

Bibliográficas

I. Sobre la encefalitis letárgica (encefalitis epidémica)

La encuesta epidemiológica del Ministerio de Higiene sobre la encefalitis letárgica en Francia.

Respondiendo a una circular dirigida en febrero último a todos los Prefectos de Francia, por el señor Ministro de Higiene, Asistencia y Previsión Sociales, para informarse sobre la naturaleza y la epidemiología de dicha enfermedad, se han recogido las respuestas de 55 departamentos correspondientes a 464 casos producidos desde el 1.º de enero al 1.º de marzo del año en curso, los que analizados por los profesores *León Bernard* y *Julio Renault* han dado motivos a una comunicación de la que extractamos los siguientes datos:

Del punto de vista clínico nada nuevo ha podido obtenerse. La enfermedad se ha presentado con todos los caracteres anteriormente descritos: hipersomnias, elevación de temperatura, oftálmoplegia, movimientos coreicos que preceden o acompañan la faz aguda, poca o ninguna reacción meníngea, poca o ninguna modificación de la fórmula leucocitaria en el líquido céfaloraquídeo.

El número de defunciones señaladas es de 118, lo que significaría aproximadamente el 30 o/o de la mortalidad. La enfermedad revestiría, pues, un pronóstico muy severo; con todo, es de presumir que muchos casos benignos no han de haber sido comunicados. Los niños han sido atacados en la proporción de 1 por 2 adultos. Se han anotado solamente cinco casos en personas de más de 60 años.

En cuanto a los datos relativos a la *epidemicidad* y *contagiosidad* sobre los cuales la circular ministerial llamaba particularmente la atención, podemos recordar este hecho: que en ninguna parte la enfermedad ha revestido carácter de epidemia intensa. En ninguna región, en ningún centro, ha atacado a un gran número de personas a la vez. Naturalmente que el mayor número de los casos se encuentra en los departamentos en que la población es más densa.

Ninguno de los informes hace mención de contaminación probable por contagio directo. En las aglomeraciones, los casos permanecen aislados, y, si se producen simultáneamente, no están agrupados por barrio.

En algunas sociedades científicas, a principio del último invierno, se había emitido la idea de un parentesco posible entre la *encefalitis letárgica* y la *poliomielitis*. Pero esta hipótesis no ha sido en ninguna parte confirmada por la encuesta, pues los informes descartan unánimemente toda relación entre ambas afecciones e insisten sobre la ausencia de casos simultáneos de ambas enfermedades. No sucede lo mismo con la *gripe*, pues que en 49 departamentos sobre 55, los médicos enuncian la posibilidad de muy estrechas relaciones entre la *gripe* y la *encefalitis*. Seguramente que si nos atuviéramos únicamente a los datos suministrados por esta encuesta, estaríamos tentados de considerar esta afección como una modalidad clínica o una complicación cerebral de la *gripe*; pero estos datos en la hora actual son aun muy imprecisos para sacar conclusiones definitivas.

Una observación última nos parece desprenderse del examen de los informes recibidos: la disminución actual de la epidemia; los casos señalados han sido: 70 en enero, 206 en febrero, 144 en marzo, 44 en abril; parece, pues, como ha sido ya observado el año pasado, que la *encefalitis letárgica* sea, sobre todo, una enfermedad a epidemias invernales.

Sobre la contagiosidad de la encefalitis letárgica, por el Prof. A. Netter. (Resumen).

Esta contagiosidad no podría ser puesta en duda, pues que si ella no existiera no sería posible comprender cómo se realiza la difusión de las epidemias observadas; pero es difícil ponerla en evidencia, puesto que los casos quedan generalmente aislados en una familia o en una casa. Las mismas dificultades se habían presentado anteriormente, respecto a la *poliomielitis*, cuya contagiosidad es asunto perfectamente comprobado en la actualidad.

Para la *encefalitis letárgica* ha tenido que practicar el profesor Netter investigaciones más frecuentes aun que las que en su oportunidad tuvo que efectuar sobre la *poliomielitis*; el resultado ha sido el que sucintamente damos a continuación:

I. Comprobación de una *epidemia familiar*.—Se trata de una niña de 3 años, que había sido puesta al cuidado de una familia que vivía alejada (en una provincia) y que después de varios días de enfermedad es traída en grave estado a casa de sus padres, para su mejor asistencia.

Más o menos un mes después de su regreso, contrae la

misma enfermedad una hermana de ella, de 6 años de edad, que falleció; siete semanas después de dicho regreso, un niño de cinco meses, hermano de ambas, adquiere a su vez la misma afección, de la que felizmente salvó, como la primera. (Las observaciones aparecen descriptas con toda minuciosidad en la comunicación de M. Netter).

II. *Otros ejemplos de contagio.* (Comprende siete observaciones interesantes).

III. *Rareza habitual del contagio en la encefalitis. Su modo de propagación. Alteración de las glándulas salivales.*

El autor declara que aun cuando las observaciones que ha recogido le han permitido poner en evidencia el carácter contagioso de la encefalitis letárgica, con todo el número es reducido. Si la encefalitis es contagiosa, conviene agregar que ella es poco contagiosa, y esta noción es como para tranquilizar a las familias víctimas de sus incursiones. Lo que ocurre con esta enfermedad tiene semejanza desde este punto de vista con lo que sucede generalmente con la *meningitis cerebroespinal* y la *poliomielitis*, enfermedades en las cuales los contagios familiares son más bien raros. En estas dos afecciones el microbio o el virus filtrante no son de temer para los que rodean al enfermo, mientras permanecen en la *jaula*, por decirlo así, en tanto quedan encerrados en la *cavidad aracnoidea reforzada aún por el cráneo y la cavidad raquídea*. La transmisión se hace cuando estos agentes han *atravesado las barreras*, lo que, por otra parte, es habitual y lo que establece la *siembra del contenido del cavum para la meningitis cerebroespinal*; la *inoculación del contenido de la nariz, de la boca y de la faringe, para la poliomielitis* (Flexner) y *para la encefalitis* (Strauss, Loewe y Hirschfeld).

Hasta hoy no se ha preocupado mucho de dilucidar las condiciones que permiten la salida de estos agentes patógenos en la *poliomielitis*. Sobre este punto hemos dado un paso más en lo que concierne a la encefalitis letárgica.

En diversas ocasiones, dice el profesor Netter, hemos insistido sobre la presencia verosímil del *virus de la encefalitis en las glándulas salivales*, invocando la comprobación de la *tumefacción parotídea* en algunos enfermos o la *salivación exagerada*. Admite dicho profesor, correlacionando estas observaciones con las que Manouelian había hecho respecto a la rabia, que *en las glándulas salivales, el virus de la encefalitis se fija primeramente en las células nerviosas ganglionares*.

Examinada la glándula parótida de un niño fallecido por encefalitis, describe el profesor Netter la existencia de determinadas lesiones, que presentan grandes semejanzas con las descripciones de Manouelian que hemos mencionado anteriormente.

Estas alteraciones permiten verosíblemente al virus de la encefalitis penetrar en ciertos momentos en la saliva y por su intermedio salir al exterior.

Una vez puesto en libertad, podrá prestarse a la propagación de la enfermedad. Para ser ésta adquirida es necesario que penetre en las fosas nasales, que camine en los senos aéreos, que del *seno esfenoïdal, tan próximo al espacio perforado interpeduncular*, llegue al gran confluente subaracnoideo, utilizando al efecto las conexiones vasculares y linfáticas numerosas entre la duramadre y los techos de los senos, hasta ganar la región que la clínica y la anatomía patológica revelan ser su foco de elección. Pero esta trayectoria encuentra obstáculos entre los cuales uno de los más interesantes es, sin duda, el *poder protector del mucus nasal*, indicado por nuestros colegas Wurtz y Lermoyez y experimentalmente por Amoss y E. Taylor para el virus de la poliomielitis.

Otros factores intervienen incuestionablemente; bastaría recordar entre ellos la predisposición particular de los *sujetos nerviosos* a contraer la encefalitis.

Cree M. Netter que debe admitirse la existencia de formas *frustras*, difíciles de despistar, entre las cuales figuran verosíblemente *determinaciones exclusivamente viscerales*.

Otra de las causas que convendrá establecer definitivamente es la intervención de la larga *persistencia del virus en los convalecientes* (se cita una observación en que transcurrieron 11 meses entre la aparición de la enfermedad en dos hermanas). Y también la de la intervención de los *sujetos sanos que hayan cuidado los enfermos y pueden ser peligrosos para los que se les acerquen, sin que ellos mismos caigan jamás enfermos*. Esta intervención, que desempeña el papel esencial en la propagación de la meningitis cerebroespinal, suministraría la explicación más satisfactoria de nuestra imposibilidad de referir a su origen la gran mayoría de las encefalitis.

Conclusiones. — La encefalitis letárgica es ciertamente contagiosa. Su contagio es vehiculado verosíblemente por la saliva. En razón de la larga persistencia del virus en los centros nerviosos, el enfermo debe quedar largo tiempo susceptible de transmitir su afección. Hay razones muy serias

para admitir que la encefalitis puede ser transmitida por un convaleciente. Hay motivos como para pensar que el mal puede ser adquirido por contacto con un sujeto atacado de una forma *frustra, larvada o mismo de un sujeto que haya estado rodeando a un enfermo*. Todas estas consideraciones, confirmadas las unas, verosímiles las otras, implican que es necesario tratar de conocer todos los casos establecidos o simplemente sospechosos. Las personas que rodean a los enfermos deberán estar al corriente de la posibilidad del contagio directo o indirecto. No sería posible, en el estado actual, imponer el aislamiento de los enfermos, aislamiento de una realización difícil, cuyo término no se puede fijar, pues que el mayor número de los casos quedan únicos, a pesar de haberse prescindido de toda precaución. (Comunicación presentada a la Academia de Medicina de París).

La encefalitis letárgica.—Instrucciones de la Inspección General de Sanidad (Madrid).

Del número 24,975 de "La Epoca" de Madrid, correspondiente al 13 de mayo ppdo., tomamos los siguientes datos:

"La Inspección General de Sanidad ha publicado una circular en la "Gaceta" comunicando a los inspectores provinciales aquellas instrucciones que hace precisas la difusión en algunas provincias de la enfermedad conocida con el nombre de encefalitis letárgica.

Después de consignarse que, tratándose de una enfermedad poco estudiada hasta ahora, singularmente en lo que atañe a la etiología, epidemiología y patogenia, sería temerario deducir, de la relativa benignidad actual, pronósticos halagüeños para el porvenir, conviene desde luego considerar la encefalitis como una enfermedad denunciabile y aplicar aquellas otras medidas que, sin fundar un sistema perfecto de profilaxis, hayan de influir en la reducción de las invasiones y de los focos.

Las referidas instrucciones se concretan en los siguientes términos:

1.^a Decretada y puesta en vigor la declaración obligatoria, la primera medida es el *aislamiento*. Todo caso sospechoso de encefalitis letárgica debe ser aislado, entiéndase que el enfermo sólo puede relacionarse con la persona que le cuida, y que esta persona o personas ni directa ni indirectamente deben establecer contacto con los sanos. De otra manera el aislamiento resulta ineficaz.

Su duración no debe limitarse al período febril, sino que es menester prolongarlo toda la convalecencia, prohibiendo que el enfermo abandone sus habitaciones, y aplazando, por algún tiempo, su concurrencia a sitios públicos (escuelas, oficinas, talleres, etc.). La prolongación del aislamiento se funda en la ley general de la persistencia de los gérmenes después de terminada la enfermedad (excretorios y portadores), y aunque por ser aquí desconocida la causa viva, nada se puede averiguar de su probable supervivencia en el organismo, la analogía con otros procesos infecciosos justifica la prórroga del plazo.

2.^a Puesto que la boca, fauces y fosas nasales constituyen las cavidades que sirven de albergue al germen, es medida de importancia desinfectarlas a diario, durante la enfermedad y la convalecencia.

El agua oxigenada, el alcohol alcanforado, el perborato sódico, las soluciones de permanganato, etc., etc., sirven al objeto en gargarismos, pulverizaciones y lavados, igual para el enfermo que para las personas que le rodean.

Iguales tratamientos deben emplearse con las secreciones y utensilios y ropas de uso de los enfermos; y

3.^a Modernamente han descubierto los clínicos la existencia frecuente de formas abortivas y formas frustradas de encefalitis, y es muy probable que estos casos, caracterizados por la lenidad del síndrome y la brevedad del curso, sean, en unión de los portadores de gérmenes, los más peligrosos centros de irradiación, ya que la apariencia benigna y la incertidumbre del diagnóstico representan en la práctica, no pocas veces, un permiso de libre circulación para el agente morboso.

Es de esperar que los médicos pongan el mayor esmero en la definición y denuncia de estos enfermos, con el fin de imponerles el aislamiento y la desinfección en iguales condiciones de rigor y constancia que a los casos confirmados."

Frecuencia de la *oftalmoplegia simpática bilateral*. Su significado en la "encefalitis letárgica", por el doctor Williams B. Cadwalader. (Instructor de neurología y neuropatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensylvania; neurólogo del Presbyterian Hospital. Filadelfia..

Deseo llamar la atención sobre la importancia diagnóstica de la ocurrencia de la *oftalmoplegia simpática bilateral* en

los casos de encefalitis letárgica. En lo que he podido averiguar, esto no se ha comunicado hasta la fecha y es de gran importancia en el diagnóstico de la enfermedad.

Se halla bien establecido que el Puente de Varolio y la médula oblongada están atravesados por un haz que contiene fibras óculopupilares. Una lesión de este haz causa la contracción de la pupila y disminución de la abertura palpebral y retracción ligera del globo del mismo lado.

El haz atraviesa la región dorsomedial del puente y de la médula oblongada. La enfermedad focal del puente y de la médula puede, por consiguiente, provocar síntomas de "oftalmoplegia simpática". Este signo, sin embargo, en lo que he podido averiguar, no se ha observado antes en ambos lados a la vez. Recientemente he tenido dos casos de encefalitis letárgica con ambas pupilas contraídas y ambas aberturas palpebrales estrechas, es decir, los signos de la "oftalmoplegia simpática bilateral". En uno de ellos, la autopsia confirmó el diagnóstico clínico.

La afección bilateral de las fibras simpáticas de los ojos puede deberse tan sólo a una lesión difusa o inflamatoria del tallo cerebral, de modo que cuando está asociada con la confusión mental característica de la encefalitis letárgica, debe considerarse como signo diagnóstico.

Sin embargo, a causa de la bilateralidad del estrechamiento de las aberturas palpebrales y de la contracción pupilar, es probable que no llame la atención y pase inadvertida, pero cuando se presenta sólo en un lado, se nota el contraste en seguida.

No se sabe que la oftalmoplegia simpática bilateral ocurra en otras enfermedades.—("Journal A. M. A.", E. E.).

II. Sobre profilaxis de la difteria

En la sesión del Consejo de Higiene Pública y de Salubridad del Departamento del Sena, del 6 de febrero último, M. Roux ha reconocido que la difteria estaba en período de recrudecimiento en ciertos barrios de París. Desgraciadamente es muy difícil cortar una epidemia semejante, en razón de los hábitos y costumbres de la población, por una parte, y por otra, en razón del arsenal insuficiente de que disponen los servicios de higiene.

Cuando un niño es atacado de difteria, es atendido sea en su domicilio, sea en el hospital. A domicilio, en tanto que el niño está en cama, el peligro de contaminación está casi suprimido; pero, a partir del noveno día, el niño estando con-