

# REVISTA DE REVISTAS

## THE LANCET

Vol. i, 1947: 775-811.

Londres, junio 7 de 1947.

### *Artículos originales*

Aspectos sociales de la epilepsia.

Ictericia infecciosa en Islandia.

Desarrollo pre y post-natal de la inmunidad.

Hipoglicemia por adenoma de los islotes pancreáticos.

Urea sanguínea en los primeros nueve días de la vida.

Encefalitis post-vacunal.

Enfermedades tiroideas en Bélgica durante la ocupación.

Goma del tiroides.

### *Editoriales*

Virus y enfermedad.

Guerra, hambre y bocio.

Acido fólico.

### *Anotaciones*

#### *Cartas al editor*

#### *Aspectos sociales de la epilepsia*

J. Tylor Fox; Lingfield Epileptic Colony, Surrey. Pp: 775-778.

No estamos cumpliendo lo que el deber impone, cuando frente a un epiléptico no hagamos de él un ciudadano productivo —en cuanto lo permita—, actuando sobre el medio que rodea al enfermo y modificando las perspectivas del paciente mismo, en la forma más conveniente.

*Causas del "handicap" social del epiléptico.*—El vacío que la sociedad hace al epiléptico, carece de proporción con la magnitud y calidad del trastorno físico existente: procede ésto de

que para el común de la gente el epiléptico es mentalmente anormal. Es evidente que la incidencia de anomalías mentales es mayor entre los epilépticos que entre la población general; la forma de la anomalía mental es variable y puede remedar todas las psicosis. Se habla de que el epiléptico tiene un temperamento especial, que hace difícil vivir en comunidad con él, e incluso que es un criminal potencial; se describen como datos característicos de tal temperamento, la hiperirritabilidad y el egocentrismo, de donde derivan insociabilidad, mal carácter, infidelidad, caprichos repentinos e inconvenientes, que llevan a los actos antisociales, el crimen y la violencia. "Es cierto que este cuadro se cumple en algunos epilépticos, como se cumple también en mucha gente no epiléptica; pero aplicarlo a los epilépticos en general, constituye un error grave y trágico". "Dudo de que uno de cada diez epilépticos no asilados posea el temperamento epiléptico en grado sensible... porque aún cuando el temperamento es en algunos casos siempre parte de la enfermedad... en muchos es fenómeno secundario, y surge de la frustración social que ha seguido los pasos del epiléptico desde su misma infancia".

*El lúgubre pronóstico del epiléptico.*—Muchos casos, especialmente del "petit mal" repiten sus accesos durante la infancia y la adolescencia y no

vuelven a presentarlos luégo; en cuanto al resto, los efectos de la terapia cada vez tienen mayor alcance: "Dados tiempo, paciencia y perseverancia por parte del médico y cooperación por la del paciente, una droga o combinación de drogas administrada en dosis y momentos óptimos, puede conducir a resultados sorprendentemente buenos en gran número de casos". "El deterioro mental puede ser típico de enfermos reclusos en sanatorios y que han sufrido gran número de ataques durante muchos años, pero la mayoría de los enfermos que viven en la comunidad, no muestran signos de él". El optimismo respecto a la terapia antiepiléptica actual, es justificado. La electroencefalografía constituye indudablemente un gran paso de avanzada en el conocimiento de los hechos básicos de la enfermedad.

*El factor familiar.*—El conocimiento de que la epilepsia tiende a presentarse como enfermedad familiar es un factor más para el ocultamiento en que tiende a colocarse el epiléptico, reduciendo muchas veces su vida a condiciones estrechas, con el objeto de no presentar en público un acceso. Aislado por sí y por los demás, incomprendido, el enfermo es tratado con crueldad aún por quienes sólo quieren su beneficio; y estas dificultades y desconfianzas se exageran cuando existe posibilidad de matrimonio con un miembro de la familia de un epiléptico. Es cierto que los parientes de un epiléptico presentan alteraciones EEG de tipo disrítmico epiléptico con frecuencia 5 veces mayor que el resto de la población; con poca frecuencia la disrítmia los presenta como epilépticos potenciales y hace pensar en la conveniencia de administrar diariamente una pequeña dosis de un anti-convulsivante; con mayor frecuencia se encuentran ondas lentas que sugieren la posibilidad de que esos sujetos

actúen como transmisores de la epilepsia. Cuando el posible cónyuge presenta EEG normal, es baja la probabilidad de que los hijos sean epilépticos; si la alteración electroencefalográfica es similar en los dos posibles esposos, el porvenir de la descendencia es oscuro.

Cuando los ataques han comenzado tardíamente en la vida de un enfermo y su mentalidad está bien desarrollada, es poco probable que el factor hereditario sea potente en él. Cuando los ataques epilépticos se deben a trauma o enfermedad cerebral local, no hay evidencia de tendencia familiar.

*El "acceso", fenómeno desagradable y dramático.*—En el trabajo y en el juego, en la escuela y en los sitios de descanso no se desea al epiléptico, y el efecto de esta actitud sobre su posición en la sociedad y su futuro mental no necesita comentario: es un ostracismo social que debe eliminarse.

Es raro que un acceso epiléptico tenga por qué causar alarma, y la agitación y ruido promovidos alrededor de un acceso epiléptico son una descortesía y una desconsideración para el paciente y para los epilépticos en general: la única manera de ser correcto en estos casos, es pasar desapercibido el hecho; y esto debería pensarse y ensayarse en todas partes.

*Empleo y utilidad del epiléptico como empleado.*—La aptitud es cosa por definir en cada caso particular. Se perjudica a los epilépticos en general al recomendar para un empleo a un paciente inhabilitado por su trastorno, porque se cierra el campo a otros que sí pueden ser útiles. Deben tenerse en cuenta el pasado y presente del enfermo y a través de contactos con él y con sus familiares ha de formarse un concepto claro sobre el carácter del paciente; importa precisar frecuencia, caracteres, hora de producción y posi-

bles prodromos del acceso, porque todo esto influencia la aptitud del paciente y la clase de empleo en que puede ser útil; pacientes que sólo tienen accesos nocturnos o al levantarse, poseen en realidad un "handicap" muy pequeño; los accesos que ocurren por brotes con intervalos apreciables, permiten ciertos tipos de empleo; los enfermos que presentan accesos de "Petit mal" pueden servir en ciertos puestos y no en otros. También la velocidad de recuperación después del acceso debe determinarse, porque es comercialmente importante. Sobre 1.000 casos que estaban en curso de tratamiento privado o en clínicas, Lennox y Cobb aprecian que sólo un 25% de los enfermos eran inhábiles para el trabajo.

Trabajos varios rechazan a priori al epiléptico; tales son especialmente los relativos a vehículos en movimiento, maquinarias que requieran atención permanente u ofrezcan algún peligro, trabajos con escaleras, etc., pero en establecimientos grandes suele ser fácil hallar acomodo productivo para epilépticos. En ningún caso se recomendará ocultar los accesos; los compañeros de trabajo han de saber que estos ocurren y que nada requiere el enfermo, aparte del cuidado mínimo que haya de prestarle el vecino más próximo: se evita así la pérdida colectiva de tiempo, que es lo que más suele temer quien piensa en la posibilidad de empleo para un epiléptico. Incluso, es posible formar un grupo de epilépticos, que no han de extrañarse de lo ocurrido a cualquiera de los compañeros y que —conscientes de su inferioridad— tratarán de superarse para suplirla con creces.

La ocupación y el trabajo convienen a todos, sanos y epilépticos, pero además la ocupación y el interés mismos tienen acción anticonvulsivante: se conoce la acción de este tipo ejercida por

el gas carbónico y el ácido láctico procedentes de los metabolismos muscular y cerebral y se evidencia en el EEG la inhibición de la disritmia de tipo "petit mal" por la concentración de la atención: un trabajo que le interese es una estupenda terapéutica para el epiléptico.

*El cuidado por parte de la comunidad.*—Es necesario y se realiza en buena parte por los visitantes sociales, que tienen como papel ayudar al enfermo a superar sus propias deficiencias, solucionar los problemas que se le presenten en su empleo y sobre todo animarlo y ayudarlo cuando los períodos de desempleo, por una u otra causa, las fases de depresión, etc., se hagan especialmente penosas para el sujeto. Los resultados alcanzados por la National Association for Mental Health, que ha entrenado especialmente visitantes sociales para estos casos, han sido animadores. Cuando se piensa en el apoyo dado por la sociedad a ciegos, sordos y otros enfermos, ha de concluirse que los epilépticos son víctimas de un descuido que no se justifica.

Como *conclusiones*, el autor destaca el precepto, aplicable en lo médico y en lo social en cuanto al epiléptico se refiere, de *no hacer generalizaciones*; cada caso debe ser individualmente considerado y manejado, tanto por lo que hace a la terapia como por cuanto dice al cuidado y actividad social del paciente.

El otro punto importante es la necesidad de más conocimiento respecto a la epilepsia: *debe saberse qué es y qué no es*, para obrar en consecuencia. *Virus y enfermedad* (Editorial). Pp. 793-794.

La creencia en la generación espontánea se ha mostrado dura para morir: en el siglo XVII se llegó a la convicción de que ella no se aplicaba a

vivientes de algún tamaño pero sólo en el siglo XIX se reconoció que tampoco se cumplía en el caso de las bacterias, recién descubiertas entonces. Los virus han planteado de nuevo ese problema; el intervalo entre las dos guerras mundiales está lleno de preguntas relativas a cómo se regeneran y en qué forma son vivos, es decir, qué clase de vida desarrollan. Respuestas nada decisivas en muchos aspectos, han conducido a la conclusión general de que son vivientes autóctonos y en consecuencia, lo sabido y hecho a propósito de transmisión y combate de las enfermedades microbianas ha sido aplicado a las determinadas por virus. El éxito alcanzado contra la rabia y la morriña muestran lo bien fundado de tales ideas.

Es "iluminadora" la obra de F. M. Burnet "Virus as Organism" (Oxford University Press, Cambridge University Press, 1946). Se discute allí ampliamente el asunto: Se les ha pedido medir y se sabe que los más grandes son visibles mediante un microscopio ordinario. El microscopio electrónico ha tornado visibles los más pequeños y halla indicios de estructura en los más grandes, como el de la vacuna. Los más grandes son antigénicamente complejos y posiblemente tienen una composición química similar a la de las bacterias y hay evidencia directa de que algunos, cuando menos, poseen sistemas enzimáticos complejos. Todo esto y el hecho de que realmente se reproducen en medios de constitución la más diversa, establece que son agentes extrínsecos, de naturaleza similar a la de los microorganismos y que cada partícula desciende genéticamente de una similar que la precedió en el tiempo. Pese a ello, hay autoridades que se niegan a aceptar dicho concepto y sostienen que se trata de derivados celulares, acaso genes que andan sueltos.

Se había observado que la presencia de anticuerpo herpético en los adultos estaba relacionada con una historia de herpes y se sugirió que los portadores de esta enfermedad eran portadores del virus. Se mostró luego que la estomatitis aftosa de los niños se debía al virus herpético; empero, se observó luego que el anticuerpo herpético no se hallaba durante la fase aguda de la enfermedad pero aparecía durante la convalescencia: la estomatitis en cuestión es, pues, enfermedad primaria; de todos modos, la presencia de anticuerpo herpético implica el antecedente de la enfermedad. Aún cuando no ha sido posible hallar la manera de aislar el virus de los portadores, sí parece establecido que el paciente que ha sufrido la agresión del virus herpético, cosa que ocurre en el 2-3 año de la vida, se torna portador, poniéndose en equilibrio con el virus; cuando cualquier incidencia rebaja la resistencia del huésped, se manifiesta el virus bajo la forma de herpes; fuera de ésto, el huésped no sufre molestia por parte del virus.

Graigie ha planteado la posibilidad de una infección "críptica" por virus, en la cual el virus ya no es citoclástico y se reproduce apenas en la medida justa para que la infección se mantenga cuando la célula en que él se ha albergado, se divide. Para Craigie, hay gran similitud entre esta infección críptica y los plasmagenes que para algunos constituyen la base de la herencia de los rasgos citoplásmicos. Podría ser ésta una idea importante a propósito del cáncer.

T. M. Rivers es acaso el único entre los estudiosos de los virus, que sostenga que este es un grupo heterogéneo: para él los virus más grandes serían sencillamente microorganismos muy pequeños, al paso que los más diminutos, serían antes no vivos. Sin embargo, la mayoría sostienen que

los virus forman un grupo continuo, iniciado con los menores y más sencillos, continuado por graduación hasta los más grandes y complejos, y prolongando de allí en adelante por las rickettsias. "Si se dispusiera uno a aceptar que los virus menos complejos derivan de los virus, muy probablemente habría de convenir en que los más complejos han partido también, en último análisis, de allí, y habría que considerar en tal caso cómo, cuándo y por qué el simple gene se decidió a cubrir su desnudez". Para Green y Laidlaw, en cambio, los virus serían el fruto de una adaptación de microorganismos más elevados, a una forma de vida parasitaria, en que el parásito se ha reducido por último a la simple molécula de nucleoproteína y cuenta con su huésped para todo lo relativo a nutrición y energía. Burnett acepta esta idea "porque no hay otra alternativa visible" y, reconociendo que los virus tienen como todo vivo, y más que muchos, la capacidad de producir variantes, pasa a considerar la evolución de la enfermedad por virus.

Hace notar Burnett que el hombre sólo es capaz de sostener la existencia de un microorganismo patógeno, ante el cual actúa como huésped único, cuando la densidad de la población humana es suficiente; antes de que los núcleos de población se constituyeran, es lo más posible que dichos microorganismos fueran anteriormente parásitos de animales. Parece posible que el tifo epidémico derive por adaptación, del tifo de los oradores y hay hechos que sugieren que en el momento actual, el virus de la psitacosis está abandonando al ave para tomar al hombre como huésped permanente. Así pues, los cambios sufridos por el virus pueden cambiar los caracteres de la enfermedad.

Queda la posibilidad de cambios del

huésped, que también vaya a cambiar la marcha del proceso infeccioso; existen desde luego los aspectos inmunológicos, pero Murnett sugiere además un factor social, cuando menos para el caso de la poliomielitis; esta enfermedad era de los primeros años de la vida y provenía de los adultos; hoy, tiende a ser proceso de la edad escolar, transmitida por el niño, y el adulto escapa con alguna frecuencia; tal cambio es particularmente notorio en países en donde la higiene social y las labores sanitarias han alcanzado nivel más elevado.

Hay grandes fluctuaciones en las enfermedades por virus pero en todo caso, las variantes de los virus demasiado virulentas, tienden a eliminarse por sí mismas porque son demasiado destructivas para sus huéspedes. La tendencia general sería hacia un relativo equilibrio virus-huésped, en el que la enfermedad sería muy difundida y el huésped sufriría poco: este estado —único en el momento actual— ha sido alcanzado por el virus del herpes simplex.

*Acido fólico* (Editorial). Pp. 795-797

Lo atractivo de este producto reside en el hecho de que pareció ser un caso de terapia específica mediante un agente definido y de estructura molecular conocida. Se creyó que con él se abría gran campo terapéutico y se disponía de una vía que informaría, ampliamente respecto al factor anti-anémico y madurador de los eritrocitos. Los hechos han reducido un poco las perspectivas terapéuticas y la relación entre ácido fólico y maduración eritrocítica no se han aclarado suficientemente.

Los resultados a corto plazo en la anemia perniciosa son uniformemente buenos y se consiguen mediante la dosis de 20 mgr. oral diaria o con una sola inyección I. M. o I. V., de 50-100

mgr. crisis reticulocitaria temprana y definida, paso de la medula megaloblástica a normoblástica y aumento sostenido de G. R. y Hb, junto con llamativa mejoría clínica.

Los resultados lejanos desconciertan un poco: los signos de degeneración de los cordones medulares posterolaterales no se corrige por el ácido fólico, a veces se agrava durante su administración, y no se previene mediante la droga, ya que pueden aparecer durante la terapia realizada con ella; y la mejoría del elemento neural no se produce ni con dosis muy altas de ácido fólico; en cambio, se consigue mediante hígado o extracto desecado de estómago. Se ha anotado por otra parte, que con el correr del tiempo, las dosis requeridas para sostener en lo normal el cuadro rojo, van creciendo. Wilkinson concluye que el ácido fólico no es "ni la mejor ni la más abaratada de las formas para tratar la anemia perniciosa, estén o no presentes las manifestaciones neurales" y Spies dice que "el extracto de hígado es la terapia más efectiva y segura para el manejo rutinario de la anemia perniciosa". El ácido fólico conserva, empero, un puesto, en este campo, porque puede darse parenteralmente para obtener una respuesta rápida en pacientes críticamente enfermos y porque es la solución en el caso de enfermos que se han sensibilizado al extracto de hígado; en este caso, siempre debe procederse a la administración de estómago desecado o a la desensibilización, tan pronto como sea posible. Nada se gana mediante preparaciones que asocian ácido fólico al hígado o estómago; el primero nada realiza que no consigan más perfectamente los últimos y el ácido sencillamente se desperdicia.

En las anemias nutricionales, incluyendo la perniciosa del embarazo, la macrocítica nutricional y los síndromes

del grupo del Sprue, puede administrarse impunemente ácido fólico, porque no hay riesgo de enfermedad medular. Hay discordancia en el campo de los resultados en el sprue, porque no hay acuerdo respecto a lo catalogado con tal nombre. El sprue de Cuba y Puerto Rico es una falla de la absorción entérica de grasa, con diarrea y anemia megaloblástica, que ocurre entre los nativos, sometidos a subnutrición durante largo tiempo. El ácido fólico corrige anemia y diarrea y mejora el carácter de las deposiciones. El sprue del oriente ocurre en extranjeros bien nutridos y el sprue no tropical y el síndrome o enfermedad celíaca se presentan en climas templados y en sujetos no desnutridos; en todos estos casos, la desnutrición es secundaria a la enfermedad, cuando ésta ha durado suficientemente. En todos los casos de este grupo, que han respondido al ácido fólico, había megaloblastosis medular; en general, las anemias macrocíticas responden bien al ácido fólico cuando hay medula megaloblástica y no en el caso contrario. La posibilidad de amplia aplicación del ácido fólico en las anemias macrocíticas y la amplia difusión de estas en las zonas tropicales son una aplicación suficientemente importante de la droga.

¿Qué papel juega el ácido fólico en la hemopoyesis? No es el factor intrínseco ni el extrínseco, puesto que pueden obtenerse respuestas con extractos hepáticos que sólo tienen una traza de ácido fólico.

Existen en la naturaleza diversas formas de ácido fólico, que difieren entre ellas por el número de grupos ácido glutámico existentes en la molécula. El ácido sintético-igual al obtenido de la levadura y del hígado—sólo contiene un grupo ácido glutámico; se le denomina ácido "libre", calificando como "conjugados" a los

otros. Si se administra ácido libre a un sano o a un paciente de perniciosa, se excreta ácido libre por la orina.

Dando ácidos conjugados a un sano, se excreta ácido libre por la orina; en cambio, el enfermo de perniciosa casi no excreta ácido, pero si se administran extractos de hígado, la excreción es grande. Se ha afirmado que los ácidos fólicos conjugados no provocan respuesta hemopoyética en la anemia perniciosa; parece pues que en esta enfermedad existe la incapacidad para liberar el ácido fólico de los conjugados en que existe en los alimentos. Para Davidson y Girwood el extracto de hígado sería un factor libertador, que haría capaz al organismo para liberar ácido libre de los conjugados acumulados en el cuerpo, iniciando en dicha forma la respuesta. Esta idea no cuenta con simpatías en Norteamérica; de hecho, existen algunas dificultades: se afirma que el sprue de la India y algunos casos de anemia perniciosa responden a los ácidos conjugados y para Spies y col. se trata simplemente de dosis insuficientes, puesto que ellos dicen haber obtenido éxitos con los áci-

dos conjugados en anemia perniciosa, sprue y anemia macrocítica nutricional. Por lo demás, es difícil disponer de ácidos conjugados puros.

El ácido fólico libre es producido de síntesis bacteriana ocurrida en el intestino, tanto de animales como del hombre; de allí la dificultad para estimar en forma exacta las deficiencias; por otra parte, aún son pocos los casos tratados con ácidos conjugados, de manera que las conclusiones obtenidas han de refrendarse más aún.

Para la escuela norteamericana, aunque los extractos de hígado realmente intervienen en el aprovechamiento de los conjugados de ácido fólico acumulados, su acción es más profunda; destacan el hecho de que las respuestas al ácido fólico son parciales y que las dosis de él que resultan necesarias son muy grandes, comparadas con las de extractos hepáticos potentes. Sostiene Spies que el ácido fólico es una enzima o coenzima involucrada en la formación del principio antianémico, que para él es una sustancia no aislada aún y más potente que las conocidas hasta ahora.