

# Neuro axitis - epidémica

POR

MAURICIO DÁVILA

Me es grato presentar a la consideración de la Facultad, mi modesto trabajo intitulado: "*NEURO-AXITIS EPIDÉMICA Y ESPECIALMENTE PARKINSONISMO ENCEFALÍTICO*", como un exponente de mis desvelos. Representa sólo un sincero esfuerzo para contribuir con algo al mejor conocimiento de la Encefalitis Epidémica entre nosotros. Los complejos caracteres con que se manifiesta esta enfermedad y su rápida propagación por todo el mundo, ofrecen campo fecundo de estudio.

Radian sus trastornos en el aparato más complejo del organismo humano, como es el sistema nervioso, y de preferencia, en aquellos elementos grises cuyo conocimiento era más rudimentario. Efectivamente, las funciones de los núcleos derivados del diencéfalo, del mesencéfalo y del telencéfalo, nos ofrecen las más oscuras incógnitas. En todos los centros científicos se dedica a su investigación preferente solicitud y a diario aparecen por todos lados nuevas e interesantes aportaciones.

La enfermedad de PARKINSON, que parecía olvidada, es objeto de concienzudo análisis inquisitivo; no obstante, su verdadera etiología y la sede de los trastornos anatómicos correspondientes se nos ocultan todavía. Con todo, el progreso realizado desde la época en que PARKINSON señalara su existencia hasta hoy, es notable. Al rededor de las lesiones anatómicas de los centros estriados, donde parece se originan los trastornos de la enfermedad de PARKINSON, se manifiestan otros síndromes que guardan notable analogía con

ella; el síndrome parkinsoniano es uno de los que tiene mayores semejanzas. A su estudio nos dedicamos con preferente atención, no sin antes hacer una breve reseña de la Encefalitis Epidémica.

En resumen nuestro trabajo consta de las siguientes partes:

- 1°.—Neuro-axitis epidémica.
- 2°.—Estudio clínico del parkinsonismo encefalítico.
- 3°.—Embriología, anatomía y fisiopatología de los núcleos ópto-estriados y sub-ópticos.
- 4°.—Historias clínicas.
- 5°.—Conclusiones.

## PRIMERA PARTE

### Neuro - Axitis Epidémica.

La Encefalitis Epidémica es enfermedad bien conocida hoy. Sus variados aspectos, su polimorfismo, dan a sus modalidades clínicas un colorido tan diferente en cada caso, como si caprichosamente se esforzara la naturaleza en presentar nuevos y más variados matices de uno o dos únicos colores; como si quisiera mostrar el poder fecundísimo de sus finas y magníficas combinaciones. Así aparecen las variedades clínicas de esta enfermedad proteiforme. Cada aspecto de ella es sugerente y novedoso; aparece casi siempre con un cuadro desconocido y complejo, como si su virus productor, que aun nos es desconocido, jugará en nuestro organismo, atacando ya estas o aquellas porciones de nuestro sistema nervioso, y con variada y diversa intensidad, como intentando alejarnos de la verdad etiológica y mostrando siempre nuevos e intrincados problemas para resolver, así, como nuevos e inesperados horizontes con los cuales enriquecer la inagotable ambición humana de saber.

Al examinar los casos de esta enfermedad con el objeto de hacer un estudio nosográfico de la misma, encontraba siempre en cada enfermo, nuevos alicientes de estudio. Se puede afirmar hoy en día, con bastante certidumbre, que es producida por un virus sumante diminuto, virus filtrable, que tiene afinidad especial por el sistema nervioso, en el que se

extiende de manera particular, produciendo alteraciones mínimas unas veces, e intensas otras; de lo que puede deducirse la exuberancia de sus modalidades clínicas.

Y no es esto todo: produce en muchas ocasiones modalidades de desarrollo lento y prolongado, que aparecen como un contraste a la constante variabilidad de los síntomas encefalíticos, tales son los cuadros de los síndromes BRADICINÉTICOS Y PARKINSONIANOS, tipos de evolución lenta, con sintomatología casi invariable, en los que domina la rigidez, la pereza en los movimientos, y que se agotan como la frágil llama de una bujía que se consume.

Estas fueron las formas que más llamaron mi atención. Individuos con actitud de estatua, que vegetan en los hospitales por tiempo muy dilatado y cuyo aspecto es siempre el mismo, invariable, semejan imágenes de granito cuya única virtud estaría en cambiar de lugar. Tales, en síntesis brevísima, el cuadro de estos desgraciados enfermos que así como se pasan la vida lentamente, se acercan también gradualmente, pero de manera segura, hacia la muerte.

Para encausar ordenadamente mi descripción, comenzaré por dar una idea de la Encefalitis Epidémica, de su etiología, de sus modalidades clínicas y de su terapéutica. En último término abordaré el estudio del síndrome parkinsoniano, tema de gran actualidad y objeto de numerosísimos estudios, que cada día aumentan en número y aparecen en todos los centros de cultura médica.

Al tratar del parkinsonismo me ocuparé de la anatomía y fisiología de los núcleos opto-estriados, con el objeto de que este recuerdo haga más fácil el conocimiento de la enfermedad misma. Daré igualmente una idea bastante restringida de la embriología de los mismos núcleos a fin de aclarar algunos conceptos; y, por último, de su anatomía patológica, su terapéutica y su pronóstico, comentándola con los casos clínicos que presento.

---

La Encefalitis Epidémica ha sido denominada así por CHAUFFARD, por las diversas variaciones sintomáticas que aparecen en el curso de su desarrollo. Las primeras manifestaciones con que apareció esta enfermedad en Europa, pasaron seguramente desconocidas, como lo confirma el hecho de los numerosos trabajos que desde época muy lejana existen,

en los que se describen cuadros sintomáticos semejantes a los de la enfermedad actual. Citaremos los de WERNICKE, que bajo el nombre de polioencefalitis aguda, describe trastornos bulbares y tendencia al sueño; fenómenos que eran atribuidos al alcoholismo. DUBINI nos habla de una enfermedad que denominaba "corea eléctrica", con sacudidas y convulsiones provocadas como por una corriente eléctrica. De la misma manera, otros autores, antes y después de los mencionados han descrito síndromes semejantes que pueden relacionarse con la Encefalitis Epidémica.

Estos relatos se encuentran en todas las naciones de Europa donde se dió a notar un hecho interesante, que las epidemias de gripe coincidían muchas veces con la de estos síndromes o los precedían.

La enfermedad no era pues desconocida, lo único que faltaba era, que se le diese unidad, que desaparecieran los diversos nombres con que la apellidaban según sus manifestaciones, para reemplazarlos con una denominación que resultara verdaderamente satisfactoria. En Agosto de 1917, C. VON ECÓNOMO, en Viena, y al año siguiente NETTER, en París, le dieron el nombre de Encefalitis Letárgica. VON ECÓNOMO presentó a la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Viena la observación de once casos. Describió y precisó los síntomas de la enfermedad, indicando una triada sintomática: letargia, fiebre y trastornos de los pares craneales, principalmente de los que inervan el ojo.

Posteriormente a este autor, los trabajos se han multiplicado en todos los medios científicos, y los casos aparecen por todos lados. Se señala en España, Holanda, Alemania, Inglaterra, etc. En la América del Norte se la señala en Estados Unidos, en la del Sur, en el Uruguay por MORQUIO Y RICARDONI, extendiéndose rápidamente su conocimiento en toda la América Latina. Entre nosotros fué señalada primeramente por el doctor CARLOS MONGE, (1) después por los doctores ERNESTO ODRIÓZOLA, (2) JULIAN ARCE, (3) y MAX GONZALES OLACHEA (4), en los años 1919 y 20.

(1) CARLOS MONGE: "Encefalitis Letárgica". *Revista de la Sociedad Médica U. F. y Centro de Estudiantes de Medicina*. 1. 1920. pp. 17-20.

(2) E. ODRIÓZOLA: "Sobre un caso de Encefalitis Letárgica". *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*. 1920. 13.

(3) JULIAN ARCE: Consideraciones sobre un caso de "Encefalitis Letárgica". *La Crónica Médica, Lima*, 1920. 679.

(4) MAX. GONZALES OLACHEA: "Encefalitis Letárgica. Encefalitis Epidémica". *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*. 1920. 14.

Pocos son los trabajos de conjunto que sobre esta enfermedad se han realizado entre nosotros, el primero lo debemos al doctor LUIS ESPEJO, que para su doctorado presentó recientemente un magnífico estudio intitulado "Encefalitis Epidémica especialmente en el Perú".

La primera denominación con que VON ECÓNOMO bautizara esta enfermedad, ha sido reemplazada por la que la dierra CHATTFARD, como queda dicho, pero últimamente SICARD la ha denominado "Neuro-axitis Epidémica", por su preferente elección por todo el sistema nervioso cerebroespinal. Es una denominación bastante feliz que aun no ha sido adoptada por todos los autores.

En mi concepto, no se debe desdeñar entre nosotros el estudio de la Neuro-axitis: ella tiene en nuestro medio carta de ciudadanía; está arraigada y difundida. A diario vemos en las salas de nuestros hospitales enfermos de esta naturaleza, y en el ambiente civil aparecen también con relativa frecuencia. Esto nos habla elocuentemente de la necesidad de conocerla y tener presente su difusión y sus variadas manifestaciones, siguiendo los casos en todo su curso, incluso con fines terapéuticos, dado el valor curativo del sueño de los convalecientes. Refiriéndose a las variaciones dice el doctor ESPEJO: "es imposible prever las modalidades y aspecto sintomáticos que adoptará en el porvenir". Unas veces sus manifestaciones son letárgico-oculares, otras motrices, coroides, parkinsonianas, o paralíticas, con hemiplejías, monoplejías o formas mentales que llegan hasta la psicosis. Toda esta multitud de formas establece una cierta confusión y desconcierto en los cuadros clínicos pudiendo confundirse estas manifestaciones con muchas de las enfermedades conocidas.

El virus encefálico ataca sin distinción de sexos ni edades a todas las personas, con más particularidad entre los 15 y los 70 años, y entre estos, a los de 20 a 40 años. La estación invernal parece que favoreciera su propagación, y evidentemente, hoy está demostrado que de modo independiente de la estación, se contagia, siendo la puerta de entrada habitual la mucosa faríngea.

A semejanza del virus poliomiélfico y del germen de la sífilis, tiene marcada tendencia a localizarse en los tejidos derivados del ectodermo; pero de preferencia a la piel en la que puede determinar el herpes zoster (1), tiene una afinidad no-

(1) LEVADITI "Le probleme etiologique de l'encephalite epidémique dans ses rapports avec l'herpes". Paris Médical. 1925. 5. p. 97 y 26 p. 573.

table por el sistema nervioso y en él, prefiere ciertas zonas a otras. La región del encéfalo que ejerce mayor atracción sobre el virus es el mesencéfalo, y aunque no es raro, se localiza a veces en la médula u otras regiones del encéfalo.

El virus encefáltico, como sucede con los gérmenes de otras enfermedades, tiene una virulencia variable, según las circunstancias del medio o de las condiciones de los hombres. La última gran guerra europea nos ha enseñado que el germen experimenta exaltaciones de virulencia, cuando intervienen factores especiales: como las grandes acumulaciones humanas, la de presión psíquica y orgánica de los individuos; tal sucede en los combatientes y en las grandes masas del ejército. Por consiguientes toda causa que deprima el sistema nervioso o debilite las fuerzas orgánicas, produce una fragilidad especial en los individuos, que favorece la propagación del germen. Los períodos de recrudescencia pueden ser seguidos de períodos de calma, quizás por que el pasaje sucesivo en los enfermos atenúa la virulencia del germen.

En el primer caso se producen verdaderas epidemias que decrecen poco a poco; quedando multitud de enfermos aparentemente sanos, portadores del contagio, y al mismo tiempo otros, que sin haber estado enfermos, llevan el virus en sus mucosas. Así se explica la persistencia de la enfermedad y su recrudescimiento en momentos apropiados.

El agente patógeno de la encefalitis, tantas veces mencionado, puede decirse, hoy gracias a los trabajos de LEVADITI, HARVIER y NICOLAU, que se trata de un virus filtrante, invisible, un ultra virus, que no es posible cultivarlo en los medios ordinarios, ni es posible verlo al ultra microscopio. Sin embargo, los autores mencionados han logrado mantenerlo vivo en tejido cerebral y aun transmitirlo experimentalmente a conejos, en los cuales, por pasajes sucesivos se reproduce la enfermedad del hombre.

A la luz de estas investigaciones se concluye claramente, que el virus se encuentra en los centros nerviosos, y no solamente en el cerebro y médula, sino también, en la retina y en el nervio óptico; así mismo, se encuentra en las secreciones naso faríngeas y en la saliva donde persiste durante largo tiempo; es fácilmente trasmisible por la rino-faringe, de donde pasa a los centros nerviosos; aparece, a veces, en los sujetos sanos, en la saliva o en las secreciones nasales, y fuera, por la saliva misma, con la palabra, contagia fácilmente.

te a los que rodean a los portadores sanos o enfermos. Este contagio es más fácil si, como hemos dicho antes, se agregan circunstancias especiales, como debilidad orgánica, depresión nerviosa, etc.

Perplejo se encuentra el clínico cuando tiene que establecer una clasificación que encuadra de manera más o menos completa las múltiples formas clínicas de la enfermedad: numerosas son las que existen, todas ellas sustentadas por caracteres más o menos saltantes, desgraciadamente la mayoría no llega a conseguir su objetivo de manera completa. Las clasificaciones anatómicas son demasiado restringidas para ser buenas, por la misma circunstancia de tratarse de una enfermedad que con frecuencia determina trastornos fugaces y transitorios. Las clasificaciones fisiológicas puras tampoco pueden abarcar las ramificaciones del gran Proteo. Adoptaremos, aunque no de manera definitiva, la clasificación de René BARNARD, clasificación fisiopatológica que comprende la mayoría de los tipos clínicos de la encefalitis.

Esta clasificación es también insuficiente; ha sido acogida entre nosotros por el doctor GONZALEZ OLACHEA (1) y el doctor ESPEJO (2), abarca casi todas las funciones del sistema nervioso desde las más elevadas, como son las funciones psíquicas, hasta las elementales, sensibilidad, y motilidad en las que intervienen igualmente los más variados sectores anatómicos de la actividad nerviosa (protuberancia, bulbo, médula, etc.)

"Cualesquiera de estos grandes grupos que se encuentre alterado imprimirá a la enfermedad un tipo clínico dominante, al rededor del cual flotarán las complejas manifestaciones clínicas que completan el cuadro nosológico. Taremos entonces, según esta clasificación: encefalitis sensitivas, motrices, y mentales o psíquicas y mixtas".

"Las encefalitis sensitivas puede manifestarse por excitación o por inhibición de la función sensitiva; entre las primeras se observan las formas neurálgicas y las neuríticas; en la segunda las anestésicas."

"En las encefalitis motrices hay: unas con exaltación de la motilidad y otras con inhibición de esta función".

(1) GONZALEZ OLACHEA: "Encefalitis Epidémias". *La Crónica Médica*, Lima, 1921.

(2) ESPEJO. "Encefalitis Epidémica especialmente en el Perú". 1927 p. 66.

“En la primera, están comprendidas muchas variedades, tales son; mioclónica, con tremor, que toma algunas veces el tipo Parkinsoniano; miotónica, coreiforme, atetósica, atáxica, epiléptica, y cataléptica. En la segunda se observan la parálisis con muchas variedades: monopléjica, hemipléjica parapléjica y cuadrupléjica; la parálisis, puede afectar también partes más circunscritas como la vejiga, el recto, etc.”

“Las encefalitis mentales o psíquicas, muestran diversidad de trastornos como resultado de la exaltación o depresión de la función psíquica; las primeras pueden constituir verdaderas psicosis; en las segundas encuadra la importante variedad denominada encefalitis letárgica.”

“Segun el modo como evolucionan las encefalitis, pueden ser: agudas, subagudas, ambulatorias, abortivas, a recaídas o más bien prolongadas”.

No se crea que las entidades clínicas aparecerán siempre encasilladas en las formas descritas; por el contrario, multitud de veces aparecerán combinadas entre ellas, constituyendo las formas mixtas, que son las más frecuentes, como veremos en los casos observados.

Los límites tan dilatados del estudio de esta afección, hacen imposible abarcar el asunto en una descripción tan pequeña y suscita como es la que presento. Por eso nos limitamos solo, a exponer únicamente sus principales síntomas y algunas de sus combinaciones. Acompañamos igualmente, unas cuantas historias clínicas de Encefalitis Epidémica, que hemos podido recoger en el tiempo que concurrimos a los hospitales y que nos parece que tienen algún interés.

---

Comenzaremos por describir los síntomas derivados de las alteraciones nerviosas. En este camino encontramos los trastornos sensitivos. Al rededor del dolor y la anestesia giran todas las variantes de la sensibilidad.

*EL DOLOR* se manifiesta lo más diversamente: unas veces como cefalalgia, que es una de las maneras más comunes de iniciarse la encefalitis, otras como neuralgias o dolores neuríticos, de asiento variadísimo. Hemos visto quejarse de dolores en la parte externa de la pierna, del maleolo externo y de la planta del pie. Casos hay, como cita el doctor GONZALEZ OLACHEA, con dolores lumbares y abdominales, que simulan un cólico nefrítico: o intercostales, simulando un có-



lico hepático; del nervio ciático, etc. Así pueden repetirse los ejemplos con otras localizaciones como la región cervical, la región facial, las hemicraneas. Dolores viscerales. Parestesias.

Los trastornos dolorosos no lo son solamente en localización. Varían también en intensidad unas veces son ligeros, otras agudos, que arrancan gritos a los enfermos, simulando dolores tabéticos. Son continuos o intermitentes, y la mayoría de las veces no se modifican con sedantes ordinarios como la aspirina, antipirina, etc. y ni aún muchas veces, con la morfina. H. COLLIN y L'HERMITTE citan casos de forma mioclónica acompañados de prurito, generalizado o localizado, bastante intenso. La forma *anestésica* es menos frecuente. La anestesia aparece localizada o generalizada en las zonas más diversas de la superficie cutánea.

También mencionaremos, con los síntomas sensitivos, los trastornos sensoriales que hemos tenido ocasión de observar en diversos enfermos.

En unos se nota ambliopía, que siempre es fugaz, dura horas, rara vez días. La diplopía es relativamente frecuente y la hemos observado generalmente acompañando a otras alteraciones de los pares craneales. Se presentan también trastornos auditivos y laberínticos.

Los *TRASTORNOS MOTORES* tienen bajo su dependencia un gran número de síntomas y constituyen, por decirlo así, los fenómenos más impresionantes de toda la sintomatología de la encefalitis. Aparecen los primeros al desencadenarse la enfermedad en gran número de casos.

En primer lugar tenemos las mioclonías, síntomas muy común en este proceso. Son sacudidas musculares bruscas, involuntarias, rítmicas a veces, de tipo eléctrico. Se localizan en uno o muchos grupos musculares; cuando su intensidad es exagerada, producen desplazamientos de los miembros en que se muestran. No siempre son rítmicas, pueden perder su regularidad y ser más o menos desordenadas. SICARD, uno de los autores que más se ha ocupado de este síntoma, dice que aparece, algunas veces en cierto momento de la enfermedad, como manifestación única. Se combina con diferentes trastornos de la misma motilidad, en otros casos o momentos, como se ve en la hemimioclonía alterna con hemiparesia, descrita por H. ROGER.

Los movimientos pueden limitarse a las manos, a los músculos del abdomen afectándose a su vez el diafragma, lo que determina, como hemos observado, un hipo tenaz y fastidioso; en las formas graves es donde se observa el hipo con mayor intensidad. Este hipo puede ser de duración variable alcanza algunas veces hasta una semana.

Cuando las mioclonías se producen en la musculatura extrínseca del ojo, determinan nistagmus o parpadeo continuo, son fenómenos de corta duración, también adopta este síntoma la forma de convulsiones, de aspecto epileptiforme, acompañándose muchas veces de incontinencia de orina. (caso N. 7).

Tampoco son raros los síntomas coreicos, coreo atetósicos o simplemente atetósicos; las manos en estos casos ejecutan movimientos irregulares y lentos, los miembros se enrollan con la misma lentitud. Son movimientos atípicos que no obedecen a ninguna acción ni a estímulo exterior, se parecen a los movimientos que realizan los tentáculos de los pulpos. Se ve a los enfermos realizar movimientos de lo más raros: abrir lentamente las manos, separar los dedos unos de otros y enrollar en esta forma el miembro como siguiendo un eje imaginario.

Entre los trastornos *MOTRICES* citamos los trastornos de la coordinación motriz: la asinergia, la adiadococinesia, la dismetría, la ataxia y los trastornos de la marcha derivados de estas deficiencias. Todos estos fenómenos obedecen a lesiones de los diversos centros nerviosos que intervienen en la motilidad, asociándose comunmente los síntomas que tienen su asiento anatómico cercano.

Los trastornos por hipertonía son muy importantes; determinan contracturas generales o parciales que dificultan los movimientos haciéndolos lentos. Los tipos parkinsonianos se encuentran entre éstos, acusando inmovilidad de la faz, hieja de la mirada, trastornos de la deglución, disartria y otros fenómenos que describiré posteriormente con más detalle.

Además de los síntomas que producen el aumento del tono muscular, tenemos los trastornos de inhibición tales como la *parálisis*. Entre las más interesantes de éstas tenemos los trastornos de los pares craneales. El más habitual es la ptosis de uno o de los dos párpados. La ptosis se acompaña a menudo, de estrabismo, y diplopía aunque estas parálisis son disociadas e incompletas. (caso N. 4).

Al mismo tiempo que sufre la musculatura externa del ojo, fenómenos de idéntica naturaleza se establecen en la

musculatura interna; parálisis de la acomodación con midriasis o con miosis; ya sea de uno o de los dos ojos a la vez. A. WESTPHAL señala el *spasmus móbilis* de las pupilas, o sea la rigidez de éstas por un tiempo más o menos largo, variando sin desaparecer (1).

La parálisis de los otros pares craneales, que no quedan comprendidos en la inervación de los músculos motores del ojo, también aparecen a nuestra observación con no poca frecuencia. Es común la parálisis facial, lateral siempre, con la desviación consiguiente de la comisura labial al lado sano.

Parálisis del glosó faríngeo con dificultad de la deglución del hipoglosó con desviación de la lengua; del espinal que se acompaña de dificultad en los movimientos de la cabeza.

Cuando la acción del virus encefalítico se efectúa sobre la corteza cerebral aparecen los trastornos mentales, que fueron los que llamaron más la atención de los primeros observadores. Las formas de depresión nerviosa son las más comunes, y tanto es así, que el síntoma letargia era tan habitual que se dió este apelativo a la enfermedad. La pseudo neurastenia es relativamente frecuente. Así como cuadros clínicos clásicos de histeria en sujetos que antes de la encefalitis jamás mostraron el menor síntoma de esta neurosis (K. KLEIST). Pero si bien son frecuentes los casos de depresión nerviosa, los de excitación cerebral son bastante raros, al menos entre nosotros. Sabemos que los trastornos de exaltación mental pueden determinar verdaderas psicosis y pseudopsicopatías actuando sobre uno o varios de los sectores de la actividad psíquica y produciéndose, como es lógico, variadas formas de neurosis, psicosis y perversiones sexuales. Personalmente he observado en dos enfermos ligeros trastornos mentales; en uno desviaciones de la atención, de la percepción— con alucinaciones, de la asociación de ideas— con incoherencia—; en el otro, trastornos de la atención y de la asociación poco aparente. En ambos casos fueron trastornos pasajeros. En lo referente al sueño, puede ser tranquilo y continuado, es lo más corriente. El enfermo puede ser sacado de este sueño, por profundo que sea, a causa de estímulos violentos; abre los ojos, contesta, pero vuelve a dormirse inmediatamente después, siendo éste uno de los caracteres que lo diferencia del sueño epiléptico (caso N. 2 y 3).

Otras veces el sueño es agitado, alternando con períodos de delirio, sucede a menudo que al sueño siga un período de

(1). A. WESTPHAL: "Zur Frage des von mir beschriebenen Pupillenphänomens bei Encephalitis Epidémica (wechselnde Pupillenstarre, Spasmus mobilis der Pupillen)". *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 1925, LI. pp. 51.

insomnio prolongado y tenaz. Como se comprende, el sueño no siempre es igual, presenta grados sucesivos o alternos; simple somnolencia, torpor o sueño profundo.

Hasta este momento hemos enumerado solamente los síntomas nerviosos más comunes, tenemos que agregar ahora otra serie de síntomas, que no son menos interesantes, y que acompañan a los anteriores. Tales son los fenómenos toxi infecciosos.

Los fenómenos infecciosos o tóxicos se manifiestan desde los primeros momentos de la enfermedad, faltan rara vez, y su duración es caprichosa. La fiebre sin dejar de ser un síntoma inestable la encontramos con una gran regularidad entre los fenómenos prodrómicos. Así, los enfermos que inician su enfermedad con fiebre relatan al mismo tiempo escalofríos ligero, malestar general, cefalalgia y trastornos gastro-intestinales. La fiebre es de intensidad variable, alcanza algunas veces a 38 °, 39 ° y aún más. Su tipo es oscilatorio, intermitente; cuando se mantiene sin presentar remisiones, es de mal pronóstico.

A la temperatura acompaña el pulso, el cual sigue sus variaciones.

Los trastornos cutáneos aparecen en estos casos: eritemas, herpes labial, zona, trastornos sudorales más o menos intensos. La sudación así como la palidez, el malestar general, las crisis diarreicas, etc. no son sino manifestaciones del sistema nervioso vegetativo.

Es interesante indicar los trastornos respiratorios y circulatorios. Las respiraciones están aumentadas o disminuidas, varían con el sueño y la vigilia; cuando hay trastornos diafragmáticos, se acentúan las alteraciones respiratorias (caso 5°), aparece el ritmo, CHEYNE-STOKES, el hipo, y también, irregularidades en la inspiración y en la expiración,

Los trastornos circulatorios se refieren a la taquicardia que aparece aunque no exista fiebre; a la bradicardia y también a la tensión arterial que muchas veces está un poco disminuída.

Anotamos, al mismo tiempo, las alteraciones de las vías respiratorias altas: rinitis, catarro, faringitis y aun trastornos bronquiales vagos. Sobre estos síntomas es necesario llamar la atención, porque, si como se cree hoy, el contagio de la encefalitis se hace por las vías respiratorias estos estados inflamatorios lo favorecerían.

Se presentan algunos trastornos renales caracterizados por poliuria, oliguria, albuminaria, que no son más que exponentes de los fenómenos tóxicos producidos.

Al lado de los síntomas enumerados, y formando parte de ellos, se encuentran las modificaciones humorales. En la orina y en la sangre no se encuentran trastornos muy acentuados; estas alteraciones son seguramente, simples fenómenos reaccionales de defensa, que no tienen una constancia característica, como puede notarse en otras afecciones.

En el líquido céfalo-raquídeo tampoco se encuentra nada característico; sin embargo, tienen un cierto valor la linfocitosis y la hiperglucorraquia, o al menos, la normalidad en la cantidad de glucosa. La albúmina experimenta variaciones bastante notables; casi siempre está ligeramente aumentada, otras veces se encuentra en cantidad notable, muy pocas veces se encuentra disminuída. Los otros elementos del líquido céfalo-raquídeo no experimentan grandes variaciones y si éstas se producen, no tiene nada de característico.

Aparte de los síntomas enumerados, se encuentra otro gran número de menor importancia, y por eso limitamos aquí nuestra descripción, de lo contrario seríamos demasiado profusos.

Nos falta, para completar nuestra descripción, hacer una revisión sintética de las principales formas con que se presenta la Encefalitis Epidémica a fin de no dejar incompleta esta brevísima descripción.

Entre las formas más comunes tenemos las óculo letárgicas, que corresponden a los tipos mentales depresivos de la clasificación de René BERNARD; fueron descritas de las primeras. El comienzo es brusco ó evoluciona entre dos y dieciocho días. Sus caracteres principales son: trastornos oculares y somnolencia.

Los trastornos oculares son parálisis de los nervios que inervan los músculos extrínsecos del ojo dando lugar a diplopía, estrabismo, nistagmus de uno o ambos ojos sea horizontal o vertical, alteraciones de la musculatura intrínseca con trastornos de la acomodación, desigualdad pupilar, etc.

Todos estos fenómenos son de intensidad y duración variables.

A los trastorno oculares se agrega el síntoma cardinal de estas formas, que es la somnolencia. Tendencia irresistible al sueño que obliga a los enfermos a dormirse en cualquier momento, tanto de día como de noche. No hay ocupación, ni distracción, por interesante que sea, que llegue a impedir-

les el que poco a poco cierran los ojos y se entreguen al sueño. Pueden ser despedidos por llamadas repetidas, o por sacudidas bruscas o violentas; aunque profundamente dormidos, abandonan su sueño para responder a las preguntas que se les hace, pero vuelven a quedar nuevamente dormidos.

Se nota también en estos casos trastornos de la voluntad, catatonía, y en veces parálisis más o menos acentuada de algunos de los miembros.

La fiebre es compañera inseparable de estas formas, cuando menos en los primeros momentos; se presenta muchas veces obnubilación psíquica y estupor, aspecto estuporoso que puede hacer pensar más de una vez, en estados tifoidea. Si el ataque es agudo, la latencia es agudísima, progresa continuamente y el enfermo pasa insensiblemente al coma y a la muerte. En uno de los casos que relatamos, puede apreciarse bien estos síntomas. (caso N. 2).

Las formas *MIOCLONICAS* aparecidas en París en 1920 y descritas por SICARD y KUDEL'SKY, ocupan un lugar importantísimo en la enfermedad; son bastante comunes y de lo más interesantes: han sido muy bien estudiadas por NETTER. Estas formas se manifiestan bruscamente, iniciándose la enfermedad con trastornos mioclónicos o en cambio, aparece en la evolución de la forma descrita anteriormente o también, reemplaza a una sintomatología precedente.

Sus manifestaciones principales son las contracciones o sacudidas musculares rítmicas, involuntarias, como las describiéramos en párrafos anteriores (1). El lugar de predilección son los miembros, o músculos del abdomen, aunque su asiento es variadísimo. Se acompaña casi siempre de dolores agudos o atenuados, que en general preceden a las contracciones musculares; así mismo, se acompañan de insomnio tenaz.

Las contracciones como se ha dicho, son variadísimas y pueden tomar el tipo de las contracciones epilépticas. El pronóstico de estas formas es malo en términos generales, siendo elevados el porcentaje de su mortalidad.

Entre las formas motrices aparece, aparte de la forma mioclónica, la coreica: se revela por una gesticulación vo-

(1). G. B. HASSIN y HT STONES: "A case of epidemic (lethargic) Encephalitis with a tremor typical of multiple sclerosis". *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 54. 1921. pp. 513.

luntaria, los movimientos bruscos, rítmicos o desordenados, semejando a la corea de SYDENHAM o a la corea de DUBINI. Las sacudidas de esta forma no aparecen, sino raramente al comienzo de la enfermedad, los fenómenos prodromáticos son: anorexia, mareos de cabeza, abatimiento, etc. fenómenos que duran más o menos largo tiempo y aun puede desaparecer antes que se inicien los temblores. No es raro observar hipersomnia, parálisis oculares, fiebre, algias etc. que acompañan a los síntomas ya descritos.

La forma coreica puede no ser para y aparecer la forma coreo atetósica con movimientos lentos, regulares acompañados de temblores, que se pasan en las extremidades, preferentemente se notan en los dedos de las manos o de los pies; al mismo tiempo se flexionan y extienden con lentitud. Puede haber carpología y trastornos cerebelosos, que se revelan por dismetría, asinergia, adiadococinesia, astereognosia etc.

Entre otras de las formas motrices, tenemos las que se acompañan de hipertonía muscular, o sea, los tipos parkinsonianos, cuya descripción detallada reservamos para después.

Las *FORMAS PARALITICAS* son sumamente interesantes; los cuadros clínicos que determinan son de los más sugestivos; así tenemos, el tipo de hemiplejía alterna (MILLARD—GUBLER), con hemiplejía de un lado del cuerpo y parálisis facial del lado opuesto. PAISSEAU cita un caso de parálisis del tipo WEBER; hemiplejía de un lado y parálisis del tercer par del lado opuesto; ambos tipos son de corta duración.

Son de corta duración también las hemiplejías simples que no presentan trastornos craneales; hemos visto un enfermo con esta alteración en la sala de Santa Ana, del Hospital Dos de Mayo, que no nos fué posible historiar. Presentó como fenómenos iniciales, malestar general y fiebre ligera. A los tres días nota con cierta brusquedad que su mano no puede coger el cigarrillo, que no puede mantenerse bien de pie porque el miembro inferior izquierdo está flexionado y rígido, en resumen que tiene una hemiplejía. Es trasladado al hospital y rápidamente va recuperando la motilidad de sus miembros abandonando el servicio a los ocho días, sin tener la más ligera claudicación de sus miembros del lado izquierdo.

Se ha descrito también las formas *Polineuríticas* o *Radiculares*, reveladoras de la localización del virus en las partes

bajas de la médula; se acompaña de dolores, verdaderas radiculitis, con fiebre, insomnio o somnolencia.

Citamos también un caso con fenómenos catatónicos saltantes y evolución hacia la letargia; al mismo tiempo fiebre, depresión marcadísima, cefalalgias y otros síntomas que terminaron con el enfermo. (caso 2).

Mencionaremos las *Formas Sensitivas*, para terminar. Las características de éstas son los dolores, que afectan como hemos descrito al hablar de los síntomas, las formas más diversas: ya semeja un cólico nefrítico o hepático, algias en el trayecto de determinados nervios: ciático, facial, lumbo—abdominales, etc. Estos fenómenos dolorosos no están solos, se acompañan siempre de fiebre, malestar general, astenia, y otros síntomas de menor importancia. Son muy ilustrativos, en este sentido, los casos descritos por el DR. GONZALEZ OLACHEA en la Crónica Médica de 1921.

Las *Formas Mixtas* son, quizás, las más frecuentes. En ellas aparecen combinados, de manera más o menos diversas, los diferentes tipos encefalíticos que hemos repasado.

Las *Formas Ambulatorias*, de que hemos hablado también al ocuparnos de la clasificación, evolucionan sordamente, y el enfermo no se dá cuenta de su estado: malestar, fiebre ligera, ambliopía momentánea, dolores vagos, etc.; todos síntomas atenuados, de duración pequeña y que desaparecen prontamente.

Hay *Formas a Recaida* en las que el enfermo después de un tiempo de haber sufrido un ataque encefalítico y haber estado sano, vuelve a presentar la enfermedad. Estas recaídas se presentan después de períodos de tiempo enteramente variables, y su persistencia es notable; reaparece después de meses o de años. Este es un hecho tan propio de la encefalitis, que no se presenta en otra enfermedad; el virus, en estos casos después de producir un ataque, queda en el organismo, en el sistema nervioso, que es su sitio de predilección, y queda vivo, latente, por tiempo variable, volviendo, en condiciones favorables, a manifestarse nuevamente. Pero como dice BARBIER, no es esto todo, "algo más interesante y más grave aún, el conservar por su sola presencia, o por su acción atenuada, las lesiones crónicas, análogas por su marcha a las lesiones sordamente progresivas de la sífilis nerviosa, tanto más sensibles, cuanto que asienta en los sitios más sensibles del neuro-eje."



No se puede, por consiguiente, como dice NETTER y subraya el Dr. ESPEJO, no se puede hoy considerar las formas tardías de la encefalitis epidémica como simples secuelas, es decir, simples trastornos anátomo-patológicos dejados por el paso del virus encefalítico. No es una huella simple de su paso lo que revelan estas formas; ellas son el índice, la manifestación clara de la presencia y de la permanencia del virus. El virus no ha desaparecido, está allí vivo y latente, dando muestras de actividad sólo en determinados momentos o lesionando lentamente los órganos.

No se crea, por lo tanto, que mientras el sujeto se presenta con buena salud aparente, sin manifestación mórbida, el virus ha dejado de actuar. Mientras está en estado latente, no lesiona los elementos en que se encuentra. El virus continúa su acción destructora lenta pero progresiva y son las formas atenuadas las que de preferencia siguen esta marcha destructora e insidiosa. En los casos de parkinsonismo así como en otras formas, se puede ver que los síntomas se van instalando muy lentamente y en períodos sumamente largos, uno, dos, tres, o más años. Estas ya no son a recaídas, son verdaderas formas crónicas.

La evolución de la enfermedad es incierta. Los casos agudos y sobre agudos terminan con la muerte, por lo general, en períodos de tiempo variable, a menudo cortos. En estos casos, los síntomas, desde el comienzo, se perciben con claridad y se intensifican rápidamente; el estado general empeora visiblemente y la terminación sobreviene a plazo mas o menos corto: tales son los casos rápidamente mortales que evolucionan en diez o veinte días; los elementos nerviosos atacados hieren grandemente las funciones vegetativas mas nobles: respiración, circulación, nutrición, etc; y trastornos bulbares, encefalíticos u otros, que terminan con la vida del paciente.

Pero al lado de estas formas de evolución bastante rápida por lo general, hay otra serie, cuya evolución no puede preverse fácilmente; con anterioridad, ya hemos visto como se producen aquellas formas prolongadas, las ambulatorias, en las que nada hace pensar en una duración definitiva, aunque el sujeto haya pasado su período de estado y se encuentre con salud aparente. Ni en los casos agudos, anteriormente

mencionados, puede afirmarse una terminación fatal invariable; siempre la enfermedad nos dará sus sorpresas y ante ellas debemos estar prevenidos.

---

El pronóstico está íntimamente ligado a las consideraciones expresadas. En ninguna enfermedad como en ésta, es más difícil establecerlo; en general diría, que el pronóstico de encefalitis es malo siempre. Esta conclusión se desprende lógicamente del conocimiento de la enfermedad misma. No se conoce de ella el germen productor; se ignora de manera efectiva como evoluciona o como se conserva latente, no tenemos terapia verdaderamente específica contra ella; desde luego, estamos todavía incapacitados para defendernos ventajosamente y la enfermedad, en realidad, evoluciona sin encontrar más dique que las propias defensas que el organismo pone espontáneamente en juego.

Las formas sobreagudas, ya lo hemos dicho, son de pronóstico fatal a corto plazo; desde luego hay que hacer excepciones: algunas curan, que son fatalmente las menos, o bien siguen una marcha lenta convirtiéndose en forma crónica, la que tampoco es de pronóstico favorable.

En las formas letárgicas se obtiene muchas veces la salud completa; en cambio, no hay que confiarse de las formas benignas; sería una ligereza aplicar a ésta un pronóstico favorable, por que pueden convertirse en malignas o evolucionar en forma crónica. También se debe estar prevenido contra las formas que se acompañan de síntomas convulsivos y meningitis, que son miradas como de mal pronóstico.

En general, resumiendo las ideas emitidas, creemos que la mayor parte de encefalíticos siguen una marcha progresiva, que los lleva a la cronicidad aún en las formas larvadas y a recaídas en las que la enfermedad aparece benigna sin serlo; o hacia la muerte.

La cronicidad indica evolución larga y penosa, cuya terminación, casi siempre es fatal. No se puede prever a plazo determinado,

Estos enfermos debilitados y caquéuticos mueren las más de las veces de afecciones intercurrentes.

Según E. SIEMERLING, los casos que ofrecen un peor pronóstico son aquellos que exhiben marcada excitación motriz, formas hiperquinético iritativas, así como los que mues-

tran compromiso de los principales centros vitales, de la circulación y de la respiración. En tales casos la mortalidad se eleva al 25 %. Muchos casos marchan a la amiotosis crónica a menudo por la repetición de episodios o brotes encefalíticos. (1).

HEINICKE conceptúa que desde el descubrimiento del tratamiento de la encefalitis epidémica por el suero de los convalecientes, el pronóstico de los casos de esta enfermedad varía fundamentalmente, según sean o no tratados. Tanto en las formas agudas como en las crónicas las esperanzas de curación o de detención del progreso del mal son muy grandes, si se aplica el tratamiento descubierto por STERN, de Cotinga. Este autor, por otra parte ha establecido, sobre la base de varias centenas de casos observados, el hecho de que los casos crónicos que se inician con un episodio agudo tienen un pronóstico mucho más favorable que aquellos que se inician de manera tórpida. Según HEINICKE, el porvenir de la personalidad de los encefalíticos es marcadamente favorable en los casos que al tratamiento serológico o farmacológico se agrega una activa y tenaz reeducación motriz y mental, aplicando ampliamente los métodos gimnásticos, ergoterápicos y psicoterápicos de una manera sistemática. Los casos en que se halla comprometido un solo lado del cuerpo reaccionan al tratamiento muchos más fácil y significativamente que aquellos que tienen comprometidos ambos lados. Hasta los trastornos nerviosos y mentales, las pseudoneuras tenias y las pseudopsicopatías, especialmente en los niños y en los jóvenes, ofrecen la posibilidad de ser curados si se emplea los métodos psicoterápicos y educativos con continuidad; incluso después de años de paciente intervención, se logra conseguir la normalización o la compensación de la personalidad. Este autor experimentadísimo, sostiene enfáticamente que lo que más ensombrece el pronóstico de los encefalíticos es el nihilismo terapéutico del médico. (2).

El diagnóstico, dice ACHARD "es muy fácil o muy difícil". Yo pienso que en la Encefalitis Epidémica, nada hay fácil. El diagnóstico esta envuelto en multitud de consideraciones.

(1). E. SIEMERLING: "Repertorium der praktischen Neurologie: Encephalitis epidémica. Encephalitis lethárgica". *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 1927. LIII. 13. pp.540-541.

(2). Prof. Dr. HEINICKE (Chemnitz-Altendorf): "Zur Therapie und Prognose der akuten und chronischen Encephalitis epidémica". *Munchener Medizinische Wochenschrift*. 1926. LXXIII. 40. pp. 1647-1650.

Delante de estos enfermos "pensad siempre en todo antes que en la Encefalitis, pero no la perdáis de vista"; el método de exclusión es el que lleva con más seguridad al diagnóstico.

Si nos encontramos delante de un enfermo con aspecto tifoide, fiebre alta, delirio, estado estuporoso, lengua sabural, trastornos gástricos, ahondad el diagnóstico de la fiebre tifoidea con el auxilio del laboratorio; pero si las reacciones serológicas son negativas, pensad en la encefalitis. Si se trata de un ataque gripal con estado general malo, traqueitis, coriza, prestad atención por que estos mismos fenómenos pueden ser el preludio de la encefalitis.

En resumen son preciosos elementos para el diagnóstico: la detallada y atenta consideración de los datos anamnésicos, ya cercanos en las formas agudas; luego los síntomas nerviosos de aparición más o menos brusca, de poca duración y variables, el exámen del líquido céfalo raquídeo, la acción de epidemicidad o endemicidad y la ausencia en los análisis practicados de reacciones que inclinen hacia otra entidad mórbida.

—

El tratamiento de la encefalitis es mas que todo sintomático, no hay contra ella una medicación específica, muchos procedimientos se han ensayado para conseguirla, pero sin resultado positivo. Se han puesto en práctica los sueros y las vacunas, la autosueroterapia intraraquídea, así como el suero de enfermos convalecientes, las vacunas de LEVADITI y POINCOUX, que parten del virus encefalítico aislado por LEVADITI y HARVIER, pero ninguno de los métodos produce los resultados esperados; sólo se han obtenido mejorías más o menos pasajeras. Con todo, el suero de sujetos convalecientes de Encefalitis Epidémica ha probado ser muy eficaz, usado por vía intramuscular, en inyecciones repetidas de 20 a 60 cc., puro o con Yatren.

Se ha hecho uso también del *choc* con substancias proteínicas, metales coloidales, etc.; se ha aplicado la piroterapia inoculando *plasmodium vivax*, se ha recurrido a las sustancias químicas de que dispone la terapéutica ordinaria con resultados muy dudosos. No obstante esta diferencia de medios se ha observado que ciertas substancias tienen siempre una acción algo más favorable que otras, y que con ellas se puede obtener mejorías y aun curaciones actuando con