Hahnemann, empírica/inductiva, según la excelente expresión de W. Buschauer, y la magia de la investigación de Paracelso.

La idea de experimentar con el hombre le fue sugerida por uno de los primeros sabios de la época moderna, Haller. Hahnemann fue testimonio de ello sin ambigüedades.

Un estudio objetivo de los precursores de la homeopatía debe considerar las dos verdaderas fuentes, Haller para el método e Hipócrates para la idea directriz.

Para comprender los derivados y también algunos aspectos positivos respecto al empirismo hahnemaniaco, es de utilidad conocer las referencias al ocultismo de algunos de los homeópatas más conocidos del siglo XX.

HALLER Y LA EXPERIMENTACION CON EL HOMBRE

Albrecht von Haller, nacido en Berna, Suiza, en 1708, fue discípulo del célebre Boerhaave y también su comentador. Sabio universal, médico, anatomista, realizó numerosas disecciones de cadáveres de hombres y animales; fisiólogo sobre todo, botánico, farmacólogo, fue profesor y decano de la facultad de medicina de Göttingen. Su fama excitó los celos de Voltaire.

Hahnemann le consideraba como uno de los fundadores de la "biología experimental": «Todo lo que el médico puede saber de su objeto, el organismo vivo, todo lo que necesita saber, se li-

Toda referencia a este artículo debe llevar la mención: DEMARQUE D. - Los auténticos precursores de la homeopatía y los derivados actuales sobre el concepto de similitud. - Homeopatía, Cap. VI.2 - *Enciclopedia de las Medicinas Naturales* - Ediciones Frison-Roche. (París, Francia), 1995.

mira a lo que los sabios de entre nosotros, un Haller, un Blumenbach, un Wrisberg o un Burdach, han incluido en el nombre de fisiología y lo que podríamos denominar biología experimental, es decir, los fenómenos que pueden ser detectados por los sentidos del cuerpo humano sano, considerados aisladamente y en sus conexiones» (Hahnemann, 1855c).

Hahnemann atribuye a Haller la idea de experimentar los medicamentos en el hombre sano antes de emplearlos con los enfermos: «Ningún médico, dice, que yo sepa, excepto el gran Haller, en el transcurso de treinta y cinco siglos, había propuesto hasta él un método tan auténtico, el de observar los efectos puros y limpios de cada medicamento a fin de deducir, a partir de ellos, qué enfermedades es capaz de curar. Sólo Haller, antes que yo, ha comprendido la necesidad de seguir dicha trayectoria. «Es necesario que el medicamento sea probado antes en un cuerpo sano y sin ninguna mezcla. Tras asegurarse de su olor y de su sabor, se dará una dosis pequeña y a continuación estaremos atentos a los efectos que se produzcan: el pulso, el calor, la respiración o las excreciones. A continuación, mediante los síntomas descritos en el cuerpo sano, se pasará a la experimentación en un cuerpo enfermo, etc.» [cf. prólogo de la *Pharmacopoea Helvet*, Bâle, 1771, p. 12]. Sin embargo, ningún médico ha hecho caso de esta preciosa opinión, de hecho nadie le ha prestado ninguna atención.»

Hahnemann tenía que describir la base de su método precisando minuciosamente las reglas prácticas y la ética de la experiencia patogenética.

Entre los médicos que tuvieron el presentimiento de la curación mediante lo similar, Hahnemann cita a un alumno directo de Haller: «Zimmerman [*Traité de l'expérience*, como II] nos enseña que los habitantes de los países cálidos [...] suelen beber una pequeña cantidad de licor alcohólico cuando se sienten muy acalorados» (Hahnemann, 1832, nota 2, p. 107). Hahnemann conocía la obra de Zimmerman, amigo íntimo, discípulo y biógrafo de Haller, su *Traité de l'expérience en général et en particulier dans l'art de guérir* (Tratado de la experiencia en general y en particular en el arte de curar) contiene reflexiones muy acertadas: «[...] una experiencia difiere de una simple observación en que el conocimiento que se deriva de una observación aparece por sí mismo mientras que el que nos produce una experiencia es el fruto de algún intento impulsado por el deseo de ver si una cosa existe o no realmente. Un médico que considera el transcurso de una enfermedad con atención está llevando a cabo observaciones y el que, en una enfermedad, administra algún medicamento y observa los efectos que produce, está llevando a cabo una experiencia. Así, el médico observador, escucha la naturaleza, el que experimenta la interroga [...] Esta experiencia supone, en principio, el conocimiento histórico de su objeto puesto que sin este conocimiento, es imposible fijarse un objetivo [...]. La erudición nos proporciona el conocimiento histórico, la observación no enseña a ver, y la inteligencia a deducir» (Zimmermann, 1839).

Sucesor del célebre Van Swieten en la universidad de Viena, A. Stoerck, farmacólogo reputado del siglo XVIII gracias a sus trabajos sobre el acónito, las solanáceas, la cicuta, la pulsatila, el cólico... es probablemente quien más se acercó a la verdad. «Stoerck, que poseía tanta sagacidad, comprendió que el inconveniente que había hallado provocando, en ocasiones, un flujo mucoso a través de la vagina, se derivaba precisamente de la misma fuente que la facultad en virtud de la cual dicha raíz le había servido también para curar una leucorrea crónica.

«Stoerck debió sorprenderse también de haber curado una especie de exantema crónico... con la clemátide tras haber reconocido, él mismo, que esta planta posee la capacidad de generar una erupción psórica en todo el cuerpo» (Hahnemann, 1873, pp. 117-118).

Stoerck había publicado en 1763 sus *Expériences et observations sur l'usage interne de la pomme épineuse* (*Datura stramonium*) *de la jusquiame et de l'aconit*. (Experiencias y observaciones sobre el uso interno del estramonio, del beleño negro y el acónito.) Mostraba los síntomas de los ensayos que realizó sobre él mismo con acónito a dosis relativamente elevadas observando efectos sudoríficos especialmente marcados y concluyó, desde el punto de vista de la medicina humoral, que el acónito era conveniente «en las enfermedades en las que se puede expulsar la materia a través del sudor». No obstante, Stoerck seguía siendo dependiente de una concepción teórica *a priori* y si hubiera poseído la erudición y el talento de Hahnemann, probablemente hubiera descubierto la homeopatía algunos años antes.

HIPOCRATES

De una extrema severidad con sus maestros, incluso con los más directos como Quarin, Hahnemann sólo mostraba una admiración profunda por Hipócrates. Hahnemann realizó una parte de sus estudios de medicina en la universidad de Viena, fundada por Van Swieten, donde la enseñanza clínica y la doctrina de Hipócrates ocupaban un lugar honorífico. Stoerck sucedió a Van Swieten y sus trabajos sobre el acónito, las solanáceas, la cicuta... interesaron especialmente a Hahnemann, tal y como hemos visto. Quarin, alumno de Stoerck, también estudió la cicuta, estableció diversas escuelas de clínica y fundó hospitales. La enseñanza se inspiraba en la medicina de la observación de Hipócrates recuperada en el siglo XVII por Thomas Sydenham cuyo *Traité de médecine pratique* (Tratado de medicina práctica) sirvió de guía a Boerhaave, profesor de la universidad de Leyde y maestro de Haller y Van Swieten. Hahnemann fue asistente de Quarin en Viena durante seis meses y también conocía la medicina de la observación por Boissier de Sauvages, médico de la universidad de Montpellier, otro centro, junto a Viena, de renacimiento hipocrático del siglo XVIII.

Helenista distinguido, admirador de Platón, que incluso se entretuvo en imitar sus diálogos (Hahnemann, 1855d), Hahnemann tuvo a su disposición diversas ediciones del *Corpus Hippocraticum* entre ellas, la de Foës, texto griego y traducción latina, aparecida en 1595.

HAHNEMANN Y EL PENSAMIENTO HIPOCRÁTICO

De Hipócrates, Hahnemann admiraba su capacidad de observación: «[...] nunca se estuvo tan cerca de descubrir el arte de curar como en la época de Hipócrates. Este observador escrupuloso buscaba la naturaleza en la naturaleza, describía las enfermedades de forma exacta, sin añadir nada, sin adjudicarle colores a la pintura, sin permitirse ningún razonamiento. Ningún médico ha conseguido superar su especial talento para la pura observación. Una sola rama de la medicina le faltaba todavía a este escogido de la naturaleza, con ella, hubiera poseído el arte al completo: el conocimiento de los remedios y su forma de empleo. No obstante, nunca negó que le faltara ese tipo de conocimiento, es más, reconocía que carecía de él y no prescribía apenas ningún medicamento, contentándose en someter la dieta alimenticia a determinadas reglas concretas.

«Todos los siglos posteriores a Hipócrates han degenerado; todos ellos se han separado, en mayor o menor medida, del camino trazado por él exceptuando los últimos partidarios de la honorable secta de los empíricos» (Hahnemann, 1855e).

Hahnemann poseía la misma concepción que Hipócrates respecto a la observación del enfermo, es decir, en la totalidad de su ser.

Para acercarse a la verdad, en el examen de los hechos constatados en el enfermo, y seguir las variaciones acaecidas durante el transcurso de la enfermedad, la simplicidad del tratamiento es indispensable para lo cual es conveniente fijar la atención en las modificaciones de un solo factor. Hahnemann apreciaba de Hipócrates dicha simplicidad terapéutica: «¡Cuán cerca estaba este gran hombre de la sabiduría médica, la simplicidad! [...]. Sólo a través de la simplicidad de su conducta frente a las enfermedades consiguió ver todo lo que vio lo cual, a su vez, nos causa la mayor de las sorpresas [...].

«Realmente, ¿es mucho más sabio administrar, y a menudo el mismo día, varios medicamentos complicados que imitar a Hipócrates, que tan sólo prescribía, durante todo el transcurso de una fiebre ardiente, uno o dos lavados con un poco de oxirato y nada más? En mi opinión la obra maestra del arte es prescribir los medicamentos apropiados y no acumularlos de forma desordenada.

«Hipócrates buscaba, en un tipo determinado de enfermedades, cuáles eran las más simples y las observaba con cuidado, las describía con precisión y les adjudicaba uno a uno remedios simples extraídos entre los pocos que se poseían en aquella época. De esta forma le fue posible ver lo que vio y hacer lo que hizo» (Hahnemann, 1855f).

«¿Volverán los tiempos en los que el buen tino permita mostrarse tan simple, frente a las enfermedades, como hiciera aquel gran hombre?» (Hahnemann, 1855g).

La concepción hahnemaniana del enfermo y de sus relaciones con el medio ambiente responde a los criterios hipocráticos. El médico no debe volcarse en conocer la naturaleza del cuerpo considerado en partes y en su unidad sino dedicarse a la naturaleza del todo, tener en cuenta el medio en que el ser vivo se encuentra sumergido: condiciones atmosféricas, situación geográfica, acciones y reacciones sobre los seres vivos que lo rodean.

La individualización del enfermo, una de las claves de la terapéutica homeopática, se encuentra también en la concepción hipocrática. Hipócrates escribió: «Las naturalezas son los médicos de las enfermedades.» En el hombre enfermo existe un primer médico: su propia constitución mediante la cual el organismo tiende a recuperar de nuevo el equilibrio perdido procediendo de forma diferente según los temperamentos individuales de cada uno.

«En la esfera de la escuela de Hipócrates, desde Cos hasta Tesalia, aparecen fichas de enfermos individualizadas que se conservan en el interior de los tratados titulados "Epidemias", escribe Jouanna y actualmente sabemos que los libros I y III son atribuidos, casi con total seguridad, al gran Hipócrates» (Jouanna, 1992, pp. 427 y 535). Dichos libros están datados en los años 410 a de JC.

Las fichas de los enfermos son de una extraordinaria precisión. En ellas, los médicos «anotan diariamente los síntomas considerados significativos desde el comienzo de la enfermedad». «En realidad, el conocimiento total de los signos se convierte en una tarea importantísima a juzgar por las enumeraciones que el médico debe tener en cuenta para emitir un diagnóstico.»

He aquí la más impresionante: «En las enfermedades, debemos aprender a describir los signos diagnósticos de las siguientes consideraciones: la naturaleza humana en general y la naturaleza particular de cada individuo; la enfermedad; el enfermo; las prescripciones médicas del que prescribe —puesto que lo mejor y lo peor pueden derivarse de ello—; la constitución general o particular del cielo y de cada país; las costumbres, el régimen alimenticio; el tipo de vida; la edad de cada individuo; el discurso; las formas de hablar; el silencio; los pensamientos; el sueño, la ausencia de sueño; los sueños, cuáles son y cuándo aparecen, [...], las descamaciones, las lágrimas, [...], las heces, la orina, las expectoraciones; los vómitos, [...], el sudor; el enfriamiento; los escalofríos; la tos; los estornudos; el hipo; las dificultades respiratorias; los eructos; las ventosidades [...], las hemorragias; las hemorroides; la observación debe conducirse a partir de todos estos signos y de todo lo que aparece a través de estos signos» (*ibidem*, pp. 425-426).

Al leer este fragmento podríamos creer que se trata de Hahnemann cuando enumera la totalidad de los síntomas característicos que el médico homeópata debe tener en cuenta para conducir correctamente la individualización del enfermo. Para Jouanna, las cualidades de la concepción hipocrática son «una

prodigiosa memoria, sin duda, y sobre todo una gran atención frente al más mínimo detalle puesto que todo es significativo. La síntesis no se opera en la escritura que recuerda simplemente los puntos que deben ser examinados sino en el diagnóstico del médico que, durante el examen del enfermo, debe tener en cuenta el conjunto de los signos en su cálculo apreciativo del estado del enfermo y en su pronóstico» (*ibidem*).

El texto citado por Jouanna procede del libro "Epidemias I" que debe ser considerado como escrito en los años 410 a de JC por un "médico itinerante de la escuela de Hipócrates si no se trata del propio Hipócrates".

HIPÓCRATES Y LA RELACIÓN DE SIMILITUD

Las primeras referencias indicadas por Hahnemann sobre la curación por lo similar proceden del *Corpus Hippocraticum*.

«El autor del tratado de las "Epidemias", atribuido a Hipócrates, habla de un cólera mórbido rebelde a todos los remedios y que sólo se cura con el eléboro blanco, sustancia que, sin embargo, excita por ella misma el cólera» (Hahnemann, 1873, p. 113).

«El autor del libro "Los lugares en el hombre", que forma parte de la colección de obras comprendidas bajo el nombre de Hipócrates, se expresa con las siguientes palabras: "Hay otra manera de formarse las enfermedades; y las mismas cosas que han causado el mal pueden curarlo"» (*ibidem*, p. 157).

El quinto libro del tratado de las "Epidemias" está formado por fichas de enfermos. Actualmente sabemos que estas cortas observaciones, excelentes en su brevedad, fueron redactadas por discípulos de Hipócrates tras la muerte del maestro. Veamos a continuación el caso clínico al que se refiere Hahnemann: «En Atenas, un hombre presentaba un cólera mórbido. Vomitaba y presentaba diarreas. Sufría fuertes dolores y no podía mantenerse de pie. Sus ojos estaban apagados, hundidos. Presentaba convulsiones en el bajo vientre e hipo. Lo que eliminaba por abajo era más considerable que lo que vomitaba. Tomó eléboro, en bebida, preparado hirviendo las lentejas. Tomó cuanto pudo de un segundo caldo tras el cual vomitó y después los vómitos y la diarrea se detuvieron pero el frío se apoderó de su cuerpo. Tomó un medio baño donde permaneció hasta que el resto del cuerpo entró en calor. Al día siguiente se encontraba perfectamente curado. Ingió una papilla ligera de harina cocida con agua» (Foës, 1595a).

Hahnemann dedicó al *Veratrum album*, el eléboro blanco, un excelente informe de una prodigiosa erudición: "Disertación histórica y médica sobre el eleborismo" (Hahnemann, 1850) presentado en 1812 en la facultad de medicina de Leipzig lo cual le permitió obtener una plaza de profesor. *Veratrum album* fue uno de los primeros medicamentos de los que llevó a cabo la paragénesis. El pensamiento hipocrático lo condujo en sus experimentaciones proporcionándole una hipótesis de trabajo, un punto de partida, un principio.

Hahnemann constató que el autor hipocrático de los "Lugares en el hombre" se situaba en el plano empírico. No intentaba interpretar ni comprender y estaba dispuesto a admitir simultáneamente la verdad en terapéutica de dos afirmaciones: «los dolores desaparecen mediante sus contrarios» y «las mismas cosas que causan el mal también lo curan». El contexto lo demostraba: «Vemos cómo se cura la dificultad de orinar mediante la misma cosa que la ha causado. La tos también es causada y curada, como la disuria, por las mismas cosas.

«Todavía existe otra forma. La fiebre de inflamación es excitada por la inflamación y se cura tanto por la propia inflamación como por los contrarios [...]. La medicina debe, en un momento dado, hacer una cosa y en el momento siguiente, hacer lo contrario; a menudo debe conciliar dos cosas diametralmente opuestas [...].

«El médico posee sólo unas pocas oportunidades y quien las conoce las espera distinguiendo los síntomas esenciales de los accidentales que no están relacionados con la ocasión» (Foës, 1595b). Hahnemann hablaba del medicamento similar, específico y en la circunstancia.

La constatación empírica de la relación terapéutica de similitud es muy antigua y Hahnemann tuvo la consideración de citar entre sus contemporáneos a aquellos que «también sintieron y proclamaron la verdad del método homeopático». «Así, Boulduc [Memoria de la Academia real de las ciencias, 1710] se dio cuenta de que la propiedad purgante del ruibarbo era la causa de la propiedad presentada por esta raíz para detener la diarrea.

«Detharding [Eph. nat. cur. cent X, obs. 76] adivinó que la infusión de sen apacigua el cólico en los adultos en virtud de su propiedad para provocar los cólicos en las personas que gozan de buena salud.

«Bertholon [De l'électricité du corps humain dans l'état de santé et de maladie, tomo II, p. 21 (De la electricidad del cuerpo humano en estado de salud y de enfermedad)] dice que en las enfermedades la electricidad disminuye y acaba por hacer desaparecer un dolor análogo al que ella misma provoca.

«Thoury [Memoria leída en la Academia de Caen] atestigua que la electricidad positiva acelera por ella misma el pulso pero también disminuye su velocidad cuando éste presenta una aceleración demasiado elevada debido a la enfermedad.

«Stoerck [Libell. de Stramon, p. 8] tuvo la idea de que el estramonio, que alteran el espíritu y provoca la manía en las personas cuerdas, podría ser administrado a los maníacos para intentar devolverles la razón determinando un cambio en la trayectoria de sus pensamientos.

«Pero, de todos los médicos, aquel cuya convicción en este sentido se encuentra expresada de la manera más formal es el danés Stahl' [in Hummel, J.] que se expresa en los siguientes tér-

¹ Se trata de un médico militar danés que no debe confundirse con el célebre médico alemán del siglo XVIII, Georg Ernst Stahl, fundador de la doctrina del animismo.

minos: "La regla admitida en medicina de tratar las enfermedades mediante remedios contrarios u opuestos a los efectos que ellas producen (*contraria contrariis*) es completamente falsa y absurda. Estoy convencido, al contrario, que las enfermedades ceden frente a los agentes que determinan una afección similar (*similia similibus*): las quemaduras, mediante el ardor de un braseiro al cual acercamos la parte afectada; las congelaciones, mediante la aplicación de nieve y agua fría; las inflamaciones y las contusiones mediante los alcohólicos. De esta forma he conseguido hacer desaparecer la disposición a los ardores mediante pequeñas cantidades de ácido sulfúrico en aquellos casos en los que se había inútilmente administrado una infinidad de polvos absorbentes" (Hahnemann, 1873, pp. 157-159).

«Así, más de un vez, continúa Hahnemann, hemos estado cerca de la gran verdad, pero jamás hemos ido más allá de alguna idea pasajera y de esta forma, la indispensable reforma que la vieja terapéutica debería haber sufrido a fin de dar paso al verdadero arte de curar, a una medicina pura y certera, no ha podido instaurarse hasta nuestros días» (*ibidem*, p. 159).

Hahnemann, hemos visto, cita a varios cientos de precursores que han observado empíricamente sobre sus enfermos la acción de los remedios similares. En nuestra opinión, es superfluo descubrirle otros tantos entre los metafísicos o teóricos e incluso magos que han disertado desde los orígenes de nuestra civilización sobre la analogía del Ser, cuestión muy interesante, pero muy alejada de la medicina práctica.



La mayoría de los autores actuales (Vannier L., 1951; Rousson, 1953; Poix, 1955; Allendy, 1937) consideran a Paracelso como el principal precursor de Hahnemann aunque deberían haber verificado si Hahnemann coincidía con ellos en esa opinión. Todos ellos se refieren a homeópatas contemporáneos, discípulos más o menos directos de Antonio Nebel, homeópata suizo de principios de siglo cuyas ideas se inspiran tanto en Paracelso como en Hahnemann.

En Alemania, donde la obra de Paracelso siempre ha sido objeto de una controversia apasionada, la confusión entre las teorías ocultistas de Paracelso y las ideas de Hahnemann fue inmediata lo cual provocó el furor de este último.

INFLUENCIA DE PARACELSO SOBRE LA HOMEOPATÍA CONTEMPORÁNEA

Pese a que la verdad histórica exige no considerar a Hahnemann como un discípulo de Paracelso (veremos el antagonismo de método de éstos dos reformadores), no es inexacto afirmar

que su influencia ha sido muy importante en varios homeópatas del siglo XX, especialmente en Francia.

Antoine Nebel (1870-1954)

Hahnemann rechazaba con fuerza toda relación entre su método y las ideas de Paracelso. En contrapartida, algunos de sus discípulos alemanes también fueron alumnos de Rademacher médico paracelsico contemporáneo de Hahnemann: Weihe, Grauvogl y Schegel fueron los maestros de Nebel, en Lausanne, cuyo pensamiento dominaría la homeopatía francesa durante medio siglo.

Pródigo de una enseñanza oral prestigiosa, Nebel escribió poco. En el modo socrático, sus ideas se precisaban en el transcurso de las conversaciones mantenidas con sus alumnos — J. Gallavardin, H. Duprat, Grillard, B. Arnulphy, P. Chiron, L. Vannier... más tarde, A. Rouy y muchos otros —, así como durante las conferencias ofrecidas en diversas sociedades alemanas o francesas o en la relación de sus trabajos experimentales.

En 1910, Nebel tuvo la idea de comparar los signos patogénicos de la tuberculina de Koch con los síntomas reconocidos por Hahnemann como los más característicos de "la psora", enfermedad crónica ubicua, caracterizada por sucesiones y alternancias mórbidas entre la piel, las mucosas, las serosas, algunos órganos internos e incluso el psiquismo.

Nebel escribió: «Actualmente, las investigaciones de Koch sobre el bacilo de la tuberculosis, los estudios sobre las tuberculinas y el progreso de la clínica de la tuberculosis en todas sus formas nos permiten comprender mejor las realidades de las manifestaciones psóricas que Hahnemann ha descrito de forma magistral.

»[Pese a que el nombre de la Psora no merece ser] mantenido para honrar la memoria de Hahnemann, podríamos reemplazarlo por la palabra Tuberculinismo» (Nebel, 1934b).

El efecto terapéutico favorable de las tuberculinas diluidas en numerosos síndromes "psóricos" fue interpretada por Nebel como una confirmación de su hipótesis.

La administración de una alta dilución de *Tuberculinum* es seguida, en ocasiones, de un empeoramiento temporal de los síntomas cutáneos o de secreciones mucosas. El individuo "drena" sus toxinas según la interpretación de Nebel.

La teoría del "drenaje" fue inspirada a Nebel a través de Hipócrates y sobre todo de Paracelso. Algunos de sus textos, en las primeras colecciones del *Propagateur de l'homéopathie*, (*Propagador de la homeopatía*), permiten extraer lo esencial de su pensamiento: «En la *Vis Medicatrix Naturae*, la fuerza natural del cuerpo humano tiende a luchar contra la enfermedad rechazando los productos mórbidos a través de las superficies eliminadoras, es decir, la piel o las mucosas. Una vez suprimidas las eliminaciones, la enfermedad ataca las partes vitales, el corazón, los nervios, el cerebro, el hígado, los riñones...» (Nebel, 1907).

El empleo terapéutico de los remedios de "drenaje" o canalizadores susceptibles de favorecer la "eliminación tóxica", era una opción que se derivaba inmediatamente. Con una perfecta objetividad, Nebel sólo reivindicó la introducción del procedimiento en terapéutica homeopática proporcionando además, sus fuentes hipocrática y paracélsica: «En sus aforismos, Hipócrates habla muy claramente del drenaje: "Los humores que deben ser evacuados han de estar dirigidos especialmente hacia los lugares hacia los que tienden y por las vías convenientes" [...]». En sus comentarios sobre los aforismos de Hipócrates, Paracelso se expresa de la siguiente manera: "A este respecto, Hipócrates proporciona una buena instrucción para la eliminación de sustancias perjudiciales para la salud. Hay médicos que quieren curarlo todo con purgantes, otros con vomitivos, otros con diuréticos, otros a través de la transpiración... Pero no se debe generalizar. El médico debe saber el lugar por el cual la naturaleza quiere practicar el drenaje de las sustancias perjudiciales, puesto que la naturaleza es el más grande de los médicos, el hombre se encuentra a continuación. Cuando la naturaleza empieza a buscar una salida, el médico debe ayudarla a salir en el lugar indicado... Lo que pertenece a la transpiración debe ser expulsado a través de la transpiración; lo que pertenece a las heces debe ser eliminado por las heces y de la misma manera para la orina.

«Si la naturaleza te proporciona un signo, debes saber a cuál se refiere, ayudarlo a salir y no tener en cuenta ningún otro. Cuando encuentres un dolor en un lugar determinado, has de saber que la naturaleza desea una salida en ese punto. Si la salida no se encuentra ahí de manera natural, haz una, puesto que la naturaleza desea tenerla en ese lugar... Un médico que sepa situar *virtutem expulsiua* donde ella desee, conoce una tercera parte de la medicina.»

«¿No se puede interpretar quizá entre estas líneas lo que yo denomino canalización preventiva? Los libros de Paracelso se encuentran repletos de ejemplos de canalización [...]. Normalmente, empleaba el remedio de base al mismo tiempo que el remedio canalizador. Por ejemplo: *Aurum cum Melissa* en determinadas afecciones cardíacas y *Aurum cum Chelidonio* en las afecciones del hígado.

«En las *Scholia in Libros de Gradibus et Compositionibus in caput decimum libri quarte*, Paracelso avisa sobre las composiciones de los remedios de drenaje demasiado complicados [...]. Sería necesario citar una gran parte de la obra de Paracelso para probar la importancia que atribuyó a la práctica de la canalización» (Nebel, 1934a).

La mentalidad y el vocabulario de esta técnica están vinculados a la práctica de la medicina derivada de Hipócrates y bautizada "alopatía" por Hahnemann. Paradójicamente, numerosos homeópatas franceses son alópatas inconscientes. El injerto de la gemoterapia cualificada de "drenaje hahnemaniiano" contribuye a la confusión.

En las enseñanzas de Nebel se encuentran otras influencias paracélsicas más fecundas. Nebel proporcionaba a sus alumnos

conceptos de tipología relacionados con la doctrina paracélsica de lo ternario y desarrollados por Grauvogl.

A la concepción, actualmente obsoleta, de estados bioquímico, hidrogenoide y carbonitrogenoide, Nebel añadía el del funcionamiento endocrino, esquemáticamente considerado como normocrínico, hipercrínico e hipocrínico. En relación con el estado bioquímico y la forma de funcionamiento endocrino, Nebel describía, según sus correspondencias psicomorfológicas, tres constituciones minerales de base que responden a las sales de calcio del esqueleto: *Calcarea carbonica*, *Calcarea phosphorica*, *Calcarea fluórica*. El psiquismo, la morfología y el aspecto del esqueleto definían clínicamente las constituciones carbónica, fosfórica y fluórica.

Los trabajos de Nebel son el origen del desarrollo de una nueva ciencia del hombre, la biotipología homeopática, objeto de múltiples controversias pero utilizada con indudables resultados.

Léon Vannier (1880-1963)

Vannier siguió durante varios años, cada verano, desde 1907 hasta 1912, las enseñanzas orales y las consultas de Nebel. En el primer número de *L'Homéopathie française* (La Homeopatía francesa) en 1912, escribió: «En nuestra tarea, contaremos con la ayuda de un hombre cuya modestia y bondad igualan a su ciencia, el Doctor Nebel de Lausanne, que ha aceptado la dirección científica de nuestra revista. Finalmente, ha visto realizadas sus concepciones y es una gran alegría para mí ofrecerle aquí el homenaje de sincero reconocimiento que personalmente le debo a aquel que fue mi Maestro y del cual me honro de ser amigo.»

A partir de este excepcional comentario, Vannier se dedicó a Nebel, incluso en el momento de su muerte en 1954. Asimiló tan bien las ideas de su maestro sobre el tuberculinismo, el drenaje, la tipología... que desde 1913, los consideraba y los enseñaba como suyos (Gallavardin, 1913; Duprat, 1954), hecho que debió suscitar numerosas disidencias en el interior de su escuela.

Yendo mucho más lejos que Nebel y recogiendo muy abiertamente la herencia astrológica y mágica de los médicos herméticos y alquimistas del Renacimiento, Vannier presentó la homeopatía como una ciencia oculta, divergencia fundamental con el pensamiento de Hahnemann. Fortier-Bernoville en *L'Homéopathie moderne* (La Homeopatía moderna) y más tarde François Lamasson criticaron activamente esta actitud (Lamasson, 1955). En nuestra opinión, fue y sigue siendo probablemente, el principal obstáculo para la difusión de la homeopatía en los medios científicos y puede explicar la atracción que ha suscitado entre algunos médicos tildados de esoterismo.

Los textos de Vannier no arrojan ninguna duda sobre su "iniciación" personal. Las mayúsculas empleadas por él son reveladoras de la mentalidad de su doctrina: «Si quisiéramos, tras haber presentado "Terapéutica verdadera", definir el "Médico verdadero" podríamos, utilizando de los autores de la Edad Media

la forma a la vez concisa y misteriosa con la cual todos ellos presentaron las verdades que deseaban revelar, expresarnos de la siguiente manera:

«El verdadero médico será "Observador" y "Fiel"; conocerá el "principio" del Ser, los "Cuatro Géneros mórbidos" que preexisten y el "quinto que ha sido creado", las "siete vidas" y en su interés por la perfección, sabrá imponer al cuerpo una "Dirección", al espíritu una "orientación" a fin de asegurar la plena "Realización" del Ser que le ha sido confiado.

»En nuestra Homeopatía, la que enseñamos y practicamos, el conocimiento del Ser es fundamental. Dicho conocimiento lo intentamos adquirir por todos los medios: interrogatorio, examen clínico, estudio psicológico, iriscopía, frenoscopia, ciroscopia, grafología, fisiognomía, astrología, métodos diversos que, todos, están basados en la "Observación" y constituyen la Tipología, ciencia de la determinación del Tipo» (Vannier, 1931).

Pese a que sus concepciones están indiscutiblemente anticuadas, la reputación de Léon Vannier se basa actualmente, sobre todo, en su gran conocimiento de la Materia médica.

René Allendy (1889-1942)

Médico homeopático en el hospital Saint Jacques, psicoanalista, amigo de Charles Baudoin, Allendy, autor de una veintena de obras, fue el apologista apasionado de Paracelso. En su *Paracelse, le médecin maudit* (Paracelso, el médico maldito), verdadera hagiografía, evoca las controversias épicas que enfrentan desde el siglo XVI a partidarios y adversarios.

También él, como Nebel y Vannier, quiso ver en Paracelso un precursor de Hahnemann: «La ley de similitud que Hahnemann formuló y experimentó de una forma tan genial recorre toda la trayectoria de la tradición hipocrática. Paracelso también la había expresado de forma clara. Es también la idea central de los Espagiristas los cuales afirman que el peor de los venenos encierra un bálsamo como remedio, por no hablar de la similitud opoterápica enseñada por Paracelso, Cardan, Agrippa y otros...

»El propio espiritualismo de Hahnemann [...] reproducía la tradición hermética de la Gran obra... En su dinamización de las pequeñas dosis ¿no encontramos la idea de la quintaesencia paracélsica y espagírica?

»En el momento en que las concepciones derivadas del azufre, del mercurio y de la sal en sus aplicaciones médicas (tal y como las habían adoptado, tras Paracelso, los médicos del siglo XVII como Gabriel de Casteigne y Kircher) fueron rechazadas como supersticiones [...] Hahnemann supo reconducir la patología a tres diátesis» (Allendy, 1937, pp. 193-194).

En Alemania, la influencia de Paracelso sobre los homeópatas sigue siendo muy importante, de hecho, su obra se sitúa al lado de la de Hahnemann en los archivos del instituto de Historia de la medicina de la Fundación Robert-Bosch de Stuttgart. Allendy muestra su estrecha relación con la rama rosacruziana

de la francmasonería. Por otra parte, estima que «el monismo dialéctico de Paracelso se continúa de manera natural en la filosofía de Marx y Engels» (*ibidem*, p. 166)... Y además se debe asistir a la increíble paradoja, casi simultánea, de su recuperación por parte del hitlerianismo y una abadía benedictina. Entre 1933 y 1945, el nacional socialismo alemán lo incluye y hace de él uno de sus grandes hombres, incluso se realizó sobre su vida una película de propaganda nazi: *Paracelso*, realizada por Pabst en 1943 (Charles, 1952).

Allendy asistió el 4, 5 y 6 de octubre de 1941 a la celebración del cuarto centenario de la muerte de Theophrastus Paracelso en Einsiedeln, lugar donde nació. «El domingo por la mañana, misa pontificia en el inmenso navío de la colegiata, repleto de gente, el oficio y la procesión del Rosario celebrados por la tarde, la inauguración del monumento de Paracelso» (Baudoin y col., 1945). Allendy ofreció una conferencia sobre la psiquiatría de Paracelso. Moriría algunos meses más tarde.

LA ANALOGÍA EN LA OBRA DE PARACELSO – LA DOCTRINA DE LAS SIGNATURAS

Paracelso se remontaba a las bases de la tradición esotérica más antigua la cual se refiere a dos grandes principios:

- la ley de analogía: lo que está arriba es como lo que está abajo; todo lleva a la unidad;
- la ley de lo ternario: reconocido en Dios por algunas religiones (trinidad), lo domina todo, reflejándose en los tres mundos que componen el universo – el mundo divino, el mundo psíquico y el mundo físico; se refleja especialmente en el hombre formado por los tres principios primordiales – el cuerpo físico, el cuerpo astral y el espíritu.

La analogía es un concepto universal y su utilización no se reserva a los ocultistas quienes le han concedido una significación restrictiva relacionada con su visión panteísta del universo. Según Allendy, la analogía entre el universo y el hombre sería la idea fundamental de la cábala judía. También fue mantenida en su acepción esotérica por los filósofos gnósticos y neoplatónicos, y después retomada por múltiples sociedades ocultistas que se constituyeron en Europa a partir de finales del siglo XIV y durante el Renacimiento. A través de una trayectoria intuitiva, mágica según la expresión, Paracelso debió elaborar su célebre doctrina de las signatures que probablemente inspiró a sus discípulos Porta, Crollius, Kircher, etc.

Paracelso escribió, en su tratado *De natura rerum*: «He reflexionado mucho sobre los poderes mágicos del alma humana y he descubierto muchos secretos naturales [...]. La magia de la investigación encuentra en todas partes lo que es necesario y todavía más. El alma no puede, sin duda, percibir la constitución física interna o externa de las plantas y raíces, pero percibe intuiti-

tivamente sus poderes y sus virtudes, las reconoce inmediatamente en su signatura» (Allendy, 1937, pp. 97-98).

Un alumno de Paracelso, Crollius, expuso la doctrina de «su divino Maestro», escribió Vannier, «en un pequeño compendio que lleva el título siguiente: *De las signaturas y de la verdadera anatomía del gran y pequeño mundo, del macrocosmos y el microcosmos*».

«Entended siempre anatomía no en el sentido de un estudio analítico del hombre sino en el sentido de Paracelso, *estudio de la efigie*, o mejor, observación de la forma. Nosotros hablamos de morfología del hombre y morfología de la enfermedad.

Todo está en todo, todo es significativo, todo puede ser reencontrado.

«Observemos las formas que nos rodean, estudiemos las relaciones de analogía que los unen, que les proporcionan un aire de familia; así estableceremos las correspondencias que fácilmente podremos reencontrar puesto que ellas son *effigietae*, están expresadas, representadas.

«Crollius pasó revista a todos los órganos del cuerpo, adjudicando a cada uno de ellos diversas plantas cuyas flores, hojas o semillas recuerdan por su forma a la del órgano correspondiente» (Vannier, 1951).

Vannier no vio o no quiso ver que las signaturas, puramente morfológicas, no poseen ninguna relación con la enfermedad en su expresión semiológica. Joublin lo expresa muy bien: «Las analogías cosmológicas de Paracelso son absolutamente ajenas a las analogías puramente descriptivas y experimentales de Hahnemann. *Paracelso aborda a su paciente con la mentalidad de un mago de los arcanos sumergiéndose en las profundidades invisibles del ser; Hahnemann con la del naturalista que está al acecho* porque lo espera todo de la observación sensible y está únicamente interesado en establecer semejanzas sintomáticas concretas sin preocuparse de lo que significan. Su mérito y su fuerza práctica radican en no haber substituido ninguna construcción del espíritu a la parte real que él había decidido abordar» (Joublin, 1971).

Ello explica las razones por las cuales Hahnemann rechazaba enérgicamente cualquier relación con Paracelso. Sobre cada punto de la doctrina de los alquimistas, Hahnemann nos ofreció sus respuestas.

EL RECHAZO DE HAHNEMANN: EL COLMO DE LA CRÍTICA

Sobre la doctrina de las signaturas, Hahnemann se expresó con menosprecio: «[...] no recordaré la locura de los antiguos médicos que basaban las virtudes curativas de las drogas medicinales en su forma o en su color, en una palabra, en la doctrina de las signaturas y que creían que la orquídea podía reanimar la virilidad perdida porque su raíz forma dos bulbos groseramente parecidos a los testículos, que el cúrcuma es útil en la ictericia porque es amarillo, que las flores de *Hipericum perforatum* es eficaz en las heridas y contusiones porque deja esca-

par un líquido rojo, etc. Dejo todas estas futilidades de lado pese a que desgraciadamente encontremos todavía sus huellas hasta en las Materias médicas más recientes» (Hahnemann, 1832, p. 349).

Paracelso daba al número tres una importancia primordial, distinguiendo tres principios reflejos, a través de las formas naturales o elementales, de las fuerzas creadoras supremas. Sus nombres simbólicos eran: azufre, mercurio y sal. «Clément Jobert percibe con qué entusiasmo Paracelso armoniza la sal, el azufre y el mercurio con el alma, el espíritu y el cuerpo» (Allendy, 1937, p. 73); los tres «forman una tríada que con un análisis más profundo se descompone en siete constituyentes. Paracelso expresó su filiación a esta teoría cabalística en su obra *Philosophia sagax*» (*ibidem*, p. 75).

El punto de vista de Hahnemann sobre esta teoría es de sobras conocido: «[...] la alquimia pretendía encerrar todas las sustancias químicas en el triángulo de su azufre, su sal y su mercurio. ¿Qué le importaba el número de metales? Por el contrario, se jactaba de reducirlos dictatorialmente a siete, cantidad que a su vez reducía a una sola sustancia primitiva, la semilla de los metales» (Hahnemann, 1804).

En otro texto, aparecido en 1808, Hahnemann expresa su opinión sobre la astrología «de la superstición»: «[...] se creía haber encontrado la causa de los temperamentos y complexiones así como la de las enfermedades y las epidemias en la influencia de los cuerpos celestes separados de nosotros por millones de leguas» (Hahnemann, 1855b).

«En sus tratados filosóficos, escribía Allendy [*Philosophia ad Athenienses, Philosophia occulta y Philosophia sagax* sobre todo], Paracelso realizaba un acto de fe exactamente igual a la tradición teosófica situando la intuición por encima del conocimiento y la iluminación antes que la ciencia» (Allendy, 1937, p. 13).

La trayectoria intelectual de Paracelso se encuentra en el extremo opuesto a la de Hahnemann.

Por todo ello, es fácil comprender su actitud hacia su alumno Trinks cuando fue a verle en 1825 a Köthen y «quiso demostrarle que las bases de la homeopatía se encontraban ya en Paracelso, algo que no pareció interesarle en absoluto al Maestro» (Croll Picard, 1932). Probablemente debió distanciarse completamente a partir de entonces de este médico, llegando incluso a considerarle «como su enemigo mortal, su mala conciencia».

Jules Gallavardin cita un rasgo de humor característico: «En 1831, el profesor G.H. Schultz de Berlín señaló las relaciones existentes entre las ideas paracelsicas y hahnemánianas en un panfleto: «La homeobiótica de Paracelso como base de la homeopatía» y envió un ejemplar a Hahnemann quien lo devolvió escribiendo sobre la portada: «Sólo faltaba esto»».

A ello podemos aportar una anécdota. Una carta de Hahnemann fechada el 5 de marzo de 1831 a Stapf confirma el parecido: «¿Qué opina usted de la «medicina homeobiótica de Theophrastus Paracelsus» del profesor Schultz que ha aparecido en Berlín? (y cuyo anuncio ha sido insertado en el *Vossische Zeitung*

nº 92). En este libro, se supone que me he inspirado en los escritos de ese hombre (un galimatías incomprensible) que no obstante, no he logrado comprender y que además he destrozado de tal forma; y el profesor Schultz demuestra que Theophrastus Paracelsus las estableció mucho mejor que yo. Nadie hasta ahora había intentado criticar la homeopatía por ese lado y la verdad, es el colmo de la crítica» (*in* Haelh, 1923).

Aunque Hahnemann ya estaba curado de espantos en vida ¿qué diría hoy en día cuando muchos de sus discípulos amalgaman sus ideas con las de no sólo Paracelso, sino también de Swedenborg y de Rudolf Steiner?

Si Hahnemann rechazaba el esoterismo era porque su método no tiene nada de misterioso, por el contrario, es objetivo y racional, se incluye en el contexto de la medicina moderna y debe ser discutido o impugnado desde un planteamiento científico.

CONCLUSIÓN

Para comprender la situación actual, es esencial distinguir los estudios patogenéticos efectuados por Hahnemann y la vía experimental farmacológica trazada por él desde su reflexión sobre las enfermedades crónicas.

El estudio del conjunto de los efectos específicos de los medicamentos a dosis diversas fue siempre la principal preocupación de Hahnemann. No confundía similitud e infinitesimal mientras que todos los ejemplos extraídos de "sus precursores" se refieren a dosis ponderales. Pragmático y empírico, se conformaba con observar y se negaba a buscar explicaciones de orden metafísico al "porqué" de los fenómenos naturales. Rechazaba todos los sistemas y llegaba incluso un poco más lejos negándoles a los fisiólogos la posibilidad de comprender los mecanismos de acción, el "cómo" de los fenómenos curativos observados según la similitud. La crítica actual debería distinguir entre la difícil búsqueda del soporte físico de las cualidades específicas persistentes en las diluciones infinitesimales y los estudios sobre los mecanismos de acción perfectamente posibles a dosis ponderales, mecanismos que varían con cada sustancia y son accesibles a la investigación actual. Por ejemplo, pese a que es difícil para todo el mundo saber por qué el opio provoca sueño, su acción di-

física según las dosis ponderales o infinitesimales se explica perfectamente mediante el conocimiento de los neurotransmisores endorfinicos y si la farmacología moderna no limitara arbitrariamente su campo a las investigaciones sobre los efectos específicos puntuales y sintomáticos de las moléculas de síntesis, se abriría un campo ilimitado hacia una terapéutica no yatrógena.

Farmacólogo de talento, Hahnemann no limitó sus trabajos a la Materia médica. Sus reflexiones sobre la necesidad de considerar al enfermo en su unidad y su individualidad situándolo en su entorno lo convierten en un gran clínico en la línea de Hipócrates. Sus hipótesis sobre el origen microbiano (miasmático según el lenguaje de su época) de las enfermedades crónicas lo sitúan entre los precursores de la bacteriología. Su interés por el método anatomoclínico de Laennec conduce a pensar que habría seguido con pasión los progresos de las nuevas ciencias del hombre.

La apertura de espíritu es saludable y hay que reconocerle a Nebel y a sus alumnos el haber prospectado nuevas vías. En sus escritos citaron normalmente a los precursores de sus concepciones tipológicas, los médicos hermenéuticos del Renacimiento, pero llevaron a cabo un contrasentido histórico atribuyendo a Hahnemann la misma filiación y una forma de razonamiento idéntica basada en la analogía conceptual donde el simbolismo y el imaginario sustituyen a la observación empírica de los fenómenos naturales. La relación de similitud era para Hahnemann un dato natural concreto y no un tema de reflexión filosófica. El autor hipocrático del tratado de los "Lugares del hombre" realizaba también la constatación empírica, contingente según las circunstancias.

No hay nada más normal que el que cada uno intente por sí mismo, según una trayectoria natural al conocimiento humano, relacionar sus conocimientos científicos con el conjunto de su concepción del mundo, y hacer partícipes a sus contemporáneos de su síntesis personal no tendría nada de perjudicial siempre y cuando fuera capaz de distinguir los diferentes campos. En la obra del propio Hahnemann, el método científico que nos legó nos invita a distinguir lo esencial, su método precisamente, de ciertas explicaciones teóricas dependientes de su propia concepción filosófica del hombre y del mundo. Con más razón conviene discernir, en los escritos de los alumnos de Hahnemann, su aportación científica verificable de sus concepciones personales. La verdadera tradición es crítica.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLENDY R (1937) Paracelse, le médecin maudit (6^a ed). Gallimard. París. pp 13, 73, 75, 97-98, 166 y 193-194.
- BAUDOIN Ch, DEPLANQUE J, JACCARD R (1945) René Allendy. Éditions du Mont-Blanc. Genève.
- CHARLES D (1952) Loi de similitud et notion de terrain (tesis de medicina). Universidad de Saint-Etienne, noviembre de 1952.
- CROLL PICARD AS (1932) Dans l'ombre de Hahnemann. Rev Homéo Fr; abril, 1932.
- DUPRAT H (1954) La société rhodanienne et le Dr. Léon Vannier; Chronique. Actes Soc Rhodan Homéo; fascículo IV.
- FOES A (1595) Hippocrates. Opera omnia quae exstant. Frankfurt/Main. Oeuvres médicales d'Hippocrate (trad. Gardeil):
 a. tomo IV: Quinto libro del tratado de las epidemias; p 433.
 b. tomo I: Des lieux dans l'homme; pp 274, 275, 276, 277.
- GALLAVARDIN J (1913) Revue de presse. Propag Homéo; 31 diciembre 1913.
- HAEHL R (1923) Samuel Hahnemann, his life and work (traducción del alemán por Wheeler y Grundy) Homoeopathic Publishing Company. Londres.
- HAHNEMANN S (1804) Réflexions sur les trois méthodes accréditées de traiter les maladies. In: Études de médecine homéopathique (1^a serie). JB Baillière. París 1855; p 461.
- HAHNEMANN S (1832) Organon de l'art de guérir (4^a ed fr). JB Baillière. París. Nota 2 p 107, nota p 108, p 349.
- HAHNEMANN S (1850) Dissertation historique et médicale sur l'elléborisme. In: Études de médecine homéopathique (1^a serie). JB Baillière. París. 1855.
- HAHNEMANN S (1855) Études de Médecine homéopathique (1^a serie). JB Baillière. París:
 a. Carta a un médico de alto rango sobre la urgencia de una reforma en medicina; pp 407-408.
 b y c. Valor de los sistemas en medicina; pp 416 y 419-420.
 d. Sócrates y Fisión; pp 260-265.
 e. Esculapio en la balanza; pp 378-379.
 f y g. Obstáculos a la certeza y a la simplicidad de la medicina; pp 514 y 521.
- HAHNEMANN S (1873) Organon de l'art de guérir (5^a ed). JB Baillière. París. pp 113, 157, 158, 159. In Organon: Guérisons homoeopathiques dues au hasard; pp 117-118.
- JOUANNA J (1992) Hippocrate. Arthème Fayard. París. pp 425-426, 427, 535.
- JOUBLIN J (1971) Introduction à la psychosomatique moderne et ses relations avec l'homéopathie hahnemannienne. Ann Homéo Fr; octubre 1971: p 623.
- LAMASSON F (1955) L'ocultisme de Léon Vannier. Bull Soc Homéo Aquitain; 1 de octubre de 1955.
- NEBEL A (1907) Causeries cliniques. Propag Homéo; 31 de mayo de 1907.
- NEBEL A (1934a) Le drainage et la canalisation. Homéo Moderne; 15 enero 1934, 2: 88-89 y s.
- NEBEL A (1934b) La théorie de la psore de Hahnemann. Homéo Moderne; 15 febrero 1934, 4:247.
- POIX G (1955) Les précurseurs de Hahnemann: Paracelse. Actes Soc Rhodan Homéo; 4^o trimestre 1955.
- ROUSSON Ch (1953) Les précurseurs de Hahnemann. Actes Soc Rhodan Homéo; enero 1953.
- VANNIER L (1931) La doctrine de l'homéopathie française. Doin. París. p 34.
- VANNIER L (1951) Les précurseurs de Hahnemann. Bull CHF; 2^o semestre 1951.
- VANNIER L (1956) Les origines de l'homéopathie. Homéo Fr; diciembre 1956.
- ZIMMERMANN G (1839) Traité de l'expérience en général et en particulier de l'art de guérir (traducción del alemán por Le Febvre de Villebrune). In: Encyclopédie des sciences médicales. París. p 250.

VI.3

Homeopatía y psicopatología

J. Olivier

La medicina, aun permaneciendo unida, puede decantarse según las modas. La medicina homeopática es una de ellas y la medicina psicopatológica es otra. Ambas suelen denominarse abreviadamente mediante los términos "homeopatía" y "psicopatológica".

El encuentro de la homeopatía y de la psicopatológica es el de la historia del movimiento psicopatológico en el seno de la medicina contemporánea, de la historia de la medicina homeopática desde Hahnemann, su fundador, y de la medicina occidental desde Hipócrates.

La medicina homeopática se incluye en una concepción médica tradicional hipocrática y utiliza, a partir de un método analógico, un instrumento terapéutico muy particular: el "medicamento de uso homeopático".

La concepción médica homeopática otorga un lugar muy importante al concepto de "globalidad" o de "holismo", en relación directa con su aplicación central sobre la persona individual considerada en su dimensión más completa, corporal, psíquica y espiritual.

La dimensión psicopatológica de la medicina es tanto más interesante para la homeopatía cuanto que se ha creado al margen del campo habitual de sus propios intereses. Se trata de otro punto de vista respecto al lugar privilegiado de la observación del médico homeópata. En contrapartida, la homeopatía ofrece un espacio terapéutico nuevo al campo psicopatológico.

Podremos comprobar la riqueza de sentidos y de intercambio de opiniones que supone tanto para unos como para otros.

LA PSICOPATOLOGÍA

SU TRAYECTORIA HISTÓRICA

Actualmente, se puede decir que la psicopatología forma parte del dominio público. Todo el mundo sabe que se trata de un sector de la medicina que estudia, especialmente, la relación entre el cuerpo y el espíritu.

Demarque aporta una definición sobre la psicopatología al principio del párrafo "Homeopatía y psicopatología" de su obra *Homéopathie, médecine de l'expérience* (Demarque, 1981, p. 330) (Homeopatía, medicina de la experiencia): «El término Psicopatología hace hincapié en una falsa dicotomía entre el alma y el cuerpo. Tal y como escribe el profesor Delay en su Introducción a la psicopatología: "No es suficiente con suprimir de nuestros textos el guión que, en otros tantos, separa estas dos palabras griegas, psique y soma, para eliminar la dificultad y creer que la hemos resuelto gracias a la simplificación tipográfica [...] Cuando en medicina se habla de método psicopatológico para designar

la concepción psicológica de los desórdenes corporales o bien de método somatopsíquico para designar la concepción somática de los desórdenes mentales, estamos utilizando las palabras como locuciones que nos son cómodas [...]. En cualquier caso, estamos constatando como un dato de hecho y sea cual sea la explicación que se le dé, la estrecha interdependencia entre lo físico y lo moral».

Al margen de dicha concepción, la psicopatología puede convertirse en un intento por establecer un nexo de unión entre el mundo del cuerpo y el del espíritu.

Es muy frecuente, no obstante, escuchar la afirmación de que la psicopatología se encuentra presente en las ciencias médicas desde la Antigüedad, algo así como lo que hizo el Sr. Jourdain con la prosa sin saberlo.

En cualquier caso es mucho más apropiado decir que con Hipócrates la medicina pasó de la creencia a la eficiencia al mismo tiempo que del culto a la clínica lo cual representó, para la medicina occidental, el inicio de la actitud empírica que se desarrollará a través de dos concepciones diferentes de la enfermedad.

Según Canguilhem, «[...] la medicina griega permite considerar, en los escritos y las prácticas hipocráticas, una concepción dinámica en lugar de ontológica y totalizante en lugar de localizacionista [...] la enfermedad no está en cualquier parte del cuerpo del hombre, está en todo el hombre y pertenece completamente a él» (Canguilhem, 1979).

Con ello, parece quedar claro que la medicina científica actual, en la cual el lugar de la "imagen" es tan importante (Dagognet, 1984), sería descendiente de la escuela de Cnide y Galeno mientras que la medicina homeopática, en la cual la concepción holística posee un lugar muy importante, lo sería de la escuela de Cos e Hipócrates (Buschauer, 1988).

¿Qué podemos decir entonces de la medicina psicosomática?

Israel aporta un elemento de respuesta que puede ser interesante cuando dice, hablando de la psicosomática y de su función, que: «De nuevo descubriremos que todo acto médico debería comportar, conscientemente, una actitud psicoterapéutica. Dicho "conscientemente" es toda la diferencia que existe con la afirmación sentenciosa, mil veces escuchada, de que Hipócrates y Galeno ya practicaban la medicina psicosomática» (Israel, 1984).

No obstante, cuando se aborda la medicina psicosomática también conviene decir que en un segundo plano de la cuestión psicosomática, aparece la cuestión del dualismo fundamental entre el cuerpo y el alma que a su vez pertenece al plano filosófico e ideológico. Existen muchas teorías que proponen diversas respuestas al tema del dualismo como son la del doble aspecto y la interacción (Descartes), la del hilemorfismo (Aristóteles) o de las combinaciones (Leibniz) (Mazet, 1979).

La aparición del término "psicosomática" probablemente se produjo a principios del siglo XIX, período de gran fecundidad en nuevos desarrollos, prácticamente al mismo tiempo que apareciera la medicina homeopática y la medicina científica experimental moderna de la mano de Samuel Hahnemann y Claude Bernard respectivamente.

Cuando nos situamos en el campo de la medicina actual nos damos cuenta de que la cuestión de la psicosomática no es ni mucho menos unívoca sino todo lo contrario. Las controversias ocasionadas y los numerosos intentos de definiciones atestiguan la dificultad de su planteamiento tanto a nivel teórico como práctico.

La iniciativa de la trayectoria interrogativa, desarrollada sobre todo en los últimos cincuenta años, debe atribuirse a los clínicos internistas. En sus orígenes se encuentra la acumulación de observaciones clínicas particulares, destacables, entre otras, por las circunstancias psicoafectivas que rodean determinadas enfermedades. Dichas observaciones plantearon y siguen planteando la cuestión del dualismo cuerpo-espíritu aunque esta vez desde el punto de vista de la salud. A dicho nivel, no se formula la cuestión de la existencia de uno o del otro sino la de la interrelación entre cuerpo y espíritu y las consecuencias de esas relaciones en términos de salud para la persona.

Como corolario, es fácil comprender que la cuestión de la terapéutica se encuentra implícitamente contenida en la interrogación que nos ocupa. Así pues, el enfoque psicosomático podrá realizarse mediante toques sucesivos, a través de la ordenación de un cierto número de consideraciones.

LA PSICOSOMÁTICA HOY

Los enfermos psicosomáticos

Los pacientes funcionales, esos "falsos enfermos" que no tienen nada, han soportado durante mucho tiempo el calificativo de "psicosomáticos". El término "funcional" es un término de fácil exclusión, de negación y recordando la frase de Klotz (1971): «lo funcional es lo orgánico», los matices adquieren una importancia considerable en esta simplista bipartición entre lo funcional y lo orgánico (o lo lesional) basada, únicamente, en la apariencia de la realidad objetiva. Con ello, se opera un deslizamiento semántico del concepto de "enfermo" al de "enfermedad psicosomática".

Las enfermedades psicosomáticas

Las enfermedades tales como las afecciones ulcerosas digestivas, como la úlcera gastroduodenal y la rectocolitis ulcerosa hemorrágica, o las colopatías, el asma, algunas dermatosis como el eccema o la psoriasis, algunas hipertensiones arteriales lábiles, algunos glaucomas o incluso determinadas enfermedades quísticas han invadido la escena y acaparado la atención del observador dejándose ver.

Este tipo de enfermedades forman la base del movimiento psicosomático y son el objeto de las investigaciones suscitadas por dicho movimiento. Además, pueden ser consideradas como modelos para los cuales la terapéutica es especialmente difícil.

Todas ellas y sólo ellas siguen siendo, actualmente, la base de la psicosomática en su sentido más estricto y plantean la cuestión del proceso de somatización.

El enfoque psicosomático

En un intento de definición, Israel empezó por decir lo que no es la psicosomática antes de plantear lo que podría ser:

«Lo que no es: los trastornos mentales que acompañan a las afecciones somáticas, los trastornos psíquicos que acompañan a los traumatismos craneales, los trastornos somáticos secundarios a enfermedades mentales, las depresiones endógenas, la espasmodia, los trastornos de las reglas, la anorexia mental (¿histeria?), los trastornos neurovegetativos al límite de la patología emocional, una sintomatología neurótica.

«Lo que podría ser [...] ¿Una patología emocional? La emoción es una afección en relación con una situación que se traduce en una reacción del individuo frente a dicha situación. El estrés es una de las manifestaciones de esa emoción» (Israel, 1984).

«Efecto de significante» añade Israel, efecto que permite abordar la psicosomática sin definirla verdaderamente puesto

que de hecho, aún sigue siendo inexplorada. No obstante es necesario nombrar el proceso de investigación, sin perjuicio de correr el riesgo, tantas veces confirmado, de cambiar significados muy diferentes del concepto psicossomático todavía en elaboración. Algunas consideraciones, que abordaremos a continuación, nos permitirán darle forma.

La paradoja de la unión-separación

La dificultad terapéutica de las afecciones nosológicamente definidas, que hemos citado como base del movimiento psicossomático, ha supuesto su abordaje bipolar por un médico somático y un médico psiquiatra. A menudo esta asociación se lleva a cabo como resultado de la afirmación de una separación normalmente materializada por la realización de dos consultas separadas. La ruptura se realiza entre el especialista del cuerpo (objeto de su conocimiento), el somático que no niega la realidad psíquica pero que la deja en manos de otro, y el especialista del individuo (erigido como objeto de su conocimiento), el psiquiatra, que no niega la "carga fisiológica", pero que no la tiene en cuenta.

Esta separación, cuanto menos, tiene como consecuencia terapéutica la de resituar al individuo, el darle un lugar posible de existencia y con ello nace la esperanza. No obstante, a pesar de esa esperanza, los resultados terapéuticos siguen siendo pobres frente a la creencia según la cual hubiera sido suficiente con reconocer un estatus de existencia al individuo para que éste fuera capaz de expresarse.

Para aquellos que no deseaban excluir ni la enfermedad que se expresa en el cuerpo-objeto, ni al enfermo que se expresa como individuo se abrió una tercera vía, el "campo de la psicossomática".

«No existen enfermos psicossomáticos como tampoco existe la enfermedad psicossomática. Existe una concepción psicossomática de los enfermos [...] La psicossomática podría definirse como una interpretación específica de la enfermedad» (Dejours, Marty y Herzberg-Poloniecka, 1980).

Los especialistas de la psique son los que, esencialmente, han aportado sus conocimientos al campo del individuo a fin de poder desanclar el cuerpo que sufre.

Las diferentes contribuciones teóricas

• El psicoanálisis

La obra de Sigmund Freud es fundamental en la comprensión de los procesos neuróticos y de conversión. Freud introduce una ruptura en el saber médico con el concepto de "inconsciente". El inconsciente, el símbolo, el imaginario, el fantasma sitúan el saber anatomofisiológico a otro nivel.

«Freud distinguió la angustia señal, la angustia automática, la angustia ante un peligro real y la angustia de castración. [...]

La angustia automática hace referencia a un flujo de excitaciones que el individuo no consigue relacionar, es decir, transformar mediante el proceso secundario. Este tipo de angustia es relativamente importante en psicossomática puesto que es el resultado de la persistencia o reactivación de un estado de desamparo biológico efectivo vivido durante los primeros meses de vida» (Dejours, Marty y Herzberg-Poloniecka, 1980).

A pesar de la innegable aportación de Freud, no parece probable que podamos reconocerle una concepción psicossomática la cual, sin embargo, se le suele atribuir a Groddeck (1963), reconocido como poseedor de un cierto saber hacer en ese campo en el cual la calidad de la relación médico-paciente es muy importante para la terapéutica. Dicha relación viene definida, según parece por los escritos de la época que se refieren a Groddeck, por una fuerte direccionalidad unida a una fuerte empatía expresiva. En el plano teórico, Groddeck es autor de una determinada concepción del "ello" diferente del "ello" freudiano. Para aquél, "ello" es "el principio de vida" que se expresa en las formas física y psíquica, algo muy próximo al Dios-Naturaleza citado por Goethe.

Lacan y su escuela sólo intervinieron en la trayectoria psicossomática para «proponer el término "epistemosomática" en lugar de "psicossomática", con la intención de indicar que la investigación debe centrarse en el análisis epistemológico del discurso sobre el cuerpo, el único capaz de percibir el misterio del sentido de la enfermedad somática» (Lacan, 1966).

• Los trabajos experimentales y el concepto de "estrés"

Los nombres de Canon y más tarde Selye (1975) se encuentran relacionados con el desarrollo de los trabajos experimentales en el campo de la respuesta de los organismos frente a la agresión. Ambos dieron lugar a la elaboración de una teoría del estrés y del concepto de un síndrome general de adaptación, inespecífico. En dichos trabajos se puede interpretar la puesta en evidencia de la sensibilidad del organismo. No obstante, esta inespecificidad y las circunstancias particulares de las observaciones experimentales de dicho síndrome general de adaptación sitúan estos trabajos a una cierta distancia de la psicossomática. El concepto de una respuesta unívoca de adaptación del cuerpo a una agresión, independientemente de su naturaleza, abre, como mínimo, una vía para la observación experimental del efecto de una vivencia sobre el organismo.

• La escuela psicossomática americana

Alexander (1967) es quien más ha contribuido a una concepción psicossomática que conduce a una "neurosis de órgano".

En su teoría, muestra la existencia de *patterns* psicossomáticos que no son más que expresiones del cuerpo relacionadas con los estados emocionales, por ejemplo las lágrimas y la tristeza o la hipertensión arterial y la cólera, y prioriza la evolución de las lesiones anatómicas "de lo funcional hacia lo orgánico". Finalmente distingue la expresión de las emociones, según su natu-

raleza activa o pasiva, a través de las vías simpáticas o parasimpáticas.

Dunbar (1948), no concede la prioridad a la naturaleza de la emoción sino a la naturaleza de la personalidad lo cual le condujo a la descripción de perfiles de personalidad calificados mediante la enfermedad observada, el perfil del hipertenso o del diabético, por ejemplo. La aparición de la enfermedad sobre un terreno particular podrá realizarse por vía exógena o endógena en función de la vivencia emocional en relación con el sistema consciente-inconsciente.

Diferentes autores han seguido los pasos de sus maestros y han podido desarrollar conceptos que se articulan con los que acabamos de describir.

Así, Alberto Seguin (1950) desarrolla la teoría de la *Gestalt*, de un conjunto de comportamientos psíquicos y somáticos específicos de un individuo que conducen a una cierta predisposición mórbida.

Laborit (1974) es el autor de la teoría de la inhibición de la acción según la cual el sistema nervioso puede ser visto como organizado en función del concepto de "finalidad de la acción". Cuando ésta no ha sido satisfecha, normalmente debido a un proceso de inhibición de la acción, puede ocasionar disfunciones orgánicas que pueden desembocar en lesiones anatómicas.

Dantzer (1989) aborda la cuestión aportando las investigaciones experimentales animales y subraya la importancia de las articulaciones anatomofisiológicas recíprocas entre el sistema nervioso y el sistema inmunitario mediante las citocinas. Insiste sobre una visión globalizadora y sistémica del organismo y de las relaciones entre el cerebro (soporte material de la psique) y el cuerpo. En el capítulo: "La lógica de la enfermedad psicosomática" concluye: «Empezamos a comprender el sutil juego de interacciones no entre "psiquismo" y "soma" sino entre el cerebro y el resto de sistemas orgánicos que participan en la adaptación. Resituado en el contexto de dichas interacciones, lo que llamamos influencia de los factores psíquicos sobre la enfermedad aparecerá ya no como un acontecimiento aislado sino como el subproducto de una necesidad biológica, la de una participación de la totalidad del organismo en la lucha contra los agentes patógenos.»

• La escuela psicosomática de París

La escuela psicosomática de París se constituyó alrededor de Marty, de M'Uzan, David (1963) y todo un equipo de colaboradores.

La escuela propone una concepción teórica que se articula con los conceptos psicoanalíticos sobre las neurosis y es una aportación original para una comprensión del proceso de somatización relacionado con las cualidades y los fallos del funcionamiento mental en permanente referencia con el punto de vista de la economía psicosomática global.

Ha rehabilitado el cuadro de las neurosis de carácter y de comportamiento y ha destacado la observación de la desorga-

nización progresiva y en ocasiones de clima de ansiedad masiva.

Sobre todo, se caracteriza por la importancia concedida a la descripción del pensamiento o del estado operativo. Se trata de un pensamiento caracterizado por un empobrecimiento de la vía imaginativa y de la productividad creativa en provecho de un pensamiento centrado esencialmente en el instrumento, en lo útil. La relación médico-enfermo adquiere la tonalidad de una "relación blanca" sin afectación.

No es difícil concluir que una forma de pensar semejante se acompaña de una falta de flexibilidad adaptativa y expone al individuo a reacciones emocionales particularmente violentas frente a situaciones nuevas.

Actualmente, dicha concepción se encuentra especialmente presente en todo interés teórico reflexivo que aborde el campo de la psicosomática.

La apertura patológica del campo psicosomático se situaría desde esta óptica en un estadio muy precoz del desarrollo del niño, un estadio que precedería el de la formación del aparato mental y de la palabra. Dicho estadio de "indiferenciación somatopsíquica" conduce de nuevo al concepto de "área de transición" de Winnicott, esa zona intermedia que separa lo subjetivo de lo que se percibe objetivamente y donde aparece la imaginación. David propone el concepto de "nivel de organización psicosomático".

Sifneos (1972) habla incluso, en un registro diferente —el de un sustrato neurofisiológico— de alexia o incapacidad de interpretación o evaluación crítica de las emociones y sentimientos.

• La corriente existencialista

Boss propone una concepción del cuerpo original: «El cuerpo representa uno de los lugares de paso para la realización de nuestras relaciones con el mundo, relaciones que constituyen la existencia. [...] En esta perspectiva, el cuerpo no es concebido en una relación de posesión (tener un cuerpo) por el individuo sino como su existencia misma (ser un cuerpo)» (Boss, 1969).

Esta proposición de una vivencia a la vez somática y psíquica, indivisible, globalizadora, permite dar un sentido a la enfermedad somática en relación con la corporeidad necesaria de cada vivencia. De esta forma, es posible describir diferentes vivencias o modalidades de ser en el mundo, como la forma hipertensa, la forma ulcerosa o ulcerada, la forma asmática, etc.

CONCLUSIONES

A través de las diferentes hipótesis teóricas, la práctica psicosomática se ha enriquecido con un arsenal a la vez conceptual y terapéutico.

- En el plano conceptual, hemos seguido, rápidamente puesto que el tema es amplio, la elaboración de un concepto psicosomático a través de la enfermedad, el enfermo y la concep-

ción médica, hasta el campo psicosomático que integra todas estas diferentes adquisiciones progresivas en una consideración sistémica.

«La nebulosa de las relaciones cuerpo-espíritu ha dado paso a toda una combinación de interacciones entre el psiquismo y el cuerpo. [...] Osar afrontar la complejidad y buscar los mecanismos en juego, es el nuevo desafío al que es necesario enfrentarse. «La imbricación de lo físico y lo espiritual, de lo fisiológico y lo psicológico, su reconciliación en la aceptación de sus especificidades respectivas así como de sus interacciones empiezan a hacer surgir un concepto que se revelará rico en promesas: el concepto de interdependencia, el razonamiento en términos de relación y no de oposición, el esto y el aquello y no el esto o el aquello que rechaza, opone y excluye», nos dice Dantzer (1989) en la conclusión de su obra *La Ilusión psicosomática* donde cita la Conferencia de los galardonados con el premio Nobel en París: «Promesas y amenazas en los albores del siglo XXI» (ediciones Odile Jacob, París, 1988).

- En el plano terapéutico se han intentado numerosas acciones. El psicoanálisis, cuya aportación teórica es fundamental, no es la repuesta más apropiada en la mayoría de los casos. Se han propuesto diferentes psicoterapias de inspiración psicoanalítica o no, psicoterapias breves, no direccionales o terapias comportamentales. Las relajaciones han abierto una etapa importante para intentar recuperar el valor de la vivencia corporal las cuales también se han inclinado en diferentes modalidades (Sapir y col., 1975).

La homeopatía es una de las respuestas que forma parte del conjunto. Para abordarla, es necesario señalar, aunque sólo sea rápidamente, la situación actual de la psicosomática entendida en su sentido evolutivo, tal y como acabamos de precisar, pero también en su sentido primordial que es el del campo de las relaciones entre el espíritu y el cuerpo.

LA HOMEOPATÍA

¿Cómo situar la homeopatía en esta trayectoria? La medicina homeopática responde a la misma preocupación que la medicina psicosomática puesto que se sitúa en el campo de esta última, tal y como hemos presentado. La homeopatía responde a una concepción psicosomática de los enfermos y una lectura específica de la enfermedad, también en su caso, se trata de una concepción sistemática o sistémica.

Abordar las relaciones de la psicosomática con la homeopatía nos obliga a situarnos respecto a las cuestiones clave que plantea la psicosomática. Lo haremos con una intención terapéutica más presente que nos permitirá abordar la especificidad de la terapéutica homeopática.

LAS CUESTIONES CLAVE DE LA PSICOSOMÁTICA A LA HOMEOPATÍA

La conversión

Se caracteriza por la existencia de síntomas funcionales objetivos para el médico, pero que no corresponden a ninguna lesión anatómica observable. También es un síntoma en el sentido psicoanalítico del término, es decir, un compromiso entre un deseo y su prohibición cuyo sentido es del tipo del símbolo. En este caso, es cuestión del cuerpo, real e imaginario, y del lenguaje.

El inconsciente, su elaboración en la primera infancia en su componente de sexualidad y la relación médico-paciente son los elementos indispensables para la comprensión de la problemática de la conversión somática y, por tanto, de su enfoque terapéutico.

El lugar de la palabra es aquí muy importante. El de la especificidad del médico homeópata, por el contrario, no lo es, no es el campo de acción de la medicina homeopática. La conversión también suele ser, por otra parte, excluida del campo de la medicina psicosomática en su acepción estricta.

Lo funcional

Se trata de un conjunto de síntomas descritos por el enfermo pero que, para el médico, no presentan correspondencias con imágenes lesionales anatómicas.

Suele desembocar en la derivación a diferentes especialistas con la inscripción del concepto de «divergencia» o de «fragmentación» y la colusión del anonimato mediante el cual nadie asume la responsabilidad de la situación o incluso el enfrentamiento con la locura, la alienación cuando se plantea como una amenaza la consulta con un psiquiatra, imagen de lo que ocurre en el enfermo funcional en el cual el cuerpo «toma la palabra» para mostrar, expresar el sufrimiento existencial del ser que no puede (todavía) decir.

En ese caso, es necesario para el terapeuta escuchar el síntoma y lo que él expresa, en una escucha que debe ser global: «[...] el síntoma [...] es tomado como atrapado en una relación del individuo consigo mismo, con su cuerpo, con los demás y con el mundo. Como tal, no es nada más allá del sentido que se le pueda descubrir. [...] Abordar el síntoma en su verdadero registro de escucha necesita que, respecto a lo funcional, el médico sobrepase el hiato que anuncia este término cuando envía, frente a frente, un discurso científico sobre la vida y la enfermedad y un discurso psiquiátrico sobre la alienación del alma que sufre» (Delage y col., 1979).

Se trata de uno de los campos de elección de la medicina homeopática. El médico homeópata sabe ser escuchador y cuidador. El síntoma habla a aquel que sabe entenderlo.

La escucha puede llevarse a cabo a diferentes niveles, de diferentes formas. El homeópata, como todo terapeuta, entra en el dominio de la palabra y de su poder terapéutico aunque no escapa, por ello, a los acontecimientos relacionales comunes a todos en ese campo y como cualquier terapeuta debe aprender a reconocerlos, a controlarlos y a dominarlos. No abordaremos aquí este aspecto que, no obstante, se encuentra presente en toda la trayectoria del médico homeoterapeuta.

La consulta homeopática comporta, en contrapartida, especificidades que conducen a una reflexión sobre su impacto terapéutico propio y que abordaremos más adelante.

La articulación psicosomática

En este caso se trata de un individuo que padece una enfermedad con síntomas objetivos y que plantea los problemas de algún tipo de relación con la psique.

Se expresa a nivel de la ruptura epistemológica entre la fisiología, expresión del cuerpo, y la palabra, expresión de la psique: «Así, cada cual posee su discurso: el de la ciencia médica que para conocer mejor las bases biológicas del cuerpo, excluye al individuo; el del psicoanálisis, que para conocer mejor al individuo excluye los fundamentos biológicos. No obstante, el enfermo "psicosomático" plantea nuevas cuestiones y reintroduce la relación entre cuerpo y espíritu, entre biología y psique, planteada por el psicoanálisis en su advenimiento y que después él mismo abandona. [...] La psico-somática reside en esta paradoja: mientras que el conocimiento realiza el esfuerzo para aprehender lo humano como un todo, para introducir una articulación entre el individuo y el fenómeno biológico, el individuo, en realidad, se esconde, en tanto que portador de una palabra cargada de sentido. [...] El drama del soma es una historia sin palabras [...] la comprensión del síntoma escapa a la palabra del individuo» (Delage y col., 1979).

El lugar de la palabra puede situarse en otra parte. El sentido puede venir del exterior y puede haber un lugar para lo socio-cultural para "un doble apuntalamiento". «Sin duda, podemos designar con el nombre de apuntalamiento la articulación de lo psíquico en lo social, de la interiorización mental de la palabra de otro, de la misma manera que hemos designado con esos términos la articulación de lo psíquico sobre lo biológico, el fantasma sobre la actividad orgánica» (Delage y col., 1979).

Las relaciones del ser humano con su entorno sitúan el pensamiento a un nivel ecológico. No obstante, nos encontramos ante una nueva puerta que franquear en términos de globalidad: ¿Cómo, con un pensamiento dualista, el hombre puede comprender la globalidad de su ser? «El doble apuntalamiento del que hemos hecho mención permite introducir el campo del misterio en la articulación cuerpo-lenguaje-sociedad» (Delage y col., 1979).

Probablemente en este punto, se hace conveniente redefinir la dimensión espiritual de lo humano junto a lo cual también

podemos evocar la «necesidad irracional y el pensamiento mágico» que «proporciona un sentido esencialmente racional a la vida que todos deseamos». Y probablemente entonces, podremos percibir lo indecible de ese grito del cuerpo. «El cuerpo ha tomado el relevo en el diálogo proyectado con el poder divino» (Delage y col., 1979).

Esta herida, esta solución de continuidad entre psique y soma puede dar lugar al desarrollo del concepto de cicatriz (que no deja de recordar, en otro orden de pensamiento a *Staphysagria*). Dicha cicatriz como imagen que muestra lo que permanece inscrito en el cuerpo y que evoca alguna cosa como referencia a la pérdida y al mismo tiempo a la continuidad restablecida, el cierre, la obturación.

Existen cicatrices visibles, como el ombligo que todos llevamos en el centro de nosotros mismos. ¿Hay otra huella más evidente de una dependencia convertida en independencia, de un funcionamiento armónico esta vez autónomo, de un ser nuevo?

También existen cicatrices invisibles que lo atestiguan y algunas de ellas quieren mostrarse. Vivir con la propia cicatriz, re-aceptar el propio cuerpo modificado no puede ser un estado estable, cotidiano; sólo cuenta la trayectoria esencial, la que, por encima de las aceptaciones y los rechazos, conduce al individuo más allá del objeto de su cicatriz (Debelleix, 1987).

LA HOMEOPATÍA EN PSICOSOMÁTICA

Habiendo abordado la articulación psicosomática, el médico homeópata debe aprovecharse de los descubrimientos de la exploración del campo psicosomático que también es el suyo. Para ello, es indispensable que tome conciencia, en una perspectiva de eficiencia terapéutica, de los diferentes envites que se presentan durante su consulta.

El poder de lo analógico

El poder de lo analógico actúa a diferentes niveles los cuales han sido citados anteriormente en el centro de las especificidades de la consulta homeopática que a su vez lo expresan en cierta manera.

Una de estas especificidades nos interroga sobre el impacto terapéutico de la propia consulta. Dicha especificidad es la de la cualidad de la relación entre el individuo que expresa su sufrimiento y el médico homeópata que lo tiene en cuenta cuando le plantea sus preguntas. El interrogatorio, insistente a veces ampliamente, sobre las modalidades, establece de esta manera una forma de relación de tipo compasivo con el enfermo. El homeópata muestra así que ha entendido el sufrimiento proporcionándole mediante sus preguntas si no un sentido, al menos un valor, un lugar en la "economía psicosomática global".

Para la persona, es muy importante el sentimiento de "haber sido tomado en serio" frente a la consideración de "falso enfermo que no tiene nada" y "de haber sido entendido, comprendido".

Es cierto que los síntomas expresados por el cuerpo pueden también reflejarse a otro nivel, en una forma de ser que puede ser el del sufrimiento existencial del ser que se muestra a través de sus síntomas. Así, en la materia médica homeopática los dos niveles están presentes. En *Kallium carbonicum* por ejemplo, y entre otros muchos que podríamos citar, encontramos síntomas digestivos y también la indicación sobre el concepto de tipo sensible, es decir, una persona «cuya sensibilidad exacerbada hace que lo perciba todo en la cavidad epigástrica».

Hay que hablar también de la segunda lectura de la historia de esta persona que presenta un eccema y de la cual, la escucha en un registro diferente permitirá descubrir que guarda en su interior un profundo sentimiento de cólera, de rebeldía que apareció en unas circunstancias muy precisas a lo largo de las cuales no pudo expresar unos sentimientos que se vio obligada a rechazar. Probablemente, *Staphysagria* será el medicamento que permitirá mejorar el funcionamiento psico y fisiodinámico de esta persona, mejorando, por una parte, el eccema y ayudándole, por otra, a «metabolizar» su bloqueo psicodinámico.

Existen numerosos medicamentos parecidos en la rúbrica «como consecuencia de...». El acontecimiento psíquico emocional está presente en la etiología, en la búsqueda de las causas, de la misma forma que el resto de acontecimientos, traumáticos, meteoropatológicos... u otros.

La especificidad de la causalidad nos envía también a una especificidad de la prescripción. Puede tratarse de la consecuencia de un disgusto, de un miedo... y dicha especificidad está modulada por la sensibilidad del paciente y la naturaleza del medicamento. Actualmente no es posible no citar *Ignatia amara* y *Gelsenium sempervirens* que dominan, indiscutiblemente, la patología funcional.

Así, los celos pueden evocar medicamentos como *Lachesis*, *Nux vomica* o *Hyoscyamus*. Inversamente, la semiología homeopática de *Lachesis*, por ejemplo, puede plantear la cuestión, en determinadas condiciones, de los celos y abordarlos desde una perspectiva psicoterapéutica. Existe un vaivén permanente entre la prescripción homeopática de un medicamento y la actitud psicoterapéutica al igual que existe entre los síntomas somáticos y los síntomas psíquicos. Ese vaivén teje, como una barcaza, la consulta del médico homeópata en este tramo.

Naturalmente, el efecto farmacodinámico del medicamento y la acción directa del prescriptor se encuentran íntimamente mezclados, no obstante, es posible intentar ceñir con mayor exactitud lo que pertenece a uno y otro dominio.

La homeopatía: un recurso terapéutico original

En el campo psicosomático, el médico homeópata podrá proponer y utilizar un recurso terapéutico original como respuesta a las cuestiones concernientes al concepto del sentido o la

localización del síntoma o incluso, el de la propia articulación psicosomática.

Así, enfrentado al concepto del sentido del síntoma, el médico homeópata adopta una posición particular. La decodificación, el referente del síntoma proporcionado por el enfermo es llevado a cabo por el homeópata a través de la criba de lectura patogenética. El sentido del síntoma para el médico homeópata se establece a partir de los datos patogenéticos de la Materia médica. Así, su escucha nunca está vacía de sentido para él y es a través de la relación médico-paciente, sobre la modificación del «estado» del «ser», de lo «vivido» y de la «idea» del médico sobre dicha cuestión de sentido como se puede plantear la cuestión de una acción terapéutica.

Otro punto que interviene en la percepción del sentido del síntoma psicosomático es el de la «reunificación de la persona». El interrogatorio habitual de la consulta homeopática es muy diverso y mucho más sistematizado, más rico, que el interrogatorio médico corriente. El método de consulta y de prescripción induce un método de comportamiento del cual es necesario ser consciente. El hecho de plantear, frente a frente, cuestiones que conciernen, uno tras otro, a los diferentes sectores del organismo, partiendo de la propia queja del individuo, es una trayectoria que resitúa al paciente en la globalidad de su ser. Incluso los sectores mudos presentan la oportunidad de expresarse a través de su silencio. Podemos plantearnos, por supuesto, la cuestión de la acción terapéutica del efecto de presentar y del efecto de relacionar. Así, la prescripción medicamentosa, tras una consulta exhaustiva, puede concretarse con la «prescripción de un solo medicamento unitario». Entonces, podemos retomar por nuestra cuenta la expresión según la cual «el lenguaje del prójimo capta lo fisiológico para hacerlo psíquico» (Delage y col., 1979).

En lo que concierne a la cuestión de la localización de los síntomas, cuya referencia es patogenética, la homeopatía ha sabido desarrollar el concepto de tipo sensible que se corresponde, normalmente, con una descripción de un perfil psico-fisio-patológico.

Dichas correspondencias no dejan de evocar la descripción de los «perfiles de personalidad» de Dunbar o la evolución dinámica de lo funcional hacia lo lesional y también el concepto de *patterns* de Alexander.

La localización de los síntomas cuya referencia es patogenética permite, además, poder «contornear» la «relación blanca» psicosomática a fin de poder prescribir en analogía con dicha forma de expresión, en el mismo registro modal. Como el enfermo psicosomático se centra sobre el instrumento, el médico homeópata puede centrarse en el medicamento homeopático como herramienta eficaz a nivel de los síntomas, con resultados terapéuticos interesantes, teniendo en cuenta la especificidad del método analógico de prescripción.

Por ejemplo, una rectocolitis úlcero-hemorrágica puede ser curada de forma útil mediante medicamentos tales como *Mercurius corrosivus* o *Arsenicum album* prescritos en base a síntomas

locales en ausencia de síntomas psíquicos comportamentales evocadores mayores. No es menos cierto que estos medicamentos también poseen, en sus patógenesis, efectos sobre el comportamiento que no están disociados de los restantes o incluso debidos a la elección de la dilución, y por los cuales podemos plantearnos la cuestión de un efecto "secundario".

Además, muy a menudo, los enfermos que establecen este tipo de relación con el médico homeópata pueden así beneficiarse de una prescripción medicamentosa que establezca la permanencia de una unión terapéutica farmacodinámica y a través de ella, una unión psicodinámica.

Cabe señalar una observación que concierne al valor epistemológico de la interrogación sobre la localización. No cabe duda de que esta cuestión es muy importante en el ámbito de la medicina científica para la cual, la imagen, la forma y el lugar son de una importancia primordial. No obstante, en un ámbito diferente, en el cual la forma de estar enfermo se encuentra en un primer plano, la cuestión del lugar pasa a ser secundaria.

En cuanto a la propia articulación psicosomática, el médico homeópata puede proponer una percepción propia.

La cicatriz psicosomática demuestra la existencia de una herida a un nivel primordial del ser humano que muestra lo que no puede ser ni dicho ni borrado. Vivir con la cicatriz es el desafío que debe plantearse. Este estado fijo, enquistado, no puede encontrar respuesta a su propio nivel (Watzlawick y col., 1975). Es necesario encontrar un funcionamiento diferente, utilizar o crear otros circuitos. En resumen, se trata de suavizar la cicatriz en su entorno, en una verdadera ecología del ser, de (re)permitir

una circulación de intercambio libre con ella. Es necesario situarse a un nivel diferente de racionalidad, pasar de una lógica de estado, estática, a una lógica dinámica de funcionamiento psicosomático, a nivel de la propia articulación psicosomática. Se trata de lo analógico.

Citaremos ampliamente a Lagache (1988) en su obra *Echos du sensible* (Ecos de lo sensible) subtitulado *Une logique de l'homéopathie* (Una lógica de la homeopatía):

«La lógica del cuerpo es la que organiza la teoría y la práctica de la teoría homeopática (p. 69) [...] la analogía es una *descripción de la relación*, una imagen no de lo que es sino de la manera en que se comunica (p. 68) [...] la homeopatía [...] postula que el cuerpo y la psique son un ser de comunicación (p. 122) [...] la ley de similitud trata el ser como una función de comunicación (p. 126) [...] el síntoma es una especie de tentativa para hacer coexistir una comunicación imposible con una comunicación posible: mantener la finalidad del ser que es el bienestar y la vacuidad» (p. 131).»

Refiriéndose a Wittgenstein, subraya la distinción fundamental entre el decir y el mostrar. «El hecho de la analogía se encuentra en la conflagración que se produce entre dos sistemas de relaciones [...] El punto mismo de dicha conflagración, que es donde yace el sentido, no puede ser *dicho* por el lenguaje porque se encuentra fuera de su sistema de signos (p. 61) [...] Ahora bien, lo que no puede ser *dicho* puede ser *mostrado*» (p. 62).

En el plano terapéutico, la lógica analógica es la base teórica de la práctica y el medicamento de uso homeopático es el utensilio de dicha práctica.

La trayectoria psicosomática, la apertura del campo psicosomático y de su patología han permitido, mediante su revisión, situar la homeopatía en su especificidad que no es otra que la de sus relaciones con la analogía.

Cuando la homeopatía se sitúa en la legitimidad de la interrogación psicosomática, está aportando una respuesta: el enfoque clínico, la farmacología del medicamento a través de las patógenesis, son psicosomáticos.

Es posible evidenciar determinados valores, algunos de los cuales se incluyen en las bases de la medicina homeopática aunque no le son propios puesto que son hipocráticos. Se trata del concepto de medicina global u holística y de medicina humanista, centrada en la persona.

A la cuestión de la paradoja de la unión-separación de la psique y el soma planteada por la psicosomática, la homeopatía propone una respuesta en una lógica de la comunicación en la que se sitúa el medicamento análogo. Utensilio terapéutico operativo, extrae a la homeopatía de su estatus teórico, donde podría permanecer confinada, para situarla en el verdadero campo de la medicina y de la experiencia en la que la terapéutica es su finalidad.

En la práctica, pertenece al médico homeópata responder a la interrogación psicosomática que le permita poder utilizar de forma diferente, de una manera aún más precisa, las propiedades farmacodinámicas del medicamento de uso homeopático en la interacción sistémica médico-paciente, consiguiendo además, un mejor dominio de esta relación a través de una modificación «considerable pero limitada» (Balint, 1968) de su personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ALBERTO SEGUIN C (1950) Introduction à la médecine psychosomatique. L'Arche. Paris.
- ALEXANDER F (1967) La Médecine psychosomatique. Trad. fr. Payot. Paris.
- BALINT M (1968) Le médecin, son malade et la maladie dans la perspective homéopathique. *Ann Homéo Fr*; 1: 5-10.
- BARBANCEY J (1972) La relation médecin-maladie dans la perspective homéopathique. *Ann Homéo Fr*; 1: 5-10.
- BARBANCEY J (1987) Pratique homéopathique en psychopathologie. Similia. Paris.
- BOSS M (1969) Introduction à la médecine psychosomatique. PUF. Paris.
- BOUJARD (1972) Guérison hahnemannienne et psychosomatique. *Ann Homéo Fr*; 14: 11-14.
- BUSCHAUER W (1988) Homéopathie, parachèvement de la médecine hippocratique. Maisonneuve. Metz.
- CANGUILHEM G (1979) Le normal et le pathologique. PUF. Paris.
- DAGOINET F (1984) La philosophie de l'image. Vrin. Paris.
- DANTZER R (1989) L'illusion psychosomatique. Odile Jacob. Paris.
- DEBELLEIX Ch (1987) Guérir avec une cicatrice. *Patricien du Sud-Ouest*; 10: 9-10.
- DEJOURS C, MARTY P, HERZBERG-POLONIECKA R (1980). Les questions théoriques en psychosomatique. Éditions Techniques. *Encycl Méd Chir* (Paris, Francia). Psychiatrie. 37 400 C⁹. 7-1980.
- DELAGE M, MORISOT J-L, BALLEREAU J-L, HABAUT M (1979) Médecine, corps, langages. *Bordeaux Méd*; 12: 1471-1479.
- DEMARQUE D (1981) Homéopathie, médecine de l'expérience. Maisonneuve. Paris.
- DUNBAR F (1935) Emotions and bodily changes: A survey of the literature on psychosomatic interrelationships. Columbia University Press. Nueva York.
- DUNBAR F (1948) Psychosomatic diagnosis. Hoeber, Harper and Brothers. Nueva York.
- GRODDECK G (1963) Au fond de l'homme, Cela. Gallimard. Paris.
- ISRAEL L (1984) Initiation à la psychiatrie (reed). Masson. Paris. 1990.
- KLOTZ HP (1971) Le fonctionnel c'est de l'organique. *Rev Méd Fonct*; 1: 111-117.
- LABORIT H (1974) La nouvelle grille. Robert Laffont. Paris.
- LACAN J (1966) Table ronde au collège de médecine. *Lettre de L'EPF*; 1.
- LAGACHE A (1988) Echos du sensible. Atelier Alpha Bleue. Paris.
- MARTY P, M'UZAN M de, DAVID C (1963) L'investigation psychosomatique. PUF. Paris.
- MAZET Ph (1979) Les concepts en psychosomatique. Historique. Orientations théoriques. *Rev Prat*; 29: 2491-2503.
- SAPIR M (1972) La formation psychologique du médecin. Payot. Paris.
- SAPIR y col. (1975) La Relaxation: son approche psychanalytique. Dunod. Paris.
- SELYE H (1975) Le stress de la vie. Gallimard. Paris.
- SIFNEOS P (1972) The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. In: Topics of psychosomatic research. Karger S. Bâle; pp 255-262.
- WATZLAWICK P, WEAKLAND JH, FISCH R (1975) Changements. Seuil. Paris.

VI.4

Argumentos para una homeopatía crítica

M. Haffen

Las Materias médicas homeopáticas (MMH), ¿son un cuerpo fiable de observaciones (Scaliger, 1989) consecutivas a la administración voluntaria de una droga a un individuo sano? La historia de las MMH muestra, a cual mejor, una forma errática entre la tentación totalitaria del nada que perder al riesgo de una acumulación monstruosa de síntomas patogenéticos y la necesidad de calificar unos frente a otros bajo criterios discutibles a fin de poderlos confrontar analógicamente con el enfermo. En consecuencia ¿qué será de la observación crítica que, plagada de preguntas más que de respuestas conspiradoras y lejos de una intención partidaria del cientificismo y reductora, intente exhumar la "dureza", resistente al examen, de la medicina hahnemaniana y digna, seguramente, de un gran interés intelectual?

LA DOCTRINA HAHNEMANIANA REFERENCIAS DOCTRINALES

La puesta al día de las analogías entre el medio considerado hostil y desconocido (la enfermedad) y el hombre procede de una antigua tradición conspiradora mediante la cual consentir con las semblanzas, suscitar homotecias poseía un auténtico valor. La enfermedad me es más familiar si, poco o mucho, se me parece. Ahora bien, lo que de ella se deja ver son los síntomas y nada más que ellos. De hecho, la etiología, en los albores del siglo romántico, se encuentra todavía en el limbo. La fuerza vital está de moda, como principio de cohesión y de autoridad del alma y el cuerpo, es dinámica, inmaterial e invisible. La causa de las enfermedades es, en este caso, única y se entiende como un "desarreglo" de dicha fuerza vital, también dinámico, inmaterial e invisible. La terapéutica, analogía obliga, también es dinámica e inmaterial y es por esta razón que el medicamento homeopático, desde 1801 (Hahnemann, 1801, 1855c) es un producto diluido y dinamizado. El campo de expresión de esta equivalencia, de este encuentro analógico cuando de invisible se convierte en visible, es el conjunto de los síntomas: los del enfermo enfrentados a los de la patogénesis más parecida, y como se trata de substituir el medicamento dinámico por el agen-

te mórbido virtual, esta trampa no puede funcionar racionalmente más que en la confusión que asegura su similitud. Esta analogía es tanto mayor y más fácil cuanto más amplio sea el conjunto sintomático con el que se compara. La totalidad de los síntomas se convierte en la palabra liberadora.

Pese a que el principio es simple aunque discutible y demasiado poco controvertido — la ley de analogía ¿es en realidad universal? una droga tóxica, o sea patogenética, ¿se convierte ipso facto en un homeoterápico? — la confrontación práctica de estos dos cuerpos sintomáticos se revela como de una singular complejidad. El primero de estos cuerpos es similar a las patogénesis en las materias médicas denominadas homeopáticas. Ahora bien, el compendio de los datos toxicológicos de las drogas experimentadas sobre el individuo sano y su presentación posterior en forma de patogénesis, no son homogéneos. Las tablas aparecen, de entrada, como inmensas colecciones de síntomas, Shiva de los mil brazos, que es necesario comparar a ese otro cuerpo proteiforme y en movimiento, la sintomatología total del enfermo. Cuanto más ricas sean esas tablas más fácil será establecer la comparación que conduce a la similitud. La inflación sintomatológica parece necesaria, no obstante, se puede decir que en la práctica, es inutilizable. Así pues, es necesario rodear el obstáculo y para ello, calificar determinados síntomas en relación con otros juzgados como secundarios. Ahora bien, esta calificación no es fija, está sometida a los diferentes aires de las creencias personales, a las ideologías y las modas médicas. Los síntomas así calificados modificarán la presentación de las MMH, la cuales influencian a su vez la concepción específica del enfermo, esa semiología denominada homeopática y piedra indispensable de la

Toda referencia a este artículo debe llevar la mención: HAFFEN M. - Argumentos para una homeopatía crítica. - Homeopatía, Cap. VI.4 - Enciclopedia de las Medicinas Naturales - Ediciones Frison-Roche (París, Francia), 1995.

terapéutica hahnemaniana. En un momento en que la prodigiosa percepción de la medicina contemporánea debe lo esencial de su éxito a su capacidad para localizar, espaciar, fotografiar (hasta los recientes descubrimientos en el diagnóstico por la imagen), cuyo deseo es revelar la causa escondida, sigue persistiendo una paradoja vestida de anacronismo: economizar la etiología real y priorizar la totalidad de los síntomas del enfermo a los cuales se ha reducido su enfermedad cuando en realidad, esa totalidad debe ser *calificada*, es decir, abandonada.

La homeopatía es una medicina de lo individual. La enfermedad, la nosología (su clasificación categórica) se disuelven aquí en el enfermo. Salvo excepciones (algunas raras epidemias clínicamente bien tipificadas), cada enfermedad es, de alguna manera, única, es "como un individuo aislado" (Hahnemann, 1833, § 80, 1). Sólo existe una multitud de enfermos y la ilusión de distinguir en ellos los trazos específicos de enfermedades ocasionales. Esta creencia, completamente sumergida en el imaginario médico del siglo XVIII, es la clave necesaria para comprender los siempre actuales concepto y práctica de la *individualización* del enfermo y de su *alter ego*, el medicamento homeopático. La pregunta no es ¿de qué enfermedad sufre? sino ¿qué trazos específicos permiten distinguir al enfermo único perdido entre la multitud? El objetivo de la observación es tomar al enfermo en su aspecto sintomático único y sin parecido alguno con ningún otro y para ello es necesario realizar la suma exhaustiva de los síntomas. De ello se deriva la semiología de lo individual, hija del pensamiento romántico, que prioriza el interrogatorio, modelo del género por su precisión y que se basa sobre la creencia de que la enfermedad se manifiesta claramente a través de los síntomas.

La ciencia de la indicación terapéutica depende de la puesta al día de formas nosográficas comunes cuyo criterio de distinción no depende del enfermo quien a su vez, suscita, además de las formas clínicas, otras muchas enfermedades. El diagnóstico diferencial y etiológico de la enfermedad es la condición de la terapéutica alopática (además de homeopática). Hahnemann transforma esta diferenciación en busca del enfermo y de su medicamento homeopático. Su nosología —y ello a pesar de una lectura precoz en 1779 (Rabanes, 1983) de Boissier de Sauvage (1763) el cual había sistematizado la clasificación y la descripción de las enfermedades según los modelos defendidos por los botánicos— no es más que una especie de duplicación en palabras de la única cosa que interesa a nuestro observador: los síntomas. Todos cuentan, con la condición de que no falte ninguno. Su abundancia sustituye la búsqueda de la causa o como mínimo del signo patognómico. La simple apariencia basta e intentar explorar la oscuridad de los tejidos no es más que una "quimera" (Hahnemann, 1833, § 70). El nombre de la enfermedad, esa conveniencia mediante la cual y en una sola palabra se aclara toda una forma patológica, importa menos que su descripción que, con el riesgo de olvidar algún signo, se exagera considerablemente. El último estadio de esta tendencia es el de sostener que no existe más que un única enfermedad genérica

responsable de toda la patología. El único criterio de discernimiento posible, salvo si se ensalza la teriaquia, remedio universal de todas las enfermedades, sólo puede basarse, en este caso, en la distinción, la calificación y la individualización del enfermo con el objetivo de ofrecerle una terapéutica eficaz gracias a su personalización. Ahora bien, observar no es tan sencillo: una masa de síntomas dispersos, subjetivos sobre todo, que se pierden de vista, de repente opacos a cualquier interpretación, a cualquier selección y que firman por excelencia el inicio de la medicina científica. Es evidente que hay que jerarquizar esa masa, «evidenciar los signos característicos» (Hahnemann, 1834a, § 104). Nuestro autor, normalmente muy prolijo, es, en este caso, muy discreto. «Es necesario, escribe, y casi exclusivamente, fijarse en los síntomas sorprendentes, singulares, extraordinarios y característicos, puesto que es ahí, principalmente, donde responden los síntomas semejantes, en la serie que los que nacen del medicamento...» (*ibidem* § 153). No obstante, el maestro no dice nada más. De hecho, delega en sus alumnos Boenninghausen y sobre todo en Jahr la ardua tarea de jerarquizar (*ibidem*, nota § 153).

Utilizar la homeopatía supone aprender a controlar estas contradicciones —valorar al enfermo en base a criterios discutibles tras haber contabilizado la totalidad de sus síntomas y normalmente contra su enfermedad— mientras que la terapéutica se basa en la prevalencia de las formas patológicas comunes, con el riesgo, muchas veces, de descuidar al enfermo. Es por esta razón que es necesario realizar un breve análisis histórico-crítico si deseamos comprender la práctica homeopática contemporánea la cual depende, en primer lugar, de la forma en que se den a conocer las MMH.

LAS MATERIAS MÉDICAS HOMEOPÁTICAS: PERSPECTIVA HISTÓRICO-CRÍTICA

Las primeras patogénesis de Hahnemann se engloban en los años 1790 a 1811, desde su traducción de la *Materia médica* de Cullen (1790) a la aparición del primer tomo, en 1811, de la primera edición de su *Materia médica pura* (Hahnemann, 1796, 1855a, 1811-1821), pasando por sus *Fragmenta* (1805). Todas ellas fueron, en gran parte, dedicadas a drogas denominadas heroicas, es decir, de evidente toxicidad y de efecto rápido. La mayoría son autoobservaciones a dosis elevadas, realizadas según el uso terapéutico de la época. Los síntomas patogénéticos son poco numerosos, presentados, básicamente, según un orden cronológico de aparición, diferenciados tipográficamente en tres grados de frecuencia y completados con la duración de su efecto así como con "otras observaciones". Estas últimas asemejan los efectos toxicológicos aportados por la literatura médica tanto presente como pasada y proceden de intoxicaciones accidentales, sobredosis terapéuticas y estudios de toxicología animal, de modo que su

presentación sigue siendo diferente de los síntomas puramente patogenéticos. De hecho estas drogas estaban destinadas, sobre todo, a dosis primero fuertes (Hahnemann, 1797, 1855b) y después bajas a partir de 1801 (Hahnemann, 18001, 1855c), a la cura de enfermedades agudas. La eficacia de estos medicamentos, prescritos en base a una ley de analogía supuesta en 1790 (Cullen, 1790) y formulada en 1796 (Hahnemann, 1796, 1855a), confirma a nuestro autor en la legitimidad de su trayectoria en un momento en el que dichas enfermedades agudas sólo eran tratadas con buenas palabras o incluso peor, mediante terapéuticas yatrógenas. Su reputación dio un paso adelante con el éxito de su tratamiento homeopático del tifus epidémico en 1814. Algunos artículos del reformador atestiguan esa afortunada época por demasiado fácil, de esta nueva medicina bautizada *homeopatía* en 1807 (Hahnemann, 1807). Las enfermedades agudas son fácilmente curables, sus síntomas poco numerosos permanecen en la memoria gracias a su relativa concisión. Hahnemann publica en 1805 un índice repertorio alfabético de los síntomas patogenéticos como anexo a sus *Fragmenta* haciendo posible por primera vez ir del síntoma al medicamento, ejercicio convertido rápidamente en acrobacia debido al extraordinario aumento de síntomas de las patogénesis del segundo período. Entre tanto, el maestro se instala en Leipzig, en 1812, y se rodea de numerosos discípulos de los cuales, unos cuarenta experimentan con él nuevas drogas. Estos trabajos forman la parte esencial de los cinco otros volúmenes de la *Materia médica pura*, aparecidos entre 1816 y 1821. La primera edición es considerada relativamente fiable para la época (Aulas y col., 1984, 1985; Haffen, 1989; Hughes, 1989, 1982) aun cuando su presentación se aleja de los primeros trabajos, puesto que los síntomas locales se encuentran clasificados según un orden anatómico y no cronológico. Una segunda edición de la *Materia médica pura* aparece entre 1823 y 1826 con una masa sintomática muy ampliada sobre todo debido a los "listados de los demás", especialmente de enfermos víctimas de sobredosis terapéuticas. No obstante, su atribución sigue siendo muy aleatoria. Hahnemann añade los efectos supuestos de las drogas con las cuales ha intentado curar a sus enfermos. Además, desde 1827, parece ser, utiliza altas diluciones (30 CH) en sus ensayos patogenéticos y terapéuticos (Hahnemann, 1833 § 128). Al faltarle materialidad aumenta la carga *nocebo*, que no es capaz de suponer, al contrario, puesto que su vitalismo justifica la imaterialidad. Aunque sólo sea por todas estas razones esta nueva edición es dudosa, pese a que los "listados de los demás" siguen incluidos, aunque por poco tiempo, separados tipográficamente de los trabajos del autor. Esta precaución desaparece con la aparición, en 1828-1830, de su segunda gran MMH incluyendo las drogas que según él están indicadas en el tratamiento de las enfermedades crónicas a lo cual hay que añadir el definitivo abandono de la presentación cronológica de los síntomas. Una tercera edición de la *Materia médica pura*, en 1830-1833, reproduce los mismos errores, ahora bien, es la única traducida al francés con una parte de la segunda (Hahnemann, 1834b). Así pues, a partir de

1834, los homeópatas franceses sólo conocerán los trabajos más discutibles de su maestro. Finalmente, la última MMH, una segunda edición de las *Enfermedades crónicas*, ve la luz en 1835-1839 en la cual aumenta el número de síntomas patogenéticos, sobre todo gracias a las observaciones realizadas en enfermos crónicos tratados con drogas muy diluidas. Todos los síntomas de tales enfermos "curados" se convierten *ipso facto* y sin ninguna precaución, en patogenéticos; además, se priorizan los síntomas sorprendentes y originales de algunos experimentadores (sanos o enfermos) especialmente *sensibles*, en particular a la administración de drogas fuertemente diluidas. Finalmente, los síntomas mentales o psíquicos pasan a ocupar el primer lugar en la escala de valores, valoración que gozará de una fortuna considerable.

En la práctica, es muy difícil conceder un valor real a las patogénesis de Hahnemann, excepto, en cualquier caso, a las primeras. El fantasma de la colección exhaustiva de síntomas patogenéticos domina como reflejo de las creencias nosológicas del autor todavía anclado en el concepto puramente fenomenológico y holístico de la enfermedad, concepción que se incluye en la mentalidad descriptiva de inventario del siglo XVIII. Así, la segunda edición de la *Materia médica pura* cuenta con casi treinta mil síntomas, la dimensión *nocebo* flota sobre esta inmensidad sintomática mientras que la atribución del síntoma a la droga probada es automática y absoluta. La reacción específica, especialmente "original" y, por lo tanto, única, del experimentador es, al contrario, considerada como "sorprendente", mientras que los pocos esbozos estadísticos sobre la frecuencia de los síntomas de todos los primeros ensayos desaparecen durante los siguientes. A lo largo de los años, se han ido introduciendo parámetros móviles, tales como la dosis infinitesimal o la prueba sobre el enfermo. Finalmente, el dogma del ensayo con individuos sanos, aunque afectados por patogénesis tardías llevadas a cabo sobre el enfermo, no tienen en cuenta, matiz inexistente en aquella época, el "ruido de fondo" sintomático espontáneo que siente el 80% de los individuos considerados sanos (Heusghem y Lechar, 1973).

De ello se deriva que falten una serie de precauciones metodológicas desconocidas para aquella época y que sólo serán tomadas por algunos de sus sucesores. Por el momento, el naufragio en este mar de síntomas sólo puede evitarse comparándolos unos con otros con el objetivo de confrontar analógicamente al enfermo con "su" medicamento homeopático. La historia de las MMH posthahnebianas muestra los numerosos esfuerzos realizados por las sucesivas generaciones de homeópatas para hacerlas legibles, accesibles y practicables. En efecto, hay que rendirse ante la evidencia: los materiales sintomáticos brutos derivados de las observaciones patogenéticas no son asimilables si no se realiza una transformación, de manera que, en adelante, las MMH serán modificadas en su *presentación*. No obstante, el giro operado en las observaciones originales corre un segundo riesgo añadido.

Antes de citarlo, volvamos sobre la nosología hahnebianiana de las enfermedades crónicas. Para Hahnemann la constatación está presente y en cierta manera, es algo amarga: pese a que la

homeopatía parece poder ofrecer promesas en la cura de las enfermedades agudas, las crónicas se muestran reticentes a la curación. ¿Por qué? El maestro se arriesga con una teoría nosológica nueva que tendrá una gran repercusión en el mundo de los homeópatas (Hahnemann, 1828-1830, 1832). Según esta nueva teoría, existe un "mal primitivo profundo", una "enfermedad fundamental" que ya no se corresponde con un "desarreglo de la fuerza vital" primera causa alegada y que después fue rechazada. Surgen los *miasmas* y esas enfermedades reciben el nombre de *miasmáticas*. Ciertamente, estas manchas son todavía aéreas, aunque materiales, resurgencias de la etiología en una representación de la enfermedad que la diluía, hasta entonces, en la fuerza vital. Hahnemann distingue tres: la *síphilis*, la *sycosis* y la *psora*, siendo esta última la que engloba todas las enfermedades crónicas. Estas son contagiosas, en un principio generales, pero latentes que después de localizan en la piel o en las mucosas. La desaparición, espontánea o provocada por terapéuticas inapropiadas, de estos síntomas locales provoca un "retroceso del mal hacia el interior del cuerpo". Dicho denominado mal puede estallar en diversas enfermedades secundarias cada vez más graves. La Psora procede de una sarna contraída tiempo atrás. ¿Por qué la sarna? Porque entonces era pandémica, beneficio entre otros, de las campañas napoleónicas. No obstante, los contornos nosográficos de esta enfermedad proteiforme se amplían casi hasta el infinito puesto que su descripción alcanza al menos treinta y nueve páginas, por otra parte, casi textualmente calcadas de las de Boissier de Sauvage (1763). Existen diversos medicamentos homeopáticos específicos adecuados, algo nuevo en cualquier caso —aquí y según la tradición alopatía, el azufre— pero sobre todo las drogas denominadas *antipsóricas*, destinadas al tratamiento de las enfermedades crónicas porque su patogenénesis se le parece. De nuevo nos encontramos ante la buena y vieja tradición galénica que consistía en adjudicar una droga a una enfermedad y no solamente a un enfermo. Ahora bien, además de que estas patogenénesis estén en entredicho, la psora es tan lujuriosa que se encuentra muy poco alejada del "desorden de la fuerza vital" situado en todas las partes del cuerpo, alegada aparentemente. Tanto la individualización del medicamento como la del enfermo se convierten en una necesidad ineludible. Esta teoría gozará de un enorme éxito, especialmente en Francia, y revestirá de forma muy diversa las etiquetas coloreadas del enigmático concepto de *terreno*. Volveremos sobre ello.

Así pues, para prescribir en homeopatía, es necesario penetrar en el laberinto de las MMH. Los primeros *manuals* usados por los médicos aparecerán con el objeto de intentar paliar la poca practicidad constitucional de las MMH de Hahnemann cuya presentación en índice repertorio alfabético de los síntomas e indicaciones (1805) no ofrece una verdadera claridad. Se trata de reducir este mar de síntomas a un lago, es decir, una pequeña charca fácilmente reconocible de manera que, al margen de ellos, la confrontación analógica sea aleatoria. Así pues, la interpretación personal de los síntomas de la MMH se añade al sesgo

original producido en los ensayos patogenéticos. La legitimidad de esta certeza está demostrada en tanto en cuanto queda demostrada por los éxitos terapéuticos conseguidos y los síntomas patogenéticos *verificados* por la clínica se hacen prevalentes. El manual más célebre del siglo XIX es sin duda el de Jahr (1834, 1840), reeditado y traducido en numerosas ocasiones, que siguió siendo la biblia de los homeópatas hasta la Primer Guerra Mundial y para muchos de ellos, principio y fin de sus conocimientos. Para este autor lo importante era «tener un concepto tan exacto como sea posible de las propiedades características de cada medicamento considerado como un ser individual» (Jahr, 1834, p. VI). Encontrar, entre el bosque sintomático, los trazos de un *ser individual*, "antropomorfizar" esa masa ilegible es una tendencia original de Jahr y que aún permanece viva en nuestros días. La patogenénesis se convierte en un ser vivo, se personaliza hasta el punto de relegar a un segundo plano su legitimidad: lo estrictamente revelado por los efectos toxicológicos de la droga, y nada más que eso. A ello se añade otra valorización: los síntomas "verificados" por la clínica y por tanto justificados por un éxito terapéutico, se convierten en "característicos", es decir, prevalentes para la elección de esa determinada droga análoga al enfermo. Una distinción tipográfica firmará esta calificación que en adelante, gozará de una considerable fortuna. Ahora bien, además de que esta valoración basada únicamente en las observaciones clínicas no puede realizarse sin unas mínimas precauciones, algunas de las cuales no se tomarán hasta el siglo XX, Jahr suele contentarse con un solo éxito terapéutico para convertir sus impresiones en certezas mientras que, por el contrario, sólo utiliza drogas muy diluidas (30 CH) y administradas en olfacción (*ibidem*, p. IX). Su MMH se continúa con un repertorio alfabético de indicaciones terapéuticas clasificadas en rubricas anatómofuncionales. Dichos síntomas son los que *deben andar* con el enfermo en virtud de la ley universal de analogía: basta con que exista la droga patogenética "homeóloga" al enfermo. Esta primera teoría domina los repertorios y formularios terapéuticos que, poco o mucho y hasta nuestros días, son sacrificados a esta metodología. La justificación es validada por la práctica, es decir, el síntoma patogenético confirmado por una curación adquiere un estatus definitivo de manera que las indicaciones clínicas pueden convertirse en síntomas patogenéticos. Los datos recogidos en la observación se convierten en el humus sobre el cual se han desarrollado las compilaciones denominadas formularias, índice, vademecum, terapéuticas cuyo número será muy importante. La impresión y la experiencia clínica de los homeópatas son la única garantía. No obstante, en ellas no se incluyen los fracasos y las observaciones, no suelen comportar el menor esbozo de diagnóstico, excepto los ensayos clínicos hospitalarios como los de P. Jousset (1875, 1885, 1906) (Jousset P. y M., 1904). Es cierto que en el caso de defender la lógica de la individualización del enfermo y de su medicamento hasta las últimas consecuencias, unos índices semejantes carecen de utilidad puesto que cada enfermo es único en su padecimiento, dos situacio-

nes patológicas idénticas son imposibles y por lo tanto también lo es un tratamiento estandarizado.

Desde entonces y sobre las huellas de Jahr, las MMH y su formulario terapéutico serán utilizados, salvo raras excepciones, bajo ese mismo concepto. La experiencia personal del terapeuta domina y surgirán numerosas MMH "clínicas" procedentes de las observaciones individuales en otras tantas drogas "individuales". La "vivificación", la "humanización" de la MMH prevalecen hasta el más alto nivel del género alcanzado con el americano Kent (1840-1916) (Kent, 1904, 1976-1977). Cada remedio se convierte en un ser vivo, un biotipo morfocaracteriológico con tendencias mórbidas propias que, en base a la ley de lo similar, debe ser adjudicado al enfermo quien a su vez, se ve, no sólo desposeído de su enfermedad sino que pierde hasta su patronímico y se convierte, así, literalmente, en la droga que se le asemeja. Así aparecen el Sr. *Lycopodium*, la Srta *Pulsatilla* o el niño *Baryta carbonica* desapareciendo la persona enferma y la patología que sufre. Además, los síntomas psíquicos dominan el paisaje, irradiado por la inmaterialidad integral de este autor aun siendo los más subjetivos y los más difícilmente imputables a la droga probada. Finalmente Kent (sobre las huellas de Jahr) estigmatiza la importancia de la *tipología homeopática* para diagnosticar el medicamento análogo. Kent creyó ver que un determinado remedio que "funcionaba" en un enfermo biotipológicamente definido, podía ser incluido legítimamente en la MMH de forma que unos trazos que originalmente eran "clínicos" se convertían automáticamente en "patogénicos". Su semiología se basa, desde entonces, en la individualización específica de los síntomas (Kent, 1900, 1969): se incluyen los *síntomas originales*, personales, sorprendentes, extraños y singulares al modo de Hahnemann, pero también los síntomas generales propios del enfermo y no de su enfermedad, tales como las impresiones psíquicas, los sueños, el sueño, deseos y aversiones diversas, mientras que los signos patognómicos no son tenidos en cuenta. Kent sobrevalora su presentación sintomática en tres grados: el primero, el más importante en su opinión, que por su singularidad es el propio de un solo experimentador (o de su equivalente, el enfermo único) y los otros dos que proceden de diversos observadores o experimentadores de lo cual se deduce que admite un criterio de selección opuesto completamente a la valoración estadística, de manera que los síntomas así calificados se convierten en los más *nocebo*, los más imaginarios. Schmidt, el jefe de una escuela homeopática franco-helvetica floreciente, incluirá todas estas concepciones en los años 1920 y la individualización kentiana es adoptada mayoritariamente por los homeópatas franceses. Este autor separa, de entrada, los síntomas propios de la enfermedad y el enfermo (Schmidt, 1934) mientras que su semiología retoma la jerarquización kentiana: los síntomas psíquicos, después los generales (entre ellos las modalidades horarias, de posición, los empeoramientos y las mejorías), los deseos y aversiones alimentarias, el sueño y los sueños y finalmente, la función sexual. Esta clasificación domina la presenta-

ción de las MMH modernas y los criterios de selección del medicamento según esta semiología original denominada homeopática. Entre tanto, la teoría hahnemaniana de las enfermedades crónicas había empezado a florecer en Francia. Miasmática primero, es decir, contagiosa, la enfermedad se interioriza: el microorganismo se convierte en agente genético y modifica las genealogías. La *diátesis* entra en el vocabulario de los homeópatas en 1874 (Granier, 1874) siendo considerada como una verdadera «afección mórbida latente que espera una ocasión favorable para manifestarse». Mezcla sutil entre herencia y entorno, de herencia de lo adquirido, la comprensión de las diátesis seguirá lo que, mediáticamente, más sorprende, las grandes pandemias: la sarna napoleónica de Hahnemann, el bacilo de Koch o el "parásito" del cáncer de Nebel. La aparición de la "causa" de las enfermedades, en una representación más bien alejada, invita a una sanción práctica puesto que se hace posible prescribir, junto al *simillimum* (lo más parecido), del supuesto agente causal en dilución homeopática.

Otro concepto de individualización es la tipología homeopática. Hahnemann había creído reconocer en determinados sujetos una sensibilidad particular a la experimentación patogénica bajo la forma de esos famosos signos sorprendentes, singulares y extraños. Ratificados por el uso, exaltados por curaciones espectaculares, dichos síntomas se reúnen poco a poco, en *tipos sensibles* fácilmente reconocibles. Así, el morfotipo, especialmente el carácter psicológico, se convierte en un criterio de indicación terapéutica de elección. Ahora bien, dichos síntomas no son, evidentemente, patogénicos puesto que existían antes de que se llevara a cabo la experimentación (Chefdeville, 1984). La tentación antropomorfizante se cubre con la biotipología. Ciertamente, proponer informaciones predictivas es una preocupación que procede de la mitología griega, no obstante, por interesantes que puedan parecer, siguen estando saturadas de imaginaciones puesto que son el resultado de una integración intuitiva previa. El fantasma es el canon, el tipo ideal y se opone al hecho de la aparición posterior de *trazos*, tendencias estadísticas más que "individuos" que puedan ser organizados, secundariamente, en tipos. El suizo Nebel (1870-1954), gran maestro de la homeopatía francófona, siguiendo las huellas del primer homeópata tipologista, Grauvogl (1870), describe tres tipos constitucionales según el contenido cálcico de la estructura ósea. Dichos tipos son reconocibles gracias a unas características morfo-psicológicas que predisponen a una patología específica lo cual deriva en la imposición de una terapéutica orientada según el imperativo de: a una constitución determinada le corresponde una determinada enfermedad futura y, por tanto, una determinada terapéutica preventiva. No obstante, algunas enfermedades, los miasmas hahnemanianos, las diátesis de sus sucesores, pueden modificar dinámicamente la *constitución* a la cual se añade entonces un *temperamento*, lo que hace posible e incluso conveniente un tratamiento homeopático basado en la "causa". La doctrina nebeliana puede resumirse de la siguiente manera (Nebel, 1955): pre-

dominancia de la intuición en la individualización del enfermo y de su medicamento; precisión de este último mediante el uso de la biotipología; comprensión de la patología general según la aparición de las diátesis, ex-miasmas hahnemánianos, la psora sustituida por el *tuberculinismo* y continuada con el *cancerismo*. Así pues, se trata de, según las circunstancias, circunscribir amplios cuadros nosológicos proteiformes dominados por una tendencia mórbida relacionada con una "etiología" de alto impacto mediático (el BK romántico sustituye así a la sarna napoleónica). Cada cuadro diatéstico puede ser reconocido clínicamente y a cada uno de ellos le corresponden secuencias de medicamentos análogos añadidos al *simillimum*. Por otra parte, Nebel retoma la antigua teoría paracélsica de la evacuación de los *humores infectados*: es necesario drenar los órganos y organismos intoxicados o "intoxicados". El terreno se convierte en un concepto importante en la concepción de las MMH y de la semiología homeopática, de manera que Nebel utiliza una orientación mitológica en la presentación de las MMH. Su alumnos retomarán el relevo y entre ellos surgirán los grandes nombres de la homeopatía francesa moderna que escribirán sus propias MMH según la sensibilidad heredada de Nebel. En cualquier caso, se trata de (siguiendo las huellas de Jahr) extraer el «carácter medicamentoso» (Lathoud) o de «animar esta materia amorfa» (Chiron), en resumen, hacer que las MMH de referencia sean practicables, o sea, didácticas mediante su antropomorfización. La valoración actual de los síntomas patogenéticos y clínicos es hija de esta historia: síntomas sorprendentes de Hahnemann; prevalencia de los síntomas psíquicos; modalidades generales de empeoramiento o mejoría en función de las circunstancias; antropomorfización de las patógenesis convertidas en seres vivientes y "nosologización", es decir, orientación de la semiología homeopática según las experiencias de la nosología. Para Demarque (1974) una de las figuras prioritarias de la homeopatía contemporánea, los *signos característicos* son valorados según el siguiente orden de importancia: los síntomas etiológicos (factores desencadenantes tales como el frío seco, el miedo, etc.), los síntomas psíquicos, las modalidades (horarias, barométricas, etc.), los síntomas generales (deseos y aversiones alimentarias, dolores) y los signos locales. Esta taxinomia se adapta tanto a las patógenesis como a su *analogon*, la semiología homeopática.

MATERIAS MÉDICAS HOMEOPÁTICAS CRÍTICAS ESTOZO DE UN MODELO ACEPTABLE

La historia de la homeopatía nos revela, no obstante, que las MMH *críticas* siguen siendo la parte congruente. Antes de citar los resultados de las observaciones patogenéticas, es decir, las interpretaciones-presentaciones de su posible fiabilidad en conjuntos estructurados o MMH, apuntaremos algunos detalles (Haffen, 1989): la homogeneidad de las matrices, desde 1800, es ale-

toria y su identificación muy reciente. Las sustancias tóxicas son, en principio, mucho más fiables puesto que son comparables a sus efectos patogenéticos. Las dosis ponderables son preferibles a las infinitesimales debido a que la imputabilidad de éstas últimas es muy difícil de establecer al igual que su relación dosis/efecto. El ensayo a doble ciego frente a placebo debe ser planteado como una *reexperimentación* de la droga ya probada a simple ciego frente a placebo (Chemouny, Poitevin, 1989). Los trabajos de Boffa (1976) o de Guernonprez (1982, 1991) son, bajo este punto de vista, excepcionales pero demasiado escasos frente a la verificación que sería necesario desarrollar sobre el conjunto de las patógenesis. El experimentador plantea arduos problemas: un mismo individuo puede reaccionar de forma parecida frente a drogas diferentes. Sin duda, existe una variación geográfica de la sensibilidad: los ensayos de *Mandragora* en Inglaterra y en Alemania no se superponen (Julian, 1981). Los individuos *sensibles* (porque producen muchos síntomas, especialmente "sorprendentes" y a dosis bajas) deben ser diferenciados de los que responden al placebo, algo que todavía no se ha llevado a cabo aunque dichos individuos han sido sobrerepresentados. Los síntomas observados deben ser objetivados (o eliminar su subjetividad) especialmente mediante una concepción estadística lo cual excluye el fantasma hahnemániano de la colección completa de los síntomas de todos los experimentadores. Su listado debe ser lo más neutro posible aunque sólo sea en oposición a la tradicional valoración de los síntomas psíquicos y es esencial el orden establecido en su clasificación. En cuanto a los síntomas clínicos, los que desaparecen después del tratamiento, confirmen o no los síntomas patogenéticos, sólo deberían ser admitidos tras un procedimiento que todavía se encuentra en pañales. Las observaciones clínicas de prejuicio favorable permiten la selección de ideas interesantes que deben ser probadas. Una fase de observación de la actividad del medicamento sobre los enfermos comparable a la fase II de los ensayos clínicos controlados permite, en un primer momento, confirmar determinados síntomas patogenéticos, eliminar otros no patogenéticos y por lo tanto, revelar muchos de ellos característicos y prevalentes. No obstante, estos ensayos "abiertos", a simple ciego, después deben conducir a los ensayos clínicos controlados (equivalentes a la fase III), los únicos que son capaces de evidenciar la eficacia intrínseca de un tratamiento homeopático. Éstos últimos, sin embargo, son recientes y muy escasos (Chemouny, Poitevin, 1989; Poitevin, 1989) y plantean serios problemas metodológicos, especialmente por el hecho de las actuales contradicciones, sin duda transitorias, entre la necesidad de individualizar el tratamiento homeopático y la obligación de la estandarización del ensayo clínico en fase III, de manera que y debido a ello, la médula de las MMH no ha podido ser modificada todavía sino que éstas siguen conteniendo una infinidad de síntomas clínicos que no han podido ser verificados más que por las impresiones de los médicos homeópatas que no son, ni mucho menos, una garantía real si no están confirmados por ensayos clínicos controlados. En espera de ello, seguimos sorprendiéndonos

del escaso interés dedicado por los homeópatas a las ramas, muy prometedoras, sin embargo, formadas por las experiencias de la toxicología moderna y los efectos secundarios de los medicamentos, es decir, la patología experimental. La concisión de las sintomatologías así conseguidas sería, además, un excelente medio de valoración natural y por tanto, operativa, del principio de similitud terapéutica.

No obstante, algunas MMH reflejan una voluntad más crítica, al menos en la presentación de sus síntomas. La *Encyclopaedia of Pure Materia Medica* de Allen (1874-1879) se distingue del laberinto de sus predecesoras por un compromiso de *no interpretación* de los síntomas hahnemanianos: los hechos patogenéticos, toxicológicos o clínicos y sólo ellos, con, y esto es nuevo, sus referencias bibliográficas. Este primer trabajo crítico está, no obstante, plagado de errores de traducción, confusiones entre síntomas patogenéticos y clínicos y su presentación anatomofuncional es discutible. Es por esta razón que la *Encyclopaedia of Drug Pathogeny* de Hughes y Dake (1886-1891), cuya idea principal es ofrecer al lector la posibilidad de acceder a los protocolos originales de las patógenesis, corregirá ciertas debilidades de su hermana mayor. Los autores pretenden "verificar" los materiales patogenéticos existentes en base a las críticas siguientes: respetar el orden cronológico de aparición de los síntomas; considerar, únicamente, los síntomas aparecidos en al menos dos individuos; eliminar los síntomas en el enfermo; no incluir los surgidos de diluciones superiores a 12 DH más que si pueden ser confirmados por diluciones más bajas. Para los autores, la evidencia estriba en que dichos criterios excluyen formalmente las patógenesis de Hahnemann, las que forman lo esencial de las MMH de referencia. De hecho, este intento es el más cercano —en cuanto a su presentación, puesto que el resto de materiales brutos no están lo suficientemente criticados— a la deseada realidad: dar cuenta, de forma dinámica, de las intoxicaciones voluntarias sobre el individuo sano sin interpretaciones reductoras o inflacionistas a posteriori. No obstante, esta MMH no tuvo una repercusión demasiado importante frente a la tendencia mitológica dominante de Jähr.

La presentación de P. Jousset (1884) es más rica en matices: un orden de evolución cronológica para los síntomas tóxicos, un orden fisiológico para los síntomas generales y un orden anatómico para los síntomas locales. No obstante, simplificar según las experiencias de la clínica y de la nosología es para los homeópatas "puros" (estrictamente hahnemanianos) economizar la totalidad sintomática según ellos tan necesaria para la operatividad de la confrontación analógica. El materialismo de Jousset, que relega los síntomas psíquicos a la última posición, suscita también fuertes reacciones. Esta última precaución sólo será considerada en contadas ocasiones excepto en el caso del homeópata contemporáneo Guermonprez (1985) que aunque rechaza la tipología homeopática no critica ninguno de los síntomas patogenéticos que además no diferencia de los toxicológicos. Donner publicó en 1932 una MMH más crítica haciendo la selección es-

tricta de los síntomas patogenéticos y la confrontación con los datos toxicológicos, piedra angular de la valoración. Desde entonces, la MMH "se deshinchía" prodigiosamente. Las patógenesis pueden ser memorizadas gracias a su concisión lo cual hace posible su confrontación con los síntomas del enfermo también considerablemente clarificados. Aceptable en 1932, el trabajo de Donner ha dejado de serlo en nuestros días debido a que los criterios de imputabilidad contemporáneos de los efectos tóxicos o secundarios de una droga son mucho más rigurosos.

Los trabajos de Jouanny (1983) merecen ocupar un lugar especial y aunque no sean una nueva MMH se constituyen como un ensayo crítico a partir de la *Encyclopaedia* de Allen sobre lo que debería ser una MMH válida. Los síntomas sólo pueden ser toxicológicos y/o patogenéticos y se eliminan los trazos tipológicos y la psiquiatrización de Hahnemann o Kent. Rechaza las valoraciones basadas en "deseos y aversiones", utiliza el tratamiento estadístico, realiza una diferenciación tipográfica en función de la dosis utilizada, distingue entre drogas tóxicas y menos tóxicas y por lo tanto define patógenesis menos fiables y excluye las "verificaciones clínicas" a partir de las simples observaciones individuales. En estas condiciones, la patógenesis de *Arsenicum album* pasa de 3 509 síntomas a 698... Esta lectura crítica, que sólo trataba de cinco drogas, ha sido recientemente ampliada a ochenta remedios gracias a Chefdeville y colaboradores (1988, 1991). La investigación (a dosis homeopáticas) del origen y de la fiabilidad de los síntomas clínicos consignados en diferentes MMH constituye la segunda parte de este interesante trabajo. No obstante, por prometedores que sean, estos intentos no han tenido todavía la repercusión suficiente, especialmente en la transmisión del saber patogenético: por el momento, las MMH didácticas tradicionales siguen siendo, excepto para algunas drogas, las únicas referencias ofrecidas al estudiante. Primero totalitarias ("la colección completa de síntomas" dijo Hahnemann) y después reductoras (según las opiniones del momento) o las dos al mismo tiempo, las MMH siguen siendo todavía demasiado mitológicas. Su previa depuración es la principal condición para una receta rigurosa, pero también debe ser confirmada por ensayos clínicos controlados.



Los comportamientos y prescripciones actuales se encuentran en línea recta con la evolución observada en homeopatía, es decir, los síntomas psíquicos por encima de los físicos y los generales de los locales. Según Demarque (1972) «negarse a prescribir un medicamento en ausencia de los síntomas psíquicos característicos significa privarnos de las nueve décimas partes de nuestra materia médica». El autor añade, es cierto, que la décima restante «permite cubrir la más amplia extensión de nuestra

práctica». Pero su *Sémiologie* (Semiotología) y sus *Techniques homéopathiques* (Demarque, 1972, 1973), referencias indiscutibles, no siempre corroboran esta última y pertinente observación.

Pese a que las contradicciones *teóricas* de semejante posición deben ser mejor evaluadas en un futuro, especialmente mediante ensayos clínicos controlados repetidos (Aulas y col., 1985, 1991; Haffen, 1989), los homeópatas han aprendido, mientras tanto, a controlar las de su *práctica* corriendo el riesgo de asumir también las extrañezas: individualizar el enfermo, a veces contra su enfermedad, es decir, calificar determinados síntomas sin relegar ninguno de ellos debido a que la percepción en su totalidad sigue siendo una condición de la ley de analogía clínico-terapéutica. Seleccionados de entre la masa de síntomas, el, y después los elegidos, esperan la prescripción. De nuevo se impone otra elección: remedio único o no, y en ese caso, cuántos y por qué. Las respuestas se deducen de la historia de la homeopatía y de las creencias de cada prescriptor. Farouche es adepto, tras varios posicionamientos contradictorios, del remedio único o *unicismo* mientras que Hahnemann recomienda, no obstante, a título complementario, un tratamiento "etiológico" cuando se sospecha un *miasma* o bien diversas drogas a la vez, volviendo al *pluralismo*, en el tratamiento de determinadas enfermedades epidé-

micas tales como el cólera (Haffen, 1989). Las dudas del maestro persisten en sus discípulos. La escuela francesa actual se encuentra dividida entre los hahnemanianos "puros" (especialmente kentistas), defensores de un unicismo estricto, y los "impuros" (especialmente nebelistas) más bien pluralistas, según las ideologías (diátesis, biotipología, drenaje...) del momento. En cuanto a la duración del efecto de un homeoterápico determinado, ésta es la de la mejoría presentada por el enfermo tras una sola toma. Dicha duración del efecto es, no obstante, muy difícil de apreciar, especialmente debido a las fluctuaciones de la evolución espontánea de las enfermedades crónicas. La práctica aconseja la aproximación en las tomas del medicamento en las enfermedades agudas y espaciarlas en las crónicas. La dilución homeopática debe ser, según la escuela francesa y según Demarque (1973), tanto más alta cuanto mayor sea la similitud del remedio y la prevalencia psíquica de los síntomas dominantes. Dicha práctica ratificada por la práctica, podría ser mejor evaluada extrapolando razonablemente una horquilla de actividad farmacodinámica, en particular a partir del estadio II de los ensayos clínicos controlados (Haffen, 1989). En este sentido, el punto de efecto farmacodinámico probable y la posible curación serían, en este caso, un sortilegio del placebo; más allá, se abre el amplio campo de efectos secundarios de los medicamentos.

La perpetuidad de la práctica hahnemaniana (casi dos siglos) se opone a la pérdida de autenticidad habitual de las terapéuticas basadas únicamente en las modas. Un "núcleo firme" resiste aunque su única acción sea la de optimizar el efecto placebo. A la espera de una evaluación más sustancial, su techo nos parece descansar sobre los puntos provisionales siguientes: aceptar una zona de existencia nada despreciable aunque no universal, para la ley de analogía terapéutica; priorizar la toxicología y los efectos secundarios de las drogas; establecer correspondencias analógicas claras y sobrias entre patógenesis y enfermo, en particular sobre una valoración estadística; decidir como médico "abierto" entre aloterapia y/o homeoterapia en función de la gravedad y de la duración probable de la patología, la "suavidad" terapéutica justificada por la del padecimiento y/o ausencia de tratamiento conocido; recomendar desconcentraciones limitadas a la espera de ensayos concluyentes con dosis infinitesimales; finalmente, apreciar los efectos terapéuticos en función de criterios taxinómicos modernos, próximos a la investigación clínica aplicada a la medicina general, los cuales orientarán los ensayos clínicos controlados. Estos últimos son, actualmente y en última instancia, el único instrumento que valida el conjunto de datos patogénéticos, los efectos terapéuticos y las zonas de existencia de la ley de similitud farmacológica. En nuestra opinión éstos son algunos argumentos, entre otros, para una homeopatía crítica sin olvidar que la homeopatía, desde su creación, ha sabido priorizar el ensayo clínico sobre el individuo sano y ha intentado sistematizarlo.

Actualmente, los homeópatas están obligados a conservar este "avance" histórico adaptando sus protocolos a los conocimientos y a las exigencias de nuestra época.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLEN TF (1874-1879). *Encyclopaedia of Pure Materia Medica* (12 vol.). Boericke and Tafel. Philadelphia. Reimpresión B Jain Publishing. Nueva Delhi.
- AULAS JJ, CHEFDEVILLE F (1984) Étude historique et critique des sources de la matière médicale homéopathique. Editions Techniques. *Encycl Méd Chir* (París, Francia). Homéopathie. 38080 A^m; 7-1984, 24 p.
- AULAS JJ, BARDELAY G, ROYER JF, GAUTHIER JY (1985) L'Homéopathie. Approche historique et critique et évaluation scientifique de ses fondements empiriques et de son efficacité thérapeutique. Coll Prescrire, Edition Médicale Rolland Bertex. Lausanne. 424 p.
- AULAS JJ, BARDELAY G, ROYER JF (1991). Homéopathie. État actuel de l'évaluation clinique. Frison-Roche. Paris. 250 p.
- BOFFA M CI (1976) Expérimentation du venin *Naja nigricollis*. *Ann Homéo* Fr 18: 478-492.
- BOISSIER DE SAUVAGE F (1763) *Nosologia methodica sistens morborum classes* (2 vol.). Fratrum de Tournes. Amstelodami.
- CHEFDEVILLE F (1984) Matière médicale. Le type sensible de *Pulsatilla*. Ses origines. Homéopathie. 1, 4: 33-35.
- CHEFDEVILLE F y col (1988, 1991) Compte rendu de travaux. Médicaments à usage homéopathique: études historiques, toxicologiques, matière médicale (2 vol.). Boiron. Sainte-Foy-lès-Lyon. 96 y 90 p.
- CHEFDEVILLE F y col (1992) Questions autour de T.F. Allen. Réflexions sur les sources de la matière médicale (vol 3). 176 p.
- CHEMOUNY B, POITEVIN B (1989) La recherche clinique en homéopathie. *Homéo* Fr; 77, n° 5: 27-41.
- CULLEN W Abhandlung über die Materia Medica (traducido y anotado por Hahnemann S) (2 vol.). Schwickerschen Verlag. Leipzig. 468 y 572 p.
- DEMARQUE D (1972) Sémiologie homéopathique. Le François, Paris. 195 p.
- DEMARQUE D (1973) Techniques homéopathiques. Le François, Paris. 283 p.
- DEMARQUE D (1974) Comment étudier la Matière médicale homéopathique. CEDH. Paris. 50 p.
- DONNER F (1932) Einführung in der homöopathische Arzneimittellehre. Madaus Verlag. Radebeul/Dresden. 228 p.
- GRANIER M (1874) A la gloire de Hahnemann. Homéolexique. Dictionnaire de médecine selon l'école homéopathique (2 vol.). Adrien Delahaye. Paris. 1074 p.
- GUERMONTREZ M, TRAISNEL M, BONIFACE M (1982) Expérimentation pathogénétique de la naloxone. *Cah Biothér*; 73: 23-29.
- GUERMONTREZ M, PINKAS M, TORCK M (1985) Matière médicale homéopathique. Doin. Paris. 838 p.
- GUERMONTREZ M, AUGER Ph, DUVINAGE F, BONIFACE M, TRAISNEL M (1991) *Harpagophytum procumbens* pour préparations homéopathiques: étude botanique, expérimentation clinique. *Homéo* Fr; 79, n° 1: 26-29.
- HAFFEN M (1989) Homéopathie critique. Le Léopard d'Or. Paris. 142 p.
- HAHNEMANN S (1796) Versuch über ein neues Princip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen nebst einigen Blicken auf die bisherigen. *Hufelands Journal*; 2: 391-439, 465-561. Traducción francesa in Hahnemann (1855b).
- HAHNEMANN S (1797) Einige Arten anhaltender und nachlassender Fieber. *Hufelands Journal*; 5: 22-52. Traducción francesa in Hahnemann (1855b).
- HAHNEMANN S (1801) Heilung und Verhütung der Scharlachfieber. Gotha bei Backer: 40 p. Traducción francesa parcial in Hahnemann (1855c).
- HAHNEMANN S (1805) Fragmenta de viribus medicamentorum positivis siue in sano corpore observatis (2 vol.). Sumru JA Barthii. Lipsiae. 269 y 470 p. Traducción francesa parcial in Hahnemann (1855d).
- HAHNEMANN S (1807) Fingerzeige auf der homöopathischen Gebrauch der Arzneien in der bisherigen Praxis. *Hufelands Journal*; 26; 2: 5-43.
- HAHNEMANN S (1811-1821) *Reine Arzneimittellehre* (6 vol.). Arnoldischen Buchhandlung. Dresden. 248, 396, 288, 284, 306 y 255 p.
- HAHNEMANN S (1823-1826) *Reine Arzneimittellehre*. 2. vermehrte Auflage (6 vol.). Arnoldischen Buchhandlung. Dresden, Leipzig.
- HAHNEMANN S (1828-1830) Die chronischen Krankheiten, ihre eigenthümliche Natur und homöopathische Heilung (4 vol.). Arnold. Dresden. 241, 362, 312 y 407 p.
- HAHNEMANN S (1832) Doctrine et traitement homoeopathique des maladies chroniques (traducción francesa de Hahnemann (1828-1830) por Jourdan) (2 vol.). Baillière. Paris. 468 y 682 p.
- HAHNEMANN S (1833) *Organon der Heilkunst* (5ª ed.). Arnoldischen Buchhandlung. Dresden, Leipzig. § 70; § 80, 1; § 128.
- HAHNEMANN S (1834a) Exposition de la doctrine médicale homoeopathique ou Organon de l'art de guérir (2ª ed. traducida de la 5ª ed. alemana [Hahnemann, 1833] por Jourdan). Baillière. Paris. § 104; § 153; nota § 153.
- HAHNEMANN S (1834b) *Traité de Matière médicale ou de l'action pure des médicaments homoeopathiques* (3 vol) (traducción francesa parcial de Hahnemann [1823-1828 y 1830-1833] por Jourdan). Baillière. Paris. 616, 570 y 780 p.
- HAHNEMANN S (1855a) Essai sur un nouveau principe pour découvrir les vertus curatives des substances médicinales, suivi de quelques aperçus sur les principes admis jusqu'à nos jours. IN: *Études de médecine homoeopathique* (vol II). Baillière. Paris. pp 116-135.
- HAHNEMANN S (1855b) De quelques espèces de fièvres continues et rémittentes. IN: *Études de médecine homoeopathique* (vol II). Baillière. Paris. pp 116-135.
- HAHNEMANN S (1855c) La Belladonne, préservatif de la scarlatine. IN: *Études de médecine homoeopathique* (vol I). Baillière. Paris. pp 461-504.
- HAHNEMANN S (1855d) Fragments sur les effets positifs des médicaments observés chez l'homme sain (traducción francesa parcial de Hahnemann [1805] par Champeaux, Milcent). *L'Art médical*; 1, 2. Reedición van Doorslaer. Bruxelles. 1958, 152 p.
- HEUSGHEM C, LECHAT P (1973) Les effets indésirables des médicaments. Masson. Paris. 233 p.
- HUGHES R (1899, 1982) Historique. Sources de la Matière médicale homoeopathique (traducción del inglés por Aulas JJ, Chefdeville F de *Manual of Pharmacodynamics*) (6ª ed.). Leath and Ross. Londres. 1899, 962 p. *Ann Homéo* Fr 1982; 24; 2: 5-26; 5: 35-48.
- JAHR G (1834) *Handbuch der Hauptanzeigen für die richtige Wahl des homöopathischen Heilmittel*. Düsseldorf. 476 p. Manuel des médicaments homoeopathiques dans leur ensemble et dans leur action principale et caractéristique (traducción francesa por Roth D, Pétoz A). Baillière. Paris. 402 p. pp VI, IX.
- JAHR G (1840) *Nouveau manuel de médecine homoeopathique* (2 vol.). Baillière. Paris. 584 y 612 p.
- JOUANNY J (1983) Contribution à l'étude de la fiabilité des pathogénésies (tome I). Boiron. Sainte-Foy-lès-Lyon. 190 p.
- JOUSSET P y col (1884) *Traité élémentaire de Matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive* (2 vol.). Baillière. Paris. 702 y 852 p.
- JOUSSET P (1875, 1885) *Leçons de clinique médicale professées à l'hôpital Saint-Jacques* (2 vol.). Baillière. Paris. 552 y 678 p.
- JOUSSET P (1906) *Nouvelles leçons de clinique médicale de l'hôpital Saint-Jacques*. Baillière. Paris. 356 p.
- JULIAN OA (1981) *Dictionnaire de Matière médicale Homéopathique*. Masson. Paris. 483 p.
- KENT J (1900, 1969) *Lectures on Homoeopathic Philosophy*. 1ª ed: Ehrhart and Karl, Chicago, 4ª ed: 1919, 288 p. Conférences de "philosophie" ho-

- homoeopathique (traducción francesa Schmidt P) SFER. París. 1958, 380 p.
2ª edición revisada: Maisonneuve, Sainte-Ruffine. pp 306-321.
- KENT J (1904) Lectures on homoeopathic Materia Medica. 1ª edición: Boericke and Tafel, Philadelphia. 2ª edición: 1911, 982 p.
- KENT J (1976-1977) Matière médicale homoeopathique (traducción francesa de Kent [1904, 1911] por Périchon-Bastaire H, Demarque R) (2 vol). Ann Homéo Fr, Gerbert, Aurillac: 1976-1977, 467 y 468 p.
- NEBEL A (1955) Numéro spécial consacré à: Actes de la Société rhodanienne d'homoeopathie; 20 p: fascículo 1.
- POITEVIN B (1989) Fiabilité des pathogénésies. Homéo Fr; 77, nº 3, 28-32.
- RABANES O (1983) Traduction commentée de la thèse de Samuel Hahnemann. Introduction à la lecture de son oeuvre (tesis). Université de Paris Nord, faculté de médecine de Bobigny. 25 junio. 166 p.
- SCALIGER D (1989) Réflexions sur la Matière médicale homoeopathique. 1ª parte: Epistémologie des sources de la Matière médicale. Homéo Fr; 77, nº 1: 49-53.
- SCHMIDT P (1934). La valeur des symptômes en homoeopathie. Propag Homéo; 9: 252-274.

TERCERA PARTE

Práctica clínica de la homeopatía

6

6

6

CAPÍTULO VII — EL MARCO REGLAMENTARIO

VII.1

Formación de los médicos

LA ENSEÑANZA DE LA HOMEOPATÍA EN EL ÁMBITO DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MÉDICOS HOMEOPATAS

En los últimos quince años, las Asociaciones profesionales vienen organizando varios cursos monográficos anuales a cargo de distintos profesores. Debido a las dificultades económicas y de organización que estos cursos entrañan, su programación es bastante irregular y la única forma de mantenerse informado es contactar con la Asociación más próxima (se adjuntan direcciones de todas las Asociaciones del Estado Español. El domicilio de la Federación es itinerante y depende del domicilio del presidente; en este momento coincide con el de la Asociación de Médicos Homeópatas de Andalucía).

También a iniciativa de las Asociaciones se han organizado cursos de formación continuada de acuerdo con sus disponibilidades, con la colaboración de distintas escuelas homeopáticas de otros países, tales como la Homeopatía Europea, Homeopatía de México o el Instituto de Altos Estudios Homeopáticos James Tyler Kent. Estos cursos han durado en cada ocasión el tiempo suficiente para cubrir las necesidades de los miembros de los grupos o asociaciones organizadoras.

En el momento presente contamos con los siguientes programas de formación continuada:

SOCIEDAD MÉDICO-HOMEOPÁTICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Organiza un ciclo de formación continuada con la colaboración de la Escuela Médica Homeopática Argentina "Tomás Pablo Paschero" de una duración de 252 horas lectivas impartidas en nueve bloques de 28 horas.

Al final del ciclo se obtiene el diploma de la Sociedad Médico-Homeopática de la Comunidad Valenciana.

Información:

Dr. Àngel Ruiz-Valdepeñas

Tel. 908 286875

INSTITUTO MÉDICO DE ESTUDIOS HAHNEMANIANOS DE SEVILLA

Antes Grupo de estudios Hahnemanianos de Sevilla, es una asociación no federada, aunque sus miembros están federados a través de las distintas asociaciones territoriales.

Sólo admite médicos homeópatas formados y con una experiencia profesional de al menos tres años. Desde hace dieciséis años organiza reuniones semanales de cuatro horas de duración con dos tipos de actividades: las actividades teóricas consisten en el estudio profundizado de la doctrina homeopática y de la Materia Médica Pura, las actividades prácticas se centran en la sesiones clínicas con la presentación de casos clínicos de difícil solución.

Desde hace cinco años organiza, además tres sesiones anuales de fin de semana.

El Instituto cuenta en sus sesiones teóricas con la colaboración de universitarios de otras facultades (filósofos, psicólogos, teólogos, filólogos) interesados en la Homeopatía y cuya ayuda resulta útil para el estudio de los aspectos teóricos de la doctrina homeopática.

El Instituto admite colaboración y relaciones de correspondencia con asociaciones científicas y con individuos interesados.

No se obtiene ningún diploma, pero a petición individual se acreditan las horas de asistencia a las sesiones.

Dirección:
Calle General Orgaz, 4
41013 Sevilla

MÁSTER UNIVERSITARIO DE HOMEOPATÍA DE SEVILLA

Organizado por la Federación Española de Médicos Homeópatas, la Asociación de Médicos Homeópatas de Andalucía y el Departamento de Farmacología, Pediatría y Radiología de la Facultad de Medicina de Sevilla. El curso comenzó a impartirse en el año 1995-96, cuenta con la colaboración científica de las ins-

tituciones mencionadas y del IMEH de Sevilla. Tiene dos años de duración con un total de 450 horas lectivas (incluyendo prácticas de clínica con tutores) repartidas en fines de semana. Dirigido a licenciados o doctores en Medicina sin que se precise formación previa en Medicina homeopática. Se imparte en la Facultad de Medicina de Sevilla. El programa, de orientación estrictamente ortodoxa, se corresponde con el aprobado por el Comité Europeo para la Homeopatía. A su finalización se obtiene un título de Máster en Homeopatía expedido por la Universidad de Sevilla. Se trata por consiguiente de un título oficial correspondiente al tercer ciclo de la formación universitaria.

Los interesados pueden contactar con el responsable docente del Máster:

Dr. Emilio Morales Prado
Tel. 95 4615122

ACADEMIA MÉDICO-HOMEOPÁTICA DE BARCELONA

La Academia Médico-Homeopática de Barcelona (AMHB), fundada en 1890, es una de las más antiguas del mundo y ha formado médicos homeópatas desde su origen.

En 1990 participó dentro del European Committee for Homeopathy (ECH) en la elaboración del "Program of Basic Teaching Standards in Homeopathic Medicine" aceptado por la práctica totalidad de las escuelas de la Unión Europea.

En estos momentos en que la Organización Médica Colegial (1993) apoya la formación de médicos homeópatas, la Ley del Medicamento (1990) tiene en cuenta el medicamento homeopático y la demanda social de médicos homeópatas va en aumento, Formación Continuada-Les Heures y la AMHB han establecido un convenio para impartir un Postgrado en Medicina Homeopática y un Diploma en Farmacia homeopática.

- **Diploma de Postgrado en Medicina Homeopática de la AMHB**

El propósito de los organizadores de este Postgrado en Medicina Homeopática ha sido estructurar un programa de docencia sólido y coherente que permita la formación de médicos homeópatas con unos fundamentos teóricos y prácticos que les proporcionen una claridad de observación diagnóstica-pronóstica y consecuentemente, una correcta elección y aplicación del medicamento homeopático a través del cual se desencadene el proceso curativo.

El Postgrado está dirigido exclusivamente a licenciados y doctores en Medicina, consta de 685 horas lectivas (385 h teóricas y 300 h prácticas) distribuidas en tres años académicos de octubre a junio.

- **Diploma en farmacia homeopática**

Este diploma tiene como objeto el aprendizaje y la adquisición de los conocimientos básicos de la Farmacia Homeopática,

conocer las bases teórico-prácticas, la semiología clínica y los elementos fundamentales de la Materia médica, la Galénica, la farmacognosia, etc. y conocer las técnicas de preparación del medicamento homeopático.

El curso está dirigido exclusivamente a farmacéuticos o estudiantes de Farmacia de 5º curso, incluye 50 horas lectivas a cuyo término se entrega un Diploma de Formación Continuada en Farmacia homeopática emitido por la AMHB y Formación Continuada-Les Heures (UB/Fundación Bosch i Gimpera).

Información:

Formación Continuada-Les Heures
(Universidad de Barcelona/Fundación Bosch i Gimpera)
Palau les Heures, Llars Mundet
Paseo del Valle Hebrón s/n, 08035 Barcelona
Tel. 93 4284586 / Fax. 93 4286370

Academia Médico-Homeopática de Barcelona
C. Aragón, 186, 2º 1ª, 08011 Barcelona
Tel 93 3234836 / Fax. 93 451 34 04

ASOCIACIONES HOMEOPÁTICAS FEDERADAS

- **Sociedad Hahnemanniana Matritense**
Calle Eloy Gonzalo, 5
28010 Madrid
Tel. 91 4466076
- **Asociación de Médicos Homeópatas de Andalucía**
Calle Céfiro, 9, esc.2, 5º C
41018 Sevilla
Tel. 95 4579398
- **Asociación Médico-Homeopática de Santa Cruz de Tenerife**
Calle Andalucía, 26, 2º dcha.
38201 - La Laguna (Tenerife)
Tel. 922 260603
- **Academia Médico Homeopática Canaria**
Paseo Tomás Morales, 38, 1º A
35003 Las Palmas de Gran Canaria
Tel. 928 362372
- **Sociedad Científica de Homeopatía de Aragón**
Edificio Puerta del Carmen
Calle Canfranc, 22-24, Esc 2, 10º izq.
50004 Zaragoza
- **Asociación Vasco-Navarra de Médicos Homeópatas**
Avenida de Galicai, 9 - 1º izq.
31003 Pamplona
Tel. 948 231040

- **Asociación Médico-Homeopática de Mallorca**
Avenida Joan March Ordinas, 8 - 5º 1ª
07004 Ciudad de Mallorca (Balears)
Tel. 971 206566
- **Sociedad Médico-Homeopática de la comunidad Valenciana**
Apartado de Correos, 63
03080 Alicante
Tel. 908 286875
- **Academia de Homeopatía de Asturias**
Calle Muñoz Degraín, 16 Entreplanta C
33007 Oviedo
Tel. 98 5271128
- **Asociación Andaluza Médico-Homeopática "Similia"**
Calle Ancha de la Virgen, 13, 1º B
18009 Granada
Tel. 958 129666
- **Sociedad Gallega de Medicina Homeopática**
Apartado de Correos, 70
36080 Pontevedra
Tel. 986 853690

LA FORMACIÓN DE LOS HOMEOPATAS NO MÉDICOS

Con el resurgimiento de las medicinas denominadas naturales o "blandas", entre ellas la homeopatía, se han creado diversos centros de formación para no médicos en los que se puede obtener un título de estudios homeopáticos que permite el ejercicio de la homeopatía en España. Evidentemente, los homeópatas no médicos son o deben ser conscientes de la diferencia existente entre ellos y los homeópatas licenciados en medicina. Su papel consiste en ofrecer una terapéutica alternativa adecuada al enfermo y su enfermedad la cual, en la mayoría de los casos, ha sido previamente diagnosticada por un médico licenciado.

Desgraciadamente al no existir ninguna comisión, organismo o ley que regule la legitimidad de estos cursos y la formación que en ellos se imparte, sólo la honradez del practicante puede garantizar el verdadero conocimiento de la doctrina homeopática y sus normas de prescripción de los remedios.

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS

La Federación cuenta con una lista de todos los centros españoles que imparten cursos, seminarios y cursos monográficos de homeopatía para no médicos.

Información:

C. Aragón, 266, 7º 1ª - 08007 Barcelona - Tel. 93 4879497

ESCUELA ALEMANA: HEILPRAKTIKER INSTITUT

Es el único centro que imparte regularmente y desde el año 1980 un programa de dos años de duración sobre la medicina homeopática.

Refrendado por el Privat Institut für Heilberufe y la Federación Europea de Naturopatía.

Pueden realizar los cursos las personas mayores de 16 años que estén en posesión del título de Graduado Escolar. En caso de no ser así el Instituto realizará una prueba de acceso.

Al finalizar los cursos el Instituto ofrece la posibilidad de pertenecer a las diferentes Asociaciones y Federaciones colaboradoras, nacionales e internacionales con el fin de dar soporte al título de homeópata:

Union Europäischer Heilpraktiker (UEHP)

Federación Profesional de Medicinas Complementarias

Asociación Profesional Española Heilpraktiker (APEH) que ofrece asesoría jurídica, seguro de responsabilidad civil, código deontológico, placa distintiva, recetas unificadas y documento de la UEHP.

Información:

Sr. Gustavo Pau

Pº de Gracia, 59, 2º - 08007 Barcelona - Tel. 93 487 36 68

CAPÍTULO VIII — EL ACTA MÉDICA HOMEOPÁTICA

A. Sarembaud

VIII.1

Los marcos de acción terapéutica en homeopatía

ÉTICA Y MEDICINA HOMEOPÁTICA

Los homeópatas se distinguen del resto de médicos por su metodología, sus medicamentos y el trato a sus pacientes. La formación de los homeópatas tiene como objetivo asociar los conocimientos médicos clásicos que podemos considerar clasificados en tres órdenes diferentes de calidad:

- una actitud relacional particular que combina una atenta escucha y una trayectoria semiológica precisa;
- una forma específica de tratamiento de la información clínica;
- un profundo conocimiento de la Materia médica homeopática.

Todos estos elementos tienen como objetivo la comprensión del paciente, el único capaz, considerado en su globalidad y en los detalles significativos de su personalidad más profunda, tanto física como psíquica, de orientar la reflexión del médico, tanto como el motivo inmediato que le ha llevado a su consulta. El enfermo y su enfermedad son inseparables para la mirada del médico. Pese a que la metodología del médico homeópata es diferente de la adquirida normalmente, su actitud deontológica es idéntica a la de sus colegas así como sus deberes ante el enfermo, expresados en el artículo 36 del Código deontológico médico:

«El médico debe elaborar siempre su diagnóstico con el mayor cuidado, dedicándole el tiempo necesario, ayudándose, en la medida de lo posible, de los métodos científicos más apropiados y si se da el caso, rodeándose de los colaboradores más competentes...»

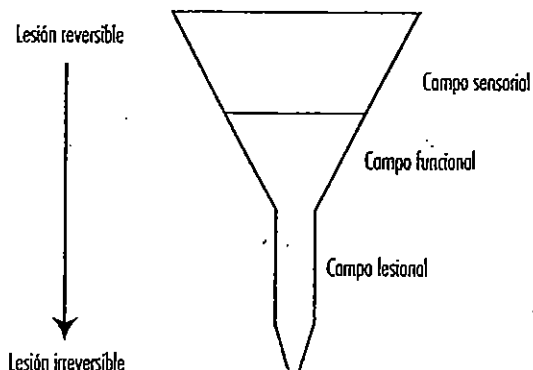
Toda referencia a este artículo llevará la mención: SAREMBAUD A. - Los marcos de acción terapéutica en homeopatía. - Homeopatía, Cap. VIII.1 - *Enc. de las Medicinas Naturales* - Ediciones Frison-Roche (París, Francia), 1995.

Esta directiva incluye la preocupación de la terapéutica promovida por Hahnemann quien enunció su primer principio del *Organon*, síntesis de sus concepciones médicas y filosóficas en los siguientes términos:

«La más alta e incluso, la única vocación del médico es restablecer la salud de las personas enfermas, aquello que llamamos curar.»

LÍMITES DE LA ACCIÓN TERAPÉUTICA

En este final de siglo, los progresos médicos no sólo han revolucionado todas las concepciones sino que, sobre todo, han aportado soluciones terapéuticas que eran inexistentes en el contexto del fundador de la homeopatía. Pese a que los homeópatas han tomado buena cuenta de los nuevos descubrimientos, se enfrentan a un "muro", es decir, a dificultades diagnósticas y terapéuticas que se convierten en contraindicaciones si no absolutas, al menos relativas. De una forma imaginaria, se podría



comparar la clínica con un embudo (fig. 1). En esta representación, la parte más ancha corresponde al campo de lo sensorial, la parte intermedia a los trastornos funcionales y la región próxima al estrechamiento, a lo lesional reversible y el conducto a lo irreversible. Esta descripción sintética del campo de aplicación de la terapéutica homeopática se basa directamente en la observación de las posibilidades y de los límites de las similitudes existentes entre las sustancias activas y las descripciones en las patogénesis.

Además de las dificultades inherentes a la metodología homeopática, existe una lista, no exhaustiva, de las "contraindicaciones":

- los problemas quirúrgicos (apendicitis aguda, traumatología);
- los trastornos metabólicos (diabetes insulín dependiente);
- las enfermedades de pronóstico gravísimo (neoplasia, enfermedades sistémicas);
- las enfermedades infecciosas que compórtan un protocolo terapéutico indispensable y que sean objeto del consenso de la comunidad científica (meningitis vírica, tuberculosis);
- los trastornos psiquiátricos graves (psicosis maniaco-depresiva, delirios);
- los trastornos lesionales que conducen a un pronóstico vital inquietante (insuficiencia coronaria, insuficiencia renal).

HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS

Los principios de base de la terapéutica homeopática se identifican con tres postulados, de importancia desigual, pero complementarios e íntimamente relacionados: el principio de similitud, indispensable y primordial en la materia; el principio de infinitesimalidad, consecuencia extraída de la experiencia; el principio de globalidad que se traduce en la consideración del enfermo y su enfermedad.

PRINCIPIO DE SIMILITUD

Puede explicitarse de la siguiente manera:

Toda sustancia susceptible de producir tanto a dosis ponderal, tóxica o fisiológica como en dilución infinitesimal, un cuadro mórbido en un individuo que presente un buen equilibrio de salud y sensible a esa sustancia, es capaz de curar un cuadro patológico idéntico al primero cuando es utilizada a dosis infinitesimal (excepto en el caso en que existan lesiones irreversibles).

El concepto induce la necesidad de poseer medicamentos y patogénesis fiables y superponibles a los trastornos de los enfermos y las enfermedades.

Los medicamentos son experimentados y descritos en las patogénesis y su conjunto constituye la Materia médica homeopática.

Dichas patogénesis son tanto más importantes en cuanto que se traten de policrestas, es decir, remedios susceptibles de presentar múltiples puntos de impacto.

PRINCIPIO DE INFINITESIMALIDAD

La dilución-dinamización de los productos utilizados en homeopatía es el segundo de los principios mayores que se derivan de las investigaciones de Hahnemann y sus sucesores. Es corolario del principio de similitud y su objetivo es buscar el efecto de "resonancia" y evitar la toxicidad de los productos prescritos. Cuanto más diluida y agitada sea la preparación (se utiliza en este caso el término de "dinamización" o "sucusión" del medicamento), tanto mayor será su poder terapéutico y en consecuencia, más significativos y característicos serán los signos obtenidos en el individuo que la ha ingerido. No es extraño observar reacciones que podríamos calificar de "singulares" lo cual ilustra la multiplicidad de reacciones individuales. La eficacia de este hecho se encuentra estrechamente subordinada a la dilución infinitesimal, como consecuencia del valor de los signos que presenta, además de la ventaja de evitar cualquier toxicidad.

En consecuencia, la infinitesimalidad es una cualidad necesaria y un corolario indispensable pero no suficiente. Sólo la similitud personalizada caracteriza la homeopatía.

PRINCIPIO DE GLOBALIDAD

El objetivo de cualquier terapéutica es curar al enfermo. La patología, respuesta del organismo a una agresión o a un desequilibrio, puede ser aguda, en cuyo caso, debe establecerse la similitud entre el cuadro clínico puntual observado y la materia médica homeopática consultada por el médico. No obstante, la afección puede ser antigua y/o polivalente definiéndose entonces como un trastorno crónico, en cuyo caso, el concepto de terreno o de modo reaccional responde a una cierta consideración de la globalidad del individuo que sufre. La metodología homeopática posee llaves que abren los "cajones" que constituyen el terreno mórbido propio de cada enfermo. La enfermedad crónica pertenece a las modalidades reaccionales de un paciente, a lo que se designa normalmente con el término "terreno" el cual, propicio a determinadas manifestaciones mórbidas, ha sido definido como una diátesis. El término "diátesis" (del griego *diathesis*, es decir, "disposición") forma parte del vocabulario general de la medicina y por él se entiende "el conjunto de síntomas distintos que afectan simultánea o sucesivamente al mismo individuo y que se supone obedecen a la misma causa". No obstante, la medicina homeopática ha reflexionado especialmente sobre este concepto y ha utilizado este término genérico para describir cuatro entidades netamente diferenciadas las unas de las otras, las diátesis. Así pues, el planteamiento médico se llevará a cabo

buscando una relación entre, por una parte, un grupo de remedios denominados "diatésicos" que presenten un haz de signos reaccionales cercanos a los manifestados por el paciente y, por otra, la historia patológica de un enfermo y de sus antecedentes hasta la evolución actual.

CUADRO NOSOGRAFICO

Integrar el comportamiento terapéutico de la homeopatía en una nosografía consiste en situar los datos de la sintomatología y de la prescripción. El objetivo consiste en presentar documentos claros, completos pero concisos, reflejo de las concepciones homeopáticas y de los trabajos más recientes. Ello conduce a crear un sistema de referencia o para algunos autores una sistematización y para otros una sistémica. Sea cual sea el término, dicha trayectoria tiene como objetivo presentar un cuadro de expresión y de reflexión a los terapeutas, mal que pese, en el cuadro nosográfico oficial y que comparten una misma idea de la salud.

Una de las dificultades, entre otras, de la trayectoria homeopática es la ausencia de paralelismo obligatorio entre una cuestión patológica y una respuesta terapéutica; esta ecuación puede existir (los traumatismos de *Arnica montana*), pero es indisoluble de la similitud existente o no entre la patogénesis del remedio y la semiología propuesta por el enfermo. A fin de paliar esta ambigüedad hemos clasificado a los individuos según ejes diferentes. Algunos son clasificados por el terreno afectado y tratado (niños, mujeres y personas mayores), otras por la especialidad implicada o sistémica homeopática que intervenga.

A continuación, hemos intentado esquematizar los seis mejores puntos de impacto terapéutico.

TERRENOS PRIORITARIOS

Gracias a la ausencia de efectos secundarios indeseables, la personalización de la prescripción y la importancia del terreno, los pacientes más frágiles encuentran en la homeopatía esquemas terapéuticos adaptados a su situación.

- *El niño* es el primer ejemplo; desde el recién nacido hasta el adolescente, la homeopatía responde frente a la gran mayoría de situaciones clínicas. La Agrupación de pediatras homeopatas de lengua francesa, a través de autores diferentes, nos ofrece el método y la receta adecuados a más de una decena de problemas tales como la patología neonatal, los problemas digestivos del lactante, la fiebre en el niño, los trastornos de comportamiento y otras muchas patologías.
- De la misma manera en *las mujeres*, la ginecología tanto obs-trétrica como médica, utiliza remedios homeopáticos. En es-

ta obra se expresan las visiones, separadas y complementarias, de un médico ginecólogo y de una comadrona.

- El último terreno escogido por la terapéutica de Hahnemann son las *personas mayores*. Estos pacientes, normalmente portadores de varias patologías, plantean el doble problema de la eficacia de la terapéutica y de sus efectos yatrógenos; la homeopatía aporta una respuesta individual tanto en la elección del medicamento como en la de su relación eficacia/tolerancia, sin contradecir el resto de prescripciones en sus condiciones reconocidas.

ESPECIALIDADES SELECCIONADAS

Cierto número de consultas médicas forman parte integrante de las especialidades modernas en las cuales la homeopatía se revela muy eficaz.

- La primera de ellas es la *disciplina otorrinolaringológica* que comprende una sintomatología funcional muy importante. Tal y como se ha dicho en párrafos anteriores, el campo de la terapéutica de Hahnemann incluye desde lo funcional hasta lo lesional reversible. Los medicamentos seleccionados por su similitud con los trastornos de esta especialidad son activos no sólo para la prevención de las afecciones recidivantes, especialmente en el niño y el tratamiento del terreno de las afecciones crónicas, sino también, como primer intento, en las indicaciones agudas (por ejemplo, en caso de contraindicación de un tratamiento antibiótico, corticoterápico, etc.).
- De la misma manera, el *árbol respiratorio* es el lugar de las afecciones que pueden ser graves, agudas y/o crónicas y susceptibles de recibir la aportación médica de la homeopatía. El aspecto agudo se presenta en forma de laringotraqueítis, bronconeumonopatías agudas o incluso bronquitis y/o pleure-sías. La elección terapéutica se lleva a cabo en función del diagnóstico, la gravedad de la afección y las posibilidades de reacción del organismo enfermo. Este tipo de enfoque médico debe tener en cuenta los progresos realizados tanto en las investigaciones como en las terapéuticas. La problemática de las afecciones crónicas de los bronquios exige una atención especial en la "personalización" del remedio principal y velar por su integración en el modo reaccional del individuo; el asma es un ejemplo significativo.
- La tercera especialidad es la que se ocupa de la *gastroenterología* y de la *hepatología*. En ambos casos, la clínica necesita de la ayuda de exámenes radiográficos y sobre todo del estudio fibroscópico convertido en el elemento paraclínico diagnóstico y pronóstico indispensable actualmente. La concepción homeopática busca los medicamentos susceptibles, a partir de las experimentaciones efectuadas y las patogénesis observadas, de provocar los síntomas de la enfermedad generada

en el paciente. Para ilustrar dicho efecto terapéutico, cuanto mejor descritos estén los motivos de consulta, tales como las colopatías y las úlceras, mayor será la incidencia de la homeopatía sobre el terreno sensible a ese tipo de afecciones. En el mismo sentido, son múltiples los procesos clínicos debidos a una disfunción de la región hepatovesicular y a ellos la homeopatía dedica una especial atención. Las patogénesis de determinados medicamentos homeopáticos, confirmados por la toxicología, hallan su justificación en el cuadro de las afecciones reversibles y no sólo en el plano teórico sino también y sobre todo, en el práctico. Tras haber establecido el diagnóstico diferencial y excluido las patologías específicas (tumor, litiasis, enfermedades hemolíticas...) se buscarán los remedios homeopáticos más apropiados a la evolución del estado del enfermo.

- La piel se encuentra a la vista tanto de los pacientes como de los médicos, obligando a éstos últimos a establecer la distinción entre trastornos patológicos graves y manifestaciones más benignas. La inspección cutánea se acompaña de elementos de reflexión que utilizan tanto el conocimiento de la fisiología como el de la medicina interna aplicadas a la dermatología. En efecto, la piel posee una función de defensa contra las agresiones mecánica, calórica, luminosa y química así como una función pilosebácea y neurosensorial que está asegurada no solamente por nervios sensitivos y receptores cutáneos sino sobre todo por el sistema nervioso simpático a través de sus fibras adrenérgicas y colinérgicas. La importancia del sistema neurosensorial contribuye a explicar la multitud de matices de sensaciones percibidas y descritas por los pacientes. La homeopatía incluye la dermatología moderna en la descripción de la lesión elemental y su empeño en relacionar ésta última con un cuadro nosológico, un terreno y una terapéutica específicos.

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Se trata de patogénesis frecuentes para todos los médicos, tanto en el campo de la neurología como de la psiquiatría. Estos trastornos del comportamiento fueron objetivos terapéuticos estudiados por Hahnemann que escribió una veintena de párrafos sobre las enfermedades psíquicas o mentales (Hahnemann, 1810, *Doctrine homoeopathique ou Organon de l'art de guérir*, (*Doctrina homeopática u Organon del arte de curar*), párrafos 210-230, pp. 177-188), sobre las que concluye:

«Puedo afirmar, gracias a una larga experiencia, que la superioridad incomparable de la homeopatía sobre todos los demás métodos curativos imaginables no se muestra con mayor claridad que en las enfermedades mentales y las afecciones psíquicas crónicas que deben su origen a afecciones somáticas o que se han desarrollado al mismo tiempo que ellas.»

Dicha afirmación debe ser situada en el contexto del siglo XIX y se muestra como la predecesora de la medicina psicosomática y la psiquiatría. De hecho, la práctica homeopática de estos dos últimos siglos se ha enriquecido sobremanera con la atención prestada a pacientes aquejados de trastornos del carácter, estados depresivos, trastornos psiquiátricos de la infancia y la adolescencia, trastornos neurológicos... Homeópatas cualificados, pertenecientes en su mayoría al Grupo homeopático de estudios psicopatológicos, han sabido responder eficazmente a estas cuestiones.

ENFOQUES ESPECÍFICOS

- La afección articular se manifiesta con la aparición de dolores y la disminución de la movilidad. Normalmente, en *reumatología*, se consideran tres cuadros mayores de clasificación, los reumatismos inflamatorios, las afecciones degenerativas y los procesos metabólicos. Las causas con diagnóstico y terapéuticas confirmados, tales como las artritis de origen infeccioso específico, las patologías derivadas de lesiones óseas y neoplasias, se escapan del campo de indicaciones de la homeopatía. Los medicamentos homeopáticos son útiles en las afecciones polimorfas de los tres cuadros definidos más arriba y se distinguen en remedios de base o remedios sintomáticos.
- Por otra parte, existe un nuevo campo de acción, la *medicina del deporte*, o mejor dicho, de los deportistas, en la cual los homeópatas disponen de una mirada particular hacia las patologías generadas por actividades lúdicas o profesionales.
- Otra aplicación de la medicina homeopática es la *oftalmología*. Por una parte, los inconvenientes de los medicamentos indicados (antibióticos, corticoides, antiinflamatorios, quimioterapia, inmunodepresores...) y, por otra, la eficacia de las dosis infinitesimales de los remedios homeopáticos, bien diferenciados por los signos de similitud, han permitido curar afecciones de los ojos, las partes anejas y sus disfunciones. La oftalmología es una práctica corriente de los homeópatas cuya actuación es confirmada por la aportación de especialistas en oftalmología y discípulos de la concepción de Hahnemann (la Sociedad de oftalmología homeopática).

APORTACIONES ORIGINALES

- Cada vez con mayor frecuencia, pacientes masculinos acuden a las consultas de *andrología* debido a trastornos de la libido y signos de impotencia sexual. La sexualidad se ha convertido en objeto de estudios médicos y la homeopatía, a través del juego de la similitud, intenta encontrar los medi-

camentos similares a las indicaciones mostradas por esa función de nuestro organismo.

- Aplicando la misma trayectoria y tras haber procedido a un diagnóstico diferencial, los médicos homeópatas pueden administrar sus cuidados a los enfermos aquejados de *patologías urológicas*. En esta obra, se citan las cistitis, los dolores lumbares, etc.

COMPLEMENTOS DE OTRAS TERAPÉUTICAS

La *cardiología*, más que ninguna otra disciplina, se enfrenta a situaciones en las que el pronóstico vital puede ser puesto en duda en muchas ocasiones. Junto a las innovaciones de investigación en los sectores biológicos, diagnóstico por la imagen y sobre todo terapéutico, el lugar de la terapéutica homeopática, aprehendiendo al paciente cardíaco en su globalidad, aparece en un primer momento como marginal. De hecho y lógicamente, la homeopatía se inserta en la estrategia médica indispensable, no solamente en la convergencia de lo funcional y de lo orgánico sino también como complemento en el campo de los trastornos lesionales. Para los especialistas relacionados tanto con la cardiología como con la homeopatía, la demostración aparece con los tratamientos homeopáticos llevados a cabo en trastornos funcionales y reversibles de la hipertensión arterial, las palpitaciones así como en las sensaciones dolorosas de insuficiencias arteriales y venosas.

- Por el contrario, las relaciones entre la *endocrinología* y la homeopatía siempre han sido puestas en evidencia (Demarquée, 1981); vale la pena señalar las conexiones y aportaciones mutuas entre ambas disciplinas. En la aplicación práctica, cinco entidades nosológicas de la endocrinología son visitadas por la concepción hahnemaniana.
- Como suele hacerse, los médicos homeópatas se encargan de sus pacientes y continúan su cuidado incluso cuando se plantea la necesidad de una intervención quirúrgica. Así, el *traumatizado* perteneciente al campo de la ortopedia puede recibir una preparación homeopática para facilitar su consolidación ósea (llegado el caso, la asociación de *Calcarea carbonica*, *Calcarea phosphorica*, *Calcarea fluorica* o *Silicia* a bajas diluciones). La preparación homeopática de una intervención quirúrgica bajo anestesia general se realiza mediante *Arnica*, *China*, *Phosphorus* y *Pyrogenium* a fin de disminuir el efecto operatorio e infeccioso o bien con *Argentum nitricum*, *Gelsemium* o *Ignatia* que podrán atenuar el efecto neurovegetativo.
- En el mismo sentido, las *patologías bucodentales* (pulpitis, supuración, patología recidivante, glosodinia...) pueden ser objeto de una elección terapéutica en la medicina homeopática que propone medicamentos para las afecciones tratadas en los gabinetes dentales.

Dicha elección viene condicionada por las indicaciones, por la rapidez de acción, la ausencia de efectos inoportunos y sobre todo, por la similitud entre la o las patogénesis y los síntomas personales del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- ALGAZI J (1989) *Homéopathie en psychiatrie*. Maloine. París. 338 p.
- BELLOCQ D (1989) *Domaine et limites de l'homéopathie*. *Encycl Méd Chir* (Paris-Francia), Homeopatia, 38105 A¹⁰, 4.6.05.
- BOURGART (1989) *Thérapeutique homéopathique de l'enfant (de 3 à 13 ans)*. Maloine. París. 233 p.
- COULAMY A (1992) *Homéopathie en pathologie digestive*. Maloine. París. 352 p.
- DEMARQUE D (1981) *L'Homéopathie, médecine de l'expérience*. Maisonneuve. París. 458 p.
- DEMARQUE D (1989) *Techniques homéopathiques (2ª ed)*. Boiron. Lyon. 295 p.
- DEMARQUE D, JOLY P (1985) *Etudier l'homéopathie*. CEDH. Saint-Just-la-Pendue. 208 p.
- DEMARQUE D, JOUANNY J, POITEVIN B, SAINT-JEAN Y (1989) *Homéopathie, Connaître la Matière médicale (tomo I)*. CEDH. Boiron. Lyon. 349 p.
- DESMICHELLE G, MANSON J, DROUARD JM (1991) *Homéopathie en rhumatologie-ostéopathie-kinésithérapie mézérieste*. Maloine. París. 218 p.
- FRANÇOIS JC (1979) *Éléments d'étude de l'homéopathie. Tomo I: Principe et application*. Imprimerie SCRID. Moulins. 128 p.
- GRECO J (1988) *Homéopathie en gynécologie*. Maloine. París. 272 p.
- GUERMONPREZ M, PINKAS M, TORCK M (1989) *Matière médicale homéopathique*. Boiron. Sainte-Foy-lès-Lyon. 835 p.
- HAHNEMANN CSF (1810) *Doctrine homoeopathique ou Organon de l'art de guérir (con glosario y anotaciones seguido de un índice establecido por el Dr. P. Schmidt [traducción de la 6ª edición alemana póstuma revisada y corregida])*. Baillière et Similia. París. 1982; 408 p.
- HAHNEMANN CSF (1846) *Traité des maladies chroniques et leur traitement homoeopathique (3ª edición francesa completamente refundida y retraducida de la 2ª edición original alemana por los Drs. P. Schmidt y Kunzli)*. Maisonneuve. Sainte-Ruffine. 1969; 324 p.
- HAHNEMANN CSF (1846) *Doctrine et traitement des maladies chroniques (2ª edición, 1835, Doctrine) (facsimil edición de 1846, traducido por AJL Jourdan e incluyendo sólo las páginas de su doctrina)*. Boiron. Sainte-Foy-lès-Lyon. 1989; 213 p.
- HAHNEMANN CSF (1855) *Études de médecine homoeopathique (facsimil edición de 1855, traducido por el Dr. Schlesinger-Rahier) (2 vol)*. Maloine. París. 1989; 640 y 524 p.
- Institut National Homéopathique Français*. Cours première année, 1978. Cours deuxième année, 1979. Cours troisième année, 1980 (3 vol). INHF. París.
- JOUANNY J, CRAPANNE JB, DANCER H, MASSON JL (1986, 1988) *Thérapeutique homéopathique. Tomo I: Possibilités en pathologie aiguë. Tomo II: Possibilités en pathologie chronique*. Boiron. Lyon. 356 y 509 p.
- JULIAN OA (1981) *Dictionnaire de Matière médicale homéopathique*. Masson. París. 483 p.
- POITEVIN B (1990) *Introduction à l'homéopathie. Bases expérimentales et scientifiques*. CEDH. París. 103 p.
- SAREMBAUD A (1991) *Homéopathie (prólogo de Zissu R con la colaboración de Poitevin B)*. Masson, collection des Abrégés. París. 229 p.
- TETAU M (1979, 1983) *Matière médicale homéopathique clinique et associations biothérapeutiques (tomos I y II)*. Maloine. París. 313 y 313 p.
- VALETTE AEM (1978) *Homéopathie infantile pratique (prólogo del profesor R Senelaz)*. Maisonneuve. Sainte-Ruffine. 300 p.
- VOISIN H (1976) *Matière médicale du praticien homéopathe (2ª ed)*. Maloine y LHE. París. 1241 p.
- VOISIN H (1979) *Thérapeutique et répertoire homéopathiques du praticien (2ª ed)*. Maloine y LHE. París. 728 p.
- ZISSU R, GUILLAUME M (1985) *Manuel de médecine homéopathique (2ª ed)*. Boiron. París. 170 p.

VIII.2

La consulta médica en homeopatía

Ph. Marchat

La consulta médica en homeopatía obedece a las reglas aplicables a cualquier consulta médica, en saber recoger mediante la observación del enfermo, su interrogatorio y su examen, el mayor número posible de signos o síntomas que nos permitirán emitir un diagnóstico, plantear un pronóstico y prescribir una terapéutica apropiada. Pero, sin embargo, se distingue netamente de una consulta médica clásica. De hecho, en cada etapa, la homeopatía marca con su huella específica y "retoca" la consulta clásica.

ESPECIFICIDAD DE LA ESPERA O DE LA DEMANDA DEL PACIENTE

Ln efecto, no hay que perder de vista el punto siguiente. Antes que ser original y específica en uno o varios aspectos (el examen, el interrogatorio, la concepción de la enfermedad que determina las modalidades prácticas, la prescripción) la consulta de un médico homeópata es una trayectoria original... ante todo por parte del paciente que acude a ella puesto que no se va a un médico homeópata como a cualquier otro médico... al menos la primera vez.

Este punto se esconde casi constantemente en las obras de homeopatía o es planteado de forma muy parcial. El paciente suele ser descrito como un decepcionado de la medicina "clásica" impotente y/o agresiva a sus ojos por lo que se acerca a la homeopatía en busca de su salvación. No dudamos en decir que en ello hay algo de ingenuidad y orgullo. Los detractores de la homeopatía, por el contrario, suelen subrayar dicha especificidad de forma tan parcial que, frecuentemente, amalgaman la consulta médica homeopática con los recursos de ensalmadores, cartománticos y astrólogos de todo tipo.

Y sin embargo, pese a que muchas familias utilizan la homeopatía "sin pensar", pese a que puede ocurrir que sea el propio médico habitual de la familia quien proponga acudir a un médico homeópata o incluso recetar medicamentos homeopáticos a un paciente que no había pensado en ello y cuya única demanda era la de ser curado de sus males, lo más corriente es que el enfermo, un día, decida dirigirse a "otro tipo de medicina" dife-

rente a la que conocía hasta entonces. Aparece, entonces, una dimensión de ruptura parcial o total, definitiva o provisional, en las costumbres del individuo enfermo.

Sin duda, algunos enfermos acuden a la homeopatía porque están hartos de que los "atiborren" de antibióticos, antiinflamatorios, psicótropos diversos, etc. sin obtener mayores resultados y buscan, en el médico homeópata, una alternativa terapéutica.

Otros dirán simplemente (sic) que están hartos de la medicina y de los médicos, como si el "homeópata" que visitan no fuera también un médico. Éste será, precisamente, el que utilizando una concepción global y atenta conseguirá reconciliarlos con la medicina. Aún hay otros que llegarán con la esperanza (y entonces normalmente en el último momento) de ser animados a renunciar a una quimioterapia anticancerosa que les asusta y les fatiga o a una intervención quirúrgica que desearían poder evitar. El papel del médico homeópata será aquí de gran importancia puesto que además de su intervención "técnica" como prescriptor conseguirá, mucho más a menudo de lo que los detractores de la homeopatía creen, una adhesión del enfermo a esos tratamientos tan temibles, subrayando su necesidad y su eficacia, y aportando al paciente la seguridad de una consideración global de todos sus otros problemas al mismo tiempo que intentará atenuar los efectos secundarios de las terapias más temidas.

La especificidad de la escucha al paciente suele ser ocultada por los médicos homeópatas por miedo a aportar más agua al molino de sus detractores que pretenden que la homeopatía sólo actúa por sugestión y cuyo único efecto es el de placebo.

No obstante, los homeópatas confirman al igual que sus colegas "clásicos", que «el médico tiene tendencia a olvidar que son los enfermos quienes llaman al médico» (Canguilhem, 1984, p. 139) y que el único sentido de la posición, el papel y la función del médico es el de situarse en el campo que le presentan, obviamente su conocimientos médicos clásicos y homeópatas, pero también la llamada del enfermo al cual se ha de reconocer y entender.

ESPECIFICIDADES DE LA CONSULTA MÉDICA HOMEOPÁTICA

ENFOQUE "HOMEOPÁTICO" DE LA ENFERMEDAD: DE LA INDIVIDUALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD A LA INDIVIDUALIZACIÓN DEL ENFERMO

Diagnóstico nosológico o individualización de la enfermedad

¿Es necesario recordar que establecer un diagnóstico clínico y nosológico es una necesidad imperativa aunque sólo sea para determinar si las manifestaciones patológicas del enfermo pertenecen al campo de la homeopatía o si por el contrario se encuentran fuera de su radio de acción?

Éste es el primer punto indispensable de cualquier consulta médica homeopática y su ausencia representa un error y una falta imperdonables.

De hecho «la observación homeopática suele priorizar de una forma excesiva la sintomatología específicamente homeopática por lo que se desvía la atención de la investigación clínica» (Demangeat, 1989, p. 44).

En efecto, no se trata de ergotizar sobre la determinación de la sensación dolorosa de un paciente — «¿le quema, le pica, es un dolor lancinante, etc.?» — si, por ejemplo, un dolor lumbar se muestra revelador de una metástasis lumbar de un cáncer prostático, en ese caso, será mucho más adecuado y útil realizar un tacto rectal. Demangeat tiene razón al decir que «un buen diagnóstico es mejor para la reputación de un médico que algunas dosis bien escogidas» (*ibidem*) y nosotros añadimos, ¡lo mismo para la homeopatía!

No obstante, pese a que un diagnóstico es, ciertamente, indispensable para delimitar la pertenencia o no del caso al campo de la homeopatía, también es necesario como base de investigación para el diagnóstico del remedio puesto que para tratar homeopáticamente un derrame pleural, por ejemplo, podremos, gracias a la posición del diagnóstico nosológico, *preorientarnos* hacia un grupo de remedios susceptibles de provocar un exudado a nivel de una serosa: por ejemplo, *Apis*, *Bryonia*, *Cantharis*.

Descuidar esta etapa conduce, parafraseando a Duprat, a ser más hahnemaniano que Hahnemann:

«Hay médicos, más hahnemanianos que Hahnemann, que exagerando su consejo de dedicarse sobre todo, en la universalidad sintomática, a los fenómenos más «sorprendentes, singulares, extraordinarios y característicos» se ven afectados por menospreciar demasiado el diagnóstico. ¿Qué hacen, entonces, con la «totalidad» de los síntomas? Es inútil hablar de buscar una semejanza si la similitud es sólo parcial, localizada, por característica que sea, si no presenta la misma superficie continua que la enfermedad. Toda enfermedad descrita se compone de dos ele-

mentos esenciales: una afinidad orgánica dominante de la causa mórbida y un trastorno anatomofisiológico del órgano en cuestión. «Para que un medicamento sea reconocido como similar de un estado patológico cualquiera, es necesario que posea dicha afinidad y dicha influencia de trastorno anatomofisiológico, en su efecto denominado activo, primitivo» (Duprat, 1988, p. 90).

Al término de esta etapa, nos encontraremos, desde un punto de vista esquemático, ante dos posibilidades:

- el caso en que se plantea un diagnóstico positivo que corresponde a una entidad real bien delimitada: crisis de asma, infarto, hepatitis, anginas, bronquitis, enfermedades eruptivas del niño, etc.;
- los casos complejos o aquellos para los cuales persiste un diagnóstico impreciso:
 - debido a que el cuadro sea intrincado, complejo e «impreciso» por sí mismo, por ejemplo, un paciente que «colecciona» diagnósticos (cefaleas + eccema + anginas de repetición);
 - debido a que el propio diagnóstico sólo represente una etiqueta bastante profunda (espasmo-filia, colitis, etc.) planteada en base a diversos trastornos.

DIAGNÓSTICO DEL REMEDIO O INDIVIDUALIZACIÓN DEL ENFERMO

Una vez establecido el diagnóstico nosológico de la enfermedad, el médico homeópata se dedicará a obtener un conocimiento mucho más amplio, más detallado y más personalizado del caso que tiene entre manos que su colega de la medicina «clásica» puesto que para él, el objetivo no es el de establecer un tratamiento más o menos estandarizado (un antibiótico para unas anginas, un antiespasmódico para una crisis de colitis o un antiemético para los vómitos, por ejemplo) sino establecer el diagnóstico del medicamento correspondiente a la enfermedad de su paciente en su particularidad.

Para ello, le será necesario dedicarse a descubrir qué tiene de particular y singular la enfermedad de su paciente (por determinada o imprecisa que sea) y buscará atentamente los síntomas característicos de su modo reaccional particular.

En esta investigación radica la originalidad de la observación y del examen del enfermo y la que orienta las cuestiones y proporciona a las respuestas un sentido particular.

En efecto, en medicina «clásica», la descripción de las diferentes formas clínicas, que siempre reviste una entidad nosológica, de los tratados de patología se limita a describir la del niño (en general), de los ancianos (en general), de la mujer embarazada (en general), etc.

Por el contrario, el médico homeópata deberá dedicarse a captar de la manera más precisa la forma particular y siempre singular que reviste cualquier enfermedad de un individuo, en los propios hechos.

Insuficiencia de la nosología clásica

El diagnóstico nosológico no basta para establecer la prescripción homeopática, además, un gran número de pacientes acuden a la consulta debido a patologías reiterativas (otitis, bronquitis, asma, infecciones urinarias, etc. de repetición) o a cuadros complejos e intrincados en los que la "colección" de diagnósticos alegados (dispepsia + colitis + espasmo-filia + eczema + úlcera duodenal, etc.) es tal, que se impone una visión sintética del enfermo y en los que el sentido común conduce a que nos preguntemos por la validez de la concepción que intenta oponer a cada una de estas "enfermedades diferentes" un tratamiento específico.

Semiología homeopática: semiología de lo individual

Recordemos que para la homeopatía el síntoma clásico no es más que un hecho patológico y que es necesario calificar mediante (tomemos como ejemplo un dolor de cabeza):

- una localización: frontal, occipital, temporal, etc.;
- una o varias sensaciones: cefalea pulsátil, o "como si"; por ejemplo, como si la cabeza fuera a estallar, como si estuviera aprisionada por un casco, como si introdujeran un clavo, etc.;
- modalidades de empeoramiento o de mejoría sin olvidar tener en cuenta la presencia de posibles concomitantes, que no se encuentran obligatoriamente presentes pero que cuando lo están, es muy interesante tenerlos en cuenta puesto que, de entrada "globalizan" el caso.

Así pues, vemos que la modalidad, la caracterización, en una palabra, la personalización del cuadro clásico son las que conducen de la individualización de la enfermedad a la individualización del enfermo en cada caso considerado.

El enfermo forma un todo y debe ser considerado en su dimensión psico-física de manera que nos interesaremos en el conjunto de síntomas presentados tanto si son patognómicos (en cuyo caso intentaremos modalizarlos) como si pertenecen al cuadro clínico habitual aunque con una coloración original o si se trata de concomitantes, es decir, de síntomas sin relación aparente con la historia clínica presente.

Es obvio que es indispensable poseer un conocimiento profundo y sobre todo una comprensión adecuada de la materia médica y no solamente para interpretar y utilizar las informaciones recibidas sino también y sobre todo para saberlas buscar.

Ahora es el momento de citar el párrafo 153 del *Organon*:

«La comparación del conjunto de síntomas de la enfermedad natural con la lista de síntomas patogenéticos de medicamentos bien experimentados, es útil repetirlo, es la condición sine qua non para encontrar, entre estos últimos, una potencia farmacodinámica similar al mal que deseamos curar. No obstante,

es necesario, sobre todo y casi exclusivamente, para la búsqueda del remedio homeopático específico, dedicarse a los síntomas objetivos y subjetivos característicos:

- " - los más sorprendentes,
- " - los más originales,
- " - los más inusitados,
- " - y los más personales.

«Son éstos, principalmente, los que deben corresponder a los síntomas muy similares del grupo perteneciente al remedio buscado, para que este último sea el más conveniente para la curación. Por el contrario, los síntomas comunes e imprecisos, tales como los malestares, la laxitud, el dolor de cabeza, la falta de apetito, un mal dormir, etc. merecen poca atención debido a su carácter banal e impreciso y también porque están presentes en casi todas las enfermedades y en casi todos los medicamentos.»

Una vez revisado el cuadro general de la consulta médica en homeopatía, descubriremos las modalidades prácticas y los momentos fuertes.

REGLAS Y ETAPAS DE LA OBSERVACIÓN PROPIAS DE LA HOMEOPATÍA

Objetivo de la observación homeopática

El objetivo de la observación homeopática es encontrar el medicamento que presente, en su patogénesis, los síntomas más parecidos a los de la enfermedad que se desea curar. «Cuanto más parecida sea la contraimagen, compuesta con el grupo de síntomas patogenéticos del remedio que parece merecer la preferencia a los característicos, sorprendentes, originales, inusitados y personales de la enfermedad natural, más perfecta será la semejanza recíproca y más conveniente, más homeopático será el remedio escogido: lo específico en la circunstancia» (Hahnemann, 1986, § 154).

En el párrafo 7 de su *Organon*, Hahnemann precisa: «En una palabra, en todo caso mórbido individual, la totalidad de los síntomas debe ser la principal preocupación del médico, el único objeto de toda su atención, la única cosa que debe ser eliminada mediante su intervención, destinada a la curación, a fin de transformar la enfermedad en un estado de salud» (*ibidem*).

Se trata de recoger un número suficiente de síntomas característicos, correctamente descritos, del caso lo cual supone, en un primer momento, que cada síntoma recogido sea por él mismo "total", completo (es decir, con localización, sensación y modalidades). Tampoco se trata de preguntar sólo por los pretendidos síntomas del enfermo, descuidando los de la enfermedad. Esta ingenua dicotomía olvida que no existe enfermedad sin individuo enfermo y que son precisamente los síntomas de la enfermedad del paciente los que nos interesan pero siempre en su "coloración personal".

Los cinco tiempos de la observación homeopática: escuchar, escribir, interrogar, observar y coordinar

Los cinco tiempos que vamos a estudiar de forma separada, por facilidad didáctica, se encuentran, en la práctica, más o menos imbricados entre sí. Tal y como decía Pierre Joly: «Escuchemos primero, interroguemos después y escribamos durante» (Joly, 1981).

Escuchar

La escucha es de capital importancia, puesto que pese a que un enfermo acude a nosotros para recibir cuidados, muchas veces con el deseo de ser curado, con toda seguridad, siempre viene para ser escuchado, para que su queja sea oída.

Saber escuchar atenta y pausadamente es una cualidad que el médico homeópata debe dedicarse a perfeccionar si no se trata de una cualidad espontánea en él.

Uno de los mejores consejos es el de tomarse tiempo, de no tener prisa durante el primer contacto con el enfermo y explicarle lo que se espera de él: una descripción tan precisa como sea posible de lo que siente, en un vocabulario tan simple como sea posible y desprovisto de todo "pseudotecnismo médico" superfluo. El enfermo debe tomar conciencia de que lo que nos interesa de él es su "forma personal" de "fabricar su enfermedad" para lo cual hablaremos lo menos posible, todo lo contrario, haremos hablar al enfermo ayudándole de manera prudente a no perderse en divagaciones inútiles invitándole a desarrollar correctamente su tema.

Escribir

El médico escucha a su paciente y como no es cuestión de que se fíe de su memoria, anotará las informaciones que le parezcan útiles. «Él [el médico] escribirá exactamente sobre el papel en los términos en que este último [el enfermo] o sus allegados se hayan expresado» (Hahnemann, 1986, § 84). En efecto, hay que evitar cualquier tipo de traducción de las palabras del paciente la cual siempre se lleva a cabo (consciente o inconscientemente) de forma orientada, según los conocimientos en materia médica del médico, según el medicamento en el que se piensa por la formulación del paciente, etc. y que por tanto se revela como reduccionista.

Conservar la formulación del enfermo es conservar el valor actual y potencial de la información que nos ofrece el paciente. Además, ante la amnesia que se instala rápidamente cuando desaparecen los síntomas molestos (la conciencia se orienta hacia lo que no funciona en cada momento), será útil poder demostrar al paciente los progresos realizados cuando se impacienta ante cualquier trastorno persistente.

Es interesante prevenir al paciente de que estamos dispuestos a escucharle pero que, por rigor y por su interés, tomaremos notas mientras le escuchamos.

Aunque es conveniente retener el máximo de información en cada encuentro y especialmente durante el primero a fin de precisar la prescripción y conseguir los medios para seguir la evolución del paciente, es inútil cargarse con detalles insignificantes. Finalmente, recordemos la necesidad, para que la lista de síntomas sea fácilmente utilizable y práctica, de disponer los síntomas de forma sistemática.

«A cada declaración del enfermo o de sus allegados, el médico empezará una nueva línea a fin de que los síntomas sean anotados separadamente, unos después de otros.

»Procediendo de esta forma, dispondrá de la facilidad de añadir a los detalles demasiado imprecisos que le hayan sido comunicados en un principio las precisiones que pueda ir adquiriendo durante el resto de la entrevista» (*ibidem*, § 85).

Interrogar

Anotar el nombre, los apellidos, la fecha de nacimiento y precisar la profesión forman parte de los automatismos necesarios.

• Antecedentes personales o hereditarios

Completan la "ficha del estado civil". Además de las quejas actuales que obedecen al motivo de la consulta, veremos cómo se perfila la enfermedad en sus manifestaciones originales y según un modo reaccional (o diatélico) particular. Tras haber escuchado las quejas actuales del paciente, y sólo entonces, habrá que saber ayudarlo, con paciencia pero con firmeza, a realizar ese "largo retroceso" sin el cual nada es posible, especialmente cuando se trata de patologías crónicas.

• Técnica del interrogatorio

Debe ser rigurosa.

«Interrogar al paciente es un arte que se aprende [...]. Tan importante es aprender a interrogar correctamente como conocer la materia médica o saber pasar correctamente las páginas de un repertorio» (Demangeat, 1989, p. 39).

— Formulación de las preguntas.

Evitar totalmente las preguntas directas; si el enfermo puede responder con un sí o un no, la pregunta está mal planteada.

De la misma manera, hay que evitar sugerir una respuesta, sobre todo si, tras haber escuchado al paciente, se empieza a perfilar la forma de un remedio puesto que ésa será la mejor manera de extraviarse, de hecho, con ello se explica un gran número de fracasos de los cuales, la homeopatía no es la responsable. Otro buen consejo es escribir junto a cada síntoma el nombre del remedio que nos recuerda pero en lápiz para estar seguro de no "olvidarlo por el camino" y evitar así cualquier orientación intempestiva durante el resto del interrogatorio.

«El médico debe [...] especificar y detallar cada uno de los índices considerados sin que jamás se den las siguientes situaciones:

- » — de ninguna manera dictar una posible respuesta;
- » — llevar al enfermo a que sólo pueda contestar con un sí o un no.
- » Actuar de otra forma sería exponer a la persona que estamos interrogando a afirmar, por indolencia o por complacer a quien le está preguntando, algo falso, medias verdades únicamente, o a negar lo que de hecho es real.
- » De ello resultaría un cuadro infiel a la enfermedad y en consecuencia una elección incorrecta de los medios terapéuticos» (Hahnemann, 1986, § 87).

— Orden de las preguntas

El médico empezará primero con preguntas referentes a los síntomas de la enfermedad actual, la que ha llevado al enfermo a su consulta y a continuación sobre el resto de funciones o aparatos de manera complementaria y sistemática.

«Si en los datos proporcionados espontáneamente no se ha hecho mención de varias partes o funciones del cuerpo, del humor o del carácter, el médico preguntará al paciente si no se acuerda de alguna cosa relativa a una determinada parte, a un determinado órgano o función o sobre aquello que afecta el estado intelectual y moral del enfermo. Pero tendrá cuidado de ceñirse a términos generales a fin de que la persona que le proporciona las aclaraciones se vea obligada a proporcionar, ella misma, las explicaciones categóricas sobre dichas precisiones...» (*ibidem*, § 88).

No olvidamos recordar al enfermo que señale con la mano las diferentes partes del cuerpo mencionadas durante su discurso. No será sorprendente constatar que el "dolor de garganta" de una persona es en realidad un dolor laríngeo o traqueal, que el estómago de otro está situado en el hipocondrio derecho o la región umbilical o que el dolor del "brazo" de un determinado individuo, corresponde a un dolor en el antebrazo, el hombro o la muñeca.

— Necesidad de ver al enfermo a solas.

Sabemos que en el párrafo 84 del *Organon*, Hahnemann afirma: «El enfermo recita el desarrollo de sus sufrimientos. Los miembros de su familia o las personas de su entorno explican de qué se queja, cómo se comporta y todo lo que han notado que le concierne.»

Los datos que puedan proporcionar los allegados son de un valor indiscutible, pero cometeríamos un error considerable si interrogáramos a un marido delante de su mujer (y viceversa), un niño delante de sus hermanos o hermanas, o un adulto de 30 o 40 años en presencia de su padre o su madre (lo más corriente), error que sin embargo está muy extendido. Todo ello podría hacer completamente inútiles las informaciones del enfermo (cuanto menos poco dignas de garantía). De la misma manera,

en el caso de un niño pequeño, nos será útil verlo únicamente acompañado de su madre y después escuchar la "versión" del padre (o viceversa).

De ello se deduce que si creemos que las observaciones de terceros pueden sernos necesarias, pediremos permiso al paciente, informándole sobre la utilidad práctica de un determinado detalle que pueden haber observado sus allegados y a él puede habersele escapado, para que nos autorice a llamarlos a la consulta.

Observar-examinar

La observación empieza desde el mismo momento en que el paciente entra en la sala de consulta. El aspecto general, la postura, la morfología con sus indicaciones tipológicas (todas relativas), las formas de expresión son otras tantas informaciones que deben ser registradas. A veces el medicamento aparecerá de forma evidente.

«*Sulfur* gras vestido de cualquier manera, con cara hinchada y congestionada, aborda a su médico sin complejos, se familiariza rápidamente; desbordante de optimismo, está seguro de que todo va bien o que pronto estará bien; es él quien anima a su médico [...].

«*Arsenicum album* adora [...] los papeles que a menudo son grandes hojas donde todo es anotado hasta el más mínimo detalle con una minuciosidad obsesiva. Aprecia el argot científico. Cuida su aspecto de forma especial: zapatos lustrados, ropa planchada, aguja de corbata... Su profunda ansiedad queda reflejada en las múltiples preguntas que planteará respecto a la naturaleza de sus trastornos y los riesgos que comportan» (Joly, 1981).

En la mayoría de los casos, sin embargo, no será tan evidente.

• Examen clínico

Con el paciente desnudo (tanto como le permita su pudor), comportará un examen tan detallado como sea posible: auscultación, palpación, estudio de los reflejos, toma de la presión arterial, examen de la boca, de la lengua, de las fosas nasales, de los tímpanos, palpación de senos y tacto vaginal en la mujer si es necesario, tacto rectal ocasional en los dos sexos y especialmente en el hombre en busca de una patología prostática, etc. El examen permitirá, ante todo, instaurar el cuadro nosológico clásico, situar el campo de acción en el que se sitúa el paciente examinado (cirugía, terapéutica alopatía, homeopatía) pero también será la última ocasión de recoger algunos datos objetivos útiles para la prescripción homeopática.

- Un enfermo que dice que no es friolero, temblará en cuanto se haya quitado el jersey y pedirá poder mantener su ropa interior y/o la camisa.
- Notaremos el estado de la piel y de las faneras; molluscum, verrugas, nevus, sequedad de la piel o humedad, acrociano-

sis, varices, hemorroides, uñas manchadas de blanco, frágiles, dobladas, rodeadas o no de padrastrós permitirán recordar uno u otro remedio.

- Será el momento de constatar la existencia de un sudor más o menos nauseabundo de los pies, una fetidez del aliento, etc.

• Exámenes paraclínicos y especializados

No los detallaremos aquí puesto que significan un posible recurso, a veces indispensable, en toda consulta médica. No existe ninguna especificidad "homeopática". Recordemos simplemente que el buen médico homeópata no es aquel que nunca acude a sus colegas especialistas o a las técnicas de investigación clásica sino aquel que alía la competencia en medicina con la competencia homeopática.

Sólo para hacer memoria, subrayemos que la constatación de ciertos estigmas biológicos puede presentar un valor indicativo relativo frente a grupos de medicamentos (como *Arsenicum album*, *China*, *Ferrum metallicum* ante una anemia, *Lycopodium*, *China*, *Phosphorus*, *Sulfur* para una hipercolesterolemia, por ejemplo).

Coordinar

La coordinación de las informaciones recibidas en las etapas precedentes es la última fase de la individualización del medicamento que debemos recetar.

En esta fase se efectuarán la valoración y la jerarquización de los síntomas.

• Los síntomas más importantes

Son los de mayor valor, son "... los más sorprendentes, los más originales, los más inusitados, los más personales".

Pero, según el caso, un síntoma considerado como capital o secundario en una primera estimación adquirirá o perderá su importancia en razón de la presencia o ausencia de otro síntoma (síntomas concomitantes) o en función de su propia intensidad.

• Jerarquización de los síntomas

La importancia de los síntomas varía esquemáticamente según la clasificación decreciente que apuntamos a continuación:

- signos etiológicos;
- síntomas psíquicos;
- síntomas generales;
- síntomas locales.

No obstante, recordemos que un síntoma general completo (localización, sensación, modalidad) es de mayor importancia que un síntoma psíquico vago o impreciso y que por lo tanto no existe una jerarquización o valoración absolutas o definitivas y

que finalmente, la "totalidad de los síntomas" tomada en consideración y al ser cualitativa, obliga a escoger, entre las características psíquicas y somáticas del enfermo, el mínimo de síntomas de valor máximo.

Prescripción

Para concluir este capítulo, añadiremos unas palabras respecto a la prescripción. Aunque la lista de síntomas se haya efectuado bajo las más estrictas reglas del arte y aunque la fase de coordinación haya sido suficientemente profunda, no hay por qué tener que prescribir más de dos o tres remedios cotidianos o alternos. Una "inflación" de remedios es el indicio más seguro de la inobservancia de las reglas antes mencionadas.

Finalmente, al igual que para las preguntas que plantea, el médico también deberá poder justificar cada una de sus prescripciones.



LA TERAPÉUTICA HOMEOPÁTICA: UNA AMPLIACIÓN DEL ARSENAL TERAPÉUTICO DEL MÉDICO

Recordemos aquí la siguiente evidencia: el médico homeópata no es un "iluminado", y no ha prestado juramento de no prescribir jamás otra cosa que "gránulos homeopáticos". Su especificidad no acusa ninguna dimensión reduccionista, es un médico que ha adquirido una competencia particular suplementaria que amplía su abanico terapéutico para establecer su prescripción, en el interés de su paciente, sopesando las ventajas e inconvenientes de los métodos terapéuticos respectivos que conoce. Así, recurrirá, según la necesidad de los hechos patológicos, a la terapéutica que juzgue, en conciencia, más apropiada.

TODA CONSULTA MÉDICA ES UN "ENCUENTRO"

La dimensión relacional del acto médico ha sido ocultada durante mucho tiempo y también subestimada. Por ello, podemos preguntarnos, junto al profesor Lucien Israël, «qué aberración ha provocado que la medicina haya ignorado que poner la mano sobre el cuerpo de otra persona, gesto siempre implicado en el "acto médico" suscita en el otro reacciones que no se limitan a la materialidad física del hombre» (Israël, 1980a, pp. 694-698).

La toma de conciencia de esta dimensión de "encuentro" ha conducido a la medicina clásica a interrogarse sobre sus lagunas

VIII.3

La prescripción en homeopatía

M. Guernonprez

En este capítulo presentamos tres formas de prescripción que por razones de necesidad serán expuestas de forma condensada. Todas ellas poseen ventajas e inconvenientes lo cual, muchas veces, opone a los médicos por falta de criterios de evaluación objetivos. El unicismo consiste en prescribir un único medicamento cada vez, el pluralismo en asociar un pequeño número de ellos y el complejismo en establecer fórmulas magistrales a base de mezclas. Las tres técnicas presentan indicaciones determinadas y la aplicación de cada una de ellas exige la asunción de unas reglas y otras tantas dificultades.

Las reglas de dilución y la repetición de las dosis son algunos de los principios simples admitidos generalmente pero que al mismo tiempo no gozan de unanimidad total.

La duración del efecto del medicamento, la repetición de las dosis, los conceptos de compatibilidad, de complementariedad y de antídoto condicionan la conducción del tratamiento.

La asociación con otras terapéuticas, especialmente con los medicamentos clásicos, plantea, además, un nuevo problema.

La homeopatía se aplica según diferentes técnicas cuya base común indispensable se encontrará en la Materia médica y el principio de similitud.

UNICISMO - PLURALISMO - COMPLEJISMOS

Las bases teóricas y experimentales de la homeopatía son universalmente admitidas por los homeópatas, pero, por el contrario, la parte conceptual no goza de total unanimidad. De la misma manera, la forma de prescripción es también variada puesto que actualmente, no existe un criterio objetivo de evaluación de un método respecto a los demás. Cada uno de ellos se basa, según su temperamento, en la historicidad, en las recomendaciones de un maestro o una escuela, en la experiencia de resultados personales fragmentarios, o incluso en una orientación ideológica. No obstante, cada vez son más numerosos los médicos que, libres de cualquier condicionamiento, prescriben en función de las circunstancias.

UNICISMO

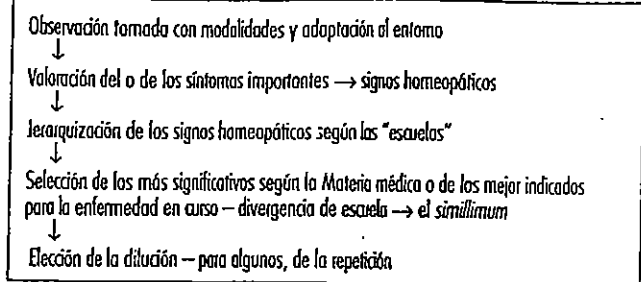
Consiste en la prescripción de un medicamento único y en su forma más radical, en una sola toma. En este caso es conve-

niente observar la evolución y no intervenir con otra prescripción hasta que se haya agotado completamente el efecto de la primera. Es fácil imaginar las dificultades de esta exigente forma de prescribir practicada sin concesiones; como máximo, sólo las enfermedades agudas pueden prestarse a tanta intransigencia.

El unicismo es el método más codificado puesto que impone una elección exclusiva y sin apelaciones que debe tener en cuenta los mejores signos según el orden de importancia. La trayectoria del médico se inscribe en un programa riguroso (ver capítulo III.1).

La reacción mental a la enfermedad y la causalidades verdaderas o alegadas ocupan una posición variable en función de los autores y las escuelas. Los signos más importantes no deberían ser necesariamente los mentales aunque en la práctica es casi siempre así. Jerarquizada de esta forma, la observación del paciente denota un buen número de apreciaciones teóricas. Hui Bon Hoa, Baur y en menor grado Grandgeorge son los teóricos de la práctica unicista en Francia (Hui Bon Hoa, 1963; Baur, 1990-1991; Grandgeorge y col., 1989). El unicismo siempre es el resultado de una selección de lo esencial y del rechazo de lo secundario, selección que se deriva de las propias recomendaciones de Hahnemann (Organon, párrafo 153) y concede el lugar predominante a los signos mentales. Esta corriente es denominada kentista por su inspirador, Kent, eminente homeópata americano (1849-1916) que suscitó tanto admiraciones incondicionales como las críticas más acérrimas (Kent, 1958; Demarquée, 1968, p. 371; Demarquée, 1989, p. 47). El propio Kent se

Toda referencia a este artículo debe llevar la mención: GUERNONPREZ M.
- La prescripción en homeopatía - Homeopatía, Cap. VIII.3 - Enciclopedia de las Medicinas Naturales - Ediciones Frison-Roche (París, Francia), 1995.

CUADRO I. Esquema del método unicista kentista

expresaba de la siguiente manera: «El hombre está representado por lo que piensa y ama, todos los remedios actúan de forma primitiva sobre el espíritu, es decir, lo moral, y sobre lo mental, afectando al hombre en su pensamiento y en sus deseos y sólo en último análisis, en sus funciones, sus sensaciones y sus tejidos» (in Grándgeorge y col., 1989, tomo I, p. 22).

El método unicista puede ser esquematizado según la secuencia del cuadro I.

Ejemplo del método unicista kentista

Síntomas observados a lo largo de la consulta:

1. Dolores gástricos ardientes y con contracciones que no mejoran del todo al comer.
2. Crisis periódica de periodicidad irregular.
3. Durante las crisis se producen eructos difíciles de realizar.
4. Empeoramiento tras las comidas copiosas pero sobre todo tras los alimentos azucarados. El azúcar natural, los caramelos y pasteles no se toleran en absoluto.
5. El comportamiento del paciente es precipitado y apresurado, como inquieto.
6. Se trata de una enfermedad ulcerosa con confirmación radiológica y endoscópica. La consulta ha sido motivada por recaídas tras varios tratamientos anti-H2.

La jerarquización prioriza el signo comportamental y elimina los síntomas comunes de las úlceras gastroduodenales restándole valor al diagnóstico clínico lo cual nos lleva a seleccionar:

1. Comportamiento apresurado e inquieto (signo nº 5).
2. Empeoramiento con el azúcar y los pasteles (signo nº 4).
3. Los eructos son difíciles de realizar (signo nº 3).

Esta selección basta para determinar *Argentum nitricum* como remedio único y puede ser confirmada con una consulta al repertorio de Kent.

La utilización de signos muy precisos y numerosos explica la referencia habitual de los unicistas por el repertorio de Kent que prioriza los signos mentales, tendencia llevada al extremo en el repertorio sintético de Barthel-Klunker (1974) que omite pura y simplemente los signos locales. La "repertorización" sistemática con exclusión del diagnóstico clínico explica la práctica de la ho-

meopatía por personas no licenciadas en medicina en algunos países.

La prescripción unicista no siempre es una posición extrema. Citemos, por ejemplo, al razonable Demangeat (1989, p. 197): «Es un error de interpretación o un desconocimiento de los textos que, con el pretexto de priorizar una "jerarquización de los síntomas", de buscar una prioridad de los síntomas "etiológicos", de los síntomas mentales, de los deseos y aversiones alimentarias, etc., antes de haber definido los síntomas de la enfermedad...» Así Demangeat, unicista él también, se distancia de las sistematizaciones y concede a la clínica su papel fundamental.

Demarque comenta en el mismo sentido: «No existe una jerarquización absoluta. Todo es relativo a la enfermedad, al enfermo y al medicamento» (Demarque, 1988, p. 145). No obstante, Kent conserva una importante influencia y el "kentismo" se afirma como heredero de la pura tradición hahnemaniana. Cada cual reconoce la importancia histórica y la fidelidad de su repertorio así como el valor de su Materia médica (Kent, 1958; Kent, *Repertorio*-varias ediciones) pero se le reprocha la adhesión a las ideas de Swedenborg, iluminado sueco (1688-1772) para quien un mundo angélico y demoníaco constituye la realidad trascendente y permanente del mundo físico.

En resumen, existen dos corrientes que comparten de manera desigual la práctica unicista:

- *El unicismo de circunstancia*, aplicación lógica de los signos esenciales de la Materia médica, utilizado cuando los más determinantes conducen todos a un mismo medicamento.
- *El unicismo sistemático*, con referencia histórica al kentismo, concebido como el único método posible.

Cabe señalar que debe reconocerse a la práctica unicista su exigente claridad. Interpreta cada caso como el reflejo de una patogénesis experimental. La interpretación y la evaluación del resultado no se prestan a discusión puesto que éste sólo puede ser atribuido a un único medicamento lo cual convierte a aquélla en la única practicable en investigación clínica experimental.

Sus ventajas no implicarán, sin embargo, que el unicismo sea considerado como el único método de la práctica homeopática.

PLURALISMO

La prescripción simultánea de diversos medicamentos es la práctica más corriente en Francia y en los países de influencia francesa como es España. Fue propagada por Léon Vannier en una enseñanza de una incomparable fuerza pedagógica (Vannier, L., 1931) e inspira casi todos los cursos de las escuelas de homeopatía debido a que los médicos homeópatas contemporáneos influyentes han recibido su influencia en algún momento.

En las enfermedades agudas, el pluralista moderado utiliza el medicamento único en aquellos casos en que lo cree conveniente, aunque emplea con mayor asiduidad la combinación de dos o tres medicamentos.

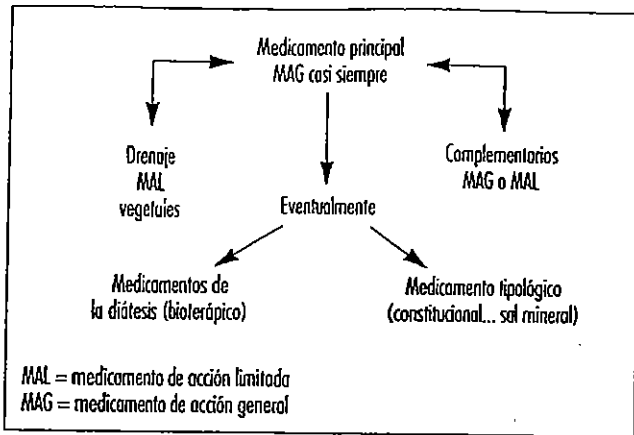


Figura 1. Receta en un caso crónico

En las enfermedades crónicas, la receta corresponde a todo o una parte del esquema precedente (fig. 1).

El pluralismo presenta la ventaja de dedicarse a la clínica, de cubrir un gran número de signos del paciente así como la probable evolución teniendo en cuenta de forma concomitante los factores múltiples. Además, impone la cohesión y la compatibilidad de los diferentes medicamentos prescritos simultáneamente. Un buen libro básico sobre el pluralismo lo encontraremos en la obra de Léon Vannier, *La Doctrine de l'homoeopathie française* (1931).

En una receta pluralista, el o los medicamentos principales descubiertos de la misma manera que en la prescripción unicista se asocian a complementarios, a drenajes y a medicamentos denominados de diátesis y de constitución.

Ejemplo

Una enferma presenta palpitaciones sin gravedad que han aparecido a partir de un duelo mal asumido. La paciente es hipotensa, presenta un estado de tristeza ansiosa sin una auténtica depresión y no se confía fácilmente. Los signos físicos comportan cefaleas como "un clavo que se hunde en la cabeza", un meteorismo gástrico inmediato tras las comidas aunque por el contrario no presenta intolerancia alimentaria e incluso digiere mejor las comidas copiosas aunque delicadas que un simple jamón serrano. Las reglas se adelantan y son más abundantes, el más mínimo esfuerzo desencadena transpiraciones exageradas, sobre todo de la espalda y presenta disnea en una subida o una escalera. Todos los síntomas desaparecen con la distracción. La historia de la enfermedad es explicada y puntuada con suspiros frecuentes.

Prescripción pluralista

Después de un duelo, tristeza, suspiros, comunicación difícil, cefaleas "en forma de clavo", dispepsia paradójica, mejoría con la distracción: *Ignatia*.

Palpitaciones sin lesiones cardíacas, transpiración de la espalda, disnea en una subida, meteorismo postprandial inmediato: *Kalium carbonicum* que corresponde también a la hiperpoliménorrea.

Hipotensión, eretismo cardíaco: *Crataegus*.

La observación se completa con la investigación de los antecedentes de tipo tuberculínico (ver capítulo III.3): *Tuberculinum*.

La prescripción es:

Crataegus 6 DH diez gotas al levantarse.

Kalium carbonicum 5 CH tres gránulos al mediodía y a la noche.

Ignatia 15 CH una dosis una vez a la semana

Tuberculinum 7 CH después de la última dosis de *Ignatia*.

Tratamiento de diez semanas.

Un tratamiento como éste tiene en cuenta la totalidad de los síntomas. El médico no ha llevado a cabo una selección, necesariamente subjetiva, de los más significativos. No existe un antidotismo conocido entre los medicamentos prescritos y cada dilución ha sido escogida en función del grado de similitud.

Hahnemann no autorizaba las asociaciones y las alternancias de un tratamiento así. En el párrafo 274 de la cuarta edición del *Organon*, afirma: «No se [me] ocurrirá jamás dar como remedio otra cosa que un solo medicamento simple cada vez». No obstante, un argumento histórico no puede oponerse a una práctica actual ampliamente confirmada.

En la receta pluralista, el medicamento principal está rodeado de satélites o complementarios que responden a una sutil asociación, ampliando a un mayor número de signos la respuesta medicamentosa.

Complementarios

Este tipo de medicamentos completan, como su nombre indica, el efecto del MAG (medicamento de acción general) en un campo en el que éste último presenta pocos signos propios. Por ejemplo, *Lycopodium* completa a *Natrum muriaticum* para los síntomas hepato-digestivos, *Arsenicum album* completa a *Psorinum* en el aspecto psíquico o neurológico, *Pulsatilla* completa a *Silicea* desde el punto de vista venoso y ginecológico. Cada MAG se asocia cada vez con más frecuencia a determinados complementarios.

Otros complementarios presentan un campo de complementación mucho menos amplio. Así, por ejemplo, *Chamomilla* no puede asociarse con *Pulsatilla* porque el primero es espectacularmente intolerante frente al dolor y el segundo pasivo y resignado. *Argentum nitricum* no se coordina con *Baryta carbonica*, debido a que el primero es precipitado e inestable y el segundo lento y poliescleroso. De estos medicamentos se dice que son incompatibles aunque, en realidad, las incompatibilidades son circunstanciales puesto que, por ejemplo, un niño pasivo y dulce, sujeto a rinitis repetidas de secreción espesa, abundante y po-

co irritante (*Pulsatilla*), contrae eventualmente otitis hiperálgicas (*Chamomilla*). Sólo el conocimiento profundo de la homeopatía explica la relatividad de las reglas.

"Drenaje"

La palabra fue inventada por el suizo de Laussane Nebel, que tradujo así el "canalizar" de Paracelso. Nebel no dejó ninguna obra escrita pero formó un gran número de alumnos entre los cuales se encontraba Léon Vannier gracias a cuya influencia se extendió la práctica del drenaje en la escuela francesa conociendo un gran éxito debido a su ingenuo poder de evocación.

Se denomina "drenaje" la estimulación de las funciones de eliminación como complemento de la acción de los medicamentos principales de un tratamiento. Los medicamentos de drenaje son prescritos en base a indicaciones limitadas a un aparato: renal, digestivo, cutáneo, las mucosas... Así, en un caso de ictericia debido a una hepatitis propio de *Phosphorus*, *Berberis* puede asociarse al tratamiento para "drenar" los riñones y la piel y *Carduus* para facilitar el retorno venoso y "drenar" el propio hígado.

Por extensión, se habla de "drenaje" cuando son estimulados o solicitados los órganos no eliminadores: los pulmones (*Scilla maritima*, *Myrtus communis*...) el corazón (*Crataegus*, *Strophantus*, *Adonis vernalis*...) las venas (*Hammamelis*, *Collinsonia*...).

Los medicamentos de drenaje, todos vegetales, son prescritos con menos exigencia de similitud que el resto de medicamentos y siempre a diluciones muy bajas, a veces en el límite del efecto fitoterápico y asociados de uno a tres en fórmula compleja. Los MAG importantes pueden ser utilizados eventualmente como "medicamentos de drenaje": *China* 9 CH: acción general, pero *China* 6 DH: drenaje; *Pulsatilla* 30 CH: acción general, pero *Pulsatilla* 6 DH: drenaje de las mucosas.

La práctica del "drenaje" ha sido y es severamente juzgada por los unicistas que aseguran que presenta el riesgo de actuar como antídoto de la acción del medicamento principal. No obstante, su uso ampliamente extendido parece demostrar, por el contrario, que sus aportaciones puntuales completan la acción de los MAG.

Medicamentos de la diátesis o bioterápicos

La teoría de las diátesis clasifica a los grandes enfermos crónicos en cuatro categorías (ver capítulo III.3). Los cuatro bioterápicos importantes corresponden a cuatro diátesis: *Psorinum*, *Medorrhinum*, *Luesinum*, *Tuberculinum*, que se integran en la receta pluralista según diversos criterios:

- prescritos según su patogénesis como cualquier medicamento;
- intercalados en el tratamiento para reforzar su acción; por ejemplo *Mercurius* 9 CH y *Luesinum* 9 CH, dosis alternas de 14 en 14 días; en este caso es necesario que existan algunos signos del bioterápico para justificar su prescripción complementaria;

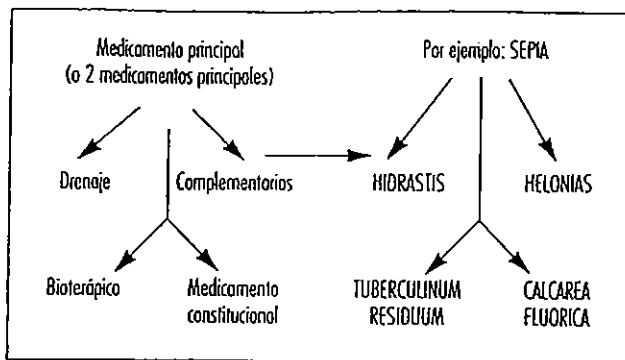


Figura 2. Receta pluralista

- añadidos al final de la prescripción para consolidar el resultado; el bioterápico en este caso es la conclusión del tratamiento;
- con mucha menor frecuencia, prescritos al principio de un tratamiento; abren paso a los medicamentos indicados: por ejemplo *Luesinum* 15 CH al principio de un tratamiento, probablemente difícil, de insomnio crónico; no obstante, este último uso de los bioterápicos no goza de la aprobación general.

Medicamentos tipológicos y constitucionales

La utilización suele limitarse al período de crecimiento. *Calcarea phosphorica*, *Calcarea fluorica*, *Calcarea carbonica* están indicados por la constitución (ver capítulo III.4), aunque su prescripción más lógica está en función de su patogénesis. Se puede prescribir *Silicea* 9 CH y *Calcarea phosphorica* 9 CH a un longilíneo magro "tuberculínico" pero esta práctica basada en la morfología es rechazada por todos los unicistas y un gran número de pluralistas.

La tipología constitucional permite, además, un reagrupamiento de los medicamentos en función del tipo: así *Graphites* en el grupo de *Calcarea carbonica*, *Phosphorus* en el grupo de *Calcarea phosphorica* o *Mercurius* en el grupo de *Calcarea fluorica*. Obviamente, existe una red de interrelaciones entre diátesis y constituciones.

La receta pluralista se inscribe, a fin de cuentas, en todo o en parte en la figura 2.

En este ejemplo, la elección de *Sepia* ha obedecido a una lumbalgia crónica en un asentamiento discal L5-S1 en una mujer joven y como consecuencia de un parto: empeoramiento de pie, antes de las reglas, en forma de tirones hacia abajo y al caminar. Se ha procedido al drenaje con *Hydrastis* debido a una piel amarillenta y malsana, con delgadez, anorexia, náuseas y lengua amarillenta. Se ha complementado con *Helonias* como respuesta a un inicio de prolapso uterino que además produce a la mujer una "conciencia" desagradable de su matriz. *Tuberculinum residuum* (TR) es conveniente para los antecedentes tuberculínicos y corresponde al deterioro discal progresivo. Finalmen-

te, la laxitud articular general y determinadas asimetrías raquídeas señalan constitucionalmente a *Calcarea fluorica*.

El tratamiento es como sigue: *Sepia* 5 CH y *Helonias* 5 CH alternados día a día; *Hydrastis* 6 DH gotas cotidianamente; *TR* 7 CH y *Calcarea fluorica* 7 CH dosis alternas de 10 en 10 días.

En caso de no obtener unos resultados positivos, se prescribirá *Sepia* 7 CH o incluso 15 CH y 30 CH con un acompañamiento un poco diferente.

Se puede deducir que el pluralismo, forma de prescripción ampliamente extendida, presenta la ventaja de corresponder a un mayor número de síntomas.

Su facilidad reside en la posibilidad de evitar una elección que en la mayoría de los casos es difícil o arbitraria.

Su dificultad es inherente al azar de las asociaciones de medicamentos.

La receta pluralista debe ser el reflejo del conjunto patológico del paciente.

COMPLEJISMOS

Se denomina "complejismo" la prescripción de numerosos medicamentos mezclados, normalmente asociados en fórmulas magistrales o en especialidades precondicionadas. Este tipo de prescripción ha padecido una condena histórica categórica puesto que, precisamente, Hahnemann inició la experimentación humana de sustancias simples como reacción a las fórmulas empíricas altamente complejas de su época. Massalsky (1991) escribió una historia del complejismo en *Homeopatía y complejismo*. Desde 1833, Aegidi, discípulo y amigo de Hahnemann, recomendaba la mezcla de dos remedios y no sólo no fue desaprobado por el maestro sino que éste incluso lo animó a continuar aunque siguió manteniendo su posición unicista en las ediciones sucesivas del *Organon*. De hecho, el complejismo no está desprovisto de referencias históricas.

La mezcla de diversos medicamentos en una misma fórmula plantea problemas teóricos, el primero, que no se ha efectuado ninguna patogénesis con tales mezclas con lo que no se respeta el principio básico de la homeopatía. A esta objeción suele añadirse que la prescripción de diversos remedios refleja la incapacidad de elección del prescriptor y por tanto de síntesis tal y como requiere el principio de prescripción global. Finalmente, muchas de estas fórmulas complejas, al estar preparadas en serie, se presentan como soluciones de facilidad lo cual facilita la accesibilidad de la homeopatía al público en general. No obstante, el complejismo ha sido practicado por médicos competentes y eminentes tales como Rouy, alumno de Nebel, al igual que Léon Vannier y muchos otros próximos al pluralismo y el complejismo (Rouy, 1989). A los médicos complejistas hay que añadir otros médicos unicistas que prescriben un solo medicamento en alta dilución y lo acompañan cotidianamente con fórmulas complejas sin importancia.

La práctica de los complementarios y el "drenaje" lleva a aceptar que, en una mezcla, los medicamentos compatibles potencian su acción, hipótesis que no sólo se utiliza en homeopatía.

Para simplificar, existen dos tipos de complejismo: el complejismo individualizado y el complejismo estandarizado.

Complejismo individualizado

El médico compone cada complejo en función de los síntomas, los completa con "medicamentos de base" prescritos aisladamente y tiene en cuenta las complementariedades momentáneas en el instante y en una evolución lógica que puede anticipar. Este tipo de prescripción representa, efectivamente, la homeopatía más compleja, no solamente en la elaboración de la receta, sino en la concepción teórica de las asociaciones medicamentosas. Algo que no se puede decir de este método es que falte a las necesidades de individualización estricta y de cobertura máxima de los síntomas. Rouy, el más conocido de sus representantes, prescribe, por ejemplo, en un insomnio por sobreactividad cerebral la asociación de *Cimicifuga* - *Hyosciamus* - *Coffea* o, para los estudiantes en período de trabajo intenso, la asociación de *Anacardium orientale* - *Lachesis* - *Baryta carbonica*. De hecho, prioriza las asociaciones ternarias y establece también ecuaciones complementarias. Por ejemplo:

$$\text{Calcarea carbonica} = \frac{\text{Taraxacum} + \text{Stannum}}{\text{Chelidonium} + \text{Belladonna}} = \text{Acidum nitricum}$$

Esta relación "explica", según el autor, la acción de los medicamentos asociados para el tratamiento de la hernia de hiato.

El complejismo individualizado asocia sustancias, normalmente plantas, a diluciones medias o bajas, con uno o varios medicamentos de base. El conjunto se organiza en una prescripción a veces muy complicada.

El complejismo encontró su teórico en Finella: «La unicidad de remedios es un error, el empleo de un solo medicamento o de varios separadamente al cabo del día es un error puesto que las enfermedades son complejas y no se las puede combatir con un solo medicamento» (in Massalsky, 1991).

El complejismo individualizado salvaguarda los principios de base de la homeopatía y requiere la competencia del médico. A ese precio, su eficacia no permite muchas más dudas que el resto de técnicas.

Complejismo estandarizado

Dispensarse de la individualización y de preparar complejos asociando sustancias que cubrieran el mayor número de indicaciones posibles era una posibilidad de lo más tentadora. En este sentido se propuso, bajo el nombre de Osteocynesine®, la asociación *Calcarea carbonica* 3 DH + *Calcarea phosphorica* 3 DH +

Calcarea fluorica 3 DH + *Sulfur iodatum* 4 CH como recalificante para cualquier tipo de "constitución". Este complejo contiene sales minerales "activadas" por el medicamento homeopático más general, *Sulfur*, en una variedad considerada como menos agresiva, *Sulfur iodatum*. Otro ejemplo es la *Cocculine*®, destinada a todo tipo de mareos y que contiene *Cocculus* 4 CH + *Nux vomica* 4 CH + *Tabacum* 4 CH + *Petroleum* 4 CH.

Estas especialidades y preparaciones numeradas y muy numerosas son prescritas para un amplio abanico de indicaciones clásicas y los laboratorios farmacéuticos las destinan directamente al gran público. Citaremos algunos complejos producidos por diferentes laboratorios: Boribel®, Homeogene®, complejos Lehning...

Finalmente, podemos encontrar en los comercios complejos preparados a partir de sustancias exóticas, los complejos Finella, cuyos componentes no son del todo conocidos, de los que la mayoría de las patógenesis no figuran en nuestras materias médicas (Penna, 1987).

La práctica del complejismo oscila entre las más complicadas de las prescripciones, las prácticas simplificadas y una explotación comercial.

REGLAS DE DILUCIÓN DE REPETICIÓN DE CANTIDAD

REGLAS DE DILUCIÓN

Una vez determinados el o los medicamentos y el método, resta escoger la dilución. En Francia, la elección está limitada: de las diluciones más bajas, de 1 CH en escala centesimal o 1 DH en escala decimal, según la toxicidad y la solubilidad de las sustancias, hasta 30 CH en escala centesimal o 60 DH en escala decimal, límites superiores presentados por los laboratorios (ver capítulos V.1 y V.2).

El estado actual de la homeopatía prohíbe toda codificación imperativa de las diluciones y de su repetición. Los argumentos normalmente utilizados para la elección de la dilución son de tres tipos:

- el respeto a las diluciones utilizadas por los autores antiguos y en especial Hahnemann;
- una lógica de tipo analógico: cuanto más "inmateriales" sean los signos considerados, es decir, comportamentales, psíquicos, inorgánicos, mayor será la dilución de la sustancia utilizada, preferentemente por encima del límite físico de Avogadro;
- la experiencia, la enseñanza y las opiniones de diversos autores y médicos de reputación.

No nos sorprendemos de que ante semejante "imprecisión", el neófito se inquiere.

Las reglas enunciadas en el cuadro II sintetizan los argumentos habituales y proporcionan una base para una práctica inicial.

CUADRO II. Reglas de dilución

Diluciones bajas	Diluciones altas
1. Enfermedades agudas benignas Enfermedades recientes Enfermedades pasajeras	Enfermedades crónicas Enfermedades habituales y repetidas
2. Enfermedades graves Lesiones irreversibles Individuos debilitados	Enfermedades curables Trastornos reversibles Buen estado general
3. Indicación localizada Similitud limitada	Síndromes generales Similitud amplia
4. Prescripción en base a signos físicos, materiales	Prescripción en base a signos comportamentales, psíquicos
5. Etiología o causalidad reciente	Etiología o causalidad antigua
6. "Pequeños medicamentos" (MAL)	Medicamentos de acción general (MAG)

Sobre la escala de diluciones disponibles en Francia, es conveniente utilizar las diluciones 1 CH a 5 CH (7 CH para algunos autores) y altas diluciones a partir de 7 CH (9 CH para algunos autores) hasta 30 CH. En algunas obras, las 5 CH, 7 CH, 9 CH, 12 CH son calificadas como "medias".

Cada párrafo del cuadro necesita una explicación y para acabar, la síntesis define las prioridades.

Enfermedad aguda o crónica – Malestar reciente y pasajero o habitual y repetido

Las enfermedades agudas benignas no implican un desarreglo de todas las funciones y además, suelen curarse espontáneamente. La prescripción se basa en algunos signos localizados, limitados y objetivos.

- Por ejemplo: anginas, hipertermia a 40°, faringe de color rojo vivo, disfagia importante, piel húmeda y caliente, el paciente parece irradiar calor: *Belladonna* 4 CH.
- En contrapartida, si estas anginas son las cuartas de la temporada, los signos locales no bastan, el interrogatorio debe ser más general y la dilución útil será necesariamente alta: *Mercurius solubilis*, 15 CH.

Enfermedades irreversibles o curables, individuos debilitados o no

Las diluciones bajas suelen ser consideradas como con pocos efectos secundarios, las diluciones elevadas pretenden una ac-

ción decisiva sobre el organismo entero de lo cual se deduce que, en una situación crítica o irreversible, la utilización de diluciones elevadas introduce un riesgo suplementario. En tales casos, incluso las diluciones bajas son utilizadas con moderación puesto que aunque la inocuidad del medicamento homeopático está asegurada, los tratamientos homeopáticos no están totalmente desprovistos de riesgo.

- Tras una gripe sin importancia en un individuo básicamente sano, *Sulfur* 9 CH abrevia la convalecencia. *Sulfur* 5 CH basta en las mismas circunstancias para un niño delgado y debilitado.
- Para determinadas toses crónicas de ancianos enfisematosos, *Senega* 4 CH es conveniente pero es en realidad *Drosera* 30 CH lo que acaba rápidamente con una toserina sin complicaciones.

Indicación localizada o general, similitud limitada o extensa

La homeopatía estipula que todas las enfermedades son generales aunque su expresión puede ser, en muchos casos, localizada. En ese caso, una dilución baja es suficiente al menos provisionalmente, puesto que si el conjunto patológico se revela posteriormente, deberán incluirse las diluciones altas.

- Una periartitis escápulo-humeral derecha con dolor preciso en el deltoides reacciona favorablemente a *Sanguinaria* 5 CH. Más adelante, se desarrollarán otras manifestaciones articulares y periarticulares junto a la aparición de metrorragias y una ansiedad agravada a la caída de la noche para lo cual recetaremos *Phosphorus* 9 CH o 15 CH.
- Una coriza sin importancia con derrame nasal poco espeso pero irritante se detiene con *Allium cepa* 4 CH. Si los "constipados" se repiten, mostrando debido a la repetición una plétora digestiva y la irritabilidad de carácter, *Nux vomica* 15 CH hará desaparecer los constipados, regularizará la digestión y también el humor.

Signos físicos y signos comportamentales y psíquicos

Para algunos, los signos comportamentales y psíquicos determinan sistemáticamente la prescripción, y la lógica nos llevará a la utilización única de altas diluciones. De hecho, si lo mental no ha sufrido una modificación "sorprendente, singular, extraordinaria y característica", hablando con el lenguaje del *Organon* (párrafo 153), el prescriptor tiene a su disposición toda la gama de diluciones.

- Así, el síndrome gastroduodenal, cuyo dolor se ve constantemente agravado con el consumo de azúcar y acompañado de eructos importantes que sin embargo no producen alivio, mejorará con *Argentum nitricum* 5 CH. Pero además, si el

paciente es acelerado en todo, presenta una ansiedad de anticipación y múltiples fobias, *Argentum nitricum* 30 CH es el medicamento indispensable, tanto si existe o no una verdadera enfermedad ulcerosa.

En las enfermedades agudas pasajeras, aunque la hipertermia produce algunos signos mentales, contrariamente a la regla nº 1, la dilución aumenta.

- Un enfermo febril que tarda en responder a las preguntas que se le plantean, que aparece obnubilado y somnoliento necesita sin duda *Gelsemium* 7 CH. Otro, sin embargo, menos afectado pero que se declara enfermo incurable y predice el fracaso del tratamiento, recibirá *Arsenicum album* 15 CH.

Antigüedad de la etiología o de la causalidad

La etiología, real u objetiva, posee un valor científico. La causalidad también puede ser real pero suele ser anunciada o alegada por el paciente, lo cual implica una cierta subjetividad. En cualquier caso, cuanto más antigua sea una causalidad mayor será la dilución que deberemos utilizar.

- Un joven de 20 años permanece delgado a pesar de su apetito y la ausencia de enfermedad aparente. Parece ser que desde su primer año de vida, la curva de peso descendió considerablemente tras una deshidratación aguda debida a una enterocolitis: *Natrum muriaticum* 30 CH.
- Una mujer presenta un temblor "idiopático" desde el terror que sintió en un bombardeo hace más de cuarenta años: *Gelsemium* 30 CH... y sentimos mucho no disponer de una dilución todavía más elevada.
- Una joven llora debido a su primera decepción sentimental que ocurrió hace una semana: *Ignatia* 7 CH.
- Un hombre vive melancólico desde la muerte de su hijo hace diez años: *Aurum* 15 CH.
- Un gran escalofrío inicial augura una gripe amenazadora tras la exposición a un frío seco esa misma mañana: *Aconitum* 4 CH, pero si el miedo a la gripe inminente es intenso, exagerado: *Aconitum* 9 CH o incluso 15 CH.

Medicamentos de acción general (MAG) y medicamentos de acción limitada (MAL)

Los MAL, de patogénesis restringida, rara vez son convenientes para el tratamiento de las enfermedades generales excepto como complementarios y a diluciones bajas.

Por el contrario, los MAG, los "policrestas" de los autores antiguos, susceptibles de responder a una afección de la totalidad del organismo, se suelen prescribir en dilución alta y muy alta (ver capítulos III.1 y III.2).

- Así *Chelidonium*, prácticamente desprovisto de signos mentales y centrado casi totalmente en la patología hepática, se prescribe desde la 3 DH hasta la 5 CH, puesto que es un MAL.
- En contrapartida, *Lycopodium*, también un medicamento del hígado pero con una inmensa acción general, incluye una mentalidad especial, una morfología bien definida, signos respiratorios, metabólicos, intestinales, cutáneos, renales, faríngeos... y figura casi siempre en las prescripciones como 7 CH o superior.
- Esta regla tiene alguna excepciones respecto a algunos MAL que, precisamente, sólo convienen a manifestaciones comportamentales y psíquicas y preferiblemente en diluciones altas. Por ejemplo, *Moschus*: terreno histérico, teatralismo y espasmos psicógenos o incluso *Valeriana*, medicamento del nerviosismo hiperálgico.

En conclusión

La elección de la dilución debe ser discutida en base a múltiples argumentos que muchas veces son contradictorios. alguna de estas contradicciones ya han sido comentadas, veamos a continuación otros ejemplos:

- Una dilución alta se prescribe en una enfermedad aguda porque la elección del remedio viene determinada por lo mental o bien condicionada por una repetición.
- Una dilución baja conviene a las enfermedades crónicas porque los síntomas son irreversibles y el enfermo se encuentra en situación de riesgo.

Veamos a continuación algunas ilustraciones de dichas situaciones ambiguas:

- para una sinusitis que aparece por cuarta vez en la misma estación fría: *Kalium bichromicum* 9 CH;
- para una cistopatía aguda tras una humillación pública: *Staphysagria* 30 CH;
- para una poliartritis reumatoide grave con fuerte recrudecimiento nocturno: *Phytolacca* 4 CH.

Sólo la práctica y la experiencia permiten atribuir el valor respectivo a cada uno de los factores utilizados para la elección. La seguridad del paciente es lo más importante: está admitido que utilizar diluciones muy altas y muy bajas es mucho más delicado. También es necesario saber que cuanto mayor es la dilución, mayor exigencia se requiere en cuanto a la exactitud de la indicación.

REPETICIÓN DE LAS DOSIS

- Las ventajas de la *dosis única*, que no debe repetirse antes de que haya desaparecido su acción y sin medicamentos relacio-

nados, no fue ni tan siquiera observada por el propio Hahnemann durante los últimos quince años de su vida, según escribe Demarque (1989, p. 261). Este método supone una confianza absoluta en el tratamiento y exige un control exhaustivo del paciente, un buen análisis de este último y la disponibilidad del médico para revisar el caso en cualquier momento. No obstante, la dosis única no repetida es conveniente para muchas enfermedades agudas. Por ejemplo, *Drosera* 30 CH dosis única para la tosferina o una tos tipo tosferina.

Normalmente el medicamento —de 3 a 5 gránulos de un tubo por toma para las diluciones bajas o una sola "dosis" cada vez para las altas diluciones; de 5 a 10 gotas en un poco de agua pura para los drenajes de dilución baja— es administrado a intervalos regulares en función del caso.

En las enfermedades agudas, el medicamento suele ser único. Se administran 3 o 4 gránulos de dos a seis veces al día según la intensidad del trastorno. También pueden disolverse 20 gránulos en un frasco de agua pura y administrarse a cucharadas soperas tras una serie de agitaciones entre cada toma. Cuando se prescriben dos o tres medicamentos, pueden ser absorbidos al mismo tiempo o de forma alterna.

En las enfermedades crónicas, el medicamento único, normalmente a dilución elevada, se prescribe en forma de "dosis" y lejos de las comidas. Algunos prescriben "dosis en escalera" muy próximas: 7 CH, 9 CH, 15 CH, 30 CH cuatro días seguidos.

Cuando se impone la repetición debido a un tratamiento de larga duración, se prescribe:

- 4 CH en gránulos, uno o dos veces al día;
- 5 CH en gránulos una o dos veces a días alternos;
- 7 CH una o dos veces a días alternos o mejor una dosis a la semana o cada 10 a 14 días.
- 9 CH una dosis cada 10 a 14 días;
- 15 CH una dosis cada 14 a 28 días;
- 30 CH una dosis cada 21 días o más.

No obstante, algunos médicos prescriben altas diluciones diarias aunque siempre por un tiempo limitado.

- La *prescripción pluralista* suele comportar:
 - un "drenaje" diario;
 - dos medicamentos alternados y de dilución media;
 - dos dosis o más alternadas y de dilución alta.

Por ejemplo:

- *Crataegus* 6 DH } alternados, diez gotas y
- *Solidago* 6 DH } al despertarse;
- *Ignatia* 5 CH } 1 día } alternados,
- *Sulfur iodatum* 5 CH } el otro } tres gránulos;
- *Natrum muriaticum* 7 CH dosis } alternados de 14
- *Lycopodium* 7 CH dosis } en 14 días;

tratamiento de tres meses

Este modelo de prescripción se presta a numerosas variantes y además se ha demostrado que la alternancia impide un emperamiento por sobredosis.

- En cuanto a la *prescripción complejista* no es posible presentar un modelo. La repetición de las dosis depende también del medicamento utilizado, por ejemplo, *Aconitum* de efecto muy corto, se repite cada media hora mientras que *Baryta carbonica* de efecto más lento, permite la separación de las dosis hasta en varias semanas. Las duraciones aproximadas de acción forman parte de la "condición" de cada medicamento.

La libertad, que algunos juzgan como anárquica, prevalece en la realidad de la práctica.

CONDUCCIÓN DEL TRATAMIENTO

Un tratamiento homeopático mal llevado agrava e incluso puede llegar a complicar la enfermedad. Veamos a continuación, algunos consejos elementales y unánimes.

- Se interrumpirá el tratamiento o al menos se espaciará la toma del medicamento a partir del momento en que aparezca una mejoría. Prolongar o mantener íntegramente una prescripción más allá de lo necesario conduce a mantener la enfermedad debido a un efecto patogénico.
- En un tratamiento prolongado, las diluciones deben ser siempre ascendentes, nunca a la inversa.
Por ejemplo: *Ignatia* 7 CH una vez a la semana durante un mes, *Ignatia* 9 CH tres dosis cada diez días de intervalo el mes siguiente en el caso de que sea necesario y finalmente *Ignatia* 15 CH una sola dosis durante el tercer mes si persisten algunos síntomas.
Si no se observan resultados tras la prescripción de una 30 CH, deberá utilizarse otro medicamento.
- En un tratamiento unicista, los medicamentos se suceden en un orden determinado en función de su complementariedad. Es mejor prescribir primero un vegetal y después un mineral, por ejemplo, *Pulsatilla* 9 CH y después 30 CH y, en la siguiente consulta, *Natrum muriaticum* 7 CH o 30 CH, o incluso *Calcarea carbonica* 7 CH o 30 CH según la evolución del paciente.

Obstáculos a la eficacia del tratamiento

Son muy numerosos y dependen de la competencia del médico o la naturaleza de la enfermedad que podría no responder al tratamiento homeopático. Veamos algunos ejemplos:

- elección incorrecta del medicamento único o principal;
- dilución inadecuada;

- existencia de una "diátesis" según la doctrina hahnemania que necesita la prescripción intercalada de un bioterápico;
- espaciamiento demasiado grande o demasiado pequeño, o bien continuación indefinida de la terapéutica.

Las recetas homeopáticas no deberían ser renovadas más que por indicación del médico; la venta libre de medicamentos homeopáticos mantiene cronicidades indefinidas.

Finalmente, el antidotismo cubre dos aspectos:

- Antidotismo inherente al tratamiento debido a una prescripción simultánea de medicamentos homeopáticos incompatibles: *Chamomilla* y *Pulsatilla*, *Mercurius* y *Phytolacca*, *Phosphorus* y *Causticum*... Algunos autores descuidan estas incompatibilidades cuando son la consecuencia lógica de las contradicciones en la patogénesis (*Chamomilla*, *Pulsatilla*) o al contrario, de semejanzas demasiado grandes (*Mercurius*, *Phytolacca*).
- Antidotismo de otras sustancias o alimentos. La menta, la manzanilla, las gomas de mascar o el exceso de café no tienen demasiada buena prensa. Probablemente todas las sustancias altamente difundibles y que impregnen de forma duradera los tejidos alteran la acción homeopática como por ejemplo: los perfumes persistentes, los aceites esenciales. Hahnemann, gran fumador, no dijo nada del tabaco...

Incompatibilidad con otros tratamientos simultáneos - Asociaciones

La homeopatía suele asociarse a la organoterapia en dosis homeopáticas, a la fitoterapia, a los oligoelementos y a la vitamino-terapia a dosis moderadas. Todas estas asociaciones de uso corriente han demostrado su efectividad.

La acupuntura plantea un problema particular: con un objetivo modesto y limitado, constituye un complemento al tratamiento del terreno pero si, por el contrario, ambiciona una acción general sobre lo "energético" del paciente, probablemente aparecerá una nefasta competencia. Todo ello merece una discusión sobre bases teóricas y sobre resultados prácticos puesto que muchos médicos homeópatas son también acupuntores.

La asociación con medicamentos clásicos plantea, en nuestra época, un problema vital para la práctica homeopática. La postura histórica ante esta disyuntiva es de absoluta incompatibilidad pero una tolerancia cada vez mayor ha acompañado, en los últimos años, los progresos realizados por la medicina. La homeopatía actual acepta la coexistencia y una compatibilidad muy general. Las terapéuticas a largo plazo modifican la sintomatología tanto por la acción terapéutica de las sustancias como de sus efectos laterales por lo que estos en-

fermos responden peor a la terapéutica homeopática si bien no están excluidos de ella puesto que sigue siendo un complemento útil para la sintomatología secundaria descuidada en beneficio de lo esencial tratado alopáticamente y debido a una posible corrección sin efecto químico adicional de los efectos secundarios.

El campo de acción de la homeopatía se reduce bajo la influencia de los progresos terapéuticos clásicos pero al mismo tiempo se extiende hacia otros territorios: el de los efectos yatrógenos y el de los enfermos ancianos más o menos en supervivencia terapéutica para quienes se impone la economía de sustancias químicamente activas.

Métodos de prescripción homeopática hay muchos, pero todos, sin excepción, observan los principios fundadores.

El medicamento único, solución extrema, no soporta el error pues su precio es el fracaso del efecto del medicamento.

El pluralismo, más tolerante, no es más fácil. Quizá sus éxitos sean menos "brillantes", pero se adapta bien a las realidades cotidianas de la práctica.

En cuanto a los complejismos, se distribuyen en prácticas de alta técnica, en una cómoda utilización complementaria y en una utilización empírica pura y simple.

La prescripción en homeopatía no puede ser codificada. No existe ninguna autoridad, ni ninguna prueba suficiente para privar al médico de una cierta libertad a la hora de recetar.

BIBLIOGRAFÍA

- BARTHEL-KLUNKER (1974) Repertorio sintético (2 vol.). Karl F Haug. Verlag. Heidelberg.
- BAUR J (1990-1991) L'enseignement du docteur P Schmidt (tomos I y II). Similia. París.
- CONAN-MÉRIADÉC M (1990) L'homéopathie conception médicale à la dimension de l'homme. Boiron. Lyon.
- DEMANGEAT G (1989) Conférences d'homéopathie. Similia. París.
- DEMARQUE D (1968) L'homéopathie, médecine de l'expérience. Coquemard. Angoulême.
- DEMARQUE D (1988) Sémiologie homéopathique. Boiron. Lyon.
- DEMARQUE D (1989) Techniques homéopathiques. Boiron. Lyon.
- GRANDGEORGE D y col (1989) L'homéopathie exactement (tomos I y II). Soft Nature. Roger Jollois. Limoges.

- HUI BON HOA J (1963) Précis de technique répertoriale homéopathique de Kent. Coquemard. Angoulême.
- JULIAN OA, HAFEN M (1981) Homéopathie. Masson. París.
- KENT JT (1945) Repertorio (numerosas ediciones inglesas entre ellas, la 4ª edición por Ehrhart K) Chicago.
- KENT JT (1958) La science et l'art de l'homéopathie (trad P Schmidt). SFER. París.
- MASSALSKY C (1991) Homéopathie et complexisme. Homéopathie; 4: 5-16.
- PENNA (1987) Notas sobre plantas brasileiras. Ed desconocida. Rio de Janeiro 1930. Ver: Pathogénies des plantes de la forêt amazonienne. Plantes et Médecines. Cahors.
- ROUY A (1989) Enseignements sur la thérapeutique homéopathique (tomos I y II). Similia. París.
- VANNIER L (1931) La doctrine de l'homéopathie française. Doin. París.

CAPÍTULO IX — LA HOMEOPATÍA Y EL NIÑO

IX.1

La consulta en pediatría homeopática

G. Jägerschmidt

El niño reacciona bien a todos los tratamientos homeopáticos, rápido y bien, y esta afirmación es cierta para todos los periodos de su desarrollo, incluyendo los primeros meses de vida, es decir, el período prenatal.

Pese a que haya podido ser marcado por los accidentes y los tratamientos durante el embarazo y el parto, nos encontramos ante un ser nuevo. Por otra parte, es muy interesante pensar que, en ocasiones, se puede detectar mejor el futuro carácter de un niño, en el transcurso de las primeras semanas de su vida que en etapas posteriores en las que ya se habrán instalado ciertas líneas dominantes.

Así pues, durante el examen, es necesario aprender a diferenciar entre lo innato y lo adquirido, a fin de poder entender mejor quién es el niño y así aproximar al máximo su globalidad y su simillimum.

LAS POSIBILIDADES

Frente a un caso agudo, la acción de los remedios escogidos, tanto en base a modalidades particulares de los trastornos que motivan la consulta como a un simillimum casi evidente, será rápida y en ocasiones, espectacular.

Frente a un caso crónico, habrá que tener en cuenta muchos parámetros: los antecedentes familiares, los progenitores como padres y también como educadores, el embarazo, sus incidentes y las modificaciones del comportamiento materno durante este último, el parto y en último lugar, aunque no son los menos importantes, los antecedentes y la vida del propio niño.

Al final de todas estas observaciones, podremos darnos cuenta de que una gran parte de la patología es accesible para nuestras terapéuticas homeopáticas.

Incluso el recién nacido es muy sensible a la homeopatía pero este tema será tratado por un pediatra, de interesante experiencia en neonatología, en el próximo capítulo (ver capítulo IX.2).

La patología digestiva, muy importante tanto en el lactante como en el niño pequeño, puesto que puede alterar el crecimiento, será estudiada (ver capítulo IX.4) con la colitis funcional y el colon irritable, cuya etiología responde, en gran parte, a

causas psicosomáticas, con el reflujo gastroesofágico, cuyas múltiples complicaciones cubren una gran diversidad de manifestaciones, con las diarreas de los más pequeños, de múltiples causas y que suelen reaccionar rápidamente a un remedio bien determinado, y finalmente, con los trastornos del comportamiento alimentario. Todo ello nos mostrará diferentes tipos de niños bien caracterizados.

La patología de las vías respiratorias altas: rinofaringitis, laringitis y otitis, y de las bajas: traqueítis, bronquitis, bronquiolitis y las diversas neumopatías, parece que, actualmente, está en constante aumento (con la aparición de las guarderías que hunden a los más pequeños en el mundo microbiano de las colectividades a una edad en la que su inmadurez inmunológica no les permite adquirir las suficientes defensas) (ver capítulo IX.5).

La patología cutánea, dominada por el eccema con sus desesperantes recidivas y la urticaria con su incertidumbre etiológica, también representa una posibilidad homeopática interesante (ver capítulo IX.6).

Salpicando todo lo anterior, asociados o no, los estados febriles son también tratables mediante nuestras terapéuticas y normalmente con resultados espectaculares (ver capítulo IX.3).

Los trastornos del sueño y los del comportamiento, motivos muy frecuentes de consulta médica, también podrán beneficiarse de remedios bien adaptados y, en todos los casos, desprovistos de efectos secundarios (ver capítulo IX.7).

Cerrando la transformación del niño en adulto, el período de la pubertad, con los diferentes síndromes patológicos asociados, será objeto de un estudio que indicará la existencia de diferentes tipos de adolescente, normalmente bien definidos individualmente (ver capítulo IX.8).

No obstante, esta lista está muy lejos de ser exhaustiva, pero deja a cada uno, según la gravedad del cuadro clínico y sus competencias, la elección de la terapéutica mejor adaptada sin poner en juego el pronóstico vital o funcional.

DE INTERÉS

Inocuidad y buena tolerancia son las palabras clave de la terapéutica homeopática lo cual no significa, sin embargo, una ausencia de reacción: en efecto, pese a que la toxicidad de nuestros remedios es baja y los riesgos de intoxicación por sobredosis prácticamente nulos, podemos encontrarnos en algunos casos y para algunas diluciones empeoramientos momentáneos, probablemente previos a la mejoría, o también (especialmente con *Sulfur*) la aparición de complicaciones en otras esferas como por ejemplo la esfera ORL (otitis).

La administración de remedios homeopáticos a los niños no plantea, generalmente, ningún problema, tanto si se lleva a cabo directamente en la boca 5 o 10 minutos antes de las comidas como en forma de gránulos diluidos en un poco de agua mineral, sin olvidar agitar vigorosamente antes de cada toma.

La homeopatía no modifica las reacciones necesarias para la maduración del sistema nervioso ni la maduración de las defensas inmunológicas y facilita la convalecencia que por regla general se acorta considerablemente, en dos palabras, es *equilibrado* y *estimulante* para el organismo.

LA CONSULTA PROPIAMENTE DICHA

La consulta homeopática, tanto si es pediátrica como para adultos, siempre se divide en dos partes:

- La *primera parte* debe aportar el diagnóstico: es indispensable puesto que el médico homeópata debe ser, ante todo, un buen clínico y un terapeuta al corriente de las últimas posibilidades que ofrece la medicina alopática. Esta primera parte de la consulta permitirá valorar la gravedad potencial del caso, la probable evolución y la posibles complicaciones de la afección.

El tratamiento planteado puede ser puramente alopático: es el caso de determinadas enfermedades graves, malformaciones o quirúrgicas (meningitis, torsión testicular, etc.).

También puede ser asociativo, puesto que es del todo lícito ayudar lo mejor posible al enfermo permitiendo que se beneficie al mismo tiempo de la medicina clásica y de la mejoría de sus posibilidades reaccionales ante la enfermedad que pueden procurarle los remedios homeopáticos.

Finalmente, en la mayoría de los casos y por el bien del pequeño enfermo, el tratamiento propuesto puede ser únicamente homeopático.

- La segunda parte corresponde a la elección del remedio y tiende a buscar la concordancia más estrecha posible entre el enfermo, la afección y el o los remedios. Normalmente se dice que esta parte de la consulta debe combinar:
 - la observación del pequeño enfermo;
 - la escucha del joven paciente —normalmente con pocos resultados—; la escucha de los padres —primordial y que permite llegar a conocer el motivo de la consulta y los signos funcionales de la afección;
 - el interrogatorio, que es el complemento obligatorio para el cual, sin embargo, es muy difícil no ser demasiado directivo e inducir respuestas que puedan ser contestadas con un "sí" o un "no"; permite la búsqueda de los antecedentes familiares (alergia, tuberculosis, accidentes neurológicos o enfermedades por sobrecarga) y el estudio del desarrollo del embarazo (modificaciones del comportamiento materno que pueden haber sido inducidas por el propio feto); también buscaremos los accidentes o incidentes que le hayan podido dejar huella (duelos, disgustos, miedos); a continuación, nos ocuparemos del estudio del parto y los antecedentes personales del pequeño enfermo;
 - finalmente, el examen de las características morfológicas, de todos los signos que puedan parecer exentos de relación con la afección causal pero que para nosotros, los homeopatas, son de un interés primordial;
 - después, y en la mayoría de los casos, será necesario volver a interrogar para intentar acercarse a la solución.

Todo ello converge en la investigación de los *signos etiológicos* (¿desde qué?... ¿como consecuencia de?...), del *comportamiento* y de sus modificaciones, de los *signos generales*, de las *modalidades* más notables, de los *signos locales* pero sobre todo y ante todo, de posibles *signos extraños, inusuales* que no concuerdan con la afección causal.

Todas estas fases del examen y todos los niveles se cruzan, se entrecruzan y se yuxtaponen desde el inicio hasta el final de la consulta.

La observación se inicia incluso antes que la consulta; desde el momento en que el niño atraviesa la puerta de la sala de espera, el pequeño enfermo, que acaba de entrar, ya colma con su llanto todo el gabinete y pide sin cesar que le dejen ir a hacer pipí.

Después abriremos la puerta de la sala de espera: sabiamente, el niño se sienta cerca de su madre; a veces su actividad lúdica le ha llevado a esparcir todos los juguetes por la habitación; a veces ordena los juguetes como en un mostrador; otras, una cierta actividad destructiva le ha llevado a lanzar los juguetes en todas direcciones; también ha podido vaciar el cajón de los ju-

guetes sin ningún objetivo y se esconde dentro como en una tumba.

Entonces, llega el momento de hacerle entrar en el despacho y su reacción puede oscilar entre pasar delante con una sonrisa de oreja a oreja y llorar y patear no aceptando entrar más que de la mano de su madre.

La primera parte del interrogatorio precisará los motivos de la visita, patología aguda o crónica.

Una vez llegados a este punto, podemos iniciar el examen. Desvestiremos al niño, cosa que a veces no es muy bien aceptada por lo que en ocasiones habrá que resignarse a que sólo sea parcial, al menos al principio del examen, de hecho, es mejor auscultar a un niño tranquilo por encima del jersey que a uno desnudo pero nervioso. ¿Por qué no quiere desnudarse? ¿Es friolento, tiene miedo o pudor? En ocasiones, el niño no quiere que se le ayude y el proceso puede hacerse demasiado largo, pero con ello podremos apreciar sus capacidades motrices o su torpeza.

Una vez planteado el diagnóstico, la conversación continuará con los padres de manera que el niño, apaciguado después de finalizar la prueba, podrá jugar tranquilamente; de nuevo, es necesario observar puesto que su comportamiento lúdico puede ofrecernos un nuevo argumento que nos ayude a descubrir su *simillimum*. También podemos recompensarle por su buen comportamiento durante el examen ofreciéndole caramelos, de nuevo observaremos: ¿cómo lo coge?, ¿de qué color?, ¿un puñado? ¿uno solo o lo rechaza?

Durante este tiempo, el interrogatorio continúa, variable según el nivel de *comprensión homeopática* de los padres que, normalmente, no saben lo que estamos buscando por lo que será necesario explicarles que sólo lo *notable* es interesante, sin lo cual, corremos el riesgo de acumular un máximo de falsas pistas.

La forma en que respondan exigirá al médico un desciframiento minucioso a la búsqueda de los signos comportamentales o de un modo reaccional particular. Muchas veces, es necesario esperar a la segunda visita para obtener respuestas válidas a las preguntas planteadas.

Puede ser interesante proponer el "*juego de los adjetivos*" que consiste en pedir a los padres que nos den cuatro adjetivos que caractericen lo mejor posible, desde su punto de vista, el comportamiento del niño. Es curioso constatar que pese a que el padre y la madre estén juntos, no aparece obligatoriamente una concordancia entre sus opiniones.

A continuación abordaremos el estudio de los *signos generales*, aunque, para ello, suele ser necesario dar un rodeo:

- estudio de las modalidades térmicas (no obstante, muchos padres tapan demasiado al niño y es difícil saber si es friolero o no); ¿se desdrapea por las noches? ¿le gusta el baño muy caliente o más bien tibio?;

- estudio de las modalidades climáticas: ¿se pone más enfermo en invierno o en otoño? ¿se porta mejor en la playa, la montaña o el campo? ¿cómo soporta el fuerte calor?;
- el hambre o el apetito, las aversiones o los deseos: teniendo en cuenta que el gusto por el azúcar no tiene demasiado valor en los niños excepto en el caso de que sea verdaderamente casi exclusivo mientras que lo contrario es muy significativo;
- el tránsito intestinal, las diarreas, vómitos, flatulencias;
- el sueño, bueno o malo, interrumpido: modalidades y horario; la posición de reposo sabiendo que, para el recién nacido, dormir boca abajo suele ser impuesto desde su nacimiento;
- el niño ¿es limpio o sucio? ¿le gusta revolcarse en el barro? ¿pide lavarse las manos en cuanto las tiene sucias? ¿come ensuciándolo todo?;
- adelanto o retraso en el desarrollo: la dentición, el caminar, el hablar; ¿es gordo, delgado, pequeño o grande? tono muscular ¿hiperlaxitud ligamentosa?

El estudio de los *signos locales* al margen de la afección por la cual ha acudido a la consulta, revela mejor los signos objetivos que los subjetivos puesto que es muy difícil que el niño analice sus sensaciones. No obstante, el estudio de sus manos, de su piel, de sus dientes, las verrugas, los angiomas pueden ser también índices significativos.

Existen muchos casos en los que no aparece ninguna indicación formal, siendo entonces necesario ayudarse buscando la posible transmisión de una herencia parental y las modificaciones del comportamiento materno durante el embarazo puesto que parece posible que el desarrollo uterino de un feto de un tipo determinado induzca en su madre manifestaciones idénticas a las de su tipología.

En cualquier caso, la prescripción es mucho más difícil en un niño que en un adulto, al menos para los más pequeños. Incluso aunque se trate de un ser nuevo, su educación más o menos rígida y las modificaciones de su comportamiento, probablemente sólo por comparación con experiencias médicas anteriores traumáticas para él, pueden conducirnos a error.

Encontrar el remedio único al cual siempre intentamos referirnos es todavía más difícil. Pese a ello, el pluralismo no debe, en ningún caso, representar una técnica que asocie múltiples remedios en alta dilución con el pretexto de que al menos uno puede que sea eficaz: cualquier prescripción debe poder justificarse completamente.

El médico debe ser prudente, estar dispuesto, ser humilde, paciente y observador; debe saber leer entre líneas, buscar incansablemente el signo que se sale de lo normal y probablemente, sin relación con la afección causal así como las modalidades más características.

Otra dificultad se deriva de las patógenesis que no han sido experimentadas en los niños por lo que el médico deberá extrapolar las de los adultos. La segunda fuente de información, la toxicología, también es, en este caso, pobre; así pues, sólo nos queda la experiencia clínica y el concepto de eficacia regular y constante de un determinado remedio en casos parecidos.

BIBLIOGRAFÍA

BROUSSALIAN G (1983). Initiation à l'homéopathie, répertoire de Kent. Grenoble.

DELTOMBE M (1982) Homéopathie et pédiatrie. Tempo Méd; 101, marzo 1982.

DELTOMBE M (1986) Panorama de l'homéopathie pédiatrique. Cah Biothér; 91 (suplemento), octubre, 1986.

IMHAUSER H (1982) Manuel d'homéopathie pratique en pédiatrie (traducción por Deltombe M). Le Courrier du Livre. París.

PONCET JE (1985) Homéopathie pédiatrique. Boiron. Lyon.

IX.2

Patología neonatal y homeopatía

G. Coquerel

Utilizar la homeopatía cuando un niño está enfermo es una evidencia que la mayoría de los médicos consideran fácil. No obstante, cuando se trata de una afección grave y sobre todo cuando se trata de un recién nacido, su postura es mucho más dubitativa y prudente puesto que no pueden arriesgarse, en efecto, a prescindir de las técnicas modernas —las cuales merecen todo nuestro respeto— ni, por supuesto, de la necesidad de una hospitalización. En el ámbito de los peligros y sufrimientos neonatales, nos enfrentamos a la gravedad de una situación médica que, junto a la necesidad de actuar rápidamente, supone una inquietud médico-legal del todo comprensible. En estos casos, es necesario actuar con responsabilidad médica y compartirla con un equipo que admita que no puede prescindir de ningún conocimiento que pueda ser de utilidad para curar rápidamente y sin secuelas. Conocer la eficacia de la homeopatía en los casos graves debería ser tan necesario como saber poner en funcionamiento una ventilación artificial. Y somos pocos los que, en algún momento, hemos ejercido la actividad mixta de reanimador, pediatra especialista en neonatología y homeópata. Simplemente, hemos de acordarnos de los beneficios de la terapéutica homeopática en las situaciones de sufrimiento agudo per y postnatales de los recién nacidos. Nuestra acción homeopática se refuerza y se prolonga gracias a, por una parte, nuestros remedios de terreno que tienen en cuenta la morbilidad de los padres, útiles para los prematuros y los retrasos del crecimiento intrauterino y, por otra, gracias a los remedios de acción prolongada que minimizan o evitan las consecuencias nefastas así como las secuelas a más o menos largo plazo.

SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

El nacimiento es una prueba temida por las madres y difícil para el niño que debe franquear tres obstáculos: mecánico, químico y térmico cuyo resultado final, en caso de fracaso, se resume en la aparición de una isquemia cerebral.

Los grandes progresos en perinatología se deben al trabajo de todo un equipo de ginecólogos, pediatras, comadronas, puericultores y enfermeras. Los conocimientos de este equipo han hecho retroceder las complicaciones y han contribuido a convertir la mayoría de los nacimientos en un acontecimiento alegre y seguro.

La presencia de un homeópata en esta cadena de conocimientos y de competencia aporta la eficacia real de los remedios que pueden ayudar a ofrecer vida y esperanza en un buen número de casos de asfixia cerebral del neonato.

Confirmado diariamente, la homeopatía ayuda en el parto, haciendo desaparecer las distocias mecánicas, fuente de sufri-

miento fetal agudo (SFA) pero sobre todo, ofrece los remedios útiles tras el nacimiento.

ETIOLOGÍA

Pese a que no se puede decir con total certeza que el traumatismo obstétrico sea la causa de una encefalopatía congénita no evolutiva puesto que existen otras causas prenatales (nacimiento prematuro, encefalitis fetales o tóxicas, factores genéticos, cromosómicos), cabe adelantar importantes presunciones en el momento en que puedan sobrevenir una o varias interrupciones violentas y transitorias de la circulación sanguínea cerebral, sobre todo si se asocia un problema respiratorio (Lyon, 1979; Bompert y col., 1987).

Las causas se resumen en:

- hemorragia placentaria única o repetida;
- una anomalía funicular (procidencia o circular del cordón);
- una anomalía de las contracciones uterinas, distocia mecánica (contracciones demasiado largas, demasiado próximas, ineficaces);
- hipertensión arterial, eclampsia, colapso materno;

Toda referencia a este artículo debe llevar la mención: COQUEREL G.- Patología neonatal y homeopatía - Homeopatía, Capítulo IX.2 - *Enciclopedia de las Medicinas Naturales* - Ediciones Frison-Roche (París, Francia), 1995.

- presentaciones alteradas del feto que necesitan maniobras obstétricas.

FISIOPATOLOGÍA

La asfixia provoca (Bompart y col., 1987) un descenso del nivel de glucosa, un agotamiento progresivo del adenosín-trifosfato y de la fosfocreatina y una acumulación de ácido láctico.

- La acidosis reduce la energía y altera la autorregulación vascular cerebral que pasa a ser "presión-dependiente", de manera que el menor aumento de la presión arterial sistémica favorece las hemorragias intracraneales.
- Si se prolonga, la asfixia favorece el shock cardiogénico por asfixia del miocardio y la caída del flujo sanguíneo cerebral (colapso).
- Si es crónica e incompleta (Bompart y col., 1987; Volpe, 1986), favorece el edema cerebral, tanto intracelular (citotóxico) como intersticial (vasogénico), cuyas consecuencias son la hiperpresión, la reducción del flujo sanguíneo y la necrosis celular.
- Los aminoácidos excitotóxicos (glutamatos y aspartatos) pueden producir edemas celulares y una muerte neuronal inmediata (Gressens y col., 1991).
- Un aumento de la concentración en calcio provocaría la aparición de radicales libres procedentes del metabolismo de las prostaglandinas, tóxicas para la célula, que provocarían una muerte neuronal retardada (*ibidem*).

ANATOMOPATOLOGÍA

Las lesiones dependen, ante todo, del estadio de maduración del cerebro y serán más peligrosas en los prematuros y los hipotrofos. Son las siguientes:

- las hemorragias intracraneales:
 - de la zona germinativa (atributo del prematuro): subependimaria, esfenoidal, occipital o de los plexos coroideos;
 - intraventriculares;
 - o intraparenquimatosas;
 - hemorragias meníngeas: frecuentes, favorecidas por la hipoxia y el nacimiento prematuro, de buen pronóstico cuando son aisladas;
 - hematoma subdural del neonato de origen traumático;
- las necrosis corticales del neonato a término: de los núcleos grises, del tronco cerebral, del cerebelo, de la médula espinal, precediendo o como consecuencia del edema cerebral (Myers, 1977);
- las necrosis de la sustancia blanca, leucomalacia: periventriculares inmediatas, evolucionan hacia la porencefalia, sobre las cicatrices; la presencia de estas cavitaciones en el naci-

miento refleja la existencia de lesiones isquémicas prenatales;

- el reblandecimiento cerebral, las tromboembolias, normalmente en el territorio de la arteria cerebral media: accidente prenatal o postnatal.

REMEDIOS HOMEOPÁTICOS

La inmadurez cerebral puede enmascarar ciertas lesiones no vitales de revelación tardía y ser responsable del carácter asintomático momentáneo de dichas lesiones.

¿Podemos mejorar el pronóstico? Ningún estudio ha conseguido afirmarlo, pero parece ser que la homeopatía presenta un efecto preventivo.

Aconitum napellus

Actúa sobre el sistema nervioso y sobre la congestión hemorrágica con hipertensión que ésta provoca y ello de forma muy rápida (Hodiamont, 1986). Es un remedio útil en los SFA por tres razones: es el remedio de las agitaciones (triada de los agitados de Nash, 1984) con ansiedad y dolores (gran antálgico); es un remedio para los espasmos que conviene a los estados de hipertonía; es un remedio para la hemorragia cerebral (Kent, 1974).

Apis mellifica

Puede intervenir por su acción sobre el edema (a veces exteriorizado a nivel del cuero cabelludo), la hipersensibilidad al tacto (Nash, 1984), el dolor y las contusiones en un neonato tanto si está agitado como si es víctima del estupor, presentando o no un problema respiratorio.

Arnica montana

Su toxicología hace de ella un remedio para la hemorragia (Lathoud, 1984) con hipersensibilidad, algias y contusiones. Es el primero y gran remedio de la reanimación tras un traumatismo y riesgo de hemorragia. También es el remedio de los estados adinámicos e infecciosos que halla su utilidad prioritaria en las hemorragias intraventriculares del prematuro (observación personal) además de las cerebrales intraparenquimatosas.

Belladonna

Materia médica de la solanácea del género *Atropa* (*Atropa belladonna*), es el remedio de los trastornos neurovegetativos del sistema simpático: taquicardia, midriasis, hipertensión. Es un remedio curativo y preventivo de las convulsiones, como *Cicuta virosa* (Bourgarit, 1987a,b).

Carbo vegetabilis

Materia médica del carbón vegetal, es un remedio de los trastornos de la coagulación, de las hipotermias, de las hipotonías y de los niños arreactivos, curativo y preventivo a la vez.

Causticum

Especialmente indicado en los peligros neurológicos con hipotonía, sobre todo de los organismos debilitados por sufrimientos anteriores tales como un retraso del crecimiento intrauterino (RCIU). Cabe señalar también su función preventiva en los trastornos neuropsíquicos que pueden aparecer posteriormente. En segundo lugar, es el gran remedio de las desventajas iniciales (Lamothe, 1990), remedio de abandono, de los niños retirados de sus madres debido a la necesidad de cuidados intensivos (incubadora). También es el remedio de las parálisis progresivas más o menos aisladas: deglución, facial (faringoesofágica), párpados, intestino, vejiga, etc.

Señalemos también su importancia en la depresión psicológica: tristeza, melancolía y ansiedad características de la conducta del niño en reanimación. Finalmente, es un remedio para las convulsiones unilaterales, derechas (Kent, 1974).

Helleborus niger

Es el remedio de la estupefacción progresiva (Hodiamont, 1986) del sistema nervioso central (inercia, apatía), del sistema nervioso del corazón (bradicardia) y del sistema muscular (hipotonía).

Es un remedio del edema cerebral o el derrame (Hodiamont, 1986; Nash, 1984) tanto como prevención como en el derrame constituido. No obstante, hay que insistir, con Kent, sobre el hecho de que es un remedio que actúa lentamente lo cual determina que será mucho más útil para ayudar al organismo a producir una reacción curativa.

Hypericum perforatum

Es un afortunado complemento de *Arnica*. Es al sistema nervioso lo que *Arnica* al sistema muscular (Lathoud, 1984). Está especialmente indicado en casos de fatiga importante con pérdida de sangre y postración propios de las convulsiones post-traumáticas (Kent, 3°), de la utilización de fórceps o durante las elongaciones del plexo braquial.

Natrum sulfuricum

Ayuda al tejido intercelular a desembarazarse del exceso de agua (Lathoud, 1984), pero también a regularizar los intercambios entre las células y el medio externo con lo cual se evitan los edemas. Los traumatismos pueden afectar la región hipofisaria donde se encuentra el centro del metabolismo del agua.

Es un remedio útil en todos los traumatismos craneales así como en las convulsiones post-traumáticas (Kent, 2°).

Opium

Es también un remedio de la hemorragia cerebral (Kent, 3°), útil en los estados de postración, adinamia o estupor, con depresión respiratoria y trastornos neurovegetativos (apnea, bradicardia, bradipnea, miosis).

Latrodectus mactans* - *Cactus grandiflorus

Probablemente son coadyuvantes en el tratamiento del shock cardiogénico.

TRATAMIENTO DE LOS SUFRIMIENTOS CEREBRALES AGUDOS

Normalmente es difícil apreciar el pronóstico de un sufrimiento neonatal puesto que, tal y como hemos visto en párrafos anteriores, no se conoce con exactitud el grado de maduración ni el de resistencia del cerebro eventualmente lesionado, pero, en cualquier caso, se trata de un problema urgente que implica a todo un equipo. Cuanto más pronto se empiece el tratamiento, mayores posibilidades habrá para el neonato. «La primera maniobra consiste en asegurar la supervivencia del neonato en peligro, de la misma manera que se lleva a cabo un salvamento en el mar. No obstante, lo que nos interesa en materia de reanimación no es que salga vivo, sino que el niño consiga llegar a ser un anciano feliz después de haber vivido una vida plena» (Huault, 1990).

Tratamiento preventivo

El primer eslabón de la cadena de competencias es el diagnóstico prenatal de un posible sufrimiento. Es necesario establecer un diagnóstico precoz de las patologías antenatales responsables de partos difíciles.

Ciertamente, el tema que tratamos es el SFA, pero no sería homeopático plantearse el nacimiento de un niño sin tener en cuenta la globalidad: embarazo y preparación al parto.

Es preferible prevenir la lesión que intentar curarla, o lo que es lo mismo, conceder la importancia que merece al tratamiento y a la monitorización del embarazo y del parto con toda la ayuda que puede aportar la homeopatía en ese campo.

Tratamiento curativo

Es esencial que el feto franquee normalmente los tres obstáculos, mecánico, químico y térmico. El tratamiento puede llevarse a cabo en cualquier maternidad o unidad especializada.

Teniendo en cuenta la gravedad potencial del cuadro de los SFA, es evidente que las técnicas de reanimación, ventilación, llenado vascular, aporte hídrico glucosado moderado y regulación térmica son esenciales.

Los tratamientos medicamentosos (Gardenal® y corúsona) no gozan de la unanimidad de los autores; seguramente cabe esperar una acción importante de nuestros remedios, en asociación con las técnicas utilizadas.

— *Arnica*: será utilizado en todas las circunstancias de forma uni o pluridivaria, en 7 CH o 9 CH, desde el momento en que aparezca una dificultad mecánica. El descubrimiento de una hemorragia meníngea o cerebro-meníngea debe condu-

cir a continuar dicha medicación durante como mínimo, 6 u 8 días. Por nuestra parte, hemos visto desaparecer con *Arnica* una hemorragia intraventricular en 48 horas en un prematuro de 35 semanas. Cuanto más profundos sean el traumatismo y las lesiones hemorrágicas, mayor será la indicación del remedio, con la ventaja de poder ser administrado muy pronto, antes de la transfusión y al mismo tiempo que las vitaminas coagulantes (K1), el llenado vascular, bajo control de la tensión, el control de la saturación de oxígeno y el Doppler cerebral.

- *Natrum sulfuricum*: será utilizado en las formas menores o moderadas con edema cerebral (confirmado con ecografía). Con la cabeza elevada 30°, el niño, mantenido en restricción hídrica, recibirá *Natrum sulfuricum* en dos tomas diarias en 7 CH o 9 CH. Este remedio posee un efecto preventivo en las convulsiones post-traumáticas, solo o asociado con *Arnica* y *Apis*.
- *Hypericum*: puede ser propuesto cuando el niño presente un estado muy álgico (el niño tiene miedo de que lo toquen, le inquieta). Es el remedio de la hipersensibilidad general y de la irritación del sistema nervioso sensitivo periférico. La dosis: en 7 CH o 9 CH al menos una vez al día.
- *Belladonna*: será administrado al niño con taquicardia, de cara enrojecida y midriasis si se teme la aparición de convulsiones: 9 CH, cinco gránulos al día.
- *Aconitum*: estará reservado a los sufrimientos cerebrales que se manifiestan a través de una fuerte hipertonia con agitación, temblores epileptoides de los pies (*Cuprum*), fijación de los miembros y las extremidades en flexión pronación. Recomendamos la administración según demanda, en 9 CH, mientras el niño no recupere la calma.
- *Causticum*: se administrará (normalmente en segundo lugar) en las formas graves con fuerte flaccidez, hipotonía y arreflexia. Se trata, en efecto, del "remedio mayor de las lesiones de la gran ICM (incapacidad cerebral motora o "minimal cerebral symptom")" (Lamothe, 1990), de los traumatismos obstétricos, de los problemas antenatales y los retrasos del crecimiento. Es un remedio muy útil en los traumatismos térmicos "en el sentido calor-frío" (*ibidem*), en todas las hipotermias que generan hipoxia, acidosis y vuelta a la circulación fetal con hipertensión arterial pulmonar: en 9 CH dos o tres veces al día.
- *Carbo vegetabilis*: es también el remedio de la falta total de reacción, de la hipotermia; nos ha demostrado su eficacia en el prematuro. También se administrará en 9 CH dos o tres veces al día.
 - Si, tras una hemorragia cerebral, la inercia se acompaña de bradipnea y de bradicardia, recetaremos *Opium* en 7 CH - 9 CH de una a tres veces al día.
 - Si en un cuadro próximo, el niño surge de su torpeza y agita la cabeza, grita y después recae en una torpeza de la que le es difícil salir, incluso con estimulación nocicep-

tiva (Bourgarit, 1988) se puede utilizar *Helleborus niger*, aunque, como hemos visto, su acción es muy lenta.

- *Colibacillum*: es un remedio que podría suponer una ayuda en la reanimación de los recién nacidos aquejados de leucomalacia puesto que se ha demostrado la producción experimental de esta lesión por la toxina del colibacilo en animales (Gilles y col., 1977), pero, por nuestra parte, no conocemos ningún equipo que la haya estudiado.

La forma de administración es variable y no plantea ningún problema, incluso en los neonatos en incubadora o intubados, tanto directamente en gránulos en la boca, uno a uno, como en solución hidroalcohólica al 25% o en forma de glóbulos, tres o cuatro por toma, en 5 CH según algunos (Bourgarit, 1987a,b) o 7 CH o 9 CH en nuestro servicio de neonatología.

Extrayendo de nuestra experiencia la convicción de la eficacia de nuestras terapéuticas en los casos de SFA (Coquerel, 1987), deseáramos que otros homeópatas especialistas en neonatología pudieran ayudarnos a realizar un número de series suficientemente importante como para validar el interés de nuestras prescripciones.

Pronóstico

Con o sin tratamiento homeopático, es difícil establecer un pronóstico respecto al futuro de los lactantes víctimas de un SFA, sobre todo teniendo en cuenta que ser prematuro ya comporta un elemento desfavorable en sí mismo. Recordemos que en un estudio realizado conjuntamente entre la Maternidad de Baudelocque y el Servicio de Psicopediatría de los Enfants-Malades, el trabajo de 7 años ha evidenciado la gran frecuencia de anomalías en el aprendizaje escolar tras un SFA en los niños nacidos a término (37-41 semanas) (Debray-Ritzen y col., 1985). Cuando, a los 7 días de vida, el niño presenta trastornos del tono, una hiperactividad y una alteración de los reflejos arcaicos, presentará, 7 años más tarde, trastornos del aprendizaje en el 50% de los casos. En el caso menor de SFA en el que sólo se percibe hipotonía e hiperactividad, hipercinesia e hiperexcitabilidad, la proporción es del 20 %.

Los trastornos del lenguaje oral (20%), las dislexias-disortografías (25%), los trastornos motores (motricidad fina) y psicomotores (20%) son de cuatro a diez veces más elevados que en la población general.

Así pues, se podría insistir en la obtención, a menudo constatada por nosotros, de una normalización del examen neurológico en el 7º día de vida gracias a la homeopatía. Este criterio nos parece válido para apreciar la eficacia de nuestra acción terapéutica.

La Materia médica posee numerosas rúbricas en materia de ayuda:

- labilidad de la vigilancia: *Argentum nitricum*, *Medorrhinum*;

- imposibilidad de concentración prolongada: *Causticum*, *Graphites*, *Mezereum*, *Opium*, *Phosphoricum acidum*, *Natrium muriaticum* asociado o no a hipercinesia: *Argentum nitricum*, *Baryta carbonica*, *Tarentula*, *Zincum*, *Medorrhinum*;
- torpeza patológica: *Agaricus*;
- trastornos caracteriales: *Anacardium*, *Hyoscyamus*, *Stramonium*, *Mercurius*, etc.;

que constituyen, cuando se les agrupa, el síndrome de disfunción cerebral mínima ("minimal brain disfunction", MBD) (Lyon, 1979).

Este estudio tiene el mérito de llamar la atención sobre el hecho de que estos trastornos no son psicógenos sino neurológicos, de causas normalmente neonatales y que, para evitarlos, el uso de los remedios homeopáticos permite un acto curativo y preventivo nada despreciable.

PROBLEMAS RESPIRATORIOS

Hemos visto en el capítulo dedicado a los SFA que muchos de los sufrimientos desarrollan problemas respiratorios (PR).

«Con el nombre de "problema respiratorio" se engloba un cierto número de cuadros clínicos sensiblemente diferentes que van desde el problema grave, correspondiente a una auténtica asfixia, por inhibición de la función respiratoria normalmente en funcionamiento desde la salida de las vías genitales mediante un conjunto de fenómenos reflejos, hasta simples dificultades o un simple retraso de este funcionamiento esencial para la vida del niño» (Bourgait, 1987a,b).

ETIOLOGÍA

Además de las malformaciones curables quirúrgicamente: hernia diafragmática, malformación pulmonar y cardiopatías, los problemas respiratorios pueden estar relacionados con el nacimiento prematuro, el sufrimiento fetal y la infección. Sólo en los dos últimos casos será posible la ayuda homeopática.

Nacimiento prematuro

Favorece la enfermedad de las membranas hialinas (EMH) sobre todo antes de las 32 semanas (30-50%) (Dehan y col., 1982). Provocada por la ausencia de surfactante, esta afección sólo puede ser tratada con una asistencia respiratoria con presión positiva continua (Dehan y col., 1982). En contrapartida, las consecuencias de un PR justifican la ayuda homeopática (Boericke, 1986; Deltombe, 1982; Bourgait, 1987a,b).

Sufrimiento fetal

Puede determinar una inhalación del líquido amniótico. La anoxia provoca jadeos y la relajación de los esfínteres que favorecen la entrada del líquido amniótico en las vías aéreas y la presencia de meconio en dicho líquido. Esta afección puede complicarse con un enfisema intersticial o un edema pulmonar.

Los remedios para la obstrucción pulmonar serán muy útiles, especialmente *Antimonium tartaricum*.

El SFA puede conducir a un retraso en la reabsorción del líquido amniótico: taquipnea y cianosis, en particular en las indicaciones de cesárea por imposibilidad del paso del feto a través de las vías naturales. Serán eficaces los mismos remedios.

El SFA puede generar una hipoxia refractaria por *shunt* derecho-izquierdo o extrapulmonar que conducirá al regreso a la circulación fetal por hipertensión arterial pulmonar, consecuencia del círculo vicioso acidosis-hipercapnia-hipoxia cuya única vía de solución es la oxigenación y la ventilación artificial.

Infección pulmonar neonatal

En su forma clásica provoca «una neumonía intrauterina» (Dehan y col., 1982). Los trastornos de la ventilación pueden ser tratados, asociados con los antibióticos, con remedios tales como: *Aconitum*, *Antimonium tartaricum*, *Bryonia*, *Ferrum phosphoricum*, *Ipeca*, *Kalium carbonicum*, *Lobelia*, *Phosphorus*... (inflamación de los pulmones del lactante, Kent).

REMEDIOS HOMEOPÁTICOS

Signos clínicos

Se resumen en los signos de lucha: 4 signos inspiratorios (movimiento de las aletas de la nariz, hundimiento de la apófisis xifoides del esternón y balanceo toracoabdominal) y 1 signo espiratorio (gruñido o "grunting") incluidos en la escala de Silverman (de 1, ausencia de problema, a 10, grado máximo). La respiración del recién nacido es rápida, al igual que los latidos de su corazón. La auscultación permite percibir la importancia de la obstrucción y el valor del murmullo vesicular. Se observará el grado de cianosis o de palidez y el valor del tiempo de recoloración de la piel. Cada signo puede indicarnos una rúbrica del repertorio.

Repertorización

- Respiración jadeante: 47 remedios entre ellos *Apis* y *Lycopodium* en la 3ª, *Aconitum*, *Ammonium carbonicum*, *ANTIMONIUM TARTARICUM*, *Argentum nitricum*, *LAURO-*

CERASUS, Moschus, Phosphorus, Spongia en el 2º en el repertorio de Kent ("gaspings").

- Respiración con gemidos ("moaning"): 26 remedios entre ellos *ANTIMONIUM TARTARICUM, Arsenicum, Colchicum, Hydrocyanicum acidum, Lachesis, Muriaticum acidum, OPIUM* y *Pulsatilla* en el 2º.
- Respiración abdominal: 12 remedios, entre los cuales *Antimonium tartaricum* solo en el 3º.
- Respiración rápida: más de 100 remedios entre los cuales, en el 3º, *Aconitum, Antimonium tartaricum, Arsenicum, Belladonna, Bryonia, Carbo vegetabilis, Chelidonium, Cuprum, Gelsemium, Ipeca, Lycopodium, Phosphorus, Sepia, Sulfur*; en el 2º, *Arnica, Camphora, Chamomilla, China, Nux moschata, Nux vomica, OPIUM*.
- Disnea en el niño: *Ambra grisea* (2º), *Calcarea carbonica, Calcarea phosphorica, Lycopodium* (1º), *NATRUM SULFURICUM* (solo en el 3º), *Pulsatilla* (2º).
- Asfixia: *ANTIMONIUM TARTARICUM* (3º), *Camphora, Carboneum sulfuratum* (2º), *Carbo vegetabilis, China* (1º), *Chorolum, OPIUM* en el 2º sobre 10 remedios.
- Dilatación de las fosas nasales: *ANTIMONIUM TARTARICUM, Arsenicum, Lycopodium* y *Spongia* en el 2º; *HELLEBORIS, OPIUM* y *Phosphorus* en el 1º.
- Temblor de las aletas de la nariz ("fan-like"): 17 remedios; 6 en el 2º entre ellos *ANTIMONIUM TARTARICUM*.
- Coloración azulada de los labios ("bluish"): en el 3º *Aceticum acidum, ANTIMONIUM TARTARICUM, Argentum nitricum, CAMPHORA, Cuprum, Hydrocyanicum acidum, Lachesis, Lycopodium, Nux vomica*; en el 2º, *Aconitum, Apis, Arsenicum, Ipeca, OPIUM*, sobre 20 remedios.

Podemos ver que, en conjunto, encontramos los grandes remedios de neonatología cuya mayor parte ya han sido propuestos para los SFA.

Sabemos que, en el conjunto de maternidades, es difícil que las madres de hijos con problemas respiratorios permitan que éstos sean tratados con homeopatía. Mientras que esta práctica no sea aceptada podemos proponer, junto a Bourgarit (1987a,b), actuar sobre lo esencial proponiendo los grandes remedios que analizamos a continuación.

Estudio de los remedios

Antimonium tartaricum

Actúa especialmente sobre el sistema nervioso ganglionar y tiende al aniquilamiento de la vitalidad (Lathoud, 1984, p. 110). A dosis tóxica, es un depresor del corazón y del sistema nervioso central. Su efecto hipersecretante a nivel de las mucosas, a fuertes dosis, hace de él el gran remedio de la obstrucción de los bronquios. Provoca una parálisis de los centros cerebrospinales, una parálisis progresiva del corazón que se detiene en diástole, precedida de una estasis venosa periférica. El niño se

encuentra postrado, somnoliento (*Opium, Nux moschata*), su malestar se agrava al acostarse, su cara está pálida (*Opium* es eritrósico). En su patogénesis encontramos la cianosis y los aleteos de la nariz. También es un remedio de la "hepatización pulmonar" (Nash, 1984) que lo hace útil en los focos de condensación, las atelectasias. Cabe señalar que es un remedio de la debilidad.

Bourgarit propone este remedio en 5 CH, en solución, durante los ejercicios de reanimación: una gota tres veces a intervalos de cinco minutos.

En nuestro servicio, forma parte de las prescripciones diarias en gránulos en 5 CH: tres gránulos, tres veces al día.

Laurocerasus

Su alcaloide, el ácido cianhídrico, provoca un efecto tóxico más rápido que el del medicamento anterior. La respiración es jadeante ("gaspings of breath") (Kent, 1974), superficial, ineficaz, con rostro cianótico, ansioso, víctima de estremecimientos musculares o incluso trismus (Voisin, 1984; Bourgarit, 1987a,b). Mejora acostado (inverso a *Antimonium tartaricum*).

Es el gran remedio del colapso, con pulso lento, bradicardia, tiempo de recuperación del color ampliado, frialdad de las extremidades y falta de reacción (Nash, 1984), "falta de energía de la fuerza vital". Será propuesto de forma plurihoraria o tres veces al día en 5 CH o 7 CH.

Camphora

Puede ayudar al neonato a recuperar su energía. Es el remedio que se prescribe en primer lugar cuando el recién nacido disneico no recupera la temperatura.

En un estadio superior, puede evitar el colapso (Nash, 1984). El cánfor afecta, de forma primaria, el sistema nervioso cerebroespinal pero su fase de excitación es muy efímera y da paso al colapso (Lathoud, 1984). Si existe peligro de síncope o convulsiones, podemos deslizar algunos gránulos en 5 CH entre los labios del niño (Bourgarit, 1987a,b).

Opium

Este remedio se propondrá ante una gran frecuencia de apneas en un niño poco reactivo, normalmente con un sufrimiento fetal, una falta de madurez o un nacimiento prematuro. De manera prioritaria se administrará a todos aquellos niños cuyas madres hayan sufrido un shock psicológico o un gran terror justo antes del parto (si ha tenido miedo a morir, administraremos *Aconitum*). Cuando las pausas respiratorias sobrevienen en su mayoría por la noche con obstrucción de los bronquios, el remedio indicado será *Grindelia*.

Opium será administrado en 9 CH y *Grindelia* en 5 CH de forma pluricotidiana.

Aconitum

Puede ser administrado de 5 CH a 9 CH, o bien diluido (diez gránulos en 25 cl de agua alcoholizada (25º) al 25%, una

gota cada 5 minutos al iniciarse los problemas o el sufrimiento cerebral, tanto como remedio sintomático del espasmo como de la agitación o las algias (Bourgarit, 1987a,b).

Ante una infección neonatal, la homeopatía es un aliado de los antibióticos. La Materia médica presenta unas útiles similitudes.

Los remedios más frecuentes son: *Aconitum*, *Belladonna*, *Lycopodium*, *Nux vomica*, *Opium*, *Apis*, *Arnica*, *Arsenicum album*, *Echinacea*, *Carbo vegetabilis*, *Chamomilla*, *China*, *Lachesis*, *Sulfur*.

REMEDIOS DE LA FALTA DE MADUREZ

En este epígrafe incluimos los remedios de la falta de madurez y del RCIU. Lamothe (1986a) ha propuesto la creación de neorrúbricas de recién nacidos hipotróficos ante la escasez de síntomas propiamente pediátricos en la literatura. Las rúbricas utilizadas son las siguientes (Barthel, Boericke, Kent):

- 1 - "Nursing children": 51 remedios;
- 2 - "Nursings" (Barthel): 50 remedios;
- 3 - "Arrested development" (Barthel): 22 remedios;
- 4 - "Dwarfishness" (enanismo): 14 remedios (Kent) + 23 remedios (Barthel)
- 5 - "Emaciation: children" (Kent): 55 remedios
- 6 - "Marasmus: atrophy: children": 20 remedios (Boericke).

El remedio más representativo de los hipotróficos es *Calcarea phosphorica* (nacimiento prematuro y RCIU) (11 puntos) seguido de *Sulfur* (8 puntos), *Baryta carbonica*, *Calcarea carbonica*, *Natrum muriaticum*, *Silicea* (7 puntos), *Iodum* (6 puntos), *Arsenicum*, *Oleum jecoris aselli*, *Phosphorus* (5 puntos), *Abrotanum*, *Natrum phosphoricum* (4 puntos), *Argentum nitricum*, *Arsenicum iodatum*, *Aurum*, *Kreosotum*, *Luesinum*, *Lycopodium*, *Medorrhinum*, *Psorinum*, *Tuberculinum* (3 puntos).

Este destacado trabajo exige ser continuado por los futuros especialistas en neonatología homeopática. Por nuestra parte, hemos propuesto remedios que corresponden a determinados tipos de recién nacidos en reanimación y en nursing en las incubadoras (Coquerel, 1987, 1990).

REMEDIOS "DE SITUACIÓN"

Estos remedios corresponden a una morbilidad particular materna e infantil. En efecto, probablemente, en la mayoría de los casos, encontraremos en los padres el remedio del niño (Bourgarit, 1987a,b) a través del desarrollo del embarazo, del parto, del psiquismo y de la constitución. Estos remedios están disponibles "para mantener al pequeño enfermo y reequilibrarlo" (Deltombe, 1989).

Calcarea phosphorica

Delgadez, RCIU, avejentado, distrofia ósea (huesos muy delgados en la radiografía), plagiocefalia, tortícolis, tórax estrecho, vientre plano. Predisuestos a la anemia, a la hipoproteinemía, a las afecciones respiratorias (PR). La ictericia es habitual. Son más bien agitados, con un tono normal o fuerte y lentos al beber, *saciado durante mucho tiempo*. Proceden de padres longilíneos, tristes, deprimidos y poco apetentes.

Sulfur

Delgados, rígidos, de gran vientre, reclaman salir de la incubadora agitándose mucho. Se comportan muy bien en la cama aunque tengan poco peso. Hipo o hipertónicos, de coloración eritrósica, erupciones urticantes importantes (*Lycopodium*). La ictericia es precoz y normalmente intensa. Los padres suelen ser pleetóricos con trastornos digestivos. El embarazo suele ser hemorrágico con peligro de parto prematuro y largo.

Silicea

RCIU, demacrado, de gran vientre. Lloro cuando se le manipula. Detectaremos hematomas cefálicos, una dacriocistitis e inflamación del conducto lagrimal. El niño está somnoliento, flojo, inapetente y vomita con facilidad. Su madre es débil y sus senos sangran cuando amamanta al niño. Durante el embarazo se detecta el riesgo de sufrir un aborto.

Argentum nitricum

RCIU, hombrecito viejo, reseco, deshidratado, nervioso. No tolera bien la incubadora (deseo de aire fresco). Debe ser devuelto a su madre lo más rápidamente posible puesto que se trata del remedio para la carencia afectiva, el miedo a ser abandonado. Suele ser un bebé ansioso, de ojos grandes abiertos y muy inquieto. De vez en cuando, detectaremos una oftalmía purulenta o heces de color verde.

REMEDIOS DE "COMO CONSECUENCIA DE" PROBLEMAS O SUFRIMIENTO NEONATALES

"Como consecuencia de" precoces

China

Especialmente indicado si ha habido una pérdida importante de energía vital, como si se hubiera "vaciado de su propia sustancia": hemorragias, punciones venosas repetidas, diuresis aumentada, heces líquidas, ausencia de aumento de peso, aspiraciones bronquiales demasiado numerosas, ictericia intensa o prolongada (de 5 CH a 9 CH).

Carbo vegetabilis

Propio del recién nacido que presenta una disfunción intestinal o gástrica, con hinchazón abdominal, inapetencia o debili-

dad en la succión, con persistencia de aspiraciones productivas, astenia, palidez y ausencia de recalentamiento.

Lycopodium

Indicado en el recién nacido que conserva una respiración paradójica, que no podemos alimentar más que con retraso. La coloración es apagada e icterica. Los vómitos son frecuentes y hay que recalentar los biberones sobre los que se lanza pero que también abandona muy rápidamente.

Abrotanum

Es el remedio selectivo de las desviaciones de la curva de peso en los niños inmaduros o prematuros resacos, de piel flácida, sin nalgas pero que, sin embargo, presentan apetito y para los cuales suele ser necesario enriquecer la leche. Carecen de fuerza y aunque coman no engordan.

"Como consecuencia de" tardíos

Causticum

Utilizado en los sufrimientos (Bourgarit, 1987a,b; Lamothe, 1990) es el remedio de las desventajas neonatales: *mal embarazo, mal parto, malos recuerdos*. El niño tendrá terror a que le pase algo. Es el remedio de los retrasos neurológicos, neuromotores, que rozan las praxias, la motricidad fina. Retraso del lenguaje, de los hábitos de limpieza, debilidad de los esfínteres, hipersensibilidad.

Carbo vegetabilis

Presente a lo largo de todo este estudio, es «un superviviente» (Lamothe, 1988; Coquerel, 1987); después de un parto difi-

cil, de RCIU, de problemas respiratorios que provocan una lentitud en el desarrollo, una debilidad de las reacciones y una gran fragilidad digestiva y respiratoria (diarrea, neumopatía, laringitis, y enfermedades infantiles mal superadas).

Phosphoricum acidum

Es un remedio de la gran debilidad (Lamothe, 1986c). Será útil *cada vez que el organismo se encuentre agotado*, en caso de pérdida de líquidos vitales (hemorragia en particular), pérdida de peso importante y prolongada (o a la inversa, un crecimiento demasiado rápido). El signo que nos indicará la necesidad del remedio en las circunstancias mencionadas es el *nerviosismo*, primero psíquico y luego físico.

Kreosotum

Es un remedio incompatible con *Carbo vegetabilis* (individuo frío). Por el contrario, arde en un fuego interno (Lamothe, 1986b). Remedio de los extremos de la vida, será útil para los retrasos del crecimiento en niños débiles, irritables con importante tendencia a las infecciones, tanto cutáneas como respiratorias o digestivas. Son *niños inquietos, irritables, que padecen insomnio*. Los padres son tristes, depresivos y emotivos. En los antecedentes podremos encontrar una sífilis, una tuberculosis, un estado etílico, una parasitosis (sarna), úlceras o cáncer.

Opium

Encuentra su lugar entre los remedios "como consecuencia de" miedo durante el embarazo.

Aconitum

Remedio de "como consecuencia de" miedo a morir durante el parto.

En este capítulo, hemos intentado mostrar los recursos terapéuticos aportados por la homeopatía en situaciones problemáticas del recién nacido.

No puede existir una exclusividad terapéutica en semejantes situaciones de manera que nos hemos dedicado a mostrar que la homeopatía puede hallar un espacio en los protocolos de tratamiento de las patologías de alto riesgo.

Seguimos estando convencidos, por nuestra experiencia, de que la homeopatía puede ser un gran recurso, porque es capaz de ayudar a "leer" mejor determinadas situaciones refiriéndolas a formas de reacción y a patogénesis y porque interviene a niveles diferentes de los planteados por las terapéuticas habituales normalmente centradas en la urgencia.

BIBLIOGRAFÍA

- AGRAWAL ML (1990) *Materne medica of the human mind*. Pankaj Public. New Delhi.
- ALEXIS J (1988) Troubles de l'apprentissage, latéralité et vigilance. V Rencontres des pédiatres homéopathes d'expression française. Le Mans.
- ALLEN HC (1986) *Key notes*. B Jain Publishers. New Delhi.
- BOERICKE (1986) *Materia medica*. B Jain Publishers. New Delhi.
- BOMPART Y, AUFRANT C, MASSONNAUD M, GAUTRER A (1987) La souffrance cérébrale asphyxique du nouveau-né. Hôpital Saint-Michel, Paris. Editions Techniques, Encycl Méd Chir (Paris, France), Homéopathie, 4002 S^o, 7-1987.
- BORLAND DM (1986) Children's types (traducción fr Moreau PL) PMJ. Arros-Nay.
- BOURGARIT R (1987a) Néonatalogie courante à la maternité: les traumatismes de la naissance. Dossiers Obstér; 38: 23.
- BOURGARIT R (1987b) Thérapeutique homéopathique du nouveau-né et du nourrisson. Maloine. Paris.
- BOURGARIT R (1988). Les enfants malades de l'école. VI Rencontres des pédiatres homéopathes d'expression française. Les Mans.
- COPPE Y (1991) La grossesse. Homeodownload Service. Bruxelles.
- COQUEREL G (1987) Types d'enfants. Approche de la similitude des remèdes chez les prématurés et des dysmatures. V Rencontres des pédiatres homéopathes d'expression française, Grenoble-Bivier, p. 52.
- COQUEREL G (1990) Enfants hypersensibles en couveuse. VII Rencontres des pédiatres homéopathes d'expression française, novembre 1989, Bruxelles. Médecin Homéo (revista del Sindicato).
- DEBRAY-RITZEN P, AMIEL-TISON C, THIREAU V (1985) Nécessité d'un lien méthodique entre l'observation néonatale et l'évolution neuropsychique de pédiatrie. p. 16.
- DEHAN M, HERNANDOREMA X, BOULLEY AM (1982) Détresses respiratoires du nouveau-né. Editions Techniques, Encycl Méd Chir (Paris, France), Homéopathie, 4002 R^o, 3-1982.
- DELTOMBE M (1982) Les tonocardiaques de l'enfant. Le point de vue d'un homéopathe. Journées de printemps du CHF. Homéo Fr; 70, 8: 494.
- DELTOMBE M (1988) L'enfant et l'école. VI Rencontres des pédiatres homéopathes d'expression française. Bruxelles. p. 18.
- DELTOMBE M (1988) *Lobelia inflata*. VII Rencontres des pédiatres homéopathes d'expression française. Bruxelles. p. 18.
- GAILLY-DERMINOT C y col (1987) Comment réussir le plus beau bébé du monde. L'homéopathie et la grossesse. Collection Résurgence, Marc Pictet. Liège.
- GILLES FH, AVERILL GR, KERR CS (1977) Neonatal endotoxin encephalopathy. Ann Neurol; 2: 49.
- GRESSENS P y col (1991) Les mécanismes de la circulation cérébrale du fœtus et du prématuré. XXI Journées nationales de néonatalogie. p. 203.
- HODIAMONT G (1986) La matière médicale et les remèdes végétaux. Similia. Paris.
- HUAULT G (1990) Un nouveau discours en péri-natalogie. Journée lilloise, 29 marzo 1990. Assoc l'Envol, Dr Marc Pilliot.
- KENT JT (1974) Repertory of the homoeopathic Materia medica. B Jain Publishers. New Delhi.
- LALOY JL (1986) L'infection néonatale. IV Rencontres des pédiatres homéopathes d'expression française. Nice.
- LAMOTHE J (1986a) Prématurité-dysmaturités. IV Rencontres des pédiatres homéopathes d'expression française. Nice.
- LAMOTHE J (1986b) *Kressatum*. IV Rencontres des pédiatres homéopathes d'expression française. Nice.
- LAMOTHE J (1986c) *Phosphoric acidum*. Homéo Fr; 74, 3: 145.
- LAMOTHE J (1988) *Carbo vegetabilis*. Homéo Fr; 76, 5: 247.
- LAMOTHE J (1990) *Causticum* en pédiatrie. Travail du GREPH. In: L'homéopathie exactement (tomo II). R Jollois. Limoges.
- LATOHU JA (1984) Études de Matière médicale homéopathique. Martin-Temet. Viena.
- LYON G (1979) Introduction à la neurologie pédiatrique. Maloine. Paris.
- MYERS RE (1977) Intra-uterine asphyxia and the developing fetal brain. Year Book Medical Publishers. Chicago.
- NASH EB (1984) Guide de thérapeutique homéopathique (3^a ed). Boiron. Lyon.
- PAOLI C (1992) Naissance et homéopathie. Préparation à une rencontre harmonieuse. II Colloque national d'obstétrique et homéopathie, CU Baude-locque.
- VANNIER L, POIRIER J (1979) Précis de Matière médicale homéopathique. Doin. Paris.
- VOISIN H (1984) Matière médicale du praticien homéopathe (2^a ed). Maloine y LHE Paris.
- VOLPE JJ (1986) Neurology of the newborn (2^a ed). Saunders. Philadelphia. 735 p.
- WIPP C (1990) Traitement de la menace d'accouchement prématuré par le remède homéopathique spécifique à partir d'une étude comparée avec le salbutamol. Dossiers Obstér; 173: 5.

IX.3

Las fiebres del niño

G. Jägerschmidt

La fiebre es un síntoma, probablemente el más frecuente en patología infantil, que siempre inquieta a los padres. El síntoma "fiebre" aparece en muchas de las patologías de los remedios homeopáticos que, precisamente por ello, pueden ser escogidos y que, por su polaridad para un determinado órgano, nos conducen en ocasiones al diagnóstico y a definir una posible evolución. Se trata de un signo de alerta cuya gravedad potencial debe ser siempre tenida en cuenta por el médico, especialmente en los pequeños de menos de 3 meses.

Aunque la fiebre no es más que un síntoma que abre paso, en el plano terapéutico, a la consideración de la enfermedad que la causa, no por ello exige menos, como tal, unas medidas terapéuticas particulares.

Cuanto menor sea el niño, mayor atención deberemos conceder a los signos de gravedad: posibilidad de una hipertermia maligna y las complicaciones que la acompañan -colapso, hipovolemia, vasoplejía, afecciones viscerales (renales o hepáticas)-, y en especial, las neurológicas -convulsiones clínicas o infrclínicas que pueden por sí mismas incrementar los daños cerebrales.

En cualquier caso, siempre es indispensable encontrar la causa que la produce: infección microbiana o vírica, insolación, deshidratación, reacciones a las vacunas, parasitosis o desórdenes de origen central.

INTERROGATORIO

Las preguntas irán destinadas a precisar las circunstancias desencadenantes, la forma de inicio (violenta o progresiva), el tipo de fiebre, la forma en que es soportada por el enfermo, las diferentes modalidades de empeoramiento y mejoría, el horario, la existencia de escalofríos o sudores, de sensación de sed y de apetito así como todos los signos asociados posibles (ante todo respiratorios o digestivos), el comportamiento y sus posibles modificaciones.

Tendrá en cuenta los antecedentes personales (enfermedades, contagios, tratamientos anteriores, vacunación), obstétricos (embarazo, parto) y familiares.

EXAMEN

Será minucioso (inspección, auscultación, palpación) y en busca de los signos que puedan conducirnos a la causa que ha desencadenado el estado febril así como aquellos que denoten

posibles complicaciones y los signos a distancia, es decir, sin relación alguna con la afección causal.

Es posible que sean necesarios algunos exámenes complementarios aunque, en ningún caso, deben ser solicitados por simple rutina. Insistimos, no obstante, en el examen citobacteriológico de la orina, indispensable para los más pequeños cuando no aparece ningún signo capaz de descubrirnos la causa de la fiebre que dura desde hace varios días.

Estos mismos exámenes complementarios, en las fiebres de curso prolongado, nos permitirán separar las enfermedades sistémicas (periarteritis, lupus, enfermedad periódica, enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann), de las hemopatías o las enfermedades tumorales.

TRATAMIENTO

Tras estos dos pasos previos, podemos, finalmente, entrar de lleno en el tema, aunque no todavía en el plano homeopático puesto que es necesario, antes que cualquier otra cosa, recordar las primordiales medidas higienicodietéticas tantas veces olvidadas.

MEDIDAS HIGIENICO-DIETÉTICAS

Es de sobras conocido que la elevación de la temperatura favorece las defensas del organismo y que en la medida de lo posible, la fiebre debe ser respetada; no obstante, el riesgo de con-

vulsiones, inherente al niño, nos obliga a intentar un descenso de la temperatura si la fiebre sobrepasa los 38,5 °C y ello, en mayor medida, si el cuadro clínico que acompaña presenta características alarmantes.

Para ello es imperativo destapar al niño, refrescarlo, sobre todo si la temperatura exterior es elevada. En el caso de que esto sea insuficiente, será necesario bañarlo con agua a la temperatura de su cuerpo y que luego enfriaremos progresivamente añadiendo agua fría mientras dejamos que se escape la caliente. Este enfriamiento también puede ser obtenido mediante paños fríos situados en las ingles y la frente.

Finalmente, la rehidratación oral será tanto más importante cuanto que existan vómitos o diarreas (que pueden contrarrestar su eficacia). No hay que dudar en fraccionar los aportes y repetirlos con la mayor frecuencia (agua azucarada, soluciones tipo Adiaril®, Milupa GES 45° o Lytren®).

ANTIPIRÉTICOS ALOPÁTICOS

Pueden ser transitoriamente necesarios debido a la gravedad del cuadro clínico y un posible riesgo convulsivo. En estos casos podemos prescribir aspirina o paracetamol, solos o asociados, aunque su aceptación no goza de la unanimidad general; recordemos, como ejemplo, la contraindicación de la aspirina en las varicelas.

REMEDIOS HOMEOPÁTICOS

Principales remedios

Las explicaciones que vienen a continuación han sido elaboradas de la forma más esquemática posible y aunque así evitaremos que el texto pueda ser pesado de leer también corremos el riesgo de que sea incompleto.

- *Belladonna*: fiebre elevada, de aparición rápida, *ondulante, a oleadas*. Acmé antes de medianoche. Calor irradiante y seco seguido de *sudores y piel húmeda*: consecuencia de un enfriamiento normalmente húmedo o una infección. El niño alterna fases de abatimiento y de agitación con temblores, hiperestesia sensorial, delirio e *impresión de convulsiones inminentes*, por lo que además es un excelente tratamiento preventivo. *Midriasis*, sed que no puede calmarse debido a la *disfagia*, causada por un enrojecimiento seco y doloroso de la faringe. En general, el niño no soporta bien los baños fríos.
 - *Aconitum*: acceso *muy violento*, hacia las 23-24 horas, *nunca aparecen sudores*, consecuencia de un *frío seco*. Agitación física intensa, *terror* y angustia en un niño *asténico*. Sólo quiere beber agua muy fría. *Miosis*, cara enrojecida pero *seca*, que palidece en cuanto ponemos al niño de pie. El niño mejora con los baños fríos.
 - *Apis*: temperatura que asciende rápidamente como consecuencia de una virosis, una insolación o una estancia en el mar. Alternancia de estupor y agitación, hiperestesia, hiperalgias, cefaleas y fotofobia. *Ausencia de sed y oliguria*, cara congestionada, con *edema* en los labios y los párpados, *úvula edematosa*, “*en badajo de campana*”. Empeoramiento con el tacto, *mejoría con el frío* en todas sus formas.
 - *Gelsemium*: fiebre remitente, con *abatimiento y postración, adormilamiento y somnolencia*. Consecuencia de estados gripales que aparecen después de una subida de temperatura en la temporada fría. Acmé por la tarde, poca sed aunque esto es menos claro que en *Apis*. Trastornos del equilibrio, titubeo, piernas flojas, *temblores*. *Párpados caldos*, pulso débil e irregular, empeoramiento con las tormentas, en habitaciones cerradas, *mejoría al aire libre*, después de orinar.
 - *Ferrum phosphoricum*: temperatura moderadamente elevada, sobre un fondo de *anemia y de debilidad*. Piel seca a nivel de la cara y la palma de las manos que están calientes, pero sudores nocturnos en todo el cuerpo. Sed insaciable con incontinencia urinaria diurna. Palidez con enrojecimiento circunscrito en los pómulos, la lengua, las mucosas y los ojos que no para de frotarse. Tendencia hemorrágica moderada. Empeoramiento con el movimiento, la agitación, el ruido y la luz; *mejoría con el reposo*, el aire fresco y las aplicaciones frías.
- Estos cinco remedios principales cubrirán la mayor parte del tratamiento sintomático de la fiebre. En nuestra opinión, hay que señalar otros cinco medicamentos también muy importantes.
- *Bryonia*: fiebre alta tras una elevación muy progresiva con sudores calientes. Consecuencia de una exposición a un frío húmedo, tras haber tenido calor o a la vuelta de una estancia prolongada en la playa. *Inmóvil, no se quiere mover; no vuelve la cabeza cuando se le habla*, cualquier demanda lo irrita. *Sed de grandes cantidades de agua* pero con poca frecuencia, mucosas muy secas, estreñimiento habitual. Empeoramiento con el calor y el movimiento, *mejoría con lo fresco* (bolsa de hielo), el reposo, la inmovilidad y la presión fuerte sobre las regiones dolorosas.
 - *Phosphorus*: este pequeño enfermo tiene *mucha hambre* durante el episodio febril; si tiene las manos ardiendo, las rodillas y los pies están helados, tiene sed de agua fría y suele vomitar. Padece *epistaxis* (de sangre roja) y *púrpura* (que podría ser un signo mayor de gravedad). Delgado y elegante, si está pálido, *sus pómulos aparecen enrojecidos*. Empeoramiento con el esfuerzo, el ejercicio, *la tormenta* y en el crepúsculo, *mejoría con la obscuridad*, tras haber comido y haber dormido.
 - *Arsenicum album*: fiebre intermitente y a veces hética con sudores fríos; quiere estar cerca del calor y tapado. Consecuencia de una *separación* (sobre todo de la madre: guardería), de un enfriamiento o una toxiinfección alimentaria. Es

y los medios que podría emplear para paliar su falta de escucha, para ser más global y menos parcelaria.

En efecto «plantearse el problema de la relación médico-paciente significa admitir que la medicina no es solamente la aplicación, a través de un técnico, de herramientas y cuidados cada vez más perfeccionados» (Barbancey, 1981, p. 13). Por tanto, no basta con afirmar una voluntad de "globalización", de consideración del campo de la subjetividad del paciente para permitir ese encuentro. No obstante, a pesar de todas las proclamaciones de intención de la medicina "clásica" la constatación de Balint sigue siendo pertinente: «La práctica médica actual no es mucho más que la suma total de las diferentes especialidades» (Balint, 1988, p. 106).

Por otra parte, para el individuo enfermo y ante todo, «humanizar la medicina [...] es tratarla en términos humanos» (Israël, 1980b, p. 17).

También nos parece importante señalar lo siguiente: por la importancia que concede a la escucha del enfermo, por el partido tomado frente a la consideración de la singularidad de cada paciente, el médico homeópata es el más apto para "encontrar" al individuo enfermo. No obstante, pese a que parezca que todo esté diseñado para "conseguir" dicho encuentro, todavía es necesario que su escucha, por encima de la búsqueda de los síntomas singulares del paciente, se abra y se dirija realmente al individuo que sufre puesto que «si esta búsqueda no se sitúa más que a un nivel técnico, el paciente no se confiará y el médico permanecerá en su aislamiento terapéutico» (Algazi, 1989, p. 19).

La consulta médica homeopática nos parece el lugar ideal para el encuentro médico-paciente y corresponde a cada médico homeópata conseguir realizar ese ideal.

MEDICINA Y SISTEMISMO

La lógica de los sistemas ha arrojado su luz sobre numerosos campos durante los últimos años. Ahora bien, el ser vivo es el modelo, por excelencia, de lo que es un sistema: abierto (es decir, una interacción con su entorno con el cual "intercambia" permanentemente) y complejo (el cuerpo humano es un sistema de sistemas. ¿Qué pensar de la complejidad del sistema nervioso, del de una célula, elemento de base de todo órgano o tejido, con sus miles de elementos para asegurar su estabilidad estructural y permitir su funcionamiento?). Finalmente, los conceptos de globalidad, de feed-back, de causalidad circular, etc. todos ellos, pertenecen al universo sistémico.

Nuestra propuesta aquí es muy simple. Pese a que la medicina clásica reconoce como derecho la dimensión sistémica del ser vivo (cf. la sutileza y la complejidad de la descripción de las regulaciones neurohormonales, por ejemplo), en el plano terapéutico, es decir, en los hechos, no la tiene en cuenta en absoluto. Tomemos un ejemplo.

¿Qué hace la medicina clásica con sus sutiles conocimientos frente a una enfermedad de Basedow desencadenada como consecuencia de un estrés psicológico? ¡Nada! No intenta regular el sistema sino que lo frena, por una parte, (se habla incluso de "bloqueo") utilizando antitiroideos de síntesis y lo sustituye, por otra (mediante la prescripción de hormonas tiroideas), o procede a la ablación pura y simple del tiroides. Por el contrario, la homeopatía, que aprehende al ser vivo como un sistema, es decir, globalmente, permitirá al paciente, en una gran mayoría de casos (no todos evidentemente) encontrar los elementos de su propio equilibrio.

BIBLIOGRAFÍA

Obras citadas

- ALGAZI J (1989). L'homéopathie en psychiatrie. Maloine, París. 336 p.
BALINT M (1988) Le médecin, son malade et la maladie (2ª ed). Payot. París.
BARBANCEY J (1981) Pratique homéopathique en psycho-pathologie. Ediprim. Lyon. 348 p.
CANGUILHEM C (1984) Le normal et le pathologique. PUF. París. 224 p.
DEMANGEAT G (1989) Conférences d'homéopathie. Similia. París. 510 p.
DUPRAT H (1988) Théorie et technique homéopathiques. Similia. París. 216 p.
HAHNEMANN S (1986) Organon de l'art de guérir. JB Baillière, Similia. París. 408 p.
ISRAEL L (1980a) Relation médecin-malade. Encyclopaedia Universalis (vol X). pp. 694-698.
ISRAEL L (1980b) Le médecin face au malade (5ª ed). Pierre Mardaga. Bruxelles. 338 p.

- JOLY P (1981) La consultation homéopathique. Editions Techniques. Encycl Med Chir (París, Francia). Homéopathie. 38110 A¹⁰. 5-1981, 6 p.

Obras recomendadas

- BAUR J (1990) L'enseignement du Dr Pierre Schmidt. Similia. París. 434 p.
CONAN MERIADEC M (1990) L'homéopathie, conception médicale à la dimension de l'homme. Boiron. Lyon. 381 p.
DEMARQUE D (1988) Sémiologie homéopathique (3ª ed). Boiron. Lyon. 159 p.
JAHR GH (1991) La pratique de l'homéopathie. Roger Jallois. Limoges. 528 p.
KENT JT (1985) La science et l'art de l'homéopathie. Maisonneuve. Moulins-lès-Metz. 520 p.
LAGACHE A (1988) Echos du sensible. Atelier Alpha bleue. París. 298 p.
SANANES R (1987) La consultation homéopathique. Similia. París. 248 p.

un niño agitado, por *ansiedad*, *miedo a la muerte* y a la enfermedad, agitación alternada con episodios de "cansancio repentino". Empeoramiento de la 1 a las 3 de la mañana y periodicidad de los síntomas, mejoría con todas las *fuentes de calor* y las bebidas calientes; no obstante, desea bebidas frías, que rechaza inmediatamente. Sus labios están secos y agrietados, su piel también está seca, y puede aparecer un edema de los párpados inferiores y epistaxis de sangre negra.

- *Mercurius solubilis*: fiebre irregular con *sudores* de todo el cuerpo, sobre todo *nocturnos*, sin que produzcan alivio. Se trata de un remedio de afección supurativa, como consecuencia de la *humedad*, transpiración y toda variación de temperatura en cualquier sentido. El enfermo presenta escalofríos y temblores y rechina los dientes. Acmé nocturna. Presenta una estomatitis con mal aliento, *salivación abundante y muy maloliente*, lengua hinchada y crecida en la que se quedan marcados los dientes. Empeoramiento con los *extremos* de calor y frío, por la *noche*, en la cama, con la humedad y la transpiración, mejoría sólo con el reposo.
- *Chamomilla*: alternancia de escalofríos (desde el momento en que aparece) y de calor húmedo (sobre todo al adormilarse). Acmé durante la primera parte de la noche, como consecuencia de accidentes de la *dentición*, o pasar frío en tiempo cálido, también como consecuencia de la cólera y el *abuso del café* de la madre que amamanta. El niño está agitado, de muy mal humor, *caprichoso* y nunca se cansa. Presenta una tos que no altera su sueño y *dolores* desproporcionados con la causa que los produce. Una mejilla caliente y *enrojecida* y la otra fría y blanca, hipersalivación, línea roja mediana de la lengua. *Todos los síntomas mejoran si se le lleva a dar una vuelta en el coche*.

Remedios frecuentes

Existen otros muchos remedios para la fiebre de los cuales hablaremos más brevemente pero que serán capaces, en casos más especiales, de desbloquear la situación.

- *Eupatorium perfoliatum*: con sus mialgias, sus *agujetas* y sus dolores óscos; remedio de los estados gripales; empeoramiento de 7 a 9 y por el frío; tos seca y dolorosa; mejora de rodillas, con la cabeza en la almohada.
- *Rhus toxicodendron*: fiebre de inicio progresivo como consecuencia de un *frío húmedo*; poco sudor pero tose en cuanto se destapa las manos en la cama. *Necesidad de moverse sin cesar, lo cual le produce mejoría*. Erupciones *vesiculares*, herpes. Triángulo rojo en la punta de la lengua; empeoramiento con la inmovilidad.
- *Stramonium*: temperatura muy elevada, la sed sólo aparece al sudar pero al niño *le cuesta beber* debido a los *espasmos* (*babea*). Logorrea, *agitación violenta*, gritos, tendencia a morder y a golpear. *Isomnismo*, alucinaciones, alternancia de terror y de alegría exuberante. Oligoanuria; midriasis, mirada extra-

viada. Empeoramiento en la *oscuridad*, con las luces fuertes, el agua que se derrama y la soledad.

- *Antimonium crudum*: fiebre como consecuencia de una *sobrecarga digestiva*, de un baño frío o por la exposición a un calor radiante. El examen es difícil porque el niño, *irritable y enfrenteado*, no quiere ser tocado ni observado. Los signos digestivos se encuentran en un primer plano con vómitos que no mejoran y heces mal digeridas, medio sólidas y medio líquidas. *La lengua está blanca*. Empeoramiento con los excesos alimenticios, mejoría con los baños calientes y el reposo.
- *Arnica*: fiebre elevada, *héctica* con sed intensa. Como consecuencia de toxiinfección alimentaria o de las epidemias de gripe. *Postrado*, con deseos de que le dejen tranquilo (porque empeora con el más mínimo contacto y el movimiento); no obstante, el niño se encuentra *agitado* porque busca una posición cómoda en la cama (debido a los dolores) que no consigue encontrar. Cara y cráneo calientes y violáceos, nariz y cuerpo fríos. Erupciones simétricas con equimosis, púrpura y epistaxis.

Remedios particulares

- *Dulcamara*: fiebre seca, como consecuencia de un *enfriamiento húmedo* (pies o cabeza húmedos, enfriamiento tras los sudores). En el plano clínico: nariz tapada con adenopatías satélites y dolores de aparición repentina (otalgias nocturnas, *síndrome de Grisel*).
- *Natrum muriaticum*: temperatura elevada, intermitente, acmé a las 10 o las 11, mejoría con los sudores nocturnos abundantes, al aire libre y con las bebidas frías. Esta fiebre se acompaña de un cierto grado de *deshidratación* con *labios secos* y agrietados. Como consecuencia de infecciones tipo *herpes vírico* o *Coxsackie*, empeoramiento antes de las tormentas, en el *mar* o tras un calentamiento de la temperatura exterior.
- *Sanguinaria*: fiebre con *accesos congestivos* del rostro y enrojecimiento circunscrito de las mejillas. Palpitaciones, *extrastóles*, dolor en la base de la nariz.
- *Lachesis*: fiebre prolongada, impresión de *gravedad*; desencañamiento tras la tormenta, en la primavera o tras elevación de las temperaturas externas. Postración con *delirio locuaz*, intolerancia a la constricción y a un obstáculo delante de la boca; *tendencia hemorrágica*. Cianosis de los labios y las extremidades, mejoría con cualquier tipo de *derrame*.
- *Hepar sulfur*: remedio de *supuración*, como consecuencia de un frío seco; el niño se encuentra abatido e indolente pero irritable y colérico. *Hiperestesia* física y psíquica al dolor. *Olor fétido* de todas las secreciones: *éstitis*, *piurias*, *laringo-traqueítis*. Empeoramiento desde las 16 h hasta la noche y con el frío, mejoría con el calor local.
- *Pulsatilla*: fiebre muy irregular con *ausencia de sed*. Falta de reacción, *se deja cuidar y manejar* sin decir una sola palabra,

pero *llora* y gime sin cesar. Mal aliento, acrocianosis. Mejoría estando tapado y con el aire fresco. Causalidad: virus, rubéola, paperas.

- *China*: estadios de escalofríos, de calor y de sudor bien *diferenciados*. Es una fiebre de curso largo, intermitente o periódica, normalmente uno de cada dos días. Como consecuencia de infecciones víricas, bacterianas o parasitarias *que se arrastran*, de *diarrea subaguda*. La temperatura baja siempre por las noches. Agotamiento y tendencia *hemorrágica*, la sed sólo aparece mientras se suda. Empeoramiento con las corrientes de aire.

Remedios excepcionales

Citaremos otros medicamentos que están indicados en casos excepcionales.

- *Camphora*: estupefacto con colapso e hipotensión; aunque está *helado* el niño *no soporta permanecer tapado*. Empeoramiento con el frío frente al que presenta una hipersensibilidad, mejoría con el calor externo y las bebidas frías.
- *Sepia*: fiebre irregular. La cara está *enrojecida*, el niño se muestra indiferente, *lipotímico*, su orina es oscura y *se frota los ojos, que le queman*.
- *Sabadilla*: escalofríos sin sed. *Verminosis* frecuente, piernas sin descanso. *Se cree más enfermo de lo que está*, *prurito* de las fosas nasales, del conducto auditivo, del ano o de la vulva.
- *Nux vomica*: escalofríos al más mínimo movimiento, como consecuencia de sobrecarga y excesos. *Vivaracho* y *colérico*, el niño presenta una *hiperestesia* extraordinaria al ruido, a la luz, a la contrariedad y al dolor. Sueño, heces y eructos *desecados* pero insuficientes. Empeoramiento al despertar y una hora después de las comidas, mejoría tras una corta siesta.
- *Carbo vegetabilis*: estado tífico, debilidad, torpeza, falta de reacción. Como consecuencia de una virosis (*mononucleosis*). El niño está desesperado y se enfada fácilmente. *Cuerpo helado con sudores fríos*, piel blanquecina, dolor en el hipocondrio izquierdo y *esplenomegalia*. Mejora al *ventosear* y con los *eructos*.
- *Sulfur*: fiebre en el transcurso de las afecciones que se *arrastran*, tórpidas, mal declaradas. Empeoramiento con el calor, especialmente *con el de la cama*; el pequeño enfermo tiene *las plantas de los pies ardiendo*, intenta destaparse y pide que le abran las ventanas. Enrojecimiento de los labios y de las orejas, *piel sucia con erupciones diversas*.
- *Opium*: temperatura elevada, de aspecto típico, *rostro congestionado*, sudores calientes y extremidades frías. Como consecuencia de emociones violentas o de *miedos*. El niño se muestra tanto *entumecido* y somnoliento como *alegre* con alucinaciones. Retención de orina con incontinencia; insensibilidad y paresias pero hipersensibilidad a los ruidos; ojos medio cerrados y miosis; maxilar inferior *caído*.
- *Baptisia*: fiebre de las *septicemias* o *infecciones graves* (salmonelosis). Postración, confusión y *delirio*; se duerme a mitad

de una frasc. Sed intensa de agua fría; todo está *pútrido*, estomatitis ulcerosa, púrpura. Mejoría con el reposo.

Bioterápicos y otros remedios

Nos queda hablar de los bioterápicos y de algunos remedios particulares difíciles de clasificar. La mayoría de los bioterápicos son tratados en el capítulo sobre las diarreas (*ver* capítulo IX.4); para evitar las repeticiones, nos limitaremos a estudiar aquellos que no se contemplan en el capítulo mencionado.

- *Streptococcinum*: remedio de infección por estreptococos que puede ser de utilidad asociado con otro remedio indicado para la fiebre, esencialmente en las *anginas* (y también a título preventivo durante una epidemia de escarlatina).
- *Staphylococcinum*: lo más adecuado es administrarlo y repetirlo durante las infecciones producidas por estafilococos, subagudas o crónicas. Personalmente, no nos parece un remedio para la fiebre.
- *Vaccinotoxinum*: en nuestra opinión, sus indicaciones están estrictamente limitadas a las infecciones *vesículo-pustulosas*; insistiremos también en su interés en los *herpes*, el *zona*, la *varicela* y las estomatitis aftosas (9 CH o 15 CH).
- *Anthraxinum*: remedio de los furúnculos, del ántrax o de los flemones con alteraciones del estado general (9 CH a 15 CH).
- *Oscilloccinum*®: remedio universal para las gripes o las afecciones estacionales al principio de la enfermedad: una dosis repetida o fraccionada para los más pequeños. Ampliamente utilizado gracias a la publicidad.

Para acabar mencionaremos dos remedios de supuración.

- *Echinacea*: se empleará en *muy baja dilución*, tintura madre o primeras decimales; su acción (diez gotas en una pizca de azúcar una o dos veces al día) nos parece extremadamente interesante. *Supuraciones*, abscesos, linfangitis, fiebre anárquica con náuseas, sudores fríos y pulso acelerado en un niño confuso, somnoliento y agotado.
- *Siegesbeckia*: fiebre *sin sudores* con mialgias y agujetas, especialmente a nivel de la nuca. Obnubilación, dificultad para tener los ojos abiertos, tos seca y náuseas que se agravan al beber. Seguramente, se trata de un remedio poco empleado y que valdría la pena revalorizar. La afección puede implicar *todos los aparatos y todos los tejidos* (diluciones bajas demostradas).

POSOLÓGIA

Una vez encontrado el remedio, tanto las diluciones altas (9 CH o 15 CH en toma única) como las diluciones más bajas (4 CH, 5 CH, 7 CH, repetidas varias veces al día y a reducir cuando aparezca la mejoría) son igualmente eficaces.

En nuestra práctica, pese a que los remedios están perfectamente controlados, tanto en el plano etiológico como en el de las características de la reacción de cada niño enfermo a su fiebre, tenemos la tendencia a utilizar diluciones altas (en dosis) cuya

acción puede revelarse eficaz contra la fiebre como síntoma propio pero también, a veces, contra la enfermedad que la provoca. En otros casos en los que la similitud es menos evidente se recomendarán o asociarán las bajas diluciones.

En la práctica corriente, sería conveniente decantarse por la elección de un remedio entre los diez primeros que hemos citado (sobre todo si el médico no se siente demasiado experimentado) asociados eventualmente a los bioterápicos.

No obstante, existen otras posibilidades y por esta razón no nos hemos querido limitar a la presentación de los diez remedios más frecuentes; sepamos que el riesgo de fracaso es, en este caso, mucho más importante y que para evitarlo, debemos mostrarnos muy exigentes con la similitud que pueda existir entre el cuadro presentado por el niño y la patogénesis de los remedios más excepcionales.

La eficacia de estos remedios para la fiebre y su rapidez de acción pueden parecer sorprendentes; no obstante, depende de nuestra capacidad para descubrir no solamente el o los signos de orientación formales, sino también, naturalmente, la causa de la fiebre. En el transcurso de determinadas enfermedades graves o de infecciones profundas, el milagro no siempre es posible o no siempre es inmediato.

El tropismo de uno u otro remedio (con la piel, las mucosas, la rinofaringe, el pulmón, etc.) puede ser una orientación fiable en la búsqueda del remedio contra la fiebre, pero, a la inversa, a veces puede permitirnos también comprender mejor y, en algunos casos, prevenir la evolución de la enfermedad causal.

En cualquier caso, hay que ser prudentes aunque también audaces, invirtiendo todas nuestras posibilidades de observación, de comprensión y de precisión semiológicas en la búsqueda del remedio más próximo al cuadro clínico de la fiebre.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLEN WC (1990) Matière médicale de la fièvre. Similia. París; 284 p.
 BEAUFILS F, BOURRILLON A (1985) La fièvre du nourrisson. Arch Fr Pédiatrie; 42: 53-61.
 BOURGARIT R (1987) Thérapeutique homéopathique du nouveau né et du nourrisson. Maloine. Paris. pp. 134-142, 333-337.
 BROUSSALIAN G (1983) Les symptômes clés de la Matière médicale d'après Kent. Broussalian. Grenoble. 512 p.
 CHEREAU G (1990) L'enfant fébrile, illustration. VIII Rencontres des pédiatres homéopathes. Arles.
 DUPRAT H (1985) Traité de Matière médicale homéopathique (3^a ed). Baillière-Similia. París. pp 1068-1077.
 GRABER D (1991) Le syndrome du choc septique. Notes pédiatriques; 8,4.
 Groupement des Pédiatres Homéopathes Parisiens (1992) Conférences mensuelles. 34, rue Félicien-David, París.

- GUERMONPREZ M, PINKAS M, TORCK M (1985) Matière médicale homéopathique. Doin. París; pp 8-12.
 MHAUSER H (1982) Manuel d'homéopathie pratique en pédiatrie. Le Courrier du Livre. Paris. pp 57-70.
 JULIAN OA (1977) Traité de micro-immunothérapie dynamisée (Biothérapies-Nosodes) (tomo II). Le François, París; 552 pp.
 KENT JT (1969) Répertoire de Kent (trad fr Broussalian G). Broussalian. Grenoble.
 PERELMAN R (1982) Pédiatrie pratique. Maloine. París. p 271.
 SAREMBAUD A, ADIDA M, FEYDEL A, DESPRADELS J, RENARD JP, SCIMÉCA D, Van STEENKISTE A (1991) Être médecin homéopathe sans complexe devant un nourrisson fébrile. XXXVI Congrès de la Fédération nationale des Sociétés médicales homéopathiques de France, Besançon.

IX.4

Patología digestiva de la primera infancia

M. Deltombe-Kopp
G. Jägerschmidt

Desde el momento del nacimiento, madre y médico desean para el bebé un crecimiento estatural y un desarrollo general de lo más armoniosos.

El funcionamiento digestivo juega un papel fundamental.

Un niño correctamente alimentado, sin diversificación demasiado precoz, con pocos alimentos prefabricados y congelados, que recibe nuestro cariño y nuestro estímulo como respuesta a sus necesidades y con todo el respeto a sus ritmos biológicos, crecerá y se desarrollará sin problemas.

Los trastornos digestivos podrán alterar de forma más o menos importante este equilibrio de salud.

En este artículo se consideran y tratan las siguientes alteraciones:

- el reflujo gastroesofágico, patología de actualidad, sin duda sobreestimada, y de importantes complicaciones -vómitos y dolores cuando aquéllos son dominantes, trastornos laríngeos y broncopulmonares, bradicardia y malestar, miedo a la muerte súbita-, para el cual hay que conocer los muy eficaces remedios simillimum;
- las diarreas cotidianas en práctica pediátrica, de etiología y de expresiones clínicas variadas, para las cuales existen numerosos remedios correspondientes;
- el estreñimiento, que permite reconocer los remedios de los diferentes tipos de niños estreñidos; bien utilizados, éstos evitarán también su perjudicial círculo vicioso que puede prolongarse hasta la edad adulta.

REFLUJO GASTROESOFÁGICO

DEFINICIÓN

El conocimiento de los mecanismos y de las complicaciones del reflujo gastroesofágico (RGE) es una adquisición relativamente reciente. Hace diez años sólo se hablaba de regurgitaciones o de vómitos exteriorizados.

Probablemente, este diagnóstico está *sobreestimado*, pero muchos estudios han destacado las probables correlaciones con múltiples síndromes cuya curación parece suponer el tratamiento del RGE.

Ciertamente, la etiología de estos diferentes síndromes no es unívoca y las causas que lo producen son plurifactoriales, no obstante, su importancia y la realidad de las correspondencias explican el gran interés de la investigación de los RGE.

Basándonos en los datos de la fisiopatología, mostrados por la pHmetría y la manometría, hemos intentado encontrar un nuevo enfoque de este fenómeno. Así pues, hemos trabajado en las rúbricas repertoriales respecto a las regiones epigástrica y del cardias: dolor, hiperacidez, vagotonía, dispepsia atónica, hipertonía (hipercinesia, acalasia), ulceraciones.

Ante nuestra sorpresa, no sólo hemos hallado remedios de efecto benéfico experimental sino que además hemos encontrado, en la patogénesis de estos remedios la descripción de toda una cascada de hechos encadenados entre sí y que reproducen fielmente el cuadro de los RGE y sus principales complicaciones.

CLÍNICA DEL RGE

Problema muy complejo, que se presenta en diferentes momentos de la vida del niño y con diferentes grados de urgencia y gravedad, el RGE presenta diferentes cuadros que intentaremos esquematizar, aunque ello pueda parecer arbitrario y pese a que, con frecuencia, se pueda pasar de uno a otro.

Vómitos aislados

El vómito o la regurgitación aislados representan el cuadro clínico más simple: ausencia de dolor, ausencia de signos de

Toda referencia a este artículo debe llevar la mención: DELTOMBE-KOPP M., JÄGERSCHMIDT G. - Patología digestiva de la primera infancia - Homeoparfa, Cap. IX:4 - Enciclopedia de las Medicinas Naturales - Ediciones Frison-Roche (París, Francia), 1995.

acompañamiento y buen aumento ponderal, es el cuadro del lactante o del niño que siempre vomita.

Como hecho de capital importancia, señalaremos que estos vómitos son siempre exteriorizados excepto en el caso de que se acompañen de mericismo.

Este síntoma aparece en la patogénesis de un gran número de remedios, no obstante, es necesario señalar la importancia del remedio de base que cubre la globalidad. En este capítulo, nos limitaremos a una simple enumeración a fin de evitar su pesadez.

Aethusa cynapium (debilidad y deseo de mamar sin cesar), *Antimonium crudum* (con su mal humor), *Antimonium tartaricum* (con su somnolencia), *Calcarea acetica*, *Calcarea carbonica* (incremento durante la dentición), *Calcarea phosphorica* (con poca apetencia por la leche de su madre y expectoraciones), *Carbo vegetabilis* (flatulencias y sudores fríos), *China*, *Cuprum*, *Ipeca*, *Iris versicolor* (con su acidez), *Lycopodium*, *Magnesia carbonica*, *Magnesia muriatica* (con su estreñimiento), *Nux vomica*, *Phosphorus*, *Pulsatilla*, *Sepia*, *Silicea*, *Sulfur* y *Valeriana*.

Esofagitis

Cuadro bastante complejo del lactante o del recién nacido que presenta dolores al beber o después de las comidas, que se retuerce o que llora y cuyo crecimiento ponderal se ve alterado. La esofagitis es un factor de los trastornos reflejos o mecánicos:

- anemia y carencia de hierro, consecuencias directas de la esofagitis, a veces precoces, que pueden favorecer las infecciones recidivantes.
- sensibilización a las proteínas de la leche de vaca;
- bradicardias reflejas;
- apneas nocturnas que empeoran antes de despertar;
- pausas respiratorias nocturnas o prandiales.

Este cuadro esofágico presenta, además y sobre todo, el riesgo de muerte súbita inexplicable (MSI). Ciertamente, su etiología es plurifactorial, pero parece existir una correlación entre el RGE y la muerte súbita: se ha encontrado en el 40% de las MSI así como en el 20% de los hermanos de los afectados por MSI.

Complicaciones respiratorias

El tercer cuadro puede aparecer imbricado con el segundo aunque puede revelarse tardíamente. Las manifestaciones son, ante todo, respiratorias: bronquitis asmáticas recidivantes, laringitis, otitis serosas, toses repetitivas nocturnas, traqueítis crónicas.

A pesar de que se estima que el 60% de los RGE se curan definitivamente a la edad de 18 meses, el 30 % persiste por encima de los 24 meses.

El mecanismo de estas complicaciones utiliza falsos caminos como hipertonia del vago, "como si" la hipotonía del esfínter in-

ferior del esófago fuera debida a la inmadurez del plexo de la parte baja del esófago que exigiría, a fin de paliar la situación, la hipertonia del vago de la cual se derivarían el broncoespasmo y la bradicardia.

LATENCIA DEL RGE

La gran característica del RGE es la falta de exteriorización del fenómeno: un estudio gammagráfico ha demostrado que en 82 lactantes con 22 "near-miss" y 12 hermanos y hermanas de MSI, sólo se encontraron 61 vómitos exteriorizados para 636 episodios de reflujo, es decir, solamente el 9,6%.

Así pues es de capital importancia documentar las sospechas de RGE, puesto que la ausencia de vómitos en los lactantes, lo cual no supone la eliminación del RGE, puede originar un tratamiento abusivo y prolongado. Para ello se hace necesario realizar un balance del tránsito esogástrico mediante la pHmetría, la manometría o la fibroscopia. En efecto, suele ser muy difícil separar los RGE y los cólicos del primer semestre.

TIPOS DE RGE

Una vez realizados los exámenes, se puede encontrar, en el recién nacido y en el lactante del primer mes con mayor frecuencia, una hipertonia del esfínter inferior del esófago con ondas peristálticas anárquicas y una *clearance* esofágica prolongada que determinan el cuadro de la pseudoacalasia.

Por el contrario, en el lactante un poco más mayor y en el niño se encuentra una hipotonía del esfínter con multiplicación de los episodios de reflujo y de otras indicaciones terapéuticas.

BÚSQUEDA DE NUEVOS REMEDIOS¹

Dicha búsqueda nos ha conducido a trabajar en otras rubricas además de los "vómitos", a saber: dolor, hiperacidez, vagotonía, lipotimia, dispepsia atónica, hipertonia, ulceraciones.

Dolor

Suele ir paralelo a la hiperacidez.

- *Arsenicum album*.
- *Causticum*: inmediatamente después de las comidas.
- *Phosphorus*: dolor ardiente pero ¿cómo saberlo?

¹ Los medicamentos presentados en este artículo son valorados tipográficamente según su frecuencia de prescripción terapéutica:

- los más utilizados están escritos en mayúsculas;
- entre los restantes, los que son muy poco empleados pero susceptibles de ser un recurso frente a un fracaso o un resultado incompleto van seguidos de un asterisco (N. del E.).

Dolor al comer (rúbrica repertorial)

Argentum nitricum, Calcarea phosphorica, Carbo vegetabilis, Colchicum, Dulcamara, Muriaticum acidum, Nux vomica, Plantago.

Dolor cordial

Es difícil de localizar en el niño, de manera que los medicamentos son prescritos como referencia a los trastornos del adulto

- CADMIUM SULFURICUM:

- vómitos inmediatos a la más mínima ingestión alimentaria, parduzcos o negruzcos, náuseas violentas, "que afectan a los labios", con palidez y debilidad, eructos ácidos, trastornos de la deglución, lengua parduzca, saliva bastante abundante, erupción peribucal;
- tos laríngea, respiración irregular durante el sueño, pausas, disnea espiratoria, rinitis crónica;
- pulso rápido y débil, hipotermia, sudores fríos;
- todo empeora con el frío.

- **MAGNESIA CARBONICA:** individuo pálido, poco musculado, más bien delgado, atonía gástrica, "hipotonía del esfínter inferior del esófago"; empeoramiento de las 18 a las 19 horas y con la leche, que sin embargo es deseada; vómitos ácidos, en grumos; regurgitaciones ácidas, dispepsia ácida y flatulencia - gas; irritabilidad, mal humor, escalofríos; hipoacusia a veces debida a una otitis serosa; diarrea verdosa, blanda o estreñimiento; espasmo, vesícula biliar, dolor del esófago.

- **Abies nigra:** bloqueo del cardias inmediatamente después de las comidas, molestia esofágica, bradicardia, estreñimiento, dispepsia hiperesténica.

- **Croton tiglium:** náuseas y vómitos aunque la diarrea postprandial asume el papel principal; ataques de tos, irritaciones cutáneas, oculares y de las mucosas respiratorias.

- **Condurango:** irritación y dolor esofágicos retroesternales, ulceraciones; "probablemente es un remedio del cáncer", fisuras en las comisuras de los labios.

- **Spinaea:** ardor de la parte superior del esófago que no empeora con la deglución.

- **Arum triphyllum:** faringe en carne viva.

Hiperacidez

- **SULFURICUM ACIDUM:** vómitos ácidos, deglución difícil y dolorosa, eructos ácidos, dolorosos, "el eructo provoca el llanto"; ardor esofágico, hipo; empeoramiento con las bebidas frías pudiendo provocar un estado de debilidad; salivación, mal aliento, inapetencia, "muguet y aftas"; sudores tras haber bebido algo caliente.

- **Robinia:** síndrome hiperclorhídrico, pirosis; empeoramiento por la noche.

- **Magnesia carbonica** (cf. supra).

- **Carbolicum acidum:** inflamación crónica o subaguda de las mucosas gástricas y esofágicas, gastralgias, pirosis, náuseas, vómitos verdosos, parduzcos o acuosos, mal aliento; empeora durante e inmediatamente después de las comidas.

- **Iris versicolor:** vómitos de leche agria, agravados con el tiempo cálido, ardor del estómago hacia la boca, vómitos ácidos de moco espeso, lengua seca; impétigo peribucal o del cuero cabelludo; posibles crisis diarreicas.

- **Capsicum.**

- **Argentum nitricum**

- **Croton tiglium** (cf. supra).

- **Ipeca.**

- **Natrum sulfuricum.**

Vagotonía

Sólo expondremos los casos en los que, tras examen, el RGE sea positivo.

- LOBELIA:

- trastornos digestivos con náuseas violentas, hipersalivación, sudores fríos de la cara, dolores que empeoran por la noche, al despertar y por la mañana; vómitos seguidos de colapso que empeoran con el movimiento y los alimentos calientes; eructos ácidos, trastornos esofágicos con molestia en la deglución; espasmos del esófago, de abajo a arriba, sensación de subida; hipo;

- disnea espiratoria, que evoluciona en crisis, bronquitis obstructiva, broncopatías infantiles que en algún caso se arrastran, tos violenta, espasmo y constricción laríngeos, trastornos auriculares;

- debilidad y desfallecimiento cardíaco con pulso flojo, lento y débil; bradicardia;

- lipotimia, pérdida del conocimiento, palidez de la cara;

- todo empeora acostado.

- **Digitalis:** remedio cardíaco y hepático, náuseas, lengua limpia, sed intensa, ralentización y signos de desfallecimiento cardíacos, hígado grande un poco doloroso, subictericia.

- **Naja:** bradicardia, hipertonia vagal, pulso irregular, espasmo de la garganta y del esófago con sensación de constricción, espasmo de la laringe con tos sofocante.

Lipotimia

- **Moschus:** empeoramiento después de las comidas.

- **Ammonium carbonicum:** con enfriamiento y nariz tapada.

Dispepsia atónica

- **Conium maculatum.**

- **Kreosotum:** inflamación crónica de la mucosa gástrica con atonía, vómitos cardios, tendencia ulcerosa y a la hemorra-

gia, empeoramiento al beber caliente; hipersalivación y gingivitis hemorrágica.

Hipertonía (hipercinesia, acalasia)

- CAJUPUTUM:
 - *espasmo del esófago*, con constricción, *hipo*, flatulencia;
 - *espasmo laríngeo y de los bronquios*, con ataques de tos.
- CUPRUM:
 - *espasmo digestivo*, doloroso, sin vómitos exteriorizados, mejora bebiendo frío;
 - *tos seca*, espasmódica, asma, broncoconstricción.
- APOMORPHINUM MURIATICUM: vómitos sin náuseas que empeoran con la ingestión alimentaria; salivación y sudores.
- *Asa foetida*: contracción del estómago con regurgitaciones, bolo que remonta hacia la garganta, "movimientos antiperistálticos", espasmos del esófago y degluciones de repetición.
- *Hydrocyanicum acidum*: espasmo del esófago, disfagia, ralentización de la respiración y del pulso, miosis seguida de midriasis, cianosis de la cara y de las extremidades.
- *Abies nigra* (cf. *supra*).
- *Agaricus*.
- *Ipeca*.

Ulceraciones

- *Kalium bichromicum*.
- *Arsenicum album*.
- *Argentum nitricum*.

PRINCIPIOS TERAPÉUTICOS

Al término de este estudio y en base a nuestra experiencia personal, retendremos especialmente:

- En las pseudoacalasia: la asociación *Cuprum*, *Cajuputum* cuando la dilución de *Cuprum* no nos ha planteado demasiados problemas (entre 4 CH y 9 CH); en contrapartida, *Cajuputum* no nos ha parecido eficaz más que a muy bajas diluciones (4 DH o 5 DH).
- En las hipotonías: la asociación *Lobelia*, *Cadmium sulfuricum*; habiendo empezado el tratamiento, en la mayoría de los casos, con diluciones bajas (4 CH y 5 CH) nos hemos visto obligados y bastante rápidamente, ante la reanudación de la sintomatología, a aumentar progresivamente a 7 CH y después 9 CH y 15 CH.

Desafortunadamente, no siempre disponemos de los elementos que nos permitan diferenciar, de manera formal, si se trata de una hipertonía o de una hipotonía. La edad del niño si-

gue siendo un elemento importante puesto que es muy raro encontrarse ante una acalasia después del tercer mes. El examen clínico también puede aportarnos elementos de juicio: niño hipertónico, puños cerrados con reflejos intensos y policinéticos; el recién nacido o el lactante nos harán pensar en una patología espástica; calmado y adormecido (fuera de los episodios de dolor), y con hipotonía mucho más aparente.

No obstante, existen casos en que la duda persiste. Sería muy interesante poder realizar una manometría pero, en la práctica, se pueden proponer dos ensayos terapéuticos sucesivos y establecer un diagnóstico nosológico a posteriori según la eficacia de una u otra vertiente de la terapéutica.

Podríamos haber mencionado otros muchos remedios en la lista que hemos elaborado más arriba, no obstante, todavía no poseemos ni la experiencia ni la práctica suficientes. De todas formas, *Apomorphinum muriaticum* y *Sulfuricum acidum* nos han prestado un gran servicio.

Insistamos una vez más en el lugar siempre primordial del simillimum y finalmente, recordemos la posible etiología psicósomática (sobre todo en el niño más mayor) de las manifestaciones del RGE.

DIARREAS AGUDAS DE LOS MÁS PEQUEÑOS

DEFINICIÓN

Las diarreas agudas de la primera infancia representan un motivo de consulta frecuente, del 10 al 30 % de las actuaciones pediátricas según la estación del año, el medio socioeconómico o el lugar geográfico.

Normalmente, el diagnóstico positivo no plantea problemas puesto que existe la evidencia de heces más frecuentes o más líquidas de lo habitual; no obstante hay que eliminar: la diarrea prandial del recién nacido mientras está mamando y que justifica el "agua de cal" y la falsa diarrea del estreñimiento crónico, muy rara en los más pequeños.

ETIOLOGÍAS

Infecciones entéricas

Ante todo, aclaremos que constituyen la mayoría de los casos. Pueden ser:

- *víricas* (*Rotavirus*), sobre todo si van asociadas a manifestaciones que afectan la esfera ORL o si existe un carácter epidémico familiar o de guardería;
- a veces *microbianas*: *Escherichia coli*, salmonela o shigela (diarreas muy febriles), *Yersinia enterocolitica* o *Campylobacter*.

El coprocultivo, en las formas en las que la deshidratación es moderada, suele ser inútil, su resultado no llega hasta después de la curación. Finalmente recordemos que la presencia de estafilococos, incluso patógenos, o de elementos fúngicos no tiene ningún valor excepto en el caso de que su presencia sea prácticamente exclusiva.

Señalemos, para acabar, que a diferencia de los tratamientos antibióticos, los remedios homeopáticos no corren el riesgo de modificar los resultados de un coprocultivo realizado en un segundo tiempo ni de seleccionar las cepas microbianas posteriormente resistentes.

Infecciones parenterales

Una gran parte de las diarreas de la primera infancia, asociadas o no a vómitos, parecen obedecer a causas extra-enterales aunque este modo reaccional del bebé sea discutido por algunos que piensan que se trata de una difusión microbiana y no de un fenómeno reflejo.

Sin entrar en la discusión, huelga decir que será necesario realizar una búsqueda sistemática de: rinofaringitis, otitis, bronquitis, meningitis y finalmente, cualquier infección independientemente de su campo de acción y el agente causal.

Causas quirúrgicas

Aunque muy raras, hay que eliminar la posibilidad de: apendicitis, pinzamiento lateral de una hernia, invaginación intestinal aguda por vaciamiento reflejo del extremo distal.

Causas exógenas

Abuso de laxantes, antibióticos, excesos alimentarios, intoxicación, *intolerancia a las proteínas de la leche de vaca*.

Causas endógenas

Diarreas emocionales, diarreas dentales en último caso (para algunos, simple coincidencia o relación real de causa a efecto).

COMPLICACIONES

Existen dos riesgos añadidos a la evolución de las diarreas agudas:

- la *deshidratación*, riesgo que aumenta cuanto menor es el niño y que a veces es difícil de evaluar si el niño está gordo; recordemos, a este respecto, que una pérdida de peso de menos

del 5% representa una diarrea benigna, entre 5 y 10% una diarrea seria y por encima del 10% una diarrea grave que necesita, seguramente, una hospitalización a fin de proceder a una rehidratación parenteral;

- la *hipertermia*, que puede incrementar la deshidratación y que también puede ir acompañada de convulsiones que exijan cuidados especiales.

TRATAMIENTO

Reglas higiénico-dietéticas

A pesar de su importancia, no podemos extendernos en el tema. Recordemos, no obstante, la necesidad de que el niño beba y en el caso de que vomite, que sea a pequeñas cantidades (Adiaril®, GES 45° o Lytren®), suprimir la leche o sustituirla (Diaragal®, HN 25°), instaurar una dieta antidiarreica en los niños más mayores (sopa de zanahorias, arroz, manzana, pomelo).

Tratamiento homeopático

Evidentemente, este capítulo incluirá muchas repeticiones y similitudes con el tratamiento de las diarreas del adulto, por cuya razón intentaremos ser lo más concisos posible.

Bioterápicos

– PARATYPHOIDINUM B:

- fiebre elevada en general, raramente oscilante, con sudores generalizados, cefaleas y epistaxis;
- etiología: salmonelosis o cuadro cercano con somnolencia, postración, indiferencia y fatiga intensa, insomnio, intolerancia al ruido, bradicardia, pulso irregular;
- diarrea matinal y postprandial, cólicos, náuseas, vómitos, inapetencia (desnutrición y deshidratación) (*otorrea, estomatitis, infección de las glándulas salivales*) [observación personal].

– SUERO DE YERSIN:

- son posibles todos los tipos de fiebre, agudas o subagudas, pero generalmente graves;
- etiología: las virosis y por analogía, las yersiniosis, *Rotavirus*;
- alternancia o concomitancia de signos rinofaríngeos y digestivos con diarrea e incluso deshidratación, dolor en la fosa ilíaca derecha por afección del íleon (*afección bronquial*).

– PYROGENIUM:

- fiebre con oscilaciones rápidas, unas veces moderada con pulso rápido y otras elevada con pulso lento y que puede

acabar en un shock con piel fría y pálida, orificios nasales pinzados y ojeras;

- escalofríos generalizados que empiezan entre los omóplatos y hacia las 19 horas; sudores fríos de la cabeza, la cara y las extremidades; dolores óseos;
- etiología: infecciones localizadas o generalizadas con supuración, sobre todo de origen bacteriano;
- agitación por el dolor que aumenta con las manipulaciones; postración y ansiedad con parloteo desordenado;
- posibilidad de vómitos que empeoran con las bebidas calientes, de diarrea maloliente, aliento fétido con boca seca y sed intensa (todas las secreciones huelen mal);
- oliguria, respiración a sacudidas, tos que mejora al sentarse y con el calor en todas sus formas.
- *Putrescinum*:
- cuadro próximo al precedente pero polaridad digestiva más clara;
- etiología: conservas y alimentos echados a perder.
- **ENTEROCOCCINUM**:
- fiebre con punto de partida intestinal, aguda, subaguda o crónica;
- heces flemáticas, sanguinolientas o en “boñiga de vaca”, necesidades urgentes entre las 4 y las 9 horas;
- fatiga, hipotensión, posibles dolores cólicos en barra con náuseas, flatulencias e inapetencia;
- lengua blanca, cistalgias, irritabilidad.
- **PENICILLINUM**:
- fiebres moderadas y persistentes con debilidad y sensibilidad excesiva al frío;
- etiología: infecciones persistentes, atenuadas con un tratamiento antibiótico (infecciones ORL);
- diarrea poco abundante pero con mal olor.

Remedios de diarrea en un contexto infeccioso

- **ACONITUM**: diarrea verdosa, como consecuencia de un frío seco o un susto, de inicio violento poco antes de medianoche, fiebre elevada, miosis, dolor en la fosa ilíaca izquierda; *ansiedad, hiperestesia, agitación física y mental*.
- **ARSENICUM ALBUM**: heces poco abundantes pero frecuentes, fétidas, excoriantes, como consecuencia de bebidas o alimentos helados o en mal estado, empeoramiento de la 1 a las 3 de la mañana, fiebre con cuerpo helado, mejoría con el calor; *sed intensa de pequeñas cantidades de agua y que se devuelven rápidamente*, mucosas y piel secas, *ansiedad desesperada y debilidad*.
- **FERRUM PHOSPHORICUM**: diarrea lientérica indolora, *salpicada de sangre roja*, empeoramiento al final de la noche y por la mañana, fiebre moderada, dolores que mejoran tras la defecación, rostro caliente con alternancia de palidez y enrojecimiento, individuo débil y poco reactivo.
- **MERCURIUS SOLUBILIS**: heces flemáticas; como conse-

cuencia de un cambio de temperatura o de clima; empeoramiento por la noche, con el calor de la cama, poca fiebre, dolores abdominales con sensación de que la exoneración no se acaba nunca; *lengua blanda, sucia, húmeda y que mantiene la marca de los dientes*; náuseas y escalofríos antes de la defecación, sed de bebidas frías, *sudores nocturnos sin alivio*, temblores, movimientos descoordinados.

- **MERCURIUS CORROSIVUS**: más indicado para el verano; heces muco-hemorrágicas, tenesmo anal y vesical, empeoramiento por la noche, *dolores anal y transversos, labios hinchados y negruzcos*, encías esponjosas, hipersalivación y estomatitis; delirio, ojos abiertos pero que no siguen la mirada.
- **PHOSPHORUS**: diarrea acuosa con tendencia hemorrágica, que parece brotar “como de un grifo”, fiebre con cuerpo caliente; *tiene mucha hambre*; sed insaciable de agua fría que devuelve inmediatamente, subictericia; típico de ansiosos, longilíneos con los ojeras y pómulos enrojecidos.
- *Belladonna*?: pequeñas heces mucogranulosas; como consecuencia de un enfriamiento, acmé entre 15 y 23 horas, fiebre intensa, ondulante, con calor radiante seguido de *piel húmeda y sudores*, dolores que empeoran con el tacto y el movimiento, abdomen tenso y caliente, sed que no puede saciarse debido a la disfagia, hiperestesia; *midriasis*, alternancia de abatimiento y excitación (convulsiones).
- *Bryonia*: diarrea parduzca, abundante, unida a veces a incontinencia, tras haber cogido frío en verano o tras una bebida fría o un helado cuando hace calor, fiebre y dolores abdominales moderados; *sed de grandes cantidades de agua a largos intervalos*, boca seca; típico de individuos tónicos y musculados; *mejoría con el reposo, los dolores mejoran con una presión fuerte*.

Diarreas con agotamiento, postración y adinamia

- **VERATRUM ALBUM**: diarrea profusa, inodora, emitida violentamente, que mejora con las bebidas calientes que sin embargo rechaza; puede presentar fiebre pero con frío intenso del cuerpo y de la lengua; *dolores en calambre; vómitos concomitantes; colapso*, postración o episodios delirantes, sudores fríos de la frente.
- **CUPRUM ARSENICOSUM**: heces coleriformes, mejoría con el calor; *espasmos y calambres*; náuseas y vómitos que mejoran con las bebidas heladas (ruido de “gluglu” durante la deglución), abdomen duro y tenso, *postración o agitación* (convulsiones tónicas o clónicas, sobresaltos mientras duerme), cuerpo frío.
- *Baptisia*?: diarrea fétida, empeoramiento por la noche y al despertar, escalofríos hacia las 11 horas y fiebre hacia las 15 horas; *olor pútrido e intolerable del aliento*; atontado con cara enrojecida y sombría.
- *Camphora*?: heces incoloras, a veces involuntarias, dolores epigástricos intensos, vómitos sin previo aviso, *cuerpo helado, labios lívidos pero no soporta estar tapado*.