

Casos clínicos: dos reacciones vacunales y dos observaciones clínicas graves

A propósito de dos casos de reacción a vacunas

Joan Mora (médico homeópata)

Desde hace unos años, el Dr. Xavier Uriarte y yo hemos dedicado buena parte de nuestro tiempo al estudio de las reacciones secundarias a las vacunas.

Además de estudiar las reacciones inmediatas y a corto plazo—que abarcarían desde las primeras horas hasta los 15 días postvacunales—, nos hemos interesado también en verificar la existencia de reacciones a medio y largo plazo.

Estas últimas, aunque mucho más difíciles de demostrar en relación con la vacuna o vacunas, son especialmente interesantes en un tema que debido a nuestra formación, siempre hemos considerado capital: ¿Pueden las vacunas, y especialmente la batería de vacunaciones sucesivas en la infancia, cambiar la reacción de base del individuo, lo que acostumbramos a denominar «el terreno»?

Después de haber iniciado nuestro primer estudio—PROESVA I—¹ una gran parte de las tarjetas notificadas (un 35%)² hacían referencia a reacciones que podríamos clasificar como de tipo alérgico: rinitis, bronquitis espásticas, asma, intolerancia al gluten, eczema, hipersecreción mucosa a nivel ORL, ...

Estas reacciones aparecieron en su mayoría dentro de las dos primeras semanas postvacunales, pero fueron adquiriendo progresivamente carácter repetitivo, muchas veces agravadas en sucesivas revacunaciones. En un tanto por ciento notable (51%)³ no había en la familia próxima—padres, tíos, abuelos—ningún

antecedente conocido de enfermedad alérgica.

Si bien es cierto que el aumento espectacular de las enfermedades alérgicas se puede correlacionar con muy diversos factores como el aumento de la contaminación medioambiental, los cambios climáticos (desertización, capa de ozono, etc.), los cambios en la alimentación (aditivos alimentarios, etc.), los cambios en los cultivos, transporte y almacenamiento de alimentos, el abuso de antibióticos y antitérmicos en las enfermedades víricas, las supresiones, etc., también hay que tener presente que ese aumento se corresponde con la introducción de los programas de vacunación sistemática de la población infantil tras la II Guerra Mundial, tal como pone de manifiesto magníficamente el estudio de A. BRAUN⁴.

Nuestra impresión es que este tipo de reacción alérgica puede darse con cualquier vacuna.

De los 25 casos hallados, 15 se desencadenaron tras la vacunación de la DTP-Polio, 6 tras la Triple Vírica, 1 después de la Polio oral sola, 1 después de la vacuna contra la Fiebre Amarilla, otro después de la Cólera-Tifus y otro después de la Hepatitis B. Es por esta razón que la consideramos una reacción inespecífica.

Incluso muchas veces da la impresión, al observarla en la clínica y especialmente en niños, que es más el resultado de un exceso de estímulos vacunales—hiperestimulación vacunal—que no de una vacu-

nación en concreto.

El aumento de la secreción mucosa que suele acompañar este trastorno, encaja bien con la noción de sycotización del terreno propia de la Homeopatía.

Thuja sigue siendo un remedio capital en estas reacciones. También Silicea, Arsenicum album y Sulphur—entre otros—son remedios especialmente indicados en esta reacción, cada uno según el conjunto de síntomas concomitantes.

Así pues, consideramos que hay un primer grupo de reacciones adversas a vacunas al que podemos llamar reacción inespecífica, que se caracteriza por:

- No ser específica de ninguna vacunación en concreto.
- Tiende a aumentar con el número de vacunaciones.
- Se caracteriza por un aumento de secreción mucosa y fenómenos de tipo alérgico (hipersensibilización), o también infecciones de repetición ORL o respiratorias.
- Thuja suele ser el remedio dominante.

Al lado de este grupo aparece otro tipo de reacciones mucho más específicas, es decir, que se vinculan estrechamente con una determinada vacuna, y se caracterizan por manifestaciones patológicas específicas y con una polaridad generalmente en sintonía con la polaridad del virus o toxoide a partir del cual se elabora la vacuna, como se refleja en la tabla de la página siguiente.

Hay que decir que estas correlaciones vienen testificadas por casos clínicos razonablemente bien documentados —no se puede hablar de certeza absoluta—, y están apoyadas en la experiencia de otras personas que han observado reacciones parecidas ⁵.

Hay dos puntos interesantes a señalar en este tipo de reacciones:

1º) Existe un tropismo semejante entre el efecto adverso observado para la vacuna y las complicaciones del virus o toxoide natural.

En este sentido se abre una vía distinta a la de la conexión cronológica para la atribución de relaciones causa-efecto en reacciones postvacunales inexplicables.

Esta es la hipótesis que seguimos en el caso (DTP R01) ⁶ para atribuir al toxoide diftérico el «síndrome nefrótico idiopático primario» que desarrolló la niña G.F.S. después de la tercera dosis de DTP-Polio (diarrea, febrícula vespertina y edema palpebral de 10 a 12 días después, proteinuria apercibida el día del ingreso 44 días después).

Igual ocurre en el caso de una neuritis óptica ⁷ que desarrolla sus primeros síntomas a los 15-20 días de la vacunación DT-Polio, la cual atribuimos a una reacción secundaria al toxoide tetánico. En este caso, además, tenemos la referencia de otros casos parecidos ⁸.

2º) En este tipo de reacciones no se han mostrado tan útiles los remedios clásicos de reacción vacunal (Thuja, Silicea, etc.) y nos tenemos que remitir o bien a los síntomas modalizados del paciente, o bien recurrir a los nosodes bioterápicos según los denomina **O. A. JULIAN**.

Es de sumo interés el estudio de **Diphtherinum, Tetanotoxinum, Pertussinum, Morbillinum, Vaccinotoxinum, Parotidinum**, etc. ⁹.

El estudio de los síntomas de estos nosodes bioterápicos y de los casos clínicos por ellos curados, tal y como se citan en el libro de **JULIAN**, nos da pistas sobre su posible indicación y uso en grupos de síntomas o síndromes surgidos después de vacunación, o también como secuela de la enfermedad misma.

Hay un tercer tipo de reacciones que participan a la vez de mecanismos específicos e inespecíficos. Son las reacciones de tipo autoinmune. Estas reacciones necesitan de un terreno predispuesto —no en todos los grupos HLA se producen estas reacciones por igual— y suelen estar vinculadas a determinados tipos de vacunas, pero no de modo unidireccional.

Por ejemplo, la Diabetes de tipo I puede desencadenarse después de una vacunación Triple Vírica ¹⁰—probablemente debido al virus de las Paperas, que es el que tiene tropismo pancreático—, pero también después de la vacuna por Hepatitis B ¹¹.

Igualmente se producen enfermedades desmielinizantes —se supone que por mecanismos autoinmunes— tanto después de Hepatitis B como después de Tétanos o vacuna antigripal.

Otro ejemplo son las plaquetopenias después de la Triple vírica ¹².

En principio, estas manifestaciones mayores son poco frecuentes si se tiene en cuenta el gran número de personas vacunadas. Pero hay que tener presente que sólo se registran las que ocurren en un margen relativamente cercano de tiempo. Nada sabemos sobre si esas mismas manifestaciones u otras del mismo tipo, pueden desarrollarse en un lapsus de tiempo más amplio que impide que las relacionemos con la vacuna. Esta última suposición es más que probable en el caso de las reacciones inespecíficas. Y aunque una impresión clínica no tenga ningún valor como prueba científica, es una impresión ampliamente compartida entre médicos homeópatas y naturistas ¹³ que las vacunas, tal como se aplican en el calendario vacunal infantil, constituyen un poderoso estímulo para la génesis de estas reacciones.

Hay que decir también que en muchas personas no se produce reacción alguna después de las vacunaciones. Es evidente que en muchos casos no se produce ninguna perturbación, ni a corto ni a largo plazo.

Habría que pensar pues que puede existir un terreno predisuesto para desarrollar tales reacciones. Por ejemplo, parece claro que las reacciones a la Pertussis se producen sobretodo en terrenos tuberculínicos. Según **YVES MAILLÉ** ¹⁴, en referencia a los bloqueos que pueden desarrollarse después de una enfermedad infantil, los terrenos luéticos son especialmente susceptibles al sarampión y la rubeola, los tuberculínicos a la tos ferina y las paperas y la rubeola —a la que considera trimiasmática— afectan especialmente a los terrenos de predominancia psicótica.

Es curioso que en algunos de los casos

MANIFESTACIONES POSTVACUNALES ESPECÍFICAS

-Tos crónica; convulsiones.....	Pertusis
-Sordera; otitis de repetición; convulsiones.....	Sarampión
-Neuritis; neuralgias; crisis espasmofílicas	Tétanos
-Diabetes.....	Paperas
-Afecciones reumatológicas.....	Rubeola
-Afecciones renales.....	Difteria
-Etcétera	

notificados en el Proesva I así como en otras observaciones clínicas, se trate de casos de hermanos, lo cual apuntaría, si la observación es correcta, a una predisposición probablemente de tipo hereditario.

UN CASO DE REACCION INESPECÍFICA

Se trata de la niña D.M.L. a la que he visitado desde pequeña —visito a la familia— sin que presentara ningún problema especial de salud salvo algunas rinofarinitis y alguna otitis en el primer año de escolarización. También había aparecido progresivamente un problema de estreñimiento cada vez más acusado a pesar de las medidas dietéticas adoptadas. Por estos motivos había recibido como remedios *Calcarea carbonica* y *Lycopodium*, con buenos resultados en los momentos puntuales, aun sin haber conseguido regular totalmente el problema de la constipación.

El día 06-02-96 recibe la dosis DT-Polio correspondiente a los 4 años. En la misma visita el pediatra se percibe de que no le había sido administrada la vacunación Triple Vírica—correspondiente a los 15 meses y que por consejo mío nos habíamos saltado— y convence a la madre para ponerla en el mismo momento que la DT-Polio ¹⁵.

A los 15 días de la vacunación aparece un exantema muy pruriginoso sin fiebre que progresivamente se va transformando en una erupción localizada en brazos y piernas, seca, rojiza y muy pruriginosa. La orientación diagnóstica del pediatra es de «eczema atópico». El único tratamiento que se aplica son cremas hidratantes y «talquistina» para el picor. Cuando estaba mejor de la erupción, se inicia un proceso de fiebre, irritación de garganta, etc. El día 11-03-96 se le diagnostica una bronquitis, y al tomar radiografía exploratoria se aprecia una atelectasia

segmentaria. Al mismo tiempo –supongo que por el protocolo hospitalario (?!)– se le hace un PPD que resulta negativo. El tratamiento es de antibióticos y broncodilatadores.

Ante el cariz que toman los acontecimientos y dada su propia experiencia –la madre padeció de asma–, me la trae de visita el día 02-04-96. Los síntomas generales son los mismos que en anteriores visitas, exceptuando este episodio de reacción vacunal.

En los antecedentes familiares figuran los siguientes datos. *Madre*: asma hasta los 20 años; conización por displasia uterina. *Padre*: litiasis renal úrica; gastritis. *Abuelo materno*: problemas psiquiátricos –sin especificar–, varios ingresos. *Abuela materna*: artrosis y problemas circulatorios. *Abuelo paterno*: diabetes tipo II; úlcera gástrica; litiasis. *Abuela paterna*: sordera cuando mayor.

La prescripción fue Thuja 9-15-30 CH, 3 dosis en tres días sucesivos. Después del tratamiento, reaparición del eczema a los 10 días (12-04-96). El eczema que es muy eritematoso y pruriginoso es interpretado claramente como un síntoma en la buena dirección según el esquema de **HERING**. Prescripción de placebo en espera de que el propio organismo concluya el proceso.

El 25-04-96 (teléfono) el eczema está mejor pero no ha desaparecido, y sigue muy pruriginoso. Repetimos las 3 dosis de Thuja de la misma manera. El 16-05-96 el eczema en vez de mejorar, empeora. Es muy eritematoso y con mucho picor. La cara aparece como un poco hinchada, tiene mucha sed y empeora muy claramente con el calor. Prescribo Sulphur 7 CH, 2 gránulos/día/7 días, que produce una mejoría rápida del prurito y de la erupción.

A los 10-12 días de nuevo picores y ligera reaparición del eczema. Nueva prescripción de Sulphur 7CH, de la misma forma, que de nuevo es seguido por una mejoría, esta vez permanente.

En las sucesivas visitas del 13-09-96 y 11-12-96 no han aparecido nuevos brotes de eczema ni otros síntomas de naturaleza alérgica. No ha habido ningún otro indicio de bronquitis ni de rinitis. En cambio la constipación ha vuelto a dominar en sus tendencias patológicas.

Mis reflexiones en este caso son las siguientes :

1) Paciente con una sintomatología propia claramente de tipo psórico (tímida, perfeccionista, dominante en círculos reducidos, tozudez. Constipación con deseos ineficaces, deposiciones duras,

secas, grandes; eczema seborreico en el cuero cabelludo cuando bebé), aunque en los antecedentes familiares se aprecia un componente sycósico –displasia, diatesis úrica.

2) A partir de una estimulación antigénica –en este caso 6 estímulos diferentes– aparece una reacción hiperérgica que nunca antes había presentado.

3) La prescripción de Thuja viene seguida del retorno de los síntomas en el orden inverso a su aparición, señal inequívoca de que la prescripción es correcta.

4) De acuerdo con el punto anterior, y dada la naturaleza del remedio Thuja, es lícito hablar de una sycotización del terreno. O también podríamos decir, que el estímulo vacunal excitó el componente sycósico de su herencia.

5) El eczema no lo mejora Thuja, y conforme a los síntomas y a la rúbrica «Vaccination after», se prescribe Sulphur que acaba por mejorar completamente el cuadro. Es curioso que en los remedios que siguen bien a Thuja ¹⁶ figure Sulphur entre los de primera línea, siendo remedios tan diferentes. Quizás la explicación la encontremos en estas seriaciones miasmáticas.

6) Después del episodio postvacunal vuelve la sintomatología psórica anterior.

UN CASO DE REACCIÓN ESPECÍFICA

Se trata del niño C.C.E. que después de recibir la vacuna Triple Vírica (28-02-92) correspondiente a los 15 meses, desarrolla un resfriado que dura un mes, en el transcurso del cual recibe un tratamiento con antibióticos (ampicilina) del que se deriva una pérdida auditiva pronunciada atribuida en primer lugar a un estado catarral tubárico, pero que posteriormente se comprobó –prueba de los potenciales evocados– que correspondía a una afectación del nervio auditivo ¹⁷.

Cuando acude a la consulta (07-11-95, con 4 años de edad) está diagnosticado de sordera profunda, usa aparato auditivo, aunque sirve de poco, y acude a una escuela especial para sordomudos. El motivo de consulta es que se resfría a menudo y cuando se resfría «pierde los pocos restos auditivos que tiene» debido a otitis serosa –impedanciometrías planas.

El día 11-11-95 toma Morbillinum 30 y M K en 2 dosis sucesivas, bajo la consideración de que la sordera es consecuencia de una mala reacción frente al virus del sarampión ¹⁸.

El 28-11-95 acude a la consulta con fiebre y una erupción exantemática escarlatíniforme. La erupción hizo un proceso de descamación parecido al de la escarlatina. Tengo que confesar que mirando esta reacción retrospectivamente, hubiera actuado de diferente manera, puesto que ahora no dudo en que fue una reacción propiciada por el Morbillinum, fuera el diagnóstico escarlatina o no. En aquel momento, sin embargo, traté el cuadro con Belladonna 30 CH, que si bien ayudó en la fase febril no evitó una tos persistente con vómitos que perduró durante muchos días y muchas noches. La tos finalmente cedió con Hyosciamus (Cough following scarlatina: ant-c, con, hyos).

Los remedios constitucionales aparentemente indicados por los síntomas generales y mentales del niño (Pulsatilla 200/MK, Phosphorus 30/200, Tuberculinum XMK) no producían cambios marcables; por otra parte tampoco se producía una mejoría clara en las impedanciometrías.

Finalmente el 21-05-96, desesperado ante el informe del ORL que señala completa obstrucción del oído izquierdo –no hay curva– y disfunción en el oído derecho –curva desplazada y achatada–, prescribo Kali muriaticum 5 CH, 2 gránulos 3 veces al día, 5 días. Las indicaciones son: Vaccination after (synthesis) + Catarrh Eustachian tube.

Al segundo día de tomar el remedio se produce reacción febril con síntomas de amigdalitis aguda. Dejo pasar unos días y ante mi incredulidad de que una dosis tan baja pudiera producir una reacción de agravación, decido volver a iniciar el tratamiento. A las 5 tomas, diarreas y vómitos de gran cantidad de mucosidad, con lo cual paramos el tratamiento de nuevo.

En la siguiente impedanciometría, desbloqueo completo de los dos oídos.

En los meses siguientes se ha mantenido bien, con pequeñas recaídas que siempre responden a Kali muriaticum. Posteriormente y por otros síntomas prescribí Luessinum 200 K que creo ayudó a estabilizar las cosas, especialmente porque ha seguido una muy buena evolución en lo concerniente a su aprendizaje.

Mis reflexiones con respecto a este caso son las siguientes:

1) Nuestra hipótesis ¹⁹ es que la afectación neurosensorial del nervio auditivo fue producida por la acción del virus del sarampión ²⁰ presente en forma atenuada en la vacuna.

2) Hay una acción del bioterápico Mor-

billinum que probablemente no supe ni interpretar ni manejar. La acción de los nosodes bioterápicos suele ser profunda y potente²¹.

3) Kali muriaticum tiene una acción excelente. Miasmáticamente hay un componente luético y probablemente este remedio pertenezca a este campo de acción.

4) Esta observación coincide con la de YVES MAILLÉ en el sentido de que el sarampión incide, en cuanto a efectos secundarios, sobre terrenos luéticos. ○

El autor pertenece al Grupo Médico de Reflexión sobre las Vacunas. c/ Nou, 12, 2-1. 17001 Girona. Tel. 972-20 28 03.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

MORA J. URIARTE X. PROESVA I, una investigación sobre el concepto de vaccinosis. *Natura Medicatrix*; nº 35 ; 1994 (publicada sólo una revisión de las tarjetas recibidas hasta la fecha de publicación del artículo).

CODY CL, BARAFF LJ, CHERRY JD et al. *Nature and rates of adverse reactions associated with DTP and DT immunizations in children*; *Pedtr.* 1981, 68, 650-660.

MILLER RD, MARGEN, DIAMOND J, et al. *Pertussis immunization and serious acute neurological illness in children*; *BMJ* 1993, 307, p. 1171-6.

TOPOLOGU H, BERKER M, KANSU T, et al. *Optic neuritis and myelitis after booster tetanus toxoid vaccination*; *Lancet* 1992, 339, 178-179.

JACOBS R, LOWE R, LAINER B. *Adverse reactions to tetanus toxoid*; *JAMA* 1982, 247, 40-42.

POLLARD JD, SELBY G. *Relapsing neuropathy due to tetanus toxoid*; *J. Neurol.* 1978, 37, 113-25.

FESCHAREK R, QUAST V, MAASS G, et al. *Measles-Mumps vaccination in the FRG: an empirical analysis after 14 years of use.*

Tolerability and analysis of spontaneously reported side effects; *Vaccine* 1990; 8: 446-456.

HULBERTT, LARSEN R, DAVIS C. *Bilateral loss hearing after measles and rubella vaccination in an adult*. *New Engl. J. Med.* 1991; 11:134.

NABE-NIELSEN J, WALTER B. *Unilateral deafness as a complication of the mumps, measles and rubella vaccination*. *B.M.J.* 1988; 297: 489.

BARNES EK. *Joint reactions in children vaccinated against rubella*. *AM. J. Epidemiol.* 1972; 95 : 59-66.

HOWSON CP. *Chronic arthritis after rubella vaccination*. *Clin. Inf. Dis* 1992; 15: 307-12. - *Childhood immunization and Diabetes mellitus*. *New Zealand Medical Journal* 1996; May 24, p195, letter.

COHN J. *Thrombocytopenia in childhood: an evaluation of 433 patients*. *Scand. J. Haematol.* 1976; 16: 226-240.

MORAJ. *Vacunaciones y cambios en el terreno*. Ponencia presentada en el Primer Encuentro de la Academia Médico Homeopática de Barcelona celebrado en Vilanova i la Geltrú, 1995.

NOTAS

1) El Proesva I es un intento de clarificar qué tipo de efectos secundarios atribuimos hoy en día a las vacunas el colectivo de homeópatas y naturistas. O dicho de otro modo, un intento de puesta al día del concepto de «vaccinosis» de BURNETT, acuñado cuando existía solamente la vacunación antivariólica. El estudio se realizó entre homeópatas y naturistas del Estado español y otros miembros de Homeopatía Europea, mediante unas tarjetas de notificación de efectos secundarios.

2) Sobre un total de 72 tarjetas -final 1996, 25 cumplían estrictamente este criterio; 23 son niños.

3) De los 25 casos, 12 tenían antecedentes familiares de alguna reacción de tipo alérgico y en 13 no se halló ningún antecedente.

4) BRAUN A. «Tratamiento homeopático de las enfermedades alérgicas respiratorias. Ideas acerca del origen yatrogénico de la polinosis y sus

consecuencias terapéuticas» *Revista Homeopática*, Barcelona, Sep-Dec., año X, nº27, p. 10-13.

5) Véanse referencias bibliográficas, para citar unas cuantas entre otras muchas.

6) Nomenclatura utilizada en el PROESVA.

7) Caso DTPN 06 del Proesva, tal como se publicó en *Natura Medicatrix*.

8) Véanse referencias bibliográficas nº 4, 5 y 6.

9) Véase «Tratado de Micro-inmunoterapia dinamizada», de O.A. JULIAN. También encontramos referencias en ALLEN «Materia medica de los Nosodes» y en el «Dictionary» de CLARKE.

10) Referencias nº 7 (registrados 20 casos de Diabetes tipo I), 2 casos registrados en el Proesva, uno tras Triple Vírica y otro tras Hepatitis B.

11) Referencia nº 12.

12) Referencia nº13, 2 casos registrados en el Proesva.

13) La formación del observador es fundamental para dar cuenta de lo observado. La realidad «objetiva», tal como se pretende en determinados sectores de la ciencia, no existe. Existen solamente interpretaciones de lo que llamamos «realidad».

14) *Essai sur la pensée homeopathique*, YVES MAILLÉ. Edit. du Verlaque, 1993, p. 217.

15) Es sabido que actualmente no se ve ningún inconveniente en esta práctica de aplicar diversas vacunas en el mismo momento.

16) Según el esquema de GIBSON-MILLER citado en el Boericke.

17) La madre cree que esta sordera es consecuencia de los antibióticos que tomó, sin embargo de los antibióticos que recuerda no hay ninguno con acción ototóxica.

18) Al mismo tiempo se aprecia un bloqueo en el meridiano maestro del corazón-test con el Ohmetre-s que responde positivamente a Morbillinum.

19) El caso lo hemos trabajado con el Dr. Xavier Uriarte en el «Grup Mèdic de Reflexió sobre Vacunes».

20) Es curioso que pocos días después acudiera a la consulta un señor que padecía una sordera como consecuencia del sarampión.

21) Véanse los casos de Pertussinum referidos en el artículo de la referencia nº 14.

Dos observaciones clínicas graves de efectos adversos a las vacunas

Jesús M.ª Albillo (médico homeópata, psiquiatra)

Son ya muchos años de práctica médica clínica en los que he detectado innumerables efectos adversos importantes y graves a la aplicación de distintas vacunas, tanto en infantes como en adultos. En este trabajo voy a considerar dos casos sumamente graves en los que no queda la menor duda de la relación causa-efecto desde el punto de vista médico.

PRIMER CASO

Se trata de un joven de 18 años de edad (J.A.H.P.-2236 CSM-CE) que veo el día

02.11.93; había sido llevado al servicio de urgencias hospitalarias dos días antes debido a una reacción disquinética con retroversión ocular tras la ingesta de Haloperidol, que había cedido con Akineton, presentando entonces inquietud con ideas delirantes: «he venido a salvar el mundo», «todo es mi culpa», incontinencia verbal. Este caso sugería una formal sospecha de brote psicótico. Presentaba una psicopatología psicótica importante y sintomatología delirante activa.

Acudió acompañado de su madre, a

través de la cual descubrimos los siguientes datos en sus antecedentes personales al realizar la historia clínica:

-Había sido vacunado de las propias de la infancia (todas; no aporta cartilla).

-Sobre los 5-6 años padece un resfriado; le aplican una inyección de antibióticos, presentando caída al suelo, lacio y pálido.

-Cada vez que le ponían antibióticos para los resfriados, se ponía pálido.

-Sobre los 8 años, inyección de penicilina por catarro, presentando pérdida

de conocimiento.

—Desde los 8 años, y cada año, le aplican la vacuna intramuscular de la gripe (Mutagrip) (9, 10, 11 años, dosis anuales).

—Entre los 11 y los 12 años comienza con dolores abdominales, tipo cólico.

—Entre los 12 y 13 años persisten los problemas de vientre: dolor de vientre, estreñimiento crónico, tenesmo y desánimo. Es operado del apéndice; le dicen que se trataba de apéndice seca (?).

—A pesar de esta florida sintomatología persisten vacunándole cada año de la gripe (12, 13, 14, 15 años).

—Entre los 14 y 15 años parece que también fue vacunado de algo que la madre no sabe para qué era.

—A los 16 años, como cada otoño, persisten en la aplicación de la vacuna intramuscular de la gripe.

—En agosto de 1992, con 17 años, es diagnosticado de colon irritable y posible Síndrome de Marfan, en estudio por el Servicio de Medicina Interna de un Hospital malagueño del S.A.S. Instauran tratamiento con Duspatalin (mebeverina) y Cenat (*Plantago ovata*) continuamente durante más de un año. Es remitido para que reciba tratamiento psicológico. En algunas ocasiones parece que le han asociado al tratamiento Alprazolam (Trankimazin).

—En el verano de 1993 apenas come; el 10 de mayo de este año le habían prescrito fluoxetina (Prozac), una por la noche.

—A primeros de octubre de 1993 aplican de nuevo la vacuna intramuscular de la gripe Mutagrip; conjuntamente recibe un tratamiento con Trankimazin, 0,25 cada noche.

—Entre junio y noviembre de 1993 estuvo en tratamiento psicológico.

En posteriores entrevistas con la madre descubrimos un antecedente familiar de gran importancia: un hermano mayor a los 3 meses de edad, y tras la inyección de una vacuna, se puso lacio y con los labios morados, y a los 18 meses sufrió un ataque epiléptico estando bajo tratamiento durante 5 años con Depakine. Ahora está algo mal y se ríe raramente.

Nuestro paciente había sufrido indudablemente un brote psicótico tras la última vacuna de la gripe. En la aparición del brote existe una clara correlación patogénica con la administración persistente, durante 9 años seguidos, de dicha vacuna, a pesar de que existían síntomas claros de enfermedad activa, es decir, no era un sujeto sano. Las referencias bibliográficas respaldan y confirman el presente caso. Años atrás habíamos de-

tectado otro brote psicótico tras la aplicación de la vacuna antigripal en un sujeto susceptible.

Comunicamos la reacción al Servicio de Farmacovigilancia, y elaboramos un informe dirigido al médico de cabecera que habitualmente llevaba a este paciente, haciéndole ver la conveniencia de hacer saber a la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos, la gravedad de esta reacción, y las posibles reclamaciones jurídicas a que pudiera haber lugar.

De resultas de esto el paciente es remitido al Hospital Civil de Málaga para su estudio (?) y tratamiento. Allí dudan respecto al diagnóstico de esquizofrenia, e instauran un medicación neuroléptica. El día anterior a mi primera visita había tenido fiebre de 37,5° C con sudor frío, manos y pies helados, y mucho calor.

Evolución del caso

En Mayo de 1995 hablo con su madre, que me informa de que le han dicho que tiene más síntomas de la enfermedad que la enfermedad misma (refiriéndose a la esquizofrenia). Va haciendo vida normal y se relaciona con amistades; está recibiendo tratamiento psicofarmacológico con Eskazine 2 mg., una por la noche, y Akineton, una por la mañana. Persisten los siguientes síntomas que no han remitido: ruido grande en el oído, que se le hace muy molesto; se marear mucho; está decaído y flojo, con pocas ganas de moverse; falta de apetito; mucho sueño. Por tanto persisten secuelas.

Comentarios sobre el caso

Las variaciones antigénicas⁽⁵⁵⁾ son constantes para la gripe, lo que constituye un obstáculo importante para la elaboración de una vacuna realmente eficaz. Tanto la falta de estudios epidemiológicos serios que confirmen su utilidad clínica, como la falta del PEI correspondiente al Real Decreto Ley 25/1990, 20 de Diciembre, y el R.D. 561/1993 de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos^{(23), (26)}, hace dudar seriamente de su utilidad, la cual no está demostrada.

El investigador norteamericano MENNINGER, en los años 1919, 1926 y 1928, describió un incremento de los casos de esquizofrenia en enfermos de las pandemias de gripe que aparecieron tras la Primera Guerra Mundial⁽²⁷⁾. Actualmente es muy amplia la literatura médica que asocia procesos virales a la esquizofrenia^{(28-35), (50)} y concretamente

al virus gripal⁽⁵¹⁻⁵⁴⁾.

La bibliografía aportada⁽²⁴⁾ confirma la existencia en la literatura médica de reacciones adversas psíquicas a la vacuna de la gripe, fundamentalmente: tristeza⁽²¹⁾, falta de iniciativa⁽²¹⁾, confusión⁽¹⁴⁾, alucinaciones⁽¹⁴⁾ y dificultad para elaborar pensamientos⁽²¹⁾. Existen suficientes datos que nos indican la influencia inmunológica sobre el comportamiento, y algunos autores han estudiado el efecto que sobre la conducta ejercen determinadas infecciones virales⁽³⁸⁻⁴⁵⁾.

Todas las vacunas ejercen (o se supone que deberían ejercer) su efecto sobre el sistema inmunitario, el cual se halla interrelacionado con el sistema nervioso mediante mecanismos de regulación, cuya existencia está perfectamente demostrada; igualmente existe interrelación entre estos dos sistemas y el endocrino⁽⁴⁶⁾⁻⁽⁴⁹⁾.

Aparte del caso grave que se ha descrito, hemos detectado igualmente bastantes reacciones psiquiátricas, especialmente en pacientes que se vacunan de la gripe varios años consecutivos. A este respecto **nuestras observaciones clínicas de reacciones psiquiátricas adversas, cada vez más numerosas, nos hacen poner bajo sospecha la vacuna de la gripe**, lo cual tenemos a bien comunicar dado el peligro que su uso empírico pudiera suponer para la población^{(25), (36), (1-21)}.

SEGUNDO CASO

Se trata de una paciente de 21 años de edad (O.M.S. 3265-ESM-EC), en cuya anamnesis se recogen los siguientes datos:

—Nació prematura y pesó 1.900 g; parece que tuvo insuficiencia respiratoria; estuvo en la incubadora un mes aproximadamente.

—El testimonio de la madre refiere que fue vacunada de todo el calendario correspondiente (en Badalona, Barcelona; cartilla extraviada).

—Entre los 8 y 9 meses presenta ataques epilépticos con manos agarrotadas y labios cianóticos.

—Entre los 12 y 13 meses se iniciaron unos espasmos con labios morados y manos agarrotadas, por cuyo motivo estuvo asistiendo a una policlínica de Barcelona durante 18 meses para ser observada.

—A los 16 meses parece que desaparecieron (?) estos síntomas por un tratamiento que recibió.

—En el informe médico de la Clínica Infantil Francisco Franco de Barcelona,

contando la paciente 2 años y 2 meses de edad, se incluye gran cantidad de estudios clínicos y se le diagnostica encefalopatía mioclónica infantil con hipsarritmia.

—Sobre los 2 años (ya en Málaga), completa las últimas vacunas del calendario que le faltaban; sigue unos tratamientos prescritos por un médico psiquiatra.

—Hasta pasados los 4 ó 5 años no comenzó a andar.

—A los 6 años controlaba esfínteres.

—Entre los 6 y 7 años padeció el sarampión.

—A los 7 u 8 años decía palabras sueltas, y así siguió, sin enriquecer su lenguaje, hasta los 13 años. A partir de los 13 años pierde el habla.

—A los 14 años se le califica una minusvalía del 75% (indefinido) con un diagnóstico de encefalopatía con deficiencia mental de grado medio y alteración de conducta.

—A los 19 años es vacunada de la gripe, de la hepatitis B y del tétanos (dos dosis de cada una de las dos últimas).

—Un informe de evaluación del Centro de Educación Especial Santa Rosa de Lima (Málaga), realizado en la primavera de 1992 y que corresponde al periodo académico del curso anterior de la paciente, comunica su progreso, que aunque lento es apreciable. Se dice textualmente: «*En un clima de disciplina la niña se concentra en su trabajo, y casi desaparecen sus salidas de agresividad*».

—En mayo de 1992 recibe la tercera dosis de las vacunas de la hepatitis B y tétanos.

—En octubre de 1992 análisis positivo a anticuerpos de la hepatitis.

—A los 20 años (15 de octubre de 1992) es vacunada de la gripe (Mutagrip).

—Dos semanas más tarde (28 de octubre) acude al servicio de urgencias por conducta agresiva hacia la madre en los últimos meses, estando bajo tratamiento con Haloperidol gotas, 15-0-15. En la hoja de urgencias puede leerse el siguiente dato: «*...cediendo las mioclonias estas de los tres años con carbamacepina*». Instauran tratamiento con Haloperidol gotas, 30-30-30.

—Una semana más tarde (5 de noviembre) vuelve a acudir al servicio de urgencias por conducta agresiva.

—Transcurrida otra semana, el 12 de noviembre es vista en la consulta de Psiquiatría. La madre nos ha informado que durante el trascurso del año 1992-1993 fue apareciendo paulatinamente agresividad cuando se le llevaba la contraria; durante el curso de 1992 solo

agredió dos veces a la profesora, comenzando en la casa a dar un bofetón. Entre 1992 y 1993 fue empeorando paulatinamente.

—A finales de 1993 se levanta a pegar por el mero hecho de hablar de ella. La madre nos refiere: «*Antes era una dulzura de niña ...*».

Evolución del caso

Según me comunica la madre, en 1995 persisten los episodios de agresividad, que hacen necesario acudir al servicio de urgencias. «*Da bocados (mordiscos) o da un puñetazo*». No desaparecen las manías agresivas a pesar del tratamiento neuroléptico, que se lo han vuelto a cambiar; ahora toma: Largactil 25: 3/día; Haloperidol 10: 3/día; Akineton R.: 2/día. La madre está buscando un colegio para internarla, pues persisten secuelas de agresividad.

Comentarios sobre el caso

Tanto el informe del colegio como el testimonio de la madre confirman que la paciente era dulce y tranquila antes del último «bombardeo vacunal» realizado entre finales de 1991 y el año 1992. Desde finales de 1992 y a lo largo de 1993 se manifiestan los episodios de agresividad, que van empeorando a pesar del tratamiento con psicofármacos neurolépticos, mostrándose resistentes a todo tratamiento que se intentaba.

Es certera la relación de los últimos ocho estímulos vacunales con la conducta agresiva desarrollada en una paciente psíquicamente deteriorada y con severo retardo mental.

Este caso nos permite investigar más todavía sobre los efectos vacunales, aunque se carece del documento que confirme las fechas exactas. Habiendo un antecedente convulsivo entre los 8-9 meses que no estuvo filiado hasta los 16 meses, no se suspendió la vacunación, y posiblemente antes del diagnóstico de encefalopatía mioclónica infantil con hipsarritmia, la paciente había recibido ya tres o cuatro estímulos vacunales. En el manual de vacunaciones sistemáticas de la Junta de Andalucía, dentro del capítulo Contraindicaciones Generales de las Vacunas, se dice textualmente (pág. 14): «*Los trastornos neurológicos evolutivos contraindican la vacunación de la tosferina. En los casos con antecedentes de convulsiones, será aplazada la vacunación hasta que sea conocida su evolución*»⁽³⁶⁾.

En la literatura médica se llama la atención sobre la aparición de la hipsarrit-

mia tras la triple inmunización, así como que la primera descripción de este padecimiento apareció en 1941 (por el Dr. W. J. West) coincidiendo con la generalización de la vacuna triple en Estados Unidos⁽³⁷⁾. En el caso de esta paciente hay suficientes indicios para mantener una formal sospecha de que las vacunas administradas durante la infancia, y cuya secuencia no fue suspendida a pesar de los síntomas y del diagnóstico, pueden haber condicionado notablemente el retardo mental que presenta esta paciente. Tal probabilidad resulta evidente.

No hay palabras para calificar la ignorancia y la falta de observación médica ante este caso, muy graves durante la infancia de la paciente, y que ha persistido durante la edad adulta de ésta, cuya conducta se ha ido deteriorando hasta la agresividad por la administración de ocho dosis vacunales absolutamente innecesarias.

REFLEXIONES

El estudio detallado de la bibliografía médica mundial confirma que todas las epidemias regresan mucho antes de la generalización de los programas vacunales; esto fue corroborado por el insigne investigador Dr. Rafael Nájera (en TVE-2). La regresión de las epidemias se produce tanto en la población de países o grupos no vacunados, como en la de países o grupos vacunados.

«*Los principales determinantes de la salud de las poblaciones no son de tipo médico (medicamentos disponibles, vacunas, camas de hospital, etc.) sino que tienen mucho más que ver con lo que convenimos en llamar el nivel de vida: condiciones de vivienda, trabajo y transporte, alimentación, educación, nivel adquisitivo, etc.*» (Dr. Joan Ramon Laporte, epidemiólogo, Universidad Autónoma de Barcelona⁽²³⁾). A igualdad de nivel de vida, las enfermedades epidémicas evolucionan según curvas paralelas en los territorios de población vacunada y en los de población no vacunada.

Cuando se eleva el nivel de vida e higiene, las epidemias disminuyen aunque la población no esté vacunada. Mientras que si persisten las malas condiciones de vida, las enfermedades infecciosas no desaparecen pese a los programas vacunales.

Sin nutrición adecuada, agua potable, vivienda digna, higiene correcta y saneamiento básico, la población infantil sigue siendo blanco fácil de las enfermedades infecciosas.

Nuestras observaciones clínicas minuciosas durante años nos han permitido comprobar un aumento de la morbilidad en los grupos vacunados frente a los no vacunados. Por esto exigimos, de acuerdo a los artículos 24 y 32 del Código de Ética y Deontología Médica de la O.M.C.⁽⁵⁶⁾, una comprobación científica de las vacunaciones a nivel clínico, epidemiológico, analítico y de reacciones adversas, que son numerosísimas como lo corrobora la bibliografía médica internacional aportada y otras^{(57), (58)}.

En un manifiesto anual (02.05.95) la OMS declaraba que la pobreza es la mayor causa de mortalidad. En ese texto se reconocía que aunque existen medios suficientes para acabar con la pobreza, se carece de intencionalidad política para ello.

CONCLUSIONES

1) Las vacunas no son en modo alguno inocuas, sino que provocan una réplica artificial de la infección, que desarrolla su propio cuadro clínico de signos y síntomas (más allá de la mera supuesta producción de anticuerpos) incluso después de un periodo más o menos largo de latencia, que puede prolongarse durante años. Las últimas investigaciones demuestran la relación de las vacunas con el sistema inmunitario, endocrino, nervioso y con la conducta.

2) Cualquier programa de vacunación debe contar con previos estudios epidemiológicos, serios y contrastados con un grupo control, así como con un programa de seguimiento para su evaluación clínica, igualmente contrastado con grupo control.

3) Debe seguirse un riguroso control documental de todas las sustancias biológicas empleadas (especialmente vacunas). En una cartilla sanitaria debe registrarse su administración, fecha, marca y lote del producto, facultativo que ordenó su prescripción, sanitario que la administró y por qué vía, así como cualquier otro tratamiento que esté recibiendo el sujeto. (A la hora de investigar sorprende la falta de documentación al respecto, ocurriendo que se repiten demasiado las vacunaciones por ignorar que el sujeto ya está correctamente vacunado; esto ocurre especialmente con las vacunas del tétanos y de la gripe).

4) No existe la menor certeza de que las vacunas administradas sean capaces de desarrollar anticuerpos; en la casi totalidad de los casos no se comprueba que antes de la administración de la vacuna no se hallen presentes anticuerpos ni

tampoco que aparezcan tras la aplicación vacunal, tal como supuestamente debería suceder según el esquema teórico comúnmente aceptado.

5) Desde el punto de vista médico es inaceptable la vacunación masiva y sistemática de la población. Siempre se ha dicho que no hay enfermedades, sino enfermos. «Los médicos no podemos apoyar el uso de sustancias biológicas (vacunas) sobre la población general sin un estudio individual de cada caso, y de acuerdo a las normativas legales y deontológicas vigentes respecto a ensayos clínicos» (Organización Médica Colegial)^{(26), (56)}.

6) Es absolutamente inútil establecer programas de vacunación para enfermedades no epidémicas o cuyas epidemias hayan regresado; en la historia de la Medicina se han probado muchas veces sin éxito alguno. Es inútil plantear vacunaciones para enfermedades que no tienen un agente infeccioso fijo sino mutable (como ocurre con la gripe); no hay protección real, y sí generación de morbilidad por efecto de las vacunaciones.

7) Los efectos adversos de las vacunas son indudables, innegables, tal como lo verifica la bibliografía médica internacional. De ningún modo pueden considerarse casos aislados. La creciente y atroz genia por este motivo es muy grave.

8) Decididamente estamos por una Medicina científica, seria. La población no puede ser manipulada con una información engañosa donde solo se muestra el supuesto lado positivo de las vacunas, con una clara intencionalidad política. Hay que hacer saber a todos los ciudadanos que vacunar es infectar artificialmente, y que esto comporta riesgos. «El ejercicio de la Medicina es un servicio basado en el conocimiento científico, cuyo mantenimiento y actualización es un deber deontológico individual del médico, y un compromiso ético de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la regulación de la profesión» (art. 23 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial)⁽⁵⁶⁾. ○

Dirección del autor: San Patricio, 7. 5- C. 29013 Málaga. Tel-Fax: 95-265 14 17.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) BEYER WEP et al. *Influenza-epidemie in een verpleeghuis door een virus dat niet in het vaccin was opgenomen*. Ned Tijdschr Geneesk, 1993; 137/39: 1973-7
- 2) PALACHEAM. *Influenza subunit vaccine; ten years experience*. Eur J Clin Res, 1992; 3: 117-38
- 3) COULTER HL, FISHER BL. *DPT, a shot*

in the dark. P. 275. Harcourt Brace Jovanovich.

4) EHRENGUT W, ALLERDIST H. *Über neurologische Komplikationen nach der Influenzaschutzimpfung*. Munch Med. Wschr, 1977; 119/705 710.

5) RABIN J. JAMA, 1973; 225: 63.

6) STUART-HARRIS CH. BMJ, 1966; 149:1(1966)217.

7) WELLS CEC. BMJ, 1971/2: 755.

8) HENNESSEN W, JACOB H, QUAST U. *Neurologische Affektionen nach Influenza-Impfung*. Der Nervenarzt, 1978; 49/90-96.

9) Morb. a. Mort. Wkly Rep. 25 (1977) 430; 26 (1977) 7; 26 (1977) 52.

10) BRYAN J, NOBLE GR. *Guillain-Barré Syndrome after administration of killed vaccines*. Genf: Ref. IABS Symposium on Influenza Immunization 1.6-4.6.1977.

11) FELIX JK, SCHWARTZ RH, MYERS GJ. *Isolated Hypoglossal Nerve Paralysis Following Influenza Vaccination*. Amer J Dis Child, 1976; 130/1: 82-3.

12) FURLOW TW. *Neuropathy after Influenza Vaccination*. Lancet, 1977; i: 253.

13) SCHUMMF. *Neurologische Komplikationen nach Grippe-Impfung. Fragen aus der Praxis*. Dtsch Med Wschr, 1976; 101/18: 720-21

14) WOODS CA, ELLISONG W. *Encephalopathy following Influenza Immunization*. J Pediat, 1964; 65, 5: 745-8.

15) WARREN WR. *Encephalopathy due to Influenza Vaccine*. A.M.A. Archives of Internal Medicine, 1956; 97: 803.

16) JAMA, 1962; 181: 70.

17) MILLER H, CENDROWSKI W, SCHAPIRA, K. *Multiple Sclerosis and Vaccinations*. BMJ 1967; april 22: 210-3.

18) YAHR MD, LOBO-ANTUNES J. *Relapsing Encephalomyelitis Following the Use of Influenza Vaccine*. Arch Neurol, 1972; 27: 182-3 Hennessen et al.

19) SIBLEY W, FOLEY J. *Infection and Immunization in Multiple Sclerosis*. Ann Ac Sci fenn, 1965; A 122: 457-68.

20) SIBLEY W, BARNFORD CR, LAGUNA JF. *Influenza vaccination in Patients with Multiple Sclerosis*. JAMA, 1976; 236, 17: 1965-66.

21) STÖHR M, MAYER K. *Neurologische Erkrankungen nach Gripeschutzimpfung*. Med. Welt, 1976; 271/912-14.

22) GALLEGOCABRERA AM, ALVAREZ DECIENFUEGOS G. *Cerebro, comportamiento e inmunidad*. Universidad de Jaén, 1994.

23) LAPORTE, JR. *Principios básicos de investigación clínica*. Ed. Ergon. Madrid, 1993.

24) GAUBLOMME K. *The International Vaccination Newsletter*. 1994 septiembre (Krekenstraat 4. 3600 Genk, Bélgica).

25) World Health Organization (O.M.S.) *Criterios éticos para la promoción de medicamentos*. Ginebra, 1988.

26) Organización Médica Colegial, nº 38, agosto-octubre 1994.

27) KIRCH DG. 1993. *Infection and autoimmunity as etiologic factors in schizophrenia: a review and reappraisal*. Schizoph Bull, 19: 355-370.

28) ASCHAUER H et al. 1987. *Natural Immunity in schizophrenia*. Ann NY Acad Sci, 496: 743-744.

29) CAPPEL R, GREGIOREF, THIRLEY L, SPRECHER S. *Antibody and cell-mediated immunity to herpes simplex virus in psychotic*

depression. *J Clin Psychiat*, 1978. 39: 266-268.

30) GOTTLIEB-STEMATSKY T, ZONIS J, ARLAZOFF A, MOZES T, SIGAL M, SZEKELY AG. *Antibodies to Epstein-Barr virus, herpes simplex type I, cytomegalovirus and measles virus in psychiatric patients*. *Arch. Virol.*, 1981.67: 333-339.

31) *Depression, stress and immunity*. *Lancet*. Editorial I. 1987. 1467-1468.

32) MULLER N, ACKENHEIL M, ECKSTEIN R, HOSCHUSTER E, MEMPEL W. *Reduced suppressor cell function in psychiatric patients*. *Ann NY Acad Sci*. 1987. 496: 686-690.

33) MOISES HW, BECK JK, SCHINDLER L, KIRCHNER H. *Decreased interferon production in schizophrenic patients*. *Pharmacopsychiat*. 1986. 19: 226-227.

34) COFFEY CE, SULLIVAN JL, RICE JR. *T-lymphocytes in schizophrenia*. *Biol Psychiatry*. 1983. 18: 113-119.

35) NYLAND H, NAES A, LUNDE H. *Lymphocyte subpopulations in peripheral blood from schizophrenic patients*. *Acta Psychiatr Scand*. 1980. 61: 313-318.

36) MUÑOZ A. *Vacunaciones Sistemáticas*. Junta de Andalucía; Consejería de Salud. Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, 1988.

37) Instituto Mexicano del Seguro Social. *Epilepsia, principios y práctica*. Ed. Marcos Velasco. Mexico, 1985. ISBN 968-824-293-4.

38) BESEDOVSKY HO, SORKIN E. *Network of immune neuroendocrine interactions*. *J Clin Exp Immunol* 1977. 27: 1-12.

39) MCFARLAND D, HOTCHIN J. *Animal models in behavioral neurovirology*. Pp. 189-198; en E. Kurstak E, Lipowski ZJ, Morozov PV (Eds). *Viruses, Immunity and Mental disorders*. Plenum. New York, 1987.

40) LAL H, FORSTER MJ. *Brain reactive antibodies and learning*. Pp. 709-748. En Ader R, Cohen N, Felten DL (Eds). *Psychoneuroimmunology II*. Academic Press, New York, 1990.

41) SCHIFFER RB, HOFFMAN SA. *Behavioral sequelae of autoimmune disease*. Pp. 1037-1066. En Ader R, Cohen N, Felten DL (Eds). *Psychoneuroimmunology II*. Academic

Press, New York, 1990.

42) BLALOCK JE. *The immune system as a sensory organ*. *J Immunol* 1984. 132: 1067-1070.

43) ADER R, GROTA LJ, COHEN N. *Conditioning phenomena and immune function*. *Ann. NY Acad. Sci*. 1987. 496: 532-544.

44) ADER R, GROTA LJ, COHEN N. *Behavioral adaptations in autoimmune disease susceptible mice*. Pp. 685-708. En Ader R, Cohen N, Felten DL (Eds). *Psychoneuroimmunology II*. Academic Press, New York, 1990.

45) JANKOVIC BD, SPECTOR NH. En *Enkephalins and Endorphins Stress and the Immune System*. Plotnikoff NP, Faith RE, Murgio AJ, Good RA (Eds). Plenum Press, N. York, 1986.

46) BESEDOVSKY HO, DEL REY A, SORKIN E, DINARELLO CA. *Immunoregulatory feedback between interleukin-1 and glucocorticoid hormones*. *Science*. 1986. 233: 652-654.

47) BESEDOVSKY HO, DEL REY A, SORKIN E, LOTZ W, SCHWULERA U. *Lymphoid cells produce an immunoregulatory glucocorticoid increasing factor (GIF) acting through the pituitary gland*. *Clin Exp Immunol* 1985. 59:622-628.

48) CARLSON, SL, FELTEN DL, LIVNAT FELTEN SY. *Alterations of monoamines in specific central autonomic nuclei following immunization in mice*. *Brain Behav Immun*. 1987. 1: 52-63.

49) DUNN AJ. *Systemic interleukin-1 administration stimulates hypothalamic norepinephrine metabolism paralleling the increased plasma corticosterone*. *Life Sci*. 1988. 43: 429-435.

50) MESA-CASTILLO, SEGUNDO, ANCHETA-NIEBLA, ODELSA. Nuevos elementos en favor de la causa orgánica y del origen viral lento en la esquizofrenia. Observaciones al microscopio electrónico. Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba (*Revista del hospital*). 1985 En-Mar Vol. 26 (1) 47-53.

51) MEDNICK et al. *Influenza and Schizophrenia: Helsinki vs Edinburgh*. Kommune-hospitalet, Psykologisk Inst., Copenhagen, Denmark. *Archives of General Psychiatry*. 1990, sept, vol 47 (9) 875-876.

52) KENDELL RE, KEMP IW. *Maternal influenza in the etiology of schizophrenia: Reply*.

Royal Edinburgh Hosp. Dept. of Psychiatry, Scotland. *Archives of General Psychiatry*. 1990, sept vol. 47 (9) 877-878.

53) VASILYEVA OA, KRYUKOVA LK, PODOPLEKINA LE. *Antibodies to measles, smallpox, influenza viruses and arenaviruses in schizophrenic patients*. USSR Academy of Medical Sciences. All Union Mental Health Science Ctr Siberian Branch. Tomsk, USSR. *Zhurnal Nevropatologii i Psikiatrii imeni s.s. Korsakova*. 1986, vol. 86 (1) 106-108.

54) SCHEIBEL AB, CONRAD AS. *Hippocampal dysgenesis in mutant mouse and schizophrenic man: Is there a relationship?* U. California Medical Ctr. Brain Research Unit, Los Angeles, U.S. *Schizoph Bull*. 1993, vol. 19 (1) 21-33.

55) Organización Mundial de la Salud. *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre*. Informe oficial de la Asociación Americana de Salud Pública. Publicación científica nº 507, pp. 257-262 (1985). Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana (Oficina regional de la O.M.S. 525, Twenty-third Str., N.W. Washington D.C. 20037 EE.UU.). Ed. Abram S. Benenson (1987).

56) Organización Médica Colegial. *Código de Ética y Deontología Médica y compendio de Doctrinas Internacionales*. Ed. Consejo General de Colegios Médicos de España. Madrid, 1990.

57) DELARUE F. *Salud e infección*. Ed. Nueva Imagen. 1980.

58) *Revue Internationale de la Vaccine*. Publicada y dirigida por MM Edmond Chaumier (director del Instituto Vacunal de Tours) y Dante de Blasi (director técnico del Instituto Vacunal de Roma y profesor de Bacteriología de la Facultad de Medicina de Roma. Colaboración de numerosos médicos de todo el mundo. Jefes de redacción: Dr. Kuhn (director del Instituto Vacunal de Estrasburgo) y Belin (médico veterinario subdirector del Instituto Vacunal de Tours), 1910 a 1914. Publicados cuatro tomos con dos mil páginas; contiene 1.148 referencias bibliográficas muy dignas de tener en consideración. Es un aporte muy importante a nivel clínico y experimental en humanos y animales.

En la A.M.H.B. editamos desde el año 1985 nuestra revista cuatrimestral dirigida a todos los profesionales de la salud que deseen mantenerse informados sobre la actualidad homeopática. En sus diferentes secciones de Clínica, Historia, Farmacología y Filosofía se recogen artículos teóricos i experiencias practicas de profesionales de todo el mundo, así como referencias bibliográficas, contactos y noticias de cursos y actos organizados.

REVISTA HOMEOPÁTICA



ACADEMIA
MEDICO HOMEOPÁTICA
DE BARCELONA
1890

REVISTA HOMEOPÁTICA
es la revista de
actualidad homeopática.

Suscripción anual: 2500 pts.
Núm. de años anteriores: 350 pts

Academia Médico Homeopática
de Barcelona
c/ Aragón, nº 186, 2º 1º
08011 Barcelona
Tel. (93) 323 48 36