

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/354495089>

# La vacuna original y las pseudovacunas subsiguientes

Preprint · September 2021

DOI: 10.13140/RG.2.2.21150.46403

---

CITATIONS

0

READ

1

1 author:



Joaquim Nabona

Medical Research Centre for Immune PhotoHomeorhesis

24 PUBLICATIONS 4 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Analogy, energy, homeorhesis, simplicity. [View project](#)

## La vacuna original y las pseudovacunas subsiguientes Original vaccine and subsequent pseudovaccines

Joaquim Nabona, MD

### Abstract

Mimicking the antivariolous protective effect of accidental infection of cowpox, the smallpox vaccine extinguished the pre-existent susceptibility to variolous contagion, when administered to unexposed hosts. The vaccine was systematized by *Edward Jenner* at the end of 18th century, and its protective effect is an example of the phenomenon of cross-immunity between microbial species mediating a quite similar semiology.

*Jennerian* viral anaprophylaxis constituted a significant analogical progression from the previously practised variolization, and contributed –*similia similibus*– to the eradication of human smallpox. However, it is an exception of the normative microbial specificity of current “vaccinological” isopatic (*aequalia aequalibus*) –*per idem*– medical interventions, which neglect the original foundation of the vaccine, i.e. the inherent simplicity in the principle of similitude and its intrinsic law of healing by means of analogical semiology.

Such an epistemological regression justifies introducing the neologism ‘pseudovaccine’ in the scientific language and medical communication, for the sake of clarity.

### Key-words

analogy, cross-immunity, isopathy, pseudovaccines, semiology, vaccinia (cow-pox), variola (small-pox).

### Resumen

Imitando el efecto protector antivarioloso de la infección accidental de la viruela vacuna, la vacuna antivariólica extinguía la susceptibilidad pre-existente al contagio varioloso, si se administraba a huéspedes no expuestos. La vacuna fue sistematizada por *Edward Jenner* a finales del s. XVIII, y su efecto protector es un ejemplo del fenómeno de la inmunidad cruzada entre especies microbianas mediadoras de una muy análoga semiología.

La anapofilaxis viral *jenneriana* constituyó una significativa progresión analógica desde la hasta entonces practicada variolización, y contribuyó –*similia similibus*– a la erradicación de la viruela humana. Sin embargo, es la excepción de la microbio-especificidad normativa de las actuales intervenciones médicas isopáticas (*aequalia aequalibus*) –*per idem*– “vacunológicas”, las cuales negligén el fundamento original de la vacuna, a saber, la simplicidad inherente al principio de la similitud y su intrínseca ley de curación por analogía semiológica.

Esta regresión epistemológica justifica la necesidad de introducir el neologismo ‘pseudovacuna’ en el lenguaje científico y en la comunicación médica, en aras de la claridad.

### Palabras clave

analogía, inmunidad cruzada, isopatía, pseudovacunas, semiología, viruela vacuna, viruela humana.

### Contenido:

1. Introducción	pág. 1
2. La variola o viruela humana	pág. 2
3. La variolización	pág. 3
4. La extinción de la pre-existente susceptibilidad	pág. 4
5. La analogía nosológica inmunizante	pág. 8
6. La predisposición. El punto de la etiología	pág. 13
7. Discusión	pág. 17
8. Conclusión	pág. 26
9. Referencias	pág. 27
10. Figura	pág. 32

## 1. Introducción

El 8 de mayo del año 2020, en pleno apogeo de la crisis sanitaria y social mundial mediatizada por el pánico al “nuevo coronavirus”, pasó totalmente inadvertida la conmemoración del 40 aniversario del anuncio oficial por parte del Organización Mundial de la Salud (OMS) de la erradicación de la viruela humana del mundo <sup>1</sup>, el mayor y único hito relevante conseguido por la vacunología.

Tras meses y meses de exposición al SARS-CoV-2, y de contagio natural, y en plena campaña de inmunizaciones activas, artificiales, no individualizadas, “*one-size-fits-all*”, no personalizadas, sistemáticas COVID-19, se pretende ahora inmunizar activa y artificialmente a los adolescentes y a los adultos jóvenes menores de 45 años.

Con la población subyugada al mensaje pseudocientífico subliminal “Contagio natural, No; Inoculación artificial, “vacunal”, Sí.” inherente al discurso institucional y mediático, microbio-céntrico, del miedo al “enemigo exterior, invisible, letal y temible” <sup>2</sup>, se quiere ahora “vacunar” a unos grupos de edad, cuyos integrantes en su inmensa mayoría es muy probable que haga meses que se hayan inmunizado activa y naturalmente, en la mayoría de casos asintóticamente, frente al SARS-CoV-2. Se trata de unos grupos de edad con bajo porcentaje de morbilidad crónica manifiesta, y por consiguiente de muy bajo riesgo de desarrollar enfermedad infecciosa severa o crítica, y que, de estar ya inmunizados naturalmente, gozarían de inmunidad cruzada ante las nuevas mutaciones y variantes virales, y que, por poseer resistencia individual o por estar ya inmunizados, y no ser infectivos, tendrían una mínima capacidad transmisora comunitaria viral.

Sorprendentemente, dicha campaña a nivel poblacional se lleva a cabo:

a) sin que los sistemas sanitarios, eufemísticamente llamados “sistemas de salud”, tras un año y medio de exposición de sus usuarios supervivientes al contagio natural, hayan hecho algo para optimizar la eficiencia de su fotohomeorresis inmunitaria individual <sup>3</sup>, particularmente la de los adolescentes y adultos jóvenes menores de 45 años, de ambos sexos, a los que ahora se pretende inmunizar artificialmente, y

b) sin previamente evaluar su estado inmunitario individual, ni verificar si ya han desarrollado inmunidad adaptativa linfocítica y memoria inmunológica específica natural <sup>4-6</sup>, o si poseen inmunidad cruzada duradora y robusta ante los coronavirus <sup>7-9</sup>.

Así pues, estas intervenciones médicas, supuestamente preventivas, podrían ser muy cuestionables por innecesarias, inefectivas, potencialmente yatrogénicas, y por obedecer a razones no científicas <sup>10</sup>.

Ante esta realidad, reflexionar sobre la naturaleza y la significación de la vacuna de *Edward Jenner* (1749-1823) <sup>11</sup> que a partir de 1798 contribuyó a la erradicación de la viruela humana es un deber epistemológico.

Esclarecer la tan importante y trascendente diferencia conceptual existente entre la naturaleza inmunogénica de la vacuna original y la de las subsiguientes intervenciones médicas profilácticas microbio-específicas, “vacunales”, COVID-19 incluídas, es la finalidad de este manuscrito.

## 2. La variola o viruela humana

La viruela humana (viruela mayor, clásica, asiática) (*variola, smallpox*) es una enfermedad vírica muy contagiosa, que desde tiempos inmemoriales afectó a los seres humanos de todas las edades, y constituyó en otro tiempo una de las plagas más terribles causante de numerosas víctimas.

La predisposición a la enfermedad era enorme; ninguna edad estaba libre de padecerla <sup>12</sup>. Todas las personas eran susceptibles a la viruela <sup>13</sup>. Evidencias ciertas de la viruela humana en el mundo antiguo se conservan en momias del antiguo Egipto (~1.580 aC) <sup>14</sup>.

Fue una enfermedad aguda febril infecciosa, muy contagiosa y severa, caracterizada por una particular erupción en la piel. Si bien, como en toda enfermedad infecciosa, su patogenicidad genómica –infectividad o virulencia relativa–, y su patogenicidad antigénica <sup>15, 16</sup>, dependían del estado inmunitario del huésped. La viremia asociada daba lugar a inflamación endotelial capilar y perivascular de la dermis. El hígado, el bazo y los ganglios linfáticos se veían a su vez afectados.

Tras un primer período febril inicial con profundo malestar, vómitos y dolores de espalda y raquis, asociado a un exantema fugaz, sucedía el segundo período de 5 a 10 días de duración caracterizado por el exantema variólico específico que pasaba por las etapas de mácula, pápula, vesícula y pústula. La fase pustular, con lesiones umbilicadas multilobulares, especialmente manifiesta en la cara y manos, iba asociada a la fiebre de supuración, y a dolores urentes en la piel <sup>12</sup>.

Las mucosas, entre ellas las digestivas y respiratorias, también participaban en la erupción. Así, podía también dar lugar a: inflamaciones oculares severas, con pústulas en la conjuntiva ocular, ceguera <sup>14</sup>, sordera, dificultad respiratoria, diarreas copiosas disintéricas, pericarditis, hidrocele, orquitis, ovaritis,... <sup>17</sup>

Su tercer período, era el de la desecación. Hacia el duodécimo día las pústulas se secaban y transformaban en costras, empezando por la cara, y se presentaba un intenso prurito <sup>12</sup>.

Su transmisión se verificaba por contacto de unas personas a otras y, además, por el aire, mediante gotitas de *Flügge* procedentes de la boca y nariz y por medio de objetos. Exógenamente tenía su puerta de entrada en la mucosa de las vías respiratorias superiores. Las picaduras de insectos también podían transmitirla. Como ya se ha indicado, la predisposición a la enfermedad era enorme; ninguna edad estaba libre de padecerla. Tuvo así prevalencia mundial y era una infección endémica allí donde la densidad de población fuese suficiente para mantener la transmisión <sup>13</sup>. Sus brotes constituyeron, en otro tiempo, plagas (epidemias) malignas y terribles. Causó numerosas víctimas, también infantiles, incluso en Europa. La letalidad variólica fue del 20% y llegó a alcanzar un 40% de los infectados que desarrollaban la enfermedad.

Transmitida a principios del s. XVI por los europeos al Nuevo Mundo causó epidemias catastróficas que literalmente diezmaron a los indígenas amerindios y ocasionaron el colapso de los imperios azteca e inca <sup>14</sup>.

En la interacción huésped-microbio, en función de la inmunocompetencia del huésped y su relación inversa con *la virulencia* -la infectividad, la patogenicidad genómica-*relativa* del agente variólico, se podían dar diversas formas evolutivas. Una de ellas, frecuente, fue la forma ligera, alastrim o viruela menor, benigna, con conservación del estado general. En cambio, la viruela pustulosa hemorrágica (púrpura variolosa) cutánea, de las mucosas y los órganos internos era rápidamente mortal, ya antes de transcurrir la primera semana y de haberse desarrollado del todo la erupción <sup>13</sup>.

El haberla sufrido y superado dejaba inmunidad activa, por lo general, permanente. Paralelamente, las profundas cicatrices, huellas o marcas de la viruela, características, debidas a la supuración y destrucción de las glándulas sebáceas de la cara, perduraban de por vida.

El virus variólico (*variola virus*) mediador era y es un miembro de los poxvirus, con ADN bicatenario, resistente a la desecación y al frío, fotosusceptible a la radiación UV solar <sup>14, 15</sup>. Ésta es la razón por la cual la viruela humana prevalecía menos durante el verano. No tiene reservorio animal <sup>13, 14, 20</sup>.

### 3. La variolización

Desde la antigüedad, y de forma ya bien documentada desde el siglo XVI en la India, se practicó la variolización –isopática (gr. *isos* 'aequalia, igual') o *per idem*– para la profilaxis de la viruela humana *grave*, consistente en la introducción de pus desecado procedente de pústulas varioloides –atenuadas, del año anterior– <sup>21</sup>, o de casos benignos de viruela <sup>13</sup>, en la piel de huéspedes no infectados. Desde el siglo XV en China hay también constancia de que se practicara oficialmente la variolización para la prevención de la viruela humana <sup>23</sup>.

Ésta fue la primera metodología profiláctica conocida utilizada para controlar la severidad potencial de la viruela humana. La variolización era el proceso por el cual material de lesiones variolosas (pústulas) se administraba profilácticamente a personas no infectadas, que no habían contraído la viruela. El material se aplicaba fresco, más efectivo, o bien “cocido”, más seguro, en forma de escamas tratadas. Se aplicaba ya sea escarificando el material en la piel del brazo, o bien inhalándolo por vía nasal. De este modo las personas desarrollaban los síntomas asociados a la viruela, como la fiebre y el exantema, de manera menos grave. Por consiguiente, morían menos personas por la variolización que por haber contraído naturalmente la viruela humana <sup>24</sup>.

Durante los siglos XVIII y XIX en ciertas áreas endémicas de África las madres ataban un pañuelo alrededor del brazo afectado de viruela humana de un niño, para posteriormente atarlo alrededor del brazo de otro niño aún no afectado, y así variolizarlo <sup>25</sup>.

Hacia finales del s. XVII en Turquía la variolización era también una práctica habitual sumamente efectiva para la prevención de la viruela humana. Fueron ciudadanos y médicos británicos que residieron en Turquía a principios del s. XVIII los que la dieron a conocer y la introdujeron en Inglaterra en el año 1721. Enseguida se dió también a conocer en los Estados Unidos de América.

La variolización era efectiva, pero sus resultados eran erráticos, y un 2%-3% de los variolizados morían a consecuencia de la viruela contraída por la inseguridad de dicha práctica <sup>22</sup> isopática.

Así pues, si bien el origen preciso de la variolización isopática (empleo de material de la viruela humana para prevenir la gravedad de *la misma* enfermedad –la viruela humana–) permanece elusivo, todo apunta que se desarrolló en algún lugar de Asia central, en la India, en el contexto de la medicina ayurvédica <sup>21</sup>, ya a finales del primer milenio <sup>14</sup>, y desde allí se extendió hacia el este a China, y hacia el oeste a Turquía, África y Europa <sup>22</sup>.

#### 4. La extinción de la pre-existente susceptibilidad al contagio varioloso

A semejanza de la viruela humana existen otros tipos de viruela que afectan a los animales, entre ellas, la viruela de las vacas o viruela vacuna (*cowpox*). Ésta es más benigna que la viruela humana. En las vacas la viruela ocasiona una peculiar erupción limitada en sus tetas y ubres.

La infección del hombre por la viruela vacuna (*cowpox*) ocurre por contacto directo durante el ordeño; en las granjeras y ordeñadoras las lesiones están por lo general limitadas a las manos, o a las muñecas. La lesión local está asociada a fiebre con linfadenitis e hinchazón del brazo <sup>13, 17</sup>.

El granjero inglés *Benjamin Jesty* (1737-1816) de Yetminster, condado de North Dorset, era conocedor del relato popular acerca de las ordeñadoras que accidentalmente en su trabajo contraían la viruela vacuna y quedaban de algún modo protegidas de la viruela humana. Así, estaba convencido que él también era inmune a la viruela humana (*smallpox*) por haberse contagiado de la viruela de sus vacas (*cowpox*).

*Jesty* intuyó algo muy simple, a saber, que si las ordeñadoras accidentalmente vacunadas dejaban de ser susceptibles al contagio varioloso, si uno imitara lo que naturalmente ocurría, esto es, si uno inoculara deliberadamente material fresco pustuloso de la viruela vacuna a una persona joven y sana, aún no expuesta al contagio varioloso, ésta también dejaría ser susceptible a dicho contagio.

Así en 1774, ante la amenaza de un nuevo brote de viruela humana, tuvo la gran fortaleza de espíritu de tomar linfa de viruela vacuna de las lesiones de la ubre de una vaca infectada, e inocularla deliberadamente a su mujer y a sus dos hijos. Y éstos no contrajeron la variola, la viruela humana.

*Benjamin Jesty* fue pues la primera persona (conocida) que imitó experimentalmente el fenómeno natural consistente en que la infección accidental por la viruela vacuna protegía al huésped frente a la viruela humana, y así introdujo la viruela vacuna por inoculación, vacunando a su familia en el año 1774.

Cuando sus vecinos supieron lo que había hecho, *Jesty* fue objeto de burla. Se horrorizaron al saber que había inyectado a su propia familia una enfermedad animal. Ante tal desaprobación *Jesty*, hombre honesto y recto, se retiró y nunca quiso hacer

público su experimento. En verdad, el acto de *Benjamin Jesty* en el año 1774 constituyó la primera 'vacunación' real conocida – el uso de la viruela vacuna para protegerse frente a la viruela humana <sup>22</sup>.

Su experimento fue todo un éxito, porque sus dos hijos aún permanecieron inmunes, al menos 31 años después, cuando para probar si estaban aún protegidos fueron deliberadamente variolizados con material de la viruela humana, sin que la contrajeran <sup>22, 26</sup>.

Esta experiencia de *Jesty* merece una consideración muy especial, porque la extinción vacunal de la pre-existente susceptibilidad al contagio varioloso se debería a un principio subyacente: la inoculación de una afección moderadamente inofensiva (la viruela vacuna) proporcionaría protección frente a *otra afección concurrente* (la pre-existente susceptibilidad al contagio varioloso) *más débil*, aunque potencialmente mucho más peligrosa, *si* ambas fueran semiológicamente muy análogas/semejantes.

La viruela vacuna no era una infección generalizada. Aparecía esporádicamente en ciertos condados rurales de Inglaterra. Por consiguiente, la sabiduría local que aquellos que contraían la viruela vacuna no cogían la viruela humana no era de dominio público. No obstante, un joven llamado *Edward* tuvo noticia de este conocimiento popular en 1768, siendo él aprendiz de farmacia. Había observado que las ordeñadoras de los alrededores de su población natal, Berkeley (condado de Gloucestershire, Inglaterra), tenían caras notablemente límpidas, sin marcas ni cicatrices de la temida variola. Indagó a qué se debía dicho fenómeno, y aprendió que por haber contraído accidentalmente la viruela vacuna (*cowpox*) ellas habían quedado protegidas de la viruela humana (*smallpox*).

Este joven se convertiría en el médico inglés *Edward Jenner* (1749-1823), que, como correspondía a su generación, practicaba habitualmente la variolización isopática. *Jenner* se encontraba a veces con personas que se negaban a variolizarse argumentando que ellas en su día se habían infectado de la viruela vacuna, y ya estaban, según la sabiduría popular, protegidas ante la variola, la viruela humana. Ello fue lo que instigó, sobre el año 1776, su interés acerca de la naturaleza de la viruela vacuna (*cowpox*).

Entre 1790 a 1793 en Londres *Jenner* conversó sobre la cuestión –de la protección que confiere la vacuna frente a la variola– con su profesor *John Hunter* (1728-1793), cirujano, anatomista, y gran investigador experimental. Éste ya había observado, y así publicado en 1786, que dos fiebres (semiológicamente análogas) no pueden coexistir concurrentemente en un mismo organismo [§ 46] <sup>17</sup>.

Por razones que se desconocen, hasta 1796 *Jenner* no retomó el tema del efecto inmunizador de la viruela vacuna ante la humana <sup>22</sup>.

Era un momento de auge de la medicina experimental. Coincide con la publicación en 1790 de la traducción al alemán del *Tratado de Materia Médica* de *William Cullen* realizada por *Samuel Hahnemann*, que le indujo a experimentar en sí mismo la corteza de quina, dándose cuenta que la verdad sanativa residía en la aplicación del principio de la similitud semiológica. Coincide también con la publicación en el año 1796 del "*Ensayo sobre un Nuevo Principio...*", obra seminal en que su autor, *Hahnemann*, argumenta la imperiosa necesidad de experimentar de manera pura en el hombre sano cada uno de los agentes medicinales, como único método para conocer a fondo su acción primaria, y así poderlos aplicar en cada caso individual, con fundada razón, análoga,

semiológicamente, y de manera simple, en aras de una curación previsiblemente cierta, máximamente efectiva y eficiente <sup>27-29</sup>.

Tal como *Benjamin Jesty* en el año 1774 lo había experimentado, *Edward Jenner* también se dió cuenta de la suma importancia de utilizar linfa *fresca* de recientes lesiones vesiculares-pustulosas vacunales, con *todas* sus propiedades específicas, para conseguir que la impresión vacunal fuese la debida para que la persona vacunada dejase de ser susceptible al contagio varioloso, y así lograr el efecto inmunizante, protector antivarioloso duradero deseado <sup>11</sup>.

Por su larga experiencia como médico variolizador, *Edward Jenner* pensó además que si la viruela vacuna (*cowpox*) se propagaba primero de la vaca a la ordeñadora, esto es, de la vaca a la persona, también se podría propagar después *de persona a persona*. Y esperó la oportunidad para someter esta teoría a un test experimental.

El día 14 de mayo de 1796, 22 años después del exitoso experimento vacunal de *Benjamin Jesty* en su familia, *Edward Jenner* decidió tomar material de las lesiones de la mano de una joven ordeñadora que se había infectado accidentalmente por una vaca la viruela vacuna, e insertarlo a un niño sano, de 8 años, llamado *James Phipps*, mediante dos pequeñas incisiones superficiales, intradérmicas, en su brazo. Entre el 7º y 9º día el niño enfermó levemente, y tan solo se formó una vesícula pustulosa que desapareció sin ocasionar el menor trastorno. Unos meses después, el niño fue deliberadamente sometido a la variolización, sin que presentase enfermedad alguna. Al cabo de 5 años, se le volvió a inocular material de la viruela humana (variolización) sin que se produjera ningún otro efecto más allá que una pequeña inflamación local alrededor del lugar de la inyección. Esto es, no contrajo, ni desarrolló la viruela humana <sup>11, 30</sup>.

Éste fue su primer experimento vacunal antivarioloso y su primer caso de propagación vacunal, de una persona vacunada a otra no vacunada.

En aquel entonces, el procedimiento habitual utilizado para verificar la inmunidad a la viruela humana en los vacunados era someterlos a la variolización <sup>31</sup>.

Sucedió que en la primavera de 1798 reapareció la viruela vacuna en algunas granjas inglesas. *Jenner* aprovechó la ocasión para aprovisionarse de materia vacunal de pústulas recientes, e hizo los preparativos para usarla inmediatamente en una serie de inoculaciones. Inoculó en sucesión a una serie de niños, uno del otro mediante transferencia vacunal, brazo-a-brazo. Y comprobó que fueron efectivas, porque cuando meses más tarde deliberadamente se expuso a estos niños a la infección por la viruela humana, algunos por variolización, otros por efluvios variolosos, todos resistieron <sup>11</sup>.

Así fue como *Edward Jenner*, médico variolizador, se convirtió en médico vacunador. Entendió y experimentalmente verificó que el contagio de la viruela vacuna permitía que las personas vacunadas *dejasen de ser susceptibles al contagio varioloso*, y adquiriesen resistencia natural ante ella. Así pasó de la praxis isopática (*aequalia aequalibus*) variolizadora a la praxis analógica (*similia similibus*) vacunadora.

Es digno de mención que *Jenner* hablase literalmente de la conspícua, íntima analogía [*close analogy*] entre "el virus de la viruela vacuna y el de la viruela humana" (*sic*) <sup>11</sup>. Lo

hacia empleando el término "virus" en su clásica significación de "veneno morbífico producto de un organismo enfermo" <sup>32</sup> y "transmisible" <sup>31</sup>.

Hay que remarcar que esta significación clásica otorga jerarquía al organismo –enfermo–, productor del veneno morbífico –el virus–. Tiene su centro y origen en el organismo del huésped, está centrada en él ("host-centric") <sup>33</sup>. En resumen, concede primacía al organismo vivo del huésped en la interacción huésped-microbio.

Tal como *Benjamin Jesty* en el año 1774 lo había experimentado, *Edward Jenner* también se dió cuenta de la suma importancia de la calidad de la materia vacunal [*Virus of Cow Pox*] utilizada –de verdaderas lesiones vesiculares-pustulosas vacunales recientes– con todas sus propiedades específicas. Solamente ella "tiene la capacidad de producir ese cambio en la estructura humana que es condición necesaria [*requisite*] para volverlo no susceptible [*unsusceptible*] al contagio varioloso" (*sic*) <sup>11</sup>.

Así, *Jenner* distinguía la viruela vacuna (*cowpox*) verdadera, que generaba inmunidad a la viruela humana (*smallpox*), de la viruela vacuna espuria –por ej. otras zoonosis bovinas, o material mal contaminado– que no la producía <sup>31</sup>.

Si bien fue *Benjamin Jesty* quien en el año 1774 por primera vez introdujo experimentalmente la viruela vacuna a personas para protegerlas de la viruela humana, 22 años antes que lo hiciera *Edward Jenner*, es a éste a quien habitualmente se atribuye la autoría de la misma práctica.

No fue hasta el año 1805, esto es, 31 años después de que *Jesty* introdujese la inoculación vacunal, en que, por intercesión de un entusiasta vacunador, el Reverendo *Andrew Bell*, *Benjamin Jesty* fue invitado por el *Original Vaccine Pock Institute* de Londres a explicar la historia de su experimento vacunal de 1774 ante un tribunal de examinadores. Acudió acompañado por su hijo mayor *Robert*. Los oficiales examinadores del Instituto, médicos, cirujanos y boticarios, le formularon preguntas acerca de su experimento "vacunal", y pidieron permiso a su hijo *Robert* para que se dejase públicamente inocular (variolizar) de nuevo con viruela humana viva con el fin de probar si aún estaba protegido contra la enfermedad.

El 6 de septiembre de 1805, 12 oficiales examinadores del Instituto emitieron una declaración pública que certificaba "la eficacia antivariolosa" de la vacunación de *Benjamin Jesty*, noticia que poco después se publicaría en el *Edinburgh Medical and Surgical Journal*. "Para conmemorar un hecho tan extraordinario como es la prevención de la viruela humana mediante la inoculación de pus de la viruela vacuna hace 31 años" encargaron la pintura de su retrato, que colgaría expuesta en el Instituto <sup>26</sup>. Ésta fue una especie de reivindicación, pero por desgracia, *Jesty* no participó en el sustancioso premio económico que *Jenner* sí recibió.

*Jesty* falleció nueve años después, en 1816, a los 79 años. En la piedra sepulcral de su tumba su esposa hizo inscribir: "célebre por haber sido la primera persona (conocida) que introdujo la viruela vacuna por inoculación, y que por su gran fortaleza de espíritu hizo el experimento de la vacuna en su esposa y dos hijos en el año 1774" <sup>34</sup>.

*Benjamin Jesty*, primero, en 1774, y *Edward Jenner*, en 1796, fueron los pioneros de la aplicación de la simplicidad inherente al principio de la similitud, a nivel noso-semiológico, en la prevención efectiva de enfermedades infecciosas. Estaban imitando correctamente la única ley de curación y de prevención –por similitud semiológica– existente en la naturaleza, para extinguir vacunalmente en los huéspedes su susceptibilidad al contagio varioloso y así inmunizarlos ante la viruela humana.

La obra de *Jenner* acerca de la vacunación con la viruela vacuna todavía tiene el título del primer intento científico de controlar una enfermedad infecciosa a gran escala por un medio distinto al de transmitir la misma enfermedad <sup>22</sup>. Ello ha eclipsado históricamente el modesto pero muy significativo éxito de *Benjamin Jesty* vacunando a su familia en el año 1774.

*Jesty* y *Jenner* evidenciaron que la inoculación de la viruela *vacuna* era una alternativa más efectiva y más segura a la variolización –inoculación de la viruela humana– para la prevención de la viruela mayor (*smallpox*) <sup>31</sup>.

Así, un mismo descubrimiento, el de *Benjamin Jesty* primero, y el de *Edward Jenner* después, a saber, la posibilidad de extinguir vacunalmente la pre-existente susceptibilidad al contagio varioloso, uno de los más importantes de la historia de la medicina, fue inmediatamente reconocido por su gran significación <sup>14</sup>, como alternativa ventajosa respecto a la variolización <sup>30</sup>. En el año 1801 *Jenner* vaticinó que el resultado final de dicha práctica, la vacunación, sería la aniquilación de la viruela humana <sup>11, 35</sup>.

Habiendo demostrado fehacientemente que la viruela *vacuna* podía proteger a las personas de la viruela *humana*, *Edward Jenner* dedicó el resto de su vida a explicar la vacunación y cómo llevarla a cabo de manera efectiva y segura. Convirtió su rústica casa de verano con techo de paja de Berkeley, Gloucestershire, Inglaterra, en la primera clínica de vacunación gratuita del mundo <sup>36</sup>.

## 5. La analogía nosológica inmunizante

La analogía nosológica [gr. *nósos* 'enfermedad' < kaló *nazaló/í* 'enfermo/a'] inductora de inmunidad en *la extinción vacunal de la susceptibilidad al contagio varioloso*, la vacuna de *Jesty* y *Jenner*, fue adoptándose rápida y universalmente como metodología profiláctica efectiva antivariolosa, esto es, frente a la viruela humana. Paralelamente, la variolización –isopatía *aequalia aequalibus* nosológica– fue cayendo en desuso, especialmente en el primer mundo. Con los años, la técnica de obtención y conservación de la 'linfa' vacunal obtenida de terneras fue mejorando.

El material original se inoculó a animales de laboratorio y se cultivó en tejidos de embriones bovinos o de pollo, aunque su paso artificial por ellos dió lugar a que aparecieran nuevas propiedades. La preparación de la vacuna antivariolosa fue evolucionando con los años hasta conseguir productos finales cada vez más termoestables, que retuvieran su viabilidad bajo condiciones ambientales extremas. Debían contener alrededor de  $4 \times 10^{10}$  partículas de *vaccinia virus* (unidades infectantes) por ml. Su inoculación debía ser siempre intradérmica <sup>13</sup>.

La innovación de *Jenner* fue muy bien acogida en todo el mundo. En España su introducción corrió a cargo de *Francesc Piguillem-Verdaguer* (1771-1826), quien en diciembre de 1800 vacunó a cinco niños en Puigcerdá (Girona, Cataluña). *Piguillem* tradujo el *Essai sur l'Innoculation de la Vaccine*, del médico parisino y primer vacunador francés, *François Colon*. En 1801 en España ya se habían vacunado 3.000 personas de viruela. Bajo el reinado (de 1788 a 1808) de *Carlos IV*, se decidió extender la vacunación antivariolosa por el continente americano. Se organizó la "Real Expedición Filantrópica de la Vacuna", dirigida por los médicos *Francisco X. Balmis-Berenguer* y *Josep Salvany-Lleopart*, que partió de La Coruña el 30 de noviembre de 1803, con 22 niños huérfanos (de entre 3 y 10 años) a bordo, que hicieron la función de cadena humana transmisora

–brazo a brazo– de la viruela vacuna, a partir del exudado de lesiones dérmicas frescas, hasta las colonias españolas de Ultramar <sup>37</sup>.

Junto a las trascendentes mejoras de la higiene pública y de las condiciones de vida de la población (en primer lugar y muy especialmente, la erradicación del hambre <sup>38, 39</sup>, la potabilización del agua, el alcantarillado,...) <sup>40</sup> la vacunación antivariolosa *jenneriana* contribuyó a que gradualmente la incidencia de casos de viruela humana disminuyera progresivamente. Desde 1952 en Norteamérica no se dió ningún nuevo caso de viruela humana. En Europa a partir de 1953 tampoco, excepto unos 50 casos importados, en su mayoría de procedencia asiática, en el período 1953-1970 <sup>12, 13</sup>.

La campaña de vacunaciones para la erradicación global de la viruela humana en el tercer mundo iniciada por la OMS en el año 1959, con poco éxito, y reintensificada el año 1967 permitió erradicar finalmente la viruela humana del continente africano en el año 1977 <sup>24</sup>. Así, el día 8 de mayo de 1980 la OMS anunció oficialmente que la viruela humana había sido erradicada del mundo.

Por no tener reservorio animal <sup>14, 20</sup>, y por no tener fase latente en los humanos <sup>37</sup>, esto es, no tener portadores asintomáticos humanos <sup>14</sup>, el virus tenía que transmitirse continuamente de humano a humano para sobrevivir. Cuanto mayor era el número de personas inmunizadas, ya *no susceptibles al contagio varioloso* gracias a la vacunación, mayores eran las dificultades que el virus encontraba para sobrevivir y transmitirse. Ello facilitó enormemente su erradicación vacunal <sup>41</sup>.

Independientemente de la erradicación del hambre en Europa, y de las grandes y progresivas mejoras en la higiene pública y de las condiciones de vida de la población que se hicieron realidad en Occidente a partir de los años cincuentas y sesentas del s. XX, la erradicación de la viruela humana, por medio de la vacuna antivariolosa *jenneriana*, que *incondicionalmente* [§ 33] <sup>17</sup> tornaba a los vacunados *ya no susceptibles, inmunes, al contagio varioloso*, se considera que es el mayor hito conseguido por la salud pública internacional, y más concretamente por la “vacunología”. Así, la viruela humana es la única enfermedad infecciosa epidémica eliminada en todo el mundo, la primera en ser erradicada (sin considerar la peste bovina, que no afecta a los humanos).

En honor a la verdad, tanto *Benjamin Jesty* como *Edward Jenner* lo que hicieron fue simplemente emular la única ley sanativa (curativa y preventiva) existente en la naturaleza, la ley de curación/prevención por la similitud noso-semiológica (*similia similibus*), esto es, imitar lo que ya habían observado, a saber, que las ordeñadoras contagiadas por accidente laboral de la viruela vacuna dejaban de ser susceptibles al contagio varioloso.

En realidad verificaron la gran fuerza sanativa (curativa|preventiva) de la simplicidad inherente al principio de la similitud, que determina que cuando dos enfermedades (“nosos”) distintas, pero que se expresan semiológicamente de forma *muy análoga*, concurren en un mismo organismo vivo, la dinámicamente más débil queda extinguida duradoramente por la dinámicamente más fuerte [§ 26] <sup>17</sup>.

En el caso que nos ocupa, la impresión vacunal sería la afección dinámica más fuerte que *incondicionalmente* en la persona vacunada extinguiría *la susceptibilidad al contagio*

varioloso, la afección dinámica concurrente más débil, distinta a aquélla, pero muy análoga a ella en su expresividad semiológica.

Cabe resaltar que la viruela vacuna-enfermedad expresa la susceptibilidad (de las vacas) manifiesta, *patente* al contagio vacunal. Es por ello que la inoculación de material fresco pustuloso de la viruela vacuna a un ser humano sano, aún no expuesto a la viruela humana, representa desde el punto de vista análogo-noso-semiológico una afección dinámica *más fuerte* que la concurrente susceptibilidad humana *latente* al contagio varioloso.

*Jesty* y *Jenner* lo ratificaron experimental y sistemáticamente. Reprodujeron fenomenológicamente la efectiva profilaxis *analógica* nosológica viral inmunizante, aplicada al contagio varioloso.

Ellos entendían el adjetivo 'viral' en su acepción clásica referida a "veneno morbífico, producto de un organismo enfermo" <sup>32</sup> que concedía primacía al huésped y a su organismo vivo en la interacción huésped|microbio.

Sabiendo que las ordeñadoras contagiadas accidental, laboralmente de la viruela vacuna *dejaban de ser susceptibles* al contagio varioloso, supieron ver la analogía noso-semiológica existente entre la viruela vacuna y *la susceptibilidad al contagio varioloso*. Es muy importante enfatizar que no se trataba de la analogía entre la viruela vacuna y la viruela humana, sino de la analogía entre la viruela vacuna y *la susceptibilidad humana individual al contagio varioloso*. Tuvieron, así, la audacia de aplicar la simplicidad inherente al principio de la similitud (*similia similibus*), viruela vacuna≈susceptibilidad a la viruela humana, profilácticamente, con el fin de extinguir vacunalmente la susceptibilidad -latente- individual a dicho contagio.

Iniciaron así la práctica de la profilaxis activa, analógica (*similia similibus*), nosológica inmunizante, *vacunal* de la viruela humana, *superando totalmente* la profilaxis activa, *isopática* (*aequalia aequalibus*) nosológica *per idem* característica de la variolización que hasta aquel entonces se venía practicando.

Si bien los que practicaban la variolización sabían que en el fondo lo que había que *curar preventivamente* era precisa y exactamente *la pre-existente susceptibilidad -latente- al contagio varioloso*, la efectividad tan solo parcial y la poca seguridad (yatrogenia) de las variolizaciones isopáticas nosológicas se debía a que los que las practicaban no eran conscientes que para poder lograr su extinción de manera efectiva, eficiente y segura había que proceder analógicamente (*similia similibus*), y no isopáticamente (*aequalia aequalibus*) *per idem* como erróneamente se venía haciendo.

Así, analógicamente, *similia similibus*, nació la profilaxis vacunal viral antivariolosa, basada en la aplicación nosológica inmunizante del principio de la similitud, y de esta manera nació la primera 'vacuna' genuina, la que *extinguía la susceptibilidad al contagio varioloso*, la que proporcionaba inmunidad frente a la viruela humana.

- ✚ A nivel *analógico-nosológico*, tanto la viruela vacuna (*cowpox; vaccinia virus*), esto es, la susceptibilidad manifiesta, *patente* hecha enfermedad en las vacas, como la pre-existente susceptibilidad *latente* humana al contagio varioloso (*variola virus*) potencialmente productora de afecciones eruptivas vesículo-

pustulosas, eran *similares en alto grado*, pero no iguales. Y aquélla con más fuerza que la pre-existente susceptibilidad.

- ✚ A nivel *microbiano*, tanto el *vaccinia virus*, el cofactor microbiano implicado en la viruela vacuna, como el *variola virus*, el cofactor microbiano capaz de medrar en un organismo susceptible al contagio varioloso, son miembros de la familia de los poxvirus. Ambos son *similares* fenotípica y genotípicamente, en términos de tamaño, forma, replicación, estructura (ADN bicatenario, envoltura,...), determinantes antigénicos, fotosusceptibilidad a la radiación UV, resistencia a la desecación,... Existe un alto grado de conservación de genes de replicación nucleares, lo cual hace que los detalles moleculares de su replicación sean también similares. Así, el virus *vaccinia* (de la viruela vacuna) es muy probablemente el virus existente más íntimamente *análogo/semejante*, desde el punto de vista genómico y antigénico, al virus *variola* (de la viruela humana).

Así, el material patológico infectante de la viruela vacuna (*cowpox*), enfermedad infecciosa mediada por el *vaccinia virus*, expresión de *la susceptibilidad patente* de las vacas a la viruela vacuna que las afecta, se empleó para curar preventiva y primariamente *la latente, pre-existente susceptibilidad humana al contagio varioloso*, afección mediada por *otro* cofactor viral, el *variola virus*, y cuya expresión nosológica eruptiva-pustular epidérmica –en la fase de susceptibilidad latente– es mucho más débil, aunque muy análoga/similar a la de aquélla.

De esta manera, la vacuna *analógica* nosológica que *incondicionalmente* extingue la susceptibilidad pre-existente, latente, al contagio varioloso (*variola virus*), que inmuniza, protege frente a la viruela humana (*smallpox*) sigue siendo *la gran excepción* en la “vacunología” isopática, antígeno-microbio-específica, *per idem* oficial <sup>33</sup>.

La protección ante la viruela humana inducida por el material viral de la viruela vacuna no fue pues la propia de una inmunoprofilaxis activa, específica, isopática, *aequalia aequalibus*, sino la de una inmunoprofilaxis activa, *analógica*, (*similia similibus*), esto es, por *analogia, similitud* de:

- ✚ nosologías, susceptibilidades concurrentes muy análogas: la susceptibilidad *patente*, la viruela vacuna, el material pustuloso fresco lesional de la viruela vacuna inoculado, y la susceptibilidad *latente* humana al contagio varioloso, siendo la primera dinámicamente más fuerte que la segunda. Ello equivale a una concurrencia analógica nosológica, de signos y síntomas [§§ 45, 46] <sup>17</sup> dermatológicos-eruptivos, no individualizada, de dos afecciones nosológicas (la susceptibilidad *patente* vacunal y la susceptibilidad *latente* humana al contagio varioloso –que potencialmente puede desarrollarlos–), y
- ✚ la patogenicidad genómica y antigénica –mimética– de los respectivos cofactores virales mediadores. Inmunológicamente se explica como *inmunidad cruzada* (entre especies de un mismo o distinto género) <sup>7-9, 33</sup>.

Lo más remarcable de la efectividad y eficiencia inmunizante, protectora de la vacuna frente a la viruela humana se debe a que, si la vacuna se aplica cuando en la persona vacunada *solamente concurre la susceptibilidad pre-existente al contagio varioloso*, sin concurrir la viruela humana como enfermedad, en esta circunstancia la afección *dinámicamente más débil* es la pre-existente susceptibilidad del huésped, la cual queda duradora e *incondicionalmente* extinguida por la afección *dinámicamente más fuerte*, la viruela vacuna inoculada, esto es, por la susceptibilidad *patente* vacunal, por ser ambas afecciones nosológicas (la susceptibilidad pre-existente, *latente* al contagio varioloso, y la viruela vacuna inoculada, la susceptibilidad *patente* vacunal) muy similares fenomenológicamente en su expresividad real y potencial.

Esta es la razón que también explica el sorprendente fenómeno que las granjeras o ordeñadoras que habían padecido accidentalmente la viruela vacuna dejaban de ser susceptibles al contagio varioloso y queban protegidas ante la viruela humana.

En el momento de contagiarse sus manos, accidental, laboralmente por la viruela vacuna, ésta, como afección, era dinámicamente más fuerte que *la pre-existente susceptibilidad al contagio varioloso*, la afección dinámica, relativamente más débil en aquel momento, pero analógica, fenomenológica, nosológicamente muy similar. De esta manera la afección dinámica más fuerte, la viruela vacuna accidentalmente contraída, extinguía *incondicional* y duradoramente la afección dinámicamente más débil, la pre-existente susceptibilidad latente al contagio varioloso.

Sin embargo, al igual que la variolización isopática, la vacunación analógica semiológica *jenneriana* tenía cuatro inconvenientes. A saber, era:

1. material; obedecía a los falsos puntos de vista materiales, aún hoy vigentes, sobre la causalidad y la esencia de las enfermedades [Einl. S.18] <sup>17</sup>; no tenía en cuenta la unidad analógica|energía, ni la naturaleza fotohomeorrésica inmunitaria de la fisiología humana <sup>42</sup>, ni la unidad fotohomeorresis|espíritu, esto es, la unidad de la vida y del espíritu <sup>43</sup>, que caracteriza y distingue al ser humano,
2. no individualizada, "*one-size-fits-all*", no personalizada; no tenía en cuenta la unidad dishomeorresis|semiología de cada caso individual, ni la heterogeneidad fenotípica inter-individual, en consecuencia aún era poco científica, eficiente y segura.
3. por las dos razones anteriores, era incapaz de optimizar la eficiencia de la fotohomeorresis inmunitaria individual, particularmente en los menores y jóvenes con morbilidades crónicas latentes (o patentes) e inmunocompetencia sub-eficiente, sub-óptima,
4. obviamente no tenía capacidad alguna de tocar sanativamente el punto de la etiología <sup>44</sup> de los individuos vacunados. Por consiguiente, incurría en el riesgo de extinguir ciertamente, esto es, reprimir, silenciar una posibilidad de expresión fisiopatológica del punto de la etiología hacia el compartimento externo del organismo –piel, mucosas, sangre–, a saber, la susceptibilidad latente al contagio varioloso y la capacidad de desarrollar clínicamente la viruela humana, pero todo ello a costa de instigar paralelamente al punto de *la psora*, el punto capital de la

etiología, a la eclosión de nuevos puntos enfermos secundarios, a partir de los cuales el individuo con inmunocompetencia sub-eficiente, sub-óptima vacunado quedaba predispuesto al desarrollo, a corto, medio o largo plazo, de otra entidad nosológica tanto o más grave que la misma viruela humana, o bien a la sobre-expresión de los puntos enfermos secundarios pre-existentes, con la correspondiente agravación de su morbilidad crónica, latente o patente.

De este modo, la anaprofilaxis viral *jenneriana*, por el hecho de ser material, nosológica, y no individualizada semiológicamente, tampoco estaba exenta de efectos adversos y riesgos a corto y a medio plazo <sup>25</sup>. Por ejemplo, se correlacionaba fuertemente a miocarditis <sup>45</sup> y a encefalitis <sup>12</sup> postvacunales.

Pese a la erradicación de la viruela humana, el grupo de los poxvirus, al cual pertenecen tanto el virus *variola* de la viruela humana (*smallpox*) como el virus *vaccina* de la viruela vacuna (*cowpox*), sigue afectando dermatológicamente al ser humano mediando los moluscos contagiosos, de altísima incidencia en menores, pero también en inmunodeprimidos. Así mismo, se dan casos aislados de infecciones, a veces generalizadas, por viruela vacuna (*cowpox*) en humanos -con inmunocompetencia sub-eficiente, sub-òptima-, ya que el virus *vaccinia* es endémico en los roedores, de manera que los gatos y roedores domésticos lo pueden transmitir <sup>46</sup>.

## 6. La predisposición o susceptibilidad. El punto de la etiología

El punto de la etiología, el punto de *la psora*, el punto capital de la nosología y la predisposición o susceptibilidad, el centro del vórtice *entrópico*, cuya *energía oscura* desafina, lesiona y tastorna la fothomeorresis inmunitaria individual ya ha sido ampliamente descrito <sup>43</sup>. Es el punto enfermo principal, endógeno, que determina una constelación, una disposición de puntos biofotónicamente disfuncionales, secundarios y terciarios, a partir de los cuales surge la semiología clínica de cada caso individual <sup>47</sup>. El punto de *la psora* es el que determina el origen *endógeno* de las consideradas arquetípicas enfermedades del ser humano, la lepra y la sarna, así como el de los parásitos extra e intracelulares, entre ellos los llamados "virus", el de la viruela humana -sin reservorio animal, y sin fase clínica latente en los humanos-, y el de todas las dishomeorresis -enfermedades- agudas infecciosas, en realidad agudizaciones ("*acute-on-chronic-conditions*") de la morbilidad crónica, latente o patente, subyacente, así como de todas las erupciones agudas y crónicas, pruriginosas o no, que se manifiestan en el compartimento externo del organismo.

El término 'predisposición' indica que un organismo o una parte del mismo está, de una u otra manera, más expuesta al peligro de enfermar, a contraer alguna enfermedad <sup>44</sup>. Habitualmente sólo se entiende predisposición como la tendencia a una condición, o calidad morbosa, usualmente basada en los efectos combinados de factores epigenéticos (ambientales) y genéticos. Así, a menudo se habla de predisposición o susceptibilidad genética (la probabilidad incrementada -comparada con la de la población general- de desarrollar una enfermedad particular debido a la presencia de una o más mutaciones genéticas y/o una historia familiar que indica un riesgo incrementado de la enfermedad). La susceptibilidad es la capacidad de ser afectado por influencias morbíficas (factores que contribuyen a la enfermedad, entre los cuales figuran el miedo, el estrés, las deficiencias de luz natural solar, de calidad del agua ingerida y nutricionales, y la contaminación del medio interno orgánico), y que determinan la vulnerabilidad de un individuo. El término susceptible denota falta de resistencia a influencias deletéreas, tóxicas <sup>49</sup>.

No obstante, hay que resaltar que toda persona expuesta a potencias nocivas sólo desarrolla una determinada desafinación dinámica o disfunción fotohomeorrésica por alguna de ellas si tiene suficiente *inclinación o predisposición* a ella [§ 31] <sup>17</sup>.

Así, en toda interacción huésped|microbio es la inmunocompetencia sub-eficiente, sub-óptima, la predisposición, susceptibilidad del huésped la que en un momento dado posibilita que la virulencia –patogenicidad genómica– *relativa* del agente microbiano haga mella, medrando y replicándose en él, esto es, pasando del mero contagio a la dishomeorresis –enfermedad– infecciosa <sup>3</sup>.

Por contra la no susceptibilidad (“*unsusceptibility*”) a una infección equivale a inmunidad plena, a resistencia natural frente a ella. La inmunidad natural es aquella que no se adquiere a través del contacto previo con el agente infeccioso (o con una especie relacionada). Existen diversos tipos de inmunidad natural, a saber, la inmunidad de especie, la inmunidad racial o de base genética, la resistencia individual,...

En referencia a la resistencia individual, como en cualquier fenómeno biológico, la resistencia a la infección varía con los diferentes individuos de la misma especie y raza, siguiendo una curva de distribución para la población de huéspedes. Así, dentro de una “población altamente susceptible” se pueden descubrir a ciertos individuos que, inexplicablemente, no desarrollan dishomeorresis infecciosa alguna si expuestos a un microorganismo determinado aun cuando no hayan tenido contacto previo con él. Otros individuos tienen defectos genéticos en la respuesta inmunológica, producción de anticuerpos o función fagocitaria que los vuelve desusualmente susceptibles a las infecciones. [Muchos factores epigenéticos extramicrobianos espirituales-inmateriales, físicos y químicos, como] el estado nutricional [del huésped], la exposición a radiaciones [electromagnéticas e] ionizantes o a drogas inmunosupresoras, y el equilibrio hormonal influyen considerablemente en la susceptibilidad individual <sup>13</sup>.

El punto de *la psora*, de la etiología, de la enfermedad es el que determina en última instancia que, entre la eficiente y óptima inmunocompetencia fisiológica -fotohomeorrésica- y la inmunodeficiencia, haya muchos grados individuales de inmunocompetencia sub-eficiente, sub-óptima, así como una gran heterogeneidad fenotípica inter-individual.

La unidad analogía|energía, fundamento de la fotohomeorresis inmunitaria <sup>39</sup>, que todo acto terapéutico debería restituir, nos permite entender que en cada caso individual tocar curativamente, exacta y precisamente, el punto principal, el punto de la etiología, sólo es posible hacerlo analógica, energética, fotodinámicamente, guiados por la unidad dishomeorresis|semiología, *los signos y síntomas* característicos de cada momento [§15] <sup>17</sup>.

La predisposición (de puntos enfermos secundarios) o susceptibilidad –al contagio varioloso– guarda relación directa con el punto principal de la etiología, depende fotodinámicamente de éste; es una de sus facetas semiológicas.

Hay que tener presente que el adjetivo ‘susceptible’ y el término ‘susceptibilidad’ (la cualidad o condición de ser afectado por algo) los encontramos utilizados en el lenguaje escrito ya a principios del siglo XVII, mientras que el adjetivo ‘inmune’ y el término ‘inmunidad’, ‘inmunizar’ empezaron a utilizarse en el lenguaje escrito sobre el año 1880, esto es, se introdujeron hacia finales del s. XIX <sup>31</sup>.

Por consiguiente, los puntos enfermos secundarios correspondientes a la predisposición o susceptibilidad –al contagio varioloso– pueden ser extinguidos por la vía

de la similitud *noso-semiológica* si el estímulo analógico aplicado –la inoculación vacunal– que impresione la fotohomeorresis inmunitaria es dinámicamente más fuerte que la más débil susceptibilidad al contagio varioloso. Éste fue el caso de la anaprofilaxis viral jenneriana, la vacuna antivariola de *Jenner*.

Por contra, la variolización (la inhalación o inoculación profiláctica de material varioloide), productora de una foma leve de variola o viruela humana, con el fin de inmunizar, de proteger al individuo ante la viruela *mayor*, por actuar isopática (*aequalia aequalibus*), nosológicamente *per idem*, extinguía la susceptibilidad al contagio varioloso sólo parcialmente, de manera medianamente efectiva y poco segura.

En este sentido, las intervenciones médicas microbio-céntricas, isopáticas, *aequalia aequalibus*, isoprofilácticas microbio-específicas, de virus completo atenuado o de fracciones antigénicas, moleculares, *disociadas de la nosología y de la semiología*, confusionaria e impropriamente llamadas “vacunas”, desarrolladas para la inducción de inmunidad ante dishomeorresis -enfermedades- infecciosas, sólo tienen una *similitud reducida* de orden *molecular, químico* con algunas de las fracciones fenotípicas de un determinado agente infeccioso. Por consiguiente, gracias siempre a la fisiología fotohomeorrésica inmunitaria de todos los sistemas vivientes, ser humano incluido, estas intervenciones médicas isopáticas, epistemológicamente regresivas tras haberse sistematizado la vacuna analógica, consiguen inducir una respuesta de anticuerpos homeográficos-en-espejo específicos neutralizantes <sup>50</sup>, y una memoria inmunológica celular específica protectora, *parcial*, paliativa y *transitoria*, hasta que finalmente el huésped, inmunizado parcial y transitoriamente, se infecte –es de esperar, benignamente– con el agente infeccioso completo salvaje.

Sin embargo, las inmunizaciones activas, artificiales, *isopáticas*, antígeno-microbio-específicas, particularmente todas aquellas basadas en determinantes antigénicos moleculares concretos, si bien inducen una inmunidad, esto es, extinguen la susceptibilidad al contagio del correspondiente agente infeccioso, lo hacen de manera *parcial y transitoria*, y a diferencia de la vacuna *analógica* nosológica jeneriana:

- ❖ no proporcionan inmunidad cruzada ante agentes infecciosos de *otros* grupos virales con efectos *noso-semiológicos* parecidos, a diferencia de toda inmunización activa, natural,
- ❖ introducen toda una patogenicidad antigénica inflamatoria, que *incondicionalmente* afecta a corto, medio y largo plazo a la miríada de adultos y menores con inmunocompetencia sub-eficiente, sub-óptima, incapaces de producir niveles justos y suficientes de anticuerpos neutralizantes de los antígenos libres -inflamatorios-, con lo cual éstos irrumpen en el compartimento interno de su organismo, con la consiguiente agravación de sus morbilidades crónicas, latentes o patentes, pre-existentes.

Así, por ejemplo, el contagio natural de gripe estacional (influenza) o de una infección por coronavirus, con la consiguiente y correspondiente inmunización activa, natural, al ser ambas a nivel respiratorio semiológicamente muy análogas, proporciona inmunidad cruzada semiológica inter-especies. En cambio, la inoculación artificial “vacunal” isopática material, microbio-específica, molecular de una de ellas, bien sea la anti-gripal o bien sea

la anti-coronavirus, no proporciona inmunidad cruzada inter-especies, esto es, no protege frente a las infecciones de la otra especie, sino todo lo contrario <sup>8</sup>.

Hay que enfatizar pues que la obra pionera conjunta de *Jesty* en 1774 y de *Jenner* a partir de 1796 ratificaba experimentalmente la realidad de muchos fenómenos clínicos, epidemiológicos conocidos, a partir de inmunizarse activa y naturalmente ante una enfermedad infecciosa, y que genéricamente se pueden agrupar bajo el sintagma nominal "inmunidad cruzada", la cual ya ha sido extensamente tratada por ser de especial trascendencia no sólo a nivel individual, sino también a nivel comunitario, poblacional <sup>7-9, 31</sup>.

En base a estos argumentos y en aras de la claridad del lenguaje científico es necesario saber diferenciar y distinguir terminológicamente la genuina y original vacuna ("vaccine") analógica nosológica *jenneriana* de las falsas "vacunas" en su acepción isopática, microbio-específica, totalmente dissociada de la nosología y de la semiología de cada caso individual. Para ello es preciso introducir el neologismo 'pseudovacuna' ('pseudovaccine') en el lenguaje científico y la comunicación médica, cuya precisa acepción designa a los productos farmacéuticos *isopáticos*, antígeno-microbio-específicos para la profilaxis activa artificial de enfermedades infecciosas, subsiguientes a la vacuna *analógica* nosológica antivariolosa de *Jenner*. Ello es preceptivo porque las pseudovacunas:

- a) son pseudocientíficas, porque negligén la simplicidad inherente al principio de la similitud, fundamento fontanal del arte, la ciencia, la eficiencia y la técnica verdadera de prevenir y curar,
- b) negligén la genuina naturaleza *analógica*, nosológica inmunogénica inherente a la vacuna original,
- c) no guardan analogía alguna con la viruela vacuna (*cow-pox*), ni proceden materialmente de ella,
- d) constituyen una regresión epistemológica reduccionista a la ineficiente práctica inmunogénica isopática (*aequalia aequalibus*), *per idem*, pre-vacunal, cambiando la aproximación nosológica (de la variolización) por la antigénica-molecular microbio-específica (de la "vacunología" biotecnológica) [→ Figura],
- e) bajo la máscara de una aparente y supuesta científicidad, y usurpando fraudulentamente el venerable nombre "vacuna", encubren su profunda y real pseudocientificidad antideontológica.

Así pues, por su excepcional característica analógica nosológica inductora de inmunidad, profiláctica, y para evitar equívocos, en el lenguaje científico y la comunicación médica el término 'vacuna' debería reservarse y emplearse exclusivamente para referirse a la histórica y original inoculación intradérmica de materia fresca lesional de viruela vacuna, o del *vaccinia* virus vivo atenuado, como profilaxis activa artificial *analógica* material nosológica, no individualizada, extinguidora de la susceptibilidad pre-existente al contagio varioloso, que *Edward Jenner* sistematizó a partir de 1798, y que contribuyó a la erradicación de la viruela humana.

En síntesis, el término "vacuna" ("vaccine"), y su derivado "vacunología" ("vaccinology"), referido al ámbito de conocimiento que concierne a la producción y aplicación de productos farmacéuticos *isopáticos*, antiígeno-microbio-específicos para la profilaxis activa, artificial, no individualizada de dishomeorresis infecciosas, es en sí

mismo *engañoso*, equívoco e incoherente desde el punto de vista epistemológico, etimológico, semántico. Es una hipocresía e impostura léxica que debería abandonarse, porque su naturaleza isopática no sólo es ajena a, e incompatible con la naturaleza genuinamente analógica de la vacuna original de *Jenner*, sino que la aniquila. La "vacunología" con sus pseudovacunas isopáticas, microbio-específicas negligente flagrantemente, *a nivel superior*, la simplicidad inherente al principio de la similitud, el fundamento fontanal de la unidad analogía|energía, de toda lógica, y de la fotohomeorresis inmunitaria de todos los sistemas vivientes, pese a tenerse que valer irónica y necesariamente de ella *a nivel inferior*, molecular, celular, para conseguir su *parcial y transitoria* efectividad -homeorrésica- inmunizante.

## 7. Discusión

La vacuna nació *imitando* lo que sucede en un individuo sano que accidentalmente se infecta por la viruela vacuna, a saber, la extinción de su pre-existente susceptibilidad al contagio varioloso, quedando inmunizado de manera plena y duradora, vitalicia, frente a la viruela humana.

Así pues, la vacuna antivariolosa *jenneriana* resultó de emular la naturaleza, y su única ley curativa y preventiva -por analogía noso-semiológica-, esto es, de aplicar intuitivamente la simplicidad inherente al principio de la similitud, a nivel nosológico.

En cada persona vacunada la impresión vacunal, expresión de la susceptibilidad *patente* a la viruela vacuna, era *análoga (similia similibus)* -a nivel nosológico- a su concurrente susceptibilidad *latente* al contagio varioloso, y a su vez aquélla era dinámicamente más fuerte que la fuerza (más débil) de *su pre-existente susceptibilidad*.

Ésta es la razón por la cual la vacunación (*vaccinia virus; cowpox*) no surtiría ningún efecto atenuador, protector si administrada/inoculada cuando el huésped no está sano por estar ya iniciando o desarrollando naturalmente la enfermedad variolosa, la viruela humana (*variola virus; smallpox*), *dinámicamente más fuerte*. En esta fase nosológica, su ineffectividad sería pues debida a que, comparativamente como enfermedades, la viruela vacuna (*cowpox*) siempre es dinámica y relativamente mucho más débil (benigna) que la viruela humana (*smallpox*).

Fenomenológicamente, en la persona sana, la unidad analogía|energía dinámicamente más fuerte de la impresión vacunal era capaz de extinguir duradoramente la *concurrente* unidad analogía|energía dinámicamente más débil de *la pre-existente susceptibilidad al contagio varioloso* [§ 26] <sup>17</sup>.

Así pues, la excepcionalidad de la vacuna antivariolosa *jenneriana* <sup>33</sup> residía en la concurrente relación analógica/energética nosológica existente entre la susceptibilidad *patente* de la vacuna [expresada en el inóculo de viruela vacuna], dinámicamente más fuerte, y la susceptibilidad *latente* del huésped al contagio varioloso, más débil.

En un organismo vivo una afección nosológica, una enfermedad (mediada por un agente infeccioso) dinámicamente más débil puede ser extinguida duradoramente por *otra* afección, enfermedad (mediada por *otro* agente infeccioso) concurrente dinámicamente más fuerte *si su expresión noso-semiológica es análoga/semejante* a la de la primera [§ 26] <sup>17</sup>. En este contexto, un virus endógeno -cofactor de una

semiología- nos puede proteger de otro virus -cofactor de una semiología muy análoga-foráneo concurrente <sup>51</sup>.

La vacuna antivariolosa *jenneriana* fue pues una aplicación del principio de la similitud a nivel fenomenológico, a saber, fue una aplicación de la simplicidad inherente al principio de la similitud *a nivel nosológico, material*. Fue una profilaxis *analógica* nosológica frente a la viruela humana (*smallpox*).

Si consideramos no sólo la semejanza nosológica de susceptibilidades, sino también la semejanza de determinantes genómicos y antigénicos sería, de hecho, un caso de *inmunidad cruzada* protectora entre especies -análogas- del mismo grupo viral, los poxvirus.

En la *analogía/semejanza* nosológica, en la aplicación (intuitiva) de la simplicidad inherente al principio de la similitud [inoculación viruela vacuna  $\approx$  extinción de la pre-existente susceptibilidad al contagio varioloso] residió pues su considerable efectividad inmunizante, protectora, que contribuyó a erradicar gradualmente la viruela humana (*smallpox*).

La simplicidad inherente al principio de la similitud es el fundamento fontanal, la quintaesencia del fenómeno ubicuo y universal de la analogía, la semejanza, de la unidad analogía|energía, de la luz, del movimiento, del ritmo, de toda transformación generativa, del crecimiento y desarrollo, de la fotohomeorresis inmunitaria de todos los sistemas vivientes, de la eficiencia fisiológica, de la homeotermia, de la paridad y simetría orgánica -al servicio de la unidad-, de la identidad, la lógica, la memoria, la resiliencia, los sueños, y como no de la amistad, el amor, el arte, el azar, la ironía, o de nuestro prójimo.

También de toda distinción y eficiencia. Así como del método científico, del análisis dimensional -el método para analizar fenómenos físicos complejos-, y de la misma higiene, y del diagnóstico, del pronóstico y de la terapéutica, esto es, de la medicina entendida como praxis que utiliza la ciencia. Obviamente también de toda asimilación, asociación, atracción, clasificación, coherencia, comparación, continuidad, copia, desemejanza, diseminación, escala, imaginación, impresión, imitación, intuición, ley, medición, muestra, observación, predicción, proporción, proyección, repetición, replicación, reproducción, simiente, simulación, síntesis.

A su vez, de todo aprendizaje, ejemplo, ensayo, experimento, gozo, juego, mimetismo, razonamiento, resumen, simulacro. De los lenguajes, y sus disimilaciones, de las alegorías, metáforas, y sinonimias, de todo nombre y de todo pronombre personal. Y como no, de la lógica binaria, digital, de las ciencias fotónicas, de la inteligencia artificial, la robótica,... <sup>52, 53</sup>

Muy lamentablemente, esta consciencia epistemológica, cuya quintaesencia es la simplicidad, la verdad inherente al principio sempiterno de la similitud, la ley suprema y piedra filosofal del médico <sup>54</sup>, ha sido y está flagrantemente negligida en la Educación médica, y, por consiguiente, sigue negada, olvidada, omitida, silenciada, *muy particularmente a nivel de la prevención y de la terapéutica médica*. Ello se debe a que las fuerzas ideológicas pervasivas del capitalismo biomédico se encargan a toda costa de reprimir la realidad de la fuerza sanativa (curativa|preventiva) de la simplicidad, la fotohomeoprofilaxis inmunitaria individualizada -no patentable-, positivamente revolucionaria, y de disuadir a los estudiantes y profesionales sanitarios del acceso a su conocimiento.

Por consiguiente, si bien el principio de la similitud, analogía, es necesariamente la base y fundamento de todo diagnóstico y pronóstico –por medio de la observación, la medición, la comparación, la clasificación–, el principio de la similitud y su inherente simplicidad *por ningún concepto debe ser* la base y fundamento de la prevención y de la terapéutica médica, de la praxis médica. De ello se encargan a toda costa las fuerzas ideológicas del *statu quo*, esto es, del capitalismo biomédico.

En el ámbito de las llamadas “ciencias de la salud”, la investigación científica está condicionada por los intereses de las fuerzas ideológicas pervasivas del capitalismo biomédico, de manera prácticamente absoluta. En este contexto, la narrativa de “la evidencia científica” adolece de credibilidad por estar gravísimamente sesgada de omisión, al negligir el fundamento fontanal del método científico y de la medicina entendida como práctica que utiliza la ciencia, esto es, la simplicidad inherente al principio de la similitud <sup>Ref.</sup>. Esta es la razón por la cual la parte práctica de la medicina, la que concierne a la prevención y la terapéutica, sigue regida por los dogmas isopático (*aequalia aequalibus*) y enantiopático (*contraria contrariis*) –de efectividad únicamente paliativa transitoria, pero siempre y sin excepción contraproducentes y nocivos a medio y largo plazo– [§ 58] <sup>17</sup>, científica y deontológicamente confutables <sup>52, 53</sup>, pero hegemónicamente implementados en los sistemas sanitarios, a conveniencia de los intereses lucrativos del capitalismo biomédico.

Con ello empieza el gran *sesgo de omisión* existente en la engañosa “vacunología” académica, “científica”, oficial que determina el obsoleto y pseudológico carácter isopático (*aequalia aequalibus*), *per idem*, antígeno-microbio-específico y pseudocientífico de sus pseudovacunas, para la profilaxis activa, artificial, parcial y transitoria de dishomeorresis infecciosas, pero siempre con contrapartidas nocivas yatrogénicas.

En este sentido, la inmunidad activa, natural que un individuo desarrolla frente a un agente microbiano con el que entra en contacto por primera vez, bien sea asintóticamente, o habiéndose recuperado de la correspondiente dishomeorresis infecciosa, es siempre superior en plenitud y duración a la inmunidad activa, artificial, parcial y transitoria inducida por una pseudovacuna isopática antígeno-microbio-específica <sup>55</sup>.

Paradójicamente, la “vacunología”, que debe su mismo nombre a la original vacuna *jenneriana*, sigue continuamente traicionando la genuina lógica analógica, nosológica fundacional. Desleal e infiel a sus orígenes sigue negligiendo la simplicidad inherente al principio de la similitud, el fundamento fontanal del método científico, de la única ley natural de curación|prevención –por analogía semiológica– existente para la prevención y la terapéutica médica científicas [§ 50] <sup>17</sup>.

Así, la isopatía (*aequalia aequalibus*) antígeno-microbio-específica *per idem* pseudovacunal ha usurpado el lugar de la analogía (*similia similibus*) noso-semiológica en la profilaxis activa, artificial, eficiente de dishomeorresis -enfermedades- infecciosas, y constituye el núcleo conceptual del pseudológico paradigma biomédico preventivo, hegemónicamente implementado en los sistemas sanitarios, eufemísticamente llamados “sistemas de salud”.

Esta metodología isopática antígeno-microbio-específica pseudocientífica para la profilaxis de enfermedades infecciosas resulta de:

- a) el modelo de ser humano "descoronado", sin "corona", sin espíritu, propio del paradigma biomédico materialista y reduccionista hegemónico, que niega la unidad fotohomeorresis|espíritu, y la reduce a su dimensión material, "bio", (nanoparticular, molecular, genética, microbiana, celular), y según el cual la verdad de abajo es la única verificable <sup>56</sup>, y que conduce a los falsos puntos de vista materiales sobre la causalidad y la esencia de la enfermedad [Einl. S.18] <sup>17</sup>, vigentes en la biología molecular,
- b) la patología celular de *Virchow*, la teoría de los gérmenes de finales del s. XIX, la falsa premisa de la mono-causalidad microbiana *suficiente* de las enfermedades infecciosas, la doctrina de "la etiología específica" <sup>57</sup>, científicamente confutables, que infravaloran la predisposición/susceptibilidad al contagio –modificable– del huésped, entre otros muchos factores extra-microbianos que intervienen en toda interacción huésped|microbio,
- c) la desconsideración de múltiples factores epigenéticos extra-microbianos que intervienen en toda interacción huésped-microbio, entre ellos el grado de aprensión del huésped, la radiación solar, activadora de la inmunidad individual e inactivadora de la virulencia relativa de la inmensa mayoría de agentes infecciosos –fotosensibles– <sup>3, 8, 18</sup>, el estado nutricional individual del huésped, o la calidad del agua que éste bebe <sup>22</sup>,
- d) el desconocimiento de la realidad del punto de la etiología <sup>44</sup>, el punto capital de *la psora*, de la causalidad nosológica y la predisposición/susceptibilidad individual, el centro del vórtice entrópico, cuya energía oscura desafina, lesiona y trastorna dinámicamente la fisiológica fotohomeorresis inmunitaria,
- e) la antes ya mencionada gran laguna epistemológica existente en la Educación médica, a saber, la negligencia de la didáctica, de la pedagogía de la simplicidad inherente al principio de la similitud, el fundamento fontanal de la unidad analogía|energía, de la fotohomeorresis inmunitaria de todos los sistemas biológicos, del método científico, y de la higiene, del diagnóstico, del pronóstico, y de la terapéutica, es decir, de la medicina entendida como práctica que utiliza la ciencia para el bien del paciente <sup>52</sup>.

A partir de 1858 el influjo de la patología celular de *Rudolf Virchow* (1821-1902), que reduccionistamente desvinculaba la célula del tejido, separaba la parte del todo, fue determinante. Fue precursora del auge de la teoría de los gérmenes, esto es, de la hipótesis de la mono-causalidad microbiana *suficiente* de las enfermedades infecciosas de finales del s. XIX, científicamente confutable, y de la subsiguiente "doctrina de la etiología específica" <sup>56</sup>. Ello inducía a elevar erróneamente a los agentes microbianos a categoría de estructuras independientes vivas que podían sobrevivir por si mismas <sup>58</sup>. Así se absolutizó y sobreestimó la infectividad, la patogenicidad genómica, la virulencia relativa, la vida autónoma específica de los microorganismos. Todo ello en detrimento de la ecológica interacción huésped|microbio. Se negó implícitamente la clásica concepción que un virus era un 'producto de un organismo enfermo' <sup>32</sup>.

La patología celular de *Virchow* fue la puntilla y el sesgo reduccionista regresivo conceptual que acabó con la primacía del organismo vivo del huésped en toda interacción huésped|patógeno. Acabó con la virulencia *relativa* de todo agente infeccioso, elevándola falsamente a categoría de virulencia –patogenicidad genómica– *absoluta*.

En el marco referencial del secular modelo de ser humano “descoronado”, el influjo de la patología celular de *Virchow* frag-men-tó aún más la unidad dishomeorresis!semiología [§15] <sup>17</sup> de cada caso individual, e hizo que se retomase, involutiva, retrógradamente, la senda isopática, a-na-lí-ti-ca, microbio-céntrica. Su inherente reduccionismo favoreció el desarrollo solamente de la concepción isopática específica, *per idem*, esto es, la especificidad isopática –microbio-específica– en las respuestas inmunológicas, intrínseca de la “vacunología” <sup>33</sup>. Así la patología celular de *Virchow* favoreció sobremanera la aniquilación enantiopática (*contraria contrariis*) del mensajero, de los mensajeros (agentes infecciosos), y su inmuno-bloqueo isopático (*aequalia aequalibus*), sin comprender en cada caso individual el mensaje fenomenológico, la unidad dishomeorresis!semiología, emitido en un momento dado por el punto capital de la etiología, de *la psora*.

Así se negaba, negligía y silenciaba el fundamento analógico nosológico (*similia similibus*), dinámico-energético, de la efectividad preventiva vacunal, que extinguía la pre-existente susceptibilidad al contagio varioloso, demostrada experimentalmente por *Jesty* y *Jenner*, y exponencialmente replicada, que contribuyó a la erradicación de la viruela humana.

Se estableció así fraudulentamente *el dogma* isopático material, molecular antígeno-microbio-específico pseudocientífico pseudovacunal, dissociado de la nosología y de la semiología, de efectividad inmunogénica protectora únicamente parcial, transitoria, para la profilaxis activa, artificial de ciertas dishomeorresis infecciosas, explotado biotecnológica, impune y lucrativamente por el capitalismo biomédico y sus patentes. Con *el agravante* que el dogma isopático, microbio-específico pseudovacunal sólo es capaz de disminuir parcial y transitoriamente la susceptibilidad al contagio, y va volviendo a la miríada de adultos y menores, con inmunocompetencia sub-eficiente, sub-óptima, “pseudovacunados” cada vez *más enfermos, frágiles, susceptibles y vulnerables*.

A su vez, la metodología isopática microbio-específica profiláctica es *la falsa premisa epistemológica* que determina:

1. la incapacidad de las pseudovacunas, las inmunizaciones activas, artificiales, isopáticas, microbio-específicas, no individualizadas, “one-size-fits-all”, no personalizadas, inoculadas directamente al compartimento interno del organismo, de restablecer la integridad y de optimizar la eficiencia de la fotohomeorresis inmunitaria, el fundamento de la resiliencia y la salud individual,
2. la patogenicidad antigénica sistemática *a nivel individual* <sup>58</sup> de las pseudovacunas materiales, moleculares-antigénicas, especialmente *a medio y a largo plazo*, causada por las *hiperantigenemias* “vacunales” agudas, subagudas y crónicas en la miríada de adultos y menores con morbilidades crónicas, *latentes* o patentes, e inmunocompetencia sub-eficiente, sub-óptima, incapaces de producir niveles justos y suficientes de anticuerpos fotohomeográficos-en-espejo <sup>50</sup> neutralizadores, protectores. Estas hiperantigenemias -de antígenos libres, inflamatorios- *lesionan* en primer lugar a los mismos inmunocitos endoteliales-periteliales capilares vasculares <sup>15, 16</sup>, y en segundo lugar al agua -super cristalina, superestructurada- y a la producción de energía foto-química (ATP) mitocondrial <sup>8</sup>. Son pues la causa de *antigenopatías inflamatorias* en el compartimento interno del organismo (entre ellas, las mal llamadas “enfermedades autoinmunes”), y de la disfunción endotelial, inmunocítica y mitocondrial que, siempre y sin excepción, agrava a corto, medio o largo plazo, las morbilidades crónicas, latentes o patentes, pre-existentes,

3. el inmunobloqueo sistemático de la expresividad fisiopato-, semiológica del punto de la etiología <sup>8, 44</sup>, y de la correspondiente disfunción fotohomeorrésica inmunitaria crónica, latente o patente, individual, hacia el compartimento externo del organismo (sangre, mucosas, piel) en forma de agudización inflamatoria infecciosa ("*acute-on-chronic-condition*"), con la subsiguiente agravación y cronificación adicional de la disfunción fotohomeorrésica crónica,
4. la carga creciente en todas las franjas sucesivas de edad de morbilidad *crónica* y vulnerabilidad asociada, que soportan los sistemas sanitarios <sup>52</sup>. (Conjuntamente con el contralógico dogma enantiopático *-contraria contrariis-* terapéutico hegemónico, de efectividad únicamente paliativa, transitoria, pero, siempre y sin excepción, contraproducente y nocivo, a medio y largo plazo [§ 58] <sup>17</sup>),
5. la acientificidad e ineficiencia sistemática de las intervenciones médicas preventivas en la atención primaria de los sistemas sanitarios, eufemísticamente llamados "sistemas de salud",
6. el creciente número de emergentes mutaciones y variantes fenotípicas, genotípicas virales *yatrogénicas* <sup>60</sup>, consecutivas a la fotohomeorresis inmunitaria viral en su adaptación resiliente al medio anti-microbiano (antivirales) y pseudovacunal isopático antígeno-microbio-específico,
7. la creciente contaminación del compartimento interno del organismo humano perpetrada enantiopática (*contraria contrariis*) e isopáticamente (*aequalia aequalibus*), a base de metabolitos moleculares de productos farmacéuticos antivirales, antimicrobianos, y de pseudovacunas materiales, adyuvantes y excipientes incluidos.

Las pseudovacunas experimentales de base genética COVID-19, diseñadas para la producción masiva de la proteína antigénica S (espiga) viral, entrañan una enorme patogenicidad antigénica, por antígenos libres -inflamatorios-, absolutamente *incierto* a nivel predictivo en cada caso individual <sup>61</sup>, gravemente lesivo para los inmunocitos endoteliales capilares y las mitocondrias en todos los órganos y tejidos bien vascularizados. Esta nocividad provoca la intensificación exponencial de las antigenopatías inflamatorias en el compartimento *interno* del organismo en los muchos adultos y menores con inmunocompetencia sub-eficiente, sub-óptima <sup>8</sup>.

A esta yatrogenia antigenopática hay que añadir la causada, a nivel placentario <sup>62</sup>, por la sincitina, proteína placentaria componente de la proteína antigénica S, y la de los adyuvantes y excipientes, patogénicos bien conocidos que componen las pseudovacunas COVID-19, entre ellos, la flagelina -inhibidora de la movilidad de los espermatozoides- [Moderna], el polisorbato-80 -que afecta la barrera hemato-encefálica- y el hidroxipropil-β-ciclodextrin -que afecta negativamente las membranas neuronales y los acrosomas de los espermatozoides- [Janssen] <sup>8</sup>.

Pseudológicamente, la profilaxis *isopática* antígeno-microbio-específica propia de las pseudovacunas, las inmunizaciones activas, artificiales, materiales, no individualizadas, "*one-size-fits-all*", no personalizadas, inoculadas directamente al compartimento interno del organismo, hegemónicamente implementadas en los sistemas sanitarios, sigue siendo:

- *una regresión epistemológica reduccionista* hacia el pasado isopático nosológico, obsoleto, pre-científico de la variolización, y el de las mixturas (de

los productos farmacéuticos) en una receta de la antigua escuela, en el caso de las pseudovacunas isopáticas antígeno-microbio-específicas [→ Figura].

- una flagrante negación del gran progreso conceptual que representó la *vacuna analógica nosológica antivariolosa*, que extinguía duradora y plenamente la pre-existente susceptibilidad al contagio varioloso, para una protección más efectiva, eficiente y segura ante la viruela humana (*smallpox*) *grave*, y que contribuyó a la erradicación de la viruela humana, el mayor (y único relevante) hito jamás conseguido por la salud pública internacional,
- una negación encubierta de la gran trascendencia práctica preventiva para el individuo y para la comunidad del fenómeno de *la inmunidad cruzada* entre especies microbianas (del mismo o distinto género) concurrentes en un mismo huésped y que mediatizan fenómenos clínicos-semiológicos muy *análogos*,
- *una adicional regresión epistemológica* microbio-céntrica que desconsidera la jerarquía del organismo vivo del huésped en toda interacción huésped|microbio, que infraestima los múltiples factores epigenéticos extra-microbianos que intervienen en ella, negligiendo particularmente la realidad del punto de la etiología, el punto de *la psora*, y que paralelamente absolutiza la virulencia —siempre relativa— de los agentes microbianos.

Así pues, el hecho que la “vacunología” actual para la prevención de las enfermedades infecciosas sea isopática (*aequalia aequalibus*) y antígeno-microbio-específica es un clara muestra de:

- a) la gran confusión existente entre: aquello que es igual a (lo mismo que) otro, y aquello que es análogo (semejante) a otro, a saber, la gran confusión: *ὅμοιον, homo-* (igual, *aequalia, idem*)|*ὁμοιον, homeo-* (análogo, *similia*) <sup>63</sup>,
- b) la absoluta negligencia de la obra científica-filosófica-médica original del Dr. S. Hahnemann (1755-1843) <sup>17, 28, 64</sup>, positivamente revolucionaria de la práctica médica preventiva y terapéutica,
- c) la impresionante escasa atención médica prestada al gran principio de la similitud <sup>65</sup>, cuya simplicidad inherente es, en aras de la eficiencia, el fundamento fontanal de la fotohomeorresis inmunitaria de todos los sistemas vivos <sup>42</sup>, y del método científico <sup>52</sup>,
- d) la vigencia del modelo de ser humano “descoronado”, sin “corona”, sin espíritu, *reducido* a su dimensión material (nanoparticular, molecular, genética, celular, microbiana) biológica, frag-men-ta-da. Es el modelo propio del paradigma biomédico materialista y reductor hegemónico, a-na-lí-ti-co, dogmáticamente isopático y enantiopático, que *niega*: la unidad fotohomeorresis|espíritu, la inmunidad *al servicio de la preservación de la identidad*, y la unidad dishomeorresis|semiología de cada caso individual de interacción huésped|microbio. En consecuencia ninguna unidad diagnóstica|pronóstica|terapéutica de cada caso individual es posible,

- e) el propósito intencionado de hacer olvidar que todas las pseudovacunas sólo *imitan, mimetizan* –analogía– *artificial, parcialmente* y, por consiguiente, temporalmente, a nivel molecular y celular, lo que la fotohomeorresis inmunitaria del organismo humano sano hace cuando se inmuniza activa, *natural y plenamente* frente a un agente microbiano desarrollando inmunidad adaptativa celular y memoria inmunológica duradora y robusta.

Con ello se comprende que nunca una inmunización activa, *artificial*, inducida pseudovacunalmente puede superar la inmunización activa, *natural* que ha desarrollado un individuo sano. Así pues, la inoculación de una dosis de una pseudovacuna es totalmente innecesaria y no está inmunológicamente justificada cuando el individuo, bien sea adulto o menor, ya se ha inmunizado activa y naturalmente ante el agente microbiano en cuestión, bien sea asintóticamente o tras haberse recuperado de la enfermedad infecciosa aguda <sup>10, 55</sup>.

- f) la deliberada determinación existente por parte de las fuerzas ideológicas del capitalismo biomédico de *negar y silenciar a toda costa la verdad sanativa*, la suprema capacidad sanativa, curativa y preventiva, de la simplicidad inherente al principio de la similitud semiológica correctamente aplicada en cada caso individual, como un todo indivisible, y así negar la fotohomeoprofilaxis inmunitaria individualizada, capaz de tocar sanativamente el punto de la etiología, para la prevención (y la terapéutica) efectiva, eficiente y segura, máximamente ventajosa de *todas* las dishomeorresis infecciosas agudas –endémicas o epidémicas– y crónicas, lepra, tuberculosis, malaria,... incluídas.

En pleno tercer milenio, en pleno siglo de las ciencias fotónicas, de la inteligencia artificial, de la robótica, de la medicina personalizada de precisión, la realidad profiláctica isopática (*aequalia aequalibus*), *material*, antígeno-microbio-específica, no individualizada, no personalizada, “*one-size-fits-all*”, de las pseudovacunas inoculadas directamente al compartimento interno del organismo, para la prevención primaria y secundaria, parcial y transitoria, de ciertas dishomeorresis infecciosas, es un anacronismo que negligencia: a) la dimensión analógica (*similia similibus*), nosológica de la vacuna jenneriana que contribuyó a la erradicación de la viruela humana, y b) la única ley sanativa (curativa|preventiva) –por similitud noso-semiológica– existente en la naturaleza [§ 50] <sup>17</sup>.

Así, el capitalismo biomédico pseudovacunal se aprovecha vilmente de la fisiología fotohomeorrésica inmunitaria a nivel inferior, molecular-celular –anticuerpos fotohomeográficos-en-espejo, memoria (foto-analogía) inmunológica linfocítica–, *para negarla y silenciarla a nivel superior* <sup>42</sup>.

La divisa tácita no es otra que *aniquilar* a toda costa la fuerza fotohomeorrésica individualizada sanativa (curativa y preventiva) de la simplicidad –no patentable–, esto es, la fotohomeoprofilaxis inmunitaria individualizada, la metodología científica que se alza sobre la simplicidad inherente al principio de la similitud, capaz de restablecer la integridad y de optimizar la eficiencia de la fotohomeorresis inmunitaria, la resiliencia y la salud individual. Se trata de literalmente *matar a* la metodología científica que restablece al individuo su eficiente y óptima capacidad de inmunizarse activa y natural, benigna y fácilmente ante cualquier agente infeccioso del cual aún no haya desarrollada inmunidad adaptativa específica. La fotohomeoprofilaxis inmunitaria individualizada *hace*

*prescindibles a todas las pseudovacunas* y no es patentable. Por este motivo se la niega y silencio.

Pseudocientífica y pseudológicamente, la realidad isopática antígeno-microbio-específica, obsoleta, que desconsidera los múltiples factores epigenéticos extra-microbianos que intervienen en toda interacción huésped-microbio en el marco de la heterogeneidad fenotípica individual, sigue aún dogmática, fraudulenta <sup>53</sup> y hegemonícamente implementada en todos los sistemas de salud privados y públicos como único método y pilar “preventivo” frente a dishomeorresis infecciosas.

Ello aún es más paradójico cuando sus efectos estadísticos a nivel *poblacional*, a corto plazo, esto es, aplicado a nivel analógico –poblacional–, pero desconsiderando *la simplicidad* inherente al principio de la similitud, la heterogeneidad fenotípica individual, no tienen nada que ver con sus efectos clínicos a nivel *individual*, a corto, a medio y a largo plazo <sup>59</sup>, por tratarse de intervenciones médicas no individualizadas, “*one-size-fits-all*”, no personalizadas <sup>66</sup>, e inoculadas directamente al compartimento interno del organismo <sup>8</sup>. Por si ello fuera poco, las pseudovacunas experimentales de base genética COVID-19, de ARN mensajero o de vector viral, no sólo son un ataque encubierto a la identidad genómica personal de los seres humanos, sino que incurren a nivel individual en la más absoluta incertidumbre pronóstica –antítesis de la ciencia– <sup>61</sup> referida a la extensión e intensidad de síntesis endógena forzada de proteína S antigénica –inflamatoria– SARS-CoV-2.

Hasta el 04.09.2021 se notificaron a EudraVigilance de la Agencia Europea del Medicamento 600.166 casos individuales de damnificados no recuperados y 23.932 desenlaces fatales, muertes, asociados a la inoculación de las pseudovacunas COVID-19 <sup>68</sup>. Dado que la notificación de sospecha de reacciones adversas sistémicas es voluntaria, estas cifras tan sólo reflejan la punta del iceberg de las agravaciones de morbilidades crónicas, latentes o patentes, pre-existentes que indefectible y sistemáticamente ya se han producido, y que se seguirán produciendo, *a corto, medio y largo plazo*, a consecuencia de las antigenopatías inflamatorias secundarias a las pseudovacunas COVID-19 en la miríada de adultos y menores con morbilidades crónicas, *latentes* o patentes, e inmunocompetencia sub-eficiente, sub-óptima. Esta realidad yatrogénica, a corto, medio y largo plazo, pone totalmente en entredicho su supuesta seguridad.

Por todas estas razones, la profilaxis isopática antígeno-microbio-específica “vacunal”, dogmática y hegemonícamente implementada en los sistemas sanitarios, en forma de pseudovacunas, esto es, de inmunizaciones activas, artificiales, sistemáticas, inductoras de inmunidad parcial y transitoria, para la prevención primara y secundaria de ciertas dishomeorresis infecciosas agudas es, *contrariamente a las apariencias*, no solo *científicamente confutable*, sino también *antideontológica* por ser siempre y sin excepción yatrogénica en los muchos individuos con morbilidades crónicas, *latentes* o patentes, e inmunocompetencia sub-eficiente, sub-óptima. Neglige la simplicidad inherente al principio de la similitud, el fundamento fontanal de la eficiencia, la lógica, la prevención y la terapéutica médica científica, y desconsidera la necesaria individualización de cada caso, el requisito indispensable para la eficiencia y la seguridad preventiva.

Así pues, las pseudovacunas son el gran bumerán pseudocientífico de los eufemísticamente llamados “sistemas de salud”, que alegando el pretexto de inmunizar activa, artificial, isopática, antígeno-microbio-específicamente, de manera no

individualizada, “one-size-fits-all”, no personalizada, a sus usuarios, los vuelven cada vez más crónicamente enfermos, y más frágiles, susceptibles y vulnerables.

Es pues muy de lamentar que todo el discurso **hegemónico** institucional y mediático microbio-céntrico para la supuesta “protección de la salud” frente a ciertas “enfermedades infecciosas agudas”, en realidad, agudizaciones de la morbilidad crónica, latente o patente, individual pre-existente, como es el caso de “el SARS-CoV-2/la COVID-19”, *tenga por fin conseguir que la población* –institucional y mediáticamente atemorizada y desinformada– *acepte acrítica y sumisamente la inoculación de pseudovacunas*, y que ello obedezca únicamente a razones económicas-financieras, ideológicas y políticas, en absoluto científicas <sup>8</sup>, de ningún modo deontológicas <sup>52</sup>, ni epistemológicas, ni menos aún humanitarias.

No obstante, todavía más deplorable es el hecho que la narrativa pseudovacunal “para la protección de la salud” esté suscrita por “autoridades sanitarias”, “expertos”, y por profesionales de la Medicina cegados por los prejuicios, inconscientes del gran sesgo educativo del que aún son víctimas, y convertidos en altavoces serviles de las fuerzas ideológicas del capitalismo biomédico, que explota biotecnológica, impune, lucrativamente <sup>68-71</sup> la incurabilidad natural de la condición enfermiza humana.

## 8. Conclusión

La vacuna de *Edward Jenner* extinguía efectivamente la susceptibilidad pre-existente al contagio varioloso. Se caracterizaba por su naturaleza analógica (*similia similibus*) nosológica, e imitaba y ratificaba la única ley curativa|preventiva –por analogía nososemiológica– existente en la naturaleza [§ 50] <sup>17</sup>. De esta manera, contribuyó a la erradicación de la viruela humana, el único hito significativo conseguido por la salud pública internacional.

La anaprofilaxis viral jenneriana antivariolosa constituye así la gran excepción a la especificidad inmunizadora de la “vacunología” y sus pseudovacunas o inmunizaciones activas, artificiales, isopáticas (*aequalia aequalibus*), antígeno-microbio-específicas, pseudocientíficas y yatrogénicas por las antigenopatías que incondicionalmente causan en la miríada de adultos y menores con morbilidades crónicas, latentes o patentes, e inmunocompetencia sub-eficiente, sub-óptima.

Afortunadamente, la innovadora concepción analógica nosológica vacunal de *Jenner*, no individualizada y material, está hoy en día conveniente y ventajosamente superada por la ftohomeoprofilaxis semiológica individualizada, la metodología científica, conceptualmente más avanzada existente, para la prevención y tratamiento máximamente eficiente y seguro de *todas* las dishomeorresis infecciosas, agudas y crónicas, capaz de tocar sanativamente el punto de la etiología, y así de restablecer la integridad y optimizar la eficiencia de la ftohomeorresis inmunitaria, y mejorar la resiliencia y la salud individual.

---

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

## 9. Referencias

1. Horton R (2020) Offline: Don't let COVID-19 divert us completely. Comment. *Lancet*. 2020 May 16;395(10236):1534. doi: [10.1016/S0140-6736\(20\)31130-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31130-2)
2. Nabona J (2020) El Punto Negro de los Sistemas de Salud a la Luz del SARS-CoV-2. Preprint at *ResearchGate*. 05.05.2020. <https://doi.org/10.13140/rg.2.2.12201.95844>
3. Nabona J (2020) La Debida Optimización de la Eficiencia Inmunitaria Individual para la Prevención y el Tratamiento de las Dishomeorresis Infecciosas. Preprint at *ResearchGate*. 24.12.2020. <https://doi.org/10.13140/rg.2.2.33854.10561>
4. Karolinska COVID-19 Study Group (2020). Robust T cell immunity in convalescent individuals with asymptomatic or mild COVID-19. *bioRxiv Preprint*. June 29, 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.06.29.174888>
5. Breton G, Mendoza P, Hagglof T, Oliveira TY, *et al.* (2020) Persistent Cellular Immunity to SARS-CoV-2 Infection. *bioRxiv Preprint*. December 9, 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.12.08.416636>
6. Nielsen SS, Vibholm LK, Monrad I, Olesen R, *et al.* (2021) SARS-CoV-2 elicits robust adaptive immune responses regardless of disease severity. *Ebiomedicine* 68 (2021) 103410 <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2021.103410>
7. Banoun H (2020) COVID19: Cross-Immunity with Other Coronaviruses. Immunopathological Phenomena. (August 24, 2020). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3654264> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3654264>
8. Nabona J (2021) La Inoculació d'un Nou Frau Científic: les Vaccines COVID-19. Preprint at *ResearchGate*. 23.02.2021. <https://doi.org/10.13140/rg.2.2.35947.46882>
9. Echevarría G, Guevara A, Coloma S, Mera-Ruiz A, *et al.* (2021) Pre-Existing T-cell immunity to SARS-CoV-2 in unexposed healthy controls in Ecuador, as detected with a COVID-19 Interferon-Gamma Release Assay. *International Journal of Infectious Diseases*. 105 (2021) 21-25. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.034>
10. Palmer M, Bhakdi S, Hockertz S (2021) Expert statement regarding Comirnaty-COVID-19-mRNA Vaccine for Children. 03/07/2021.jh <https://doctors4covidethics.org> [Expert evidence regarding Comirnaty \(Pfizer\) COVID-19 mRNA Vaccine for children – Doctors for COVID Ethics \(doctors4covidethics.org\)](https://doctors4covidethics.org/Expert_evidence_regarding_Comirnaty_(Pfizer)_COVID-19_mRNA_Vaccine_for_children_-_Doctors_for_COVID_Ethics_(doctors4covidethics.org))
11. Jenner E (1801) *On the Origin of the Vaccine Inoculation*. Printed by DN Shury, Berwick Street, Soho, London, 1801. Reprinted London, 1863. p. 5. <https://www.jameslindlibrary.org/jenner-e-1801/>
12. Farreras - Rozman (1975) *Medicina Interna*. 8ª ed. II. Enfermedades Infecciosas. Viruela o Viruelas. pp. 852-856. Ed Marín. SA. Barcelona.
13. Jawetz E, Melnick JL, Adelberg EA (1975) *Manual de Microbiología Médica*. Cap. 36. Grupo de los Poxvirus. pp. 157, 158; 494-506. Ed. El Manual Moderno SA, México.
14. Henderson DA, Moss B (1999) in Plotkin SA, Orestein WA *Vaccines*. 3rd edition. Chap 6. Smallpox and Vaccinia. Saunders, Philadelphia. [Smallpox and Vaccinia - Vaccines - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13399/)
15. Wendt L (1975) *Immunologie auf neuen Wegen*. 1. Auflage 1975. Verlag E.E. Koch, Frankfurt am Main.
16. Wendt L (1984) *Die Eiweißspeicher-Krankheiten. Proteothesaurismosen*. 7. Kapitel. Symbiose – Infektionskrankheit – Antigenopathie – Immunologie. Haug Verlag, Heidelberg.

17. Hahnemann, S (1842) *Organon der Heilkunst*. Nach d. Handschriftl. Neubearb. Hahnemanns für d. 6. Aufl. Hrsg u. Mit Vorw. V. Von Richard Hahehl.- Nachdr. D. Ausg. Leipzig, Schwabe, 1921.- Heilderberg: Haug, 1988. Einl. S. 18; §§ 15; 26; 31; 33; 45; 46; 50.
18. Lytle CD, Sagripanti J-L (2005) Predicted Inactivation of Viruses of Relevance to Biodefense by Solar Radiation. *J. Virol.* 2005:14244-14252, Vol. 79, No. 22.  
doi: [10.1128/JVI.79.22.14244-14252.2005](https://doi.org/10.1128/JVI.79.22.14244-14252.2005)
19. McDevitt JJ, Lai KM, Rudnick SN, Houseman EA, et al. (2007) Characterization of UVC light sensitivity of vaccinia virus. *Appl Environ Microbiol.* Sep;73(18):5760-6. doi: [10.1128/AEM.00110-07](https://doi.org/10.1128/AEM.00110-07).
20. Ray CG (1983) in *Harrison's Principles of Internal Medicine*. International Student Edition. 203. Smallpox, Vaccinia, and Cowpox. pp. 1118-1121. McGraw-Hill.
21. Kak S (2016) *How Ayurveda Pioneered Smallpox Inoculation*. In: Selin H. (eds) *Encyclopaedia of the History of Science, Technology, and Medicine in Non-Western Cultures*. Springer, Dordrecht. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-7747-7\\_8655](https://doi.org/10.1007/978-94-007-7747-7_8655)
22. Plotkin Stanley L, Plotkin Susan L (2008) A Short History of Vaccination in *Vaccines*. 5th Edition. Expert Consult. Section 1. General Aspects of Vaccination. Saunders.
23. Leung AKC (2011) "Variolation" and Vaccination in Late Imperial China, Ca 1570–1911. In: Plotkin S. (eds) *History of Vaccine Development*. Springer, New York, NY. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1339-5\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1339-5_2)
24. Centers for Disease Control and Prevention (2016) *History of Smallpox*. Early Control Efforts. Global Smallpox Eradication Program. Page last reviewed: August 30, 2016. <https://www.cdc.gov/smallpox/history/history.html>
25. Evans K (2017) From variolation to vaccination. Labroots. Trending > Microbiology. Jan 01, 2017. [From variolation to vaccination | Microbiology \(labroots.com\)](https://labroots.com/2017/01/01/from-variolation-to-vaccination/)
26. Peard PJ (2006) Benjamin Jesty: the first vaccinator revealed. Perspectives. Portrait. *The Lancet*. Vol 368. December 23/30, 2006. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69878-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69878-4)
27. Hahnemann S (1790) [Anmerkung Hahnemanns zu seinem Selbstversuch mit Chinارينde] in: *William Cullen's Abhandlung über die Materia medica*. 2. Bd. Leipzig, 1790, S. 108-109.
28. Hahnemann S (1796) Versuch über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen, nebst einigen Blicken auf die bisherigen. *Hufelands Journal der praktischen Arzneikunde*. (1796), 2. Bd., 3. St., 391-439 u. 4. St., 465-561.
29. Klunker W (1996) Heilkunde unter dem Anspruch von Gewißheit. *Zschr. Klass. Homöop.* 40 (1996) 5, 185-194. Haug Verlag.
30. Bailey I (2011) Edward Jenner, Benefactor to Mankind. In: Plotkin S. (eds) *History of Vaccine Development*. Springer, New York, NY. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1339-5\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1339-5_4)
31. Baxby D. (1999). Edward Jenner's inquiry after 200 years. *BMJ (Clinical research ed.)*, 318(7180), 390. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7180.390>
32. *The Shorter Oxford English Dictionary on Historical Principles*. (1987) 2 Vols. 3rd Ed. pp. 1027, 2203, 2481. Clarendon Press · Oxford.

33. Casadevall A, Pirofski L-A (2003) Exploiting the Redundancy in the Immune System: Vaccines Can Mediate Protection by Eliciting "Unnatural" Immunity. *The Journal of Experimental Medicine*. 197(11), June 2, 2003: 1401-1404. <https://doi.org/10.1084/jem.20030637>
34. Tomb of Benjamin Jesty. Frontispice. Photograph. [Tombs of Benjamin Jesty and Elizabeth Jesty. Photograph, 19---. | Wellcome Collection](#)
35. Fenner F. (2011) Smallpox Eradication: The Vindication of Jenner's Prophecy. In: Plotkin S. (eds) *History of Vaccine Development*. Springer, New York, NY. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1339-5\\_5](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1339-5_5)
36. [Dr Jenner's House, Museum and Garden \(jennermuseum.com\)](#)
37. [La Real Expedición Filantrópica de la vacuna y su significado histórico \(aeped.es\)](#)
38. McKeown T (1979) Infection Diseases. In *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* pp. 45-65. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
39. Buchwald G (1992) Nützt impfen? – Schützt impfen? – Schadet impfen? *Deutsches Journal für Homöopathie*. Bd. 11, 2. Quartal, 1992, S. 124-160.
40. McKinlay JB, McKinlay SM (1977) The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century. *Health and Society*, Summer 1977. Milbank Memorial Fund Quarterly. pp. 404-428. [PMID: 413067](#)
41. Russell CD (2011) Eradicating infectious disease: can we and should we? Opinion article. *Frontiers in Immunology*. October 2011, Vol 2, Article 53. 1-3. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2011.00053>
42. Nabona J (2020) La Natura de la Fisiologia. Preprint at *ResearchGate*. 14.10.2020. <https://doi.org/10.13140/rq.2.2.25524.07047>
43. Thibon, G (1945) *Ce que Dieu a uni. Essai sur l'amour*. Le conflit entre l'esprit et la vie. Lardanchet, Lyon, 1945; rééd. Librairie Arthème Fayard, Paris, 1962. pp. 19, 26.
44. Nabona J (2020) El Punt de l'Etiologia. Preprint at *ResearchGate*. 10.11.2020 <https://doi.org/10.13140/rq.2.2.25075.96804>
45. Keinath K, Church T, Kurth B, Hulten E (2018) Myocarditis secondary to smallpox vaccination. *BMJ Case Rep*. Mar 22;2018. <https://doi.org/10.1136/bcr-2017-223523>
46. Grönemeyer L-L, Baltzer A, Broekaert S, Schrik L, et al. (2017) Generalised cowpox virus infection. *The Lancet*. 390, 10104 P1769. June 29, 2017 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31428-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31428-9)
47. Nabona J (2002) Los puntos de Weihe. *Revista Homeopática*. nº 45, Julio 2002. pp. 31-40. [www.nabonahomeopatia.cat/puntsweihe](http://www.nabonahomeopatia.cat/puntsweihe)
48. Balcells-Gorina A, Carmena-Villarta M, et al. (1974) *Patología General*. Tomo I: Concepto de la Enfermedad; II. Etiología General, 4. Constitución. 4ª ed. 1974. Toray, SA, Barcelona. pp: 115, 116.
49. *Webster's New Dictionary of Synonyms*. Merriam-Webster Inc. Publishers. Springfield, Massachusetts, USA, 1984, p. 495.
50. Jerne NK (1984) *The Generative Grammar of the Immune System*. Nobel lecture, 8 December 1984. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1984/jerne/lecture/>

51. Moelling K (2019) Viruses More Friends than Foes. *Electroanalysis* 2019, 31, 1– 6  
<https://doi.org/10.1002/elan.201900604>
52. Nabona, J (2019) The Necessary Refoundation of Medical Ethics. An Epistemic Duty. Preprint at *ResearchGate*. April 2019. <https://doi.org/10.13140/rq.2.2.27205.91361>
53. Nabona J (2019) The Epicentre of the Fraud Misdirecting Pharmacotherapeutics to Systematic Unscientificity. Preprint at *ResearchGate*. Dec. 2019.  
<https://doi.org/10.13140/rq.2.2.13922.68807>
54. Hahnemann S (1797) Sind die Hindernisse der Gewißheit und Einfachheit der practischen Arzneykunde unübersteiglich? [*Hufelands*] *J. d. pract. Arzkd.* 4. Bd., 4. St., S. 746.
55. Gazit S, Shlezinger R, Perez G, Lotan R, *et al.* (2021) Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections. *medRxiv preprint*. August, 25, 2021. <https://doi.org/10.1101/2021.08.24.21262415>
56. Thibon G (1995) *L'illusion féconde*. L'ère du vide. Progrès du réductionnisme. Librairie Arthème Fayard, Paris, 1995.
57. Ross LN (2018) The Doctrine of Specific Etiology. *Biology & Philosophy* (2018) 33:37  
<https://doi.org/10.1007/s10539-018-9647-x>
58. Lanka S (2020) Fehldeutung Virus. Anfang und Ende der Corona-Krise. Teil II. WISSENSCHAFTPLUS magazin 02/2020 Auszug. [W+ FehldeutungVirus A4 Teil II.indd](http://www.wissenschaftplus.de/W+FehldeutungVirus+A4+Teil+II.indd) ([wissenschaftplus.de](http://www.wissenschaftplus.de))
59. Barrett ADT (2016) Vaccinology in the twenty-first century. Editorial. *npj Vaccines* (2016) 1, 16009. doi:10.1038/npjvaccines.2016.9; published online 28 July 2016.  
[www.nature.com/npjvaccines](http://www.nature.com/npjvaccines)
60. Farinholt T, Doddapaneni H, Qin X, Menon V, *et al.* (2021) Transmission event of SARS-CoV-2 Delta variant reveals multiple vaccine breakthrough infections. *medRxiv preprint*. July 12, 2021.  
<https://doi.org/10.1101/2021.06.28.21258780>
61. Nosek, BA *et al* (2017) The preregistration revolution. *Proceedings of the National Academy of Sciences PNAS* | March 13, 2018 | vol. 115 | no. 11: 2600–2606  
[DOI:10.1073/pnas.1708274114](https://doi.org/10.1073/pnas.1708274114)
62. Stevens VC (1975) Fertility control through active immunization using placenta proteins. *Acta Endocrinol Suppl* (Copenh). 194:357-75. doi: [10.1530/acta.0.080s357](https://doi.org/10.1530/acta.0.080s357)
63. Hahnemann, S (1817) Nota bene für meine Recensenten. In: *Reine Arzneimittellehre*. 3. Th., Dresden, 1817, S. 3-10.
64. Hahnemann S (1828) *Die chronischen Krankheiten, ihre eigenthümliche Natur und homöopathische Heilung*. Erster Theil. 2. Aufl. unveränd. Nachdruck. Dresden u. Leipzig, Arnold Buchh., 1835.
65. Rayleigh, Lord (1915) The principle of similitude. *Nature* 95 (1915) No 2368 (March 18): 66–68. <https://www.nature.com/articles/095066c0.pdf?draft=collection>
66. Poland GA, Ovsyannikova IG, Kennedy RB (2018) Personalized vaccinology: A review. *Vaccine*. 2018 Aug 28;36(36):5350-5357. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.07.062>
67. EudraVigilance. 04.09.2021. Suspected adverse drug reaction reports for Products. COVID-19 Vaccines. Number of individual cases by outcome up to 04/09/2021. [European database of suspected adverse drug reaction reports - Search \(adrreports.eu\)](https://www.eudra.europa.eu/medwatch/eudra-vigilance/eudra-vigilance-search)

68. Ehrenreich B, Ehrenreich J (1969) The Medical Industrial Complex. Editorial. *Health Policy Advisory Center*. Bulletin, November 1969. pp.: 1-11.  
<http://www.healthpacbulletin.org/CompleteBulletinRun/Health%20PAC%20Bulletin%201969%20Nov.pdf>
69. Relman A, Angell M (2002) *America's Other Drug Problem. How the drug industry distorts medicine and politics*. The New Republic : December 16, 2002 : 27-41.
70. Gøtzsche PC (2013) *Deadly medicines and organized crime. How big pharma has corrupted healthcare*. London: Radcliffe Publishing Ltd; 2013
71. Rawlinson P (2017) Immunity and impunity: Corruption in the State-Pharma Nexus. *International Journal for Crime, Justice and Social Democracy*. 2017 6(4): 86-99.  
DOI: [10.5204/ijcjsd.v6i4.447](https://doi.org/10.5204/ijcjsd.v6i4.447)
- 

**Joaquim Nabona, MD**

Especialista en Medicina de Familia

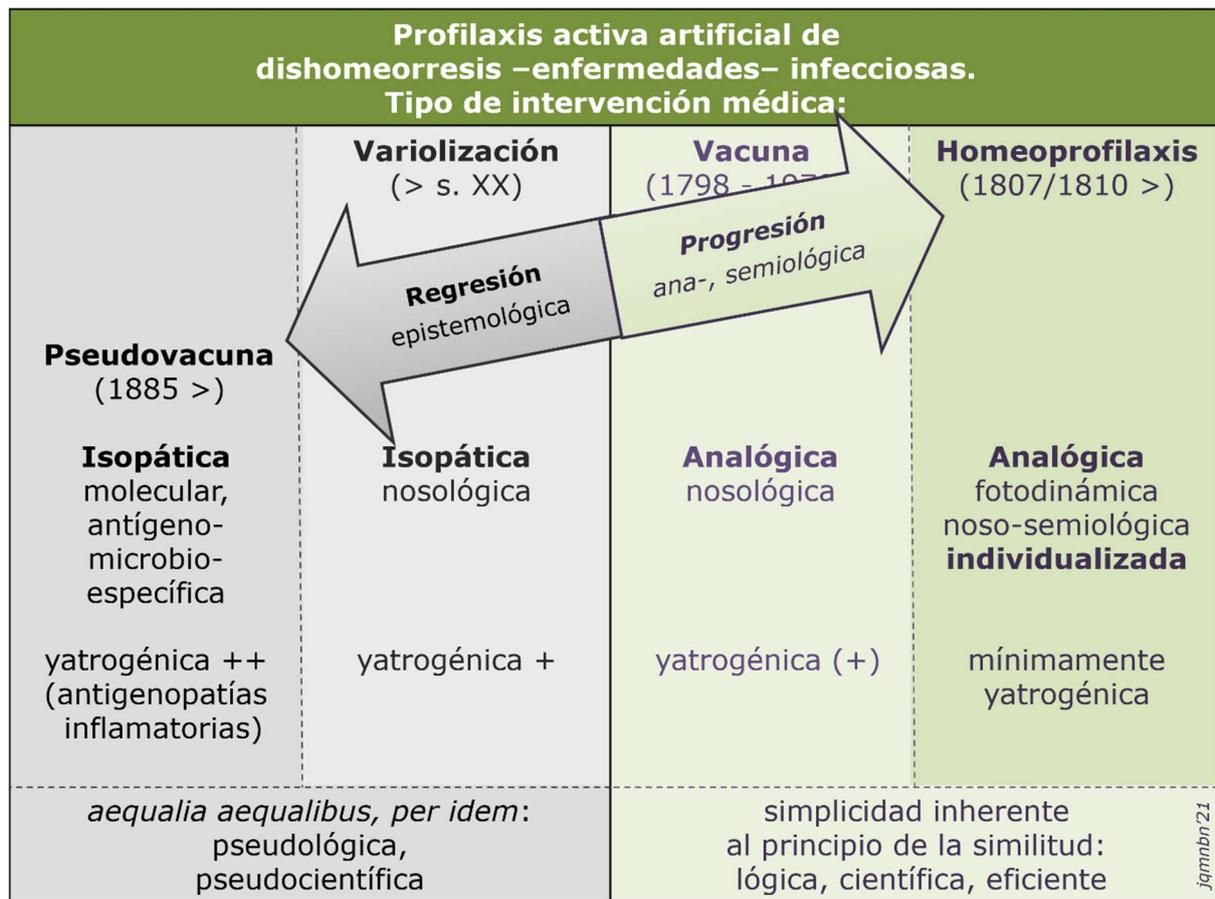
Barcelona (Cataluña, España, Europa)

10 de septiembre de 2021

Proyecto: analogía, energía, homeorresis, simplicidad.

[joaquimnabona@gmail.com](mailto:joaquimnabona@gmail.com)

**Figura**



**Intervenciones médicas inductoras de inmunidad activa, artificial.**

Tomando como referencia la variolización isopática nosológica para la profilaxis de la viruela humana, y la vacuna *analógica* nosológica *jenneriana* que extinguía la susceptibilidad pre-existente al contagio varioloso, y que contribuyó a la erradicación de la viruela humana, observamos que paralelamente a su sistematización, a partir de 1798, se produjo una muy importante *progresión ana-, semiológica*, en forma de la homeoprolaxis fotodinámica noso-semiológica individualizada -no patentable- para la prevención y terapéutica científica, eficiente, previsiblemente cierta, y segura de todas las enfermedades, entre ellas las infecciosas.

No obstante, a partir de 1885 se produjo una muy significativa *regresión epistemológica reduccionista microbio-céntrica*, dissociada de la dimensión noso-semiológica de la interacción huésped|microbio, en forma de las pseudovacunas isopáticas moleculares, antígeno-microbio-específicas, inductoras de inmunidad, tan solo parcial y transitoria, ante algunas dishomeorresis infecciosas. Estas pseudovacunas isopáticas, por ser materiales y no individualizadas, eran y son altamente inefectivas, ineficientes e inseguras, yatrogénicas, a corto, medio y largo plazo, particularmente en los muchos adultos y menores con morbilidades crónicas latentes (o patentes) e inmunocompetencia sub-eficiente, sub-óptima. Las pseudovacunas isopáticas antígeno-microbio-específicas negligencian la simplicidad inherente al principio de la similitud, el fundamento fontanal de la fotohomeorresis inmunitaria de los sistemas vivientes, del método científico, y de la Medicina entendida como práctica diagnóstica, pronóstica, preventiva y terapéutica, que utiliza la ciencia para el bien de la persona.