

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 23 de marzo de 1920.

El Consejo, en sesión de esta fecha, resolvió: aprobar el precedente informe del cual se pasará copia a la Inspección Sanitaria de la Prostitución, para su conocimiento y efectos correspondientes.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

Justo F. González,
Secretario.

Sección Bibliográfica

SOBRE LA ENCEFALITIS EPIDÉMICA.

Sobre la diversidad clínica de la encefalitis letárgica, por M. Ch. Achard.

Cuanto más se estudia la encefalitis letárgica, más se advierte la diversidad de sus aspectos clínicos.

De la triada sintomática, dada al principio como la condición necesaria del diagnóstico, el síntoma fundamental, la somnolencia, presenta ya varios grados y diversas modalidades. Tal enfermo duerme profundamente y no puede ser despertado por una excitación del exterior. Otros no tienen sino un sueño ligero, fácilmente interrumpido por una interpelación en alta voz; responden a las preguntas, después vuelven a dormirse. Esta somnolencia es discontinua; uno de los enfermos de mi Servicio se levanta todas las mañanas, camina, hace su cama, después vuelve a acostarse y duerme largamente, y este estado persiste a pesar de la caída de la temperatura, al mismo tiempo que la linfocitosis raquídea, después de haber sido elevada, se mantiene alrededor de 10 por milímetros cúbico. En los casos mortales esta somnolencia no es más que el prefacio del coma.

Además, se observa también en ciertos casos un estado eer-

cano, que no es el sueño verdadero: es una especie de estupor. Los enfermos no duermen, tienen los ojos abiertos, están sentados o semi-sentados en su lecho, sin apoyar su cabeza sobre la almohada; pero quedan inmóviles y como momificados en su posición; sus miembros, si se les mueve, guardan desde luego actitudes catatónicas; sus ojos abiertos no parecen ver y no se mueven cuando se hace pasar un objeto delante de ellos; no parpadean sino a largos intervalos. Estos enfermos no responden a las preguntas; no parecen oír ni comprender, parecen temer cualquier movimiento. He visto tres casos. Dos jóvenes no han presentado este estado sino de una manera transitoria antes de recuperar completamente su conocimiento: uno de ellos había pasado primeramente por una faz de sueño y había tenido diplopia; pero el otro no recordaba haber tenido verdaderamente somnolencia. En el tercer caso, la enferma, una joven, que había entrado en estado de somnolencia al Hospital, tuvo en forma más durable esta expresión estuporosa, esta inmovilidad de todo su ser y esta máscara inexpressiva que imprimen a este aspecto clínico un carácter sorprendente. Ella no pronunciaba ni una palabra; mismo fué por gestos que indicó que sufría de la boca y, en efecto, se comprobó que tenía un poco de "muguet" desarrollada, seguramente debido a la circunstancia de tener la boca constantemente entreabierta. Permaneció varios días en este estado, después de los cuales se le pudo hacer levantar, pero conservó durante algunos días aún una cierta dificultad para tenerse en pie; su cuerpo tenía tendencia a caer hacia atrás.

Esta especie de estupor es muy comparable a lo que se observa en el estado fisiológico en el durmiente a quien se recuerda bruscamente y que permanece algunos instantes "obnubilé", sin responder a las preguntas ni hacer movimientos. Lo que, en el hombre sano, no es sino un estado completamente pasajero, se hace en los enfermos un estado más o menos durable.

No es solamente por signos de depresión que se exterioriza la alteración de las funciones psíquicas, sino también a veces por el contrario, por síntomas de excitación. Se puede comprobar en ciertos enfermos subdelirio, aún durante la somnolencia. Uno de mis enfermos, mientras dormía, evocaba como en un sueño diversos incidentes de su vida profesional. También a veces, se agitaba en su lecho, removía los brazos, sacaba las piernas de sus sábanas. Continuaba siendo sin em-

bargo capaz, lo más a menudo, de responder a las preguntas que se le dirigían interpelándolo un poco fuertemente, pero lo hacía con voz débil, mal articulada, monótona.

La misma diversidad se encuentra respecto a los trastornos motores. Las parálisis oculares, a las que primeramente se les atribuyó tanta importancia para caracterizar la enfermedad, faltan a menudo. Pueden ser muy pasajeras, muy ligeras, muy limitadas. Otros nervios craneales pueden ser atacados con este carácter parcial, sobre el cual insistía con mucha razón M. Vidal, en la última sesión. Los miembros pueden estar atacados. He visto en un enfermo, entrado al Hospital con temperatura de 40° y un "estupor" de los más marcados que le hacía incapaz de responder a las preguntas, una monoplejía blanda del miembro superior izquierdo; su líquido céfalo-raquídeo no tenía más que una decena de linfocitos por milímetro cúbico; por la mañana siguiente, este enfermo había recuperado toda su lucidez. La fiebre había descendido y la parálisis había desaparecido.

Pueden agregarse o sustituir a la parálisis trastornos motores muy diversos: fenómenos espasmódicos. Ciertos reflejos pueden estar exagerados. Se pueden observar mioclonias limitadas. Tengo en mi Servicio del Hospital Beaujon un enfermo que, sumergido en un profundo sueño el primer día, con miosis, abolición de los reflejos rotulianos, con un líquido céfalo-raquídeo completamente normal, y una temperatura elevada, se despertó en la mañana siguiente, pero presentaba sacudidas mioclónicas en la espalda y costado izquierdo del tórax. Los sobresaltos de los tendones me parecen frecuentes: los he visto en cuatro enfermos, más acentuados que lo que se observa habitualmente en la fiebre tifoidea, y extendidos a los miembros inferiores, lo que no se observa en esta última enfermedad. Así, pues, los trastornos motores son variados, diseminados, fragmentarios, móviles.

Igual inconstancia existe para los fenómenos generales. Hay casos con temperatura muy elevada, otros apiréticos. El estado general puede preceder bastante tiempo a la somnolencia. He visto en los alrededores de París, un enfermo que, desde 10 días antes, tenía fiebre con una temperatura que se había elevado a 40° 5, cefalalgia. Un poco de delirio nocturno, sin ninguna parálisis, apenas una desigualdad pupilar muy ligera, sin ser atacada la musculatura de la cara, sin ninguna somnolencia. Lo había examinado con el mayor cuidado, como que

buscaba sistemáticamente la encefalitis. Ahora bien, dos días después, el doctor Sicard, llamado a ver al enfermo, me decía que lo había encontrado sumergido en la somnolencia característica, y que la punción lumbar había dado salida a un líquido completamente normal. La faz del sueño había sido, pues, precedida durante doce días, por una faz de fiebre. Inversamente, la fiebre puede sobrevivir a la somnolencia: uno de mis enfermos conserva aún una temperatura de 39° a pesar de haber salido de su somnolencia desde hace dos días. Finalmente la somnolencia puede también sobrevivir a la fiebre: dos de mis enfermos, en quienes ha sido fuerte la reacción meningea, tienen aún somnolencia intermitente, aunque están apiréticos desde hace quince días.

Así, pues, los diversos órdenes de síntomas en esta enfermedad tienen por caracteres comunes ser múltiples en sus manifestaciones, diseminados, fragmentarios, y aparecer sin orden definido: la enfermedad es polimorfa y acíclica. Estos caracteres pueden, en cierto modo, ayudar al diagnóstico, si se sabe considerar, como conviene para muchas enfermedades, no síntomas aislados, sino un conjunto de síntomas. Y la experiencia nos demuestra que a la sintomatología equívoca de las primeras descripciones, se debe ahora sustituir cuadros clínicos mucho más variados.

Se hallará tal vez que queriendo extender así el dominio de la enfermedad, se corre el riesgo de incorporar casos completamente extraños, que los primeros observadores no habrían jamás pensado en incluirlos. Pero lo que no se puede negar, es que se observa en este momento, con frecuencia inusitada, cuadros clínicos caracterizados por estos conjuntos de fenómenos intelectuales, motores y generales de los que hablaba hace un momento y que no podrían ser clasificados en los cuadros de la patología clásica.

La encefalitis epidémica, por M. Chauffard

En el curso de la actual epidemia de encefalitis letárgica, han sido publicados numerosos casos aquí mismo y en nuestras principales sociedades científicas, demostrando los aspectos variables, y, según la muy justa expresión de M. Achard, la *diversidad clínica* de la enfermedad. Además de las formas letárgicas clásicas, se han observado casos acompañados de delirio, de convulsiones epileptiformes, sacudidas mioclónicas, de trastornos psíquicos; otros evolucionan bajo el tipo an-

bulatorio, sin que guarde cama el sujeto, a veces bajo las apariencias de una simple parálisis ocular, como M. Morax acaba de publicar 5 casos: yo mismo he observado y seguido un caso de este género.

Por todos estos hechos, tan desemejantes del punto de vista sintomático, la denominación de *encefalitis letárgica*, no puede bastar; verdadera para los casos típicos que primeramente han sido conocidos y descriptos, ella no se adapta en manera alguna a las otras formas clínicas, y parece que ha llegado la hora de reformarla. No podemos hallar los elementos racionales de una terminología sino en los dos puntos fijos de la enfermedad, las *lesiones* y la *etiología* a falta de patogenia, y el término ya propuesto por Hall, de *encefalitis epidémica* me parece el mejor que se pueda elegir, a condición de completarlo agregándole por medio de una palabra las precisiones clínicas necesarias.

En el grupo genérico correspondiente al conjunto de los hechos observados, se podría así establecer subdivisiones, y distinguir *encefalitis epidémicas a forma letárgica, delirante, mental, mioclónica, ambulatoria*, para no citar sino los principales tipos clínicos que la reciente observación médica nos ha hecho conocer. Existe, tal vez, ahí, más que una cuestión de palabras, un interés de orden científico, un principio de método, si se admite, según la frase célebre, que “una ciencia es un lenguaje bien hecho”.

Lo que dice el profesor Carducci sobre los casos de encefalitis letárgica producidos en Roma

Las condiciones sanitarias de Roma son buenas, de modo que no es el caso de hablar de epidemias. La salud pública está mejor que cuando la influenza del año 1919 y mucho mejor que cuando la guerra.

De la “enfermedad del sueño” se puede hablar como de una curiosidad científica, por lo cual no se justifican exageradas preocupaciones en la población.

En la epidemia de influenza del año pasado eran muy frecuentes los casos de broncopneumonía, y también las formas intestinales de esa enfermedad, mientras que eran excepcionales las manifestaciones nerviosas. En este año, por el contrario, predominan esas últimas formas, mientras que son más raras las bronco-pulmonares.

Hay algunos casos que tienen mucha semejanza con la influenza. Los pocos que he observado se pueden dividir en dos categorías: una que comprende las formas febriles con fenómenos nerviosos (parálisis de algún nervio y pérdida temporal de alguna facultad psíquica) y otra que está constituida por una forma distinta de la enfermedad, de la cual una parte tiene por caracteres el sopor, que se le llama "enfermedad del sueño" y la otra, fenómenos de excitación de los músculos, tan intensos que los enfermos parecen atacados de sacudidas eléctricas. La primera de estas formas, la caracterizada por el sopor, se presenta con fiebre no muy elevada, tendencia al sueño, a la ptosis, paresia del quinto nervio cerebral. Esta forma puede producir la muerte por fenómenos bulbares o tener una marcha muy prolongada y terminar por la asfixia.

Más importante me parece la segunda forma, con fenómenos de excitación, que es la que predominó en los pocos casos observados en Roma. Esta, del punto de vista clínico, recuerda la corea eléctrica de Dubine. Esta segunda forma tiene un período prodrómico consistente en mal humor, malestar; dolores musculares; algunas veces dolor de garganta seguido de un período febril con fiebre no muy elevada que dura cinco o seis días, en los cuales los fenómenos prodrómicos se acentúan: hacia el 6.º o 7.º día de enfermedad, se producen sacudidas difusas en las articulaciones o en el tronco, análogas a las contracciones bruscas de los músculos, cuando son sometidos a las corrientes eléctricas. Tales sacudidas pueden permanecer localizadas en algunos grupos musculares o extenderse a todo el cuerpo. A estos fenómenos nerviosos se pueden agregar síntomas psíquicos, como delirio, estado de agitación, etc. En estos casos la curación puede producirse, pero viene muy lentamente.

Respecto a la analogía que pueda tener la encefalitis letárgica con la gripe, diremos que en un solo caso en que se hizo el estudio necroscópico se han encontrado congestiones del aparato respiratorio, análogas a las que se observan en la influenza, pero no se han podido observar alteraciones nerviosas de ninguna naturaleza.

Respecto a la causa, creo que tanto la forma soporosa como la coreica, dependen de la misma, pues que existen casos en que a la primera forma se ha superpuesto la segunda. Ahora bien, habiéndose encontrado en la necropsia de un caso

de forma coreica las alteraciones características de la influenza. es probable que las formas soporosa y coreica sean debidas al virus gripal, tanto más que en las epidemias de influenza descritas en los tratados, se habla de casos de gripe con síndrome de paramiosia (sacudidas) y otros con síndrome de somnolencia, los cuales pudieron llegar a constituir una verdadera epidemia, como la de 1712 en Turingia, recordada por muchos tratadistas.

Respecto al contagio podemos decir que en los pocos casos observados en Roma, por lo menos por lo que yo conozco, no se ha podido comprobar un verdadero foco de infección, pues que esos pocos casos se han observado siempre lejos uno de otro y nunca ha habido más de uno en la misma familia.

Esta enfermedad parece que fuera una manifestación de la gripe, con pocos casos bronco-pulmonares o intestinales y raros casos también de forma nerviosa. Las investigaciones bacteriológicas efectuadas hasta ahora han dado resultados negativos. Negativo también ha sido el examen del fondo del ojo y el de la orina. El líquido céfalo-raquídeo tiene su presión normal y alguna vez aumentada pero no presenta alteraciones. No se trata de meningitis. Es más probable que se trate de una intoxicación debida al virus de la influenza.

Respecto al tratamiento, podemos decir que no hay una cura específica. La cura sería, pues, sintomática.

He consentido hablar sobre este asunto sólo como de una curiosidad científica, y creo que no hay razón para alarmas injustificadas.

Sobre la composición química del líquido céfalo-raquídeo en la "encefalitis letárgica"

De un trabajo presentado últimamente por M. Pierre Marie, a la Academia de Medicina de París, tomamos el siguiente resumen :

“Todas las comunicaciones que acabamos de presentar nos parecen militar singularmente en favor de la tesis que sostenemos, a saber: que si se encuentra, en el líquido raquídeo de un enfermo que presentara síntomas de orden encéfalo-meníngeo, una fórmula de *reacción meníngea moderada*, esto no excluye ciertamente el diagnóstico de *encefalitis letárgica*, pero que, por otra parte, si el líquido raquídeo proporciona una fórmula de *gran reacción meníngea*, es necesario ponerse en

guardia y desconfiar del error de diagnóstico, cometido muy a menudo actualmente, y que consiste en tomar una meningitis verdadera por una encefalitis letárgica.

Decreto del Consejo Federal Suizo, por el que se incluye la "encefalitis letárgica" entre las enfermedades de "declaración obligatoria" (febrero 14 de 1920).

El Consejo Federal Suizo, de acuerdo con las disposiciones que rigen en la materia, y atenta la propuesta de su departamento de economía pública, ha dictado el siguiente decreto:

Artículo 1.º La obligación de la declaración establecida por el artículo 3.º de la ley federal sobre las epidemias del 2 de julio de 1886, se hace extensiva a la encefalitis letárgica.

Art. 2.º Esta declaración se hará según las prescripciones consignadas en los artículos 1.º a 5.º del decreto del Consejo Federal de 27 de octubre de 1914, concerniente a la extensión de la declaración obligatoria en casos de epidemias.

Art. 3.º El presente decreto entra en vigencia inmediatamente. (Bulletin du Service Federal de l'Hygiène Publique, Berna).

“LA REACCIÓN DE SCHICK” EN LA PROFILAXIS DE LA DIFTERIA

I

Sobre la difterino-reacción (Reacción de Schick), por el doctor Jules Renault

En el curso de una reciente epidemia de difteria, el doctor Renault y su jefe de laboratorio el doctor P. Paul Levy, han estudiado la receptividad de las personas a la enfermedad, aplicando a este estudio la intradermoreacción a la toxina diftérica, ideada en 1913 por Schick, en Viena.

El procedimiento consiste en la inoculación intradérmica de 0 cc. 1 a 0 cc. 2 de una dilución de toxina diftérica tal, que la cantidad inyectada corresponda al 1/50 de la dosis mínima mortal para el cobayo de 250 gramos.

Si alrededor del punto de inyección se produce un enrojecimiento, que aparece 18 a 24 horas después y dura algunos días, la reacción es positiva; si no, es negativa. La reacción positiva