

# Encefalitis epidémica. Encefalitis letárgica

POR EL DR. MAX. GONZALEZ OLAECHEA

*Profesor de Clínica propedéutica y semiológica en la Facultad de Medicina*

A fines de 1915 y en el curso de 1916, les llamó la atención a RENE CRUCHET y otros médicos franceses, algunos enfermos en los que predominaban síntomas encefálicos, pero sus observaciones fueron incompletas, debido a la incesante movilidad de los hospitales militares en las zonas de guerra: solo en Abril de 1917 CRUCHET, MOUTIER y CALMETTES fundados en 40 casos observaciones que catalogaron bajo la denominación de *encefalo-mielitis* (1), publicaron una exposición en el *Bulletin de la Société Medicale des Hospitaux de Paris*. Posteriormente en marzo de 1918 NETTER llamó la atención sobre la aparición en la región parisiense de una enfermedad epidémica, que por sus caracteres clínicos se semejaba a la observada en 1917 en Austria por VON ECONOMO y otros prácticos, denominándola *encefalitis letárgica*.

En el curso de 1918 y 1919 han sido señalados nuevos casos en Inglaterra, Francia, Italia y otras naciones de Europa, en Australia, EE. UU. y otras ciudades de la América del Sur.

Entre nosotros, en el mes de agosto de 1919 el Dr. MONTE expuso en la Academia Nacional de Medicina la observación de un caso de *encefalitis letárgica* que él atendió; el Dr. ODRIOZOLA relató en la misma sesión una observación efectuada en su servicio del hospital «Dos de Mayo» (2) y por último el Dr. JULIAN ARCE (3).

---

(1) CRUCHET.—*Encefalitis epidémica. Encefalitis letárgica*.—«Paris Medical» —N.º 43, 1917.

(2) ERNESTO ODRIOZOLA.—*Sobre un caso de encefalitis letárgica*.—«Anales de la Facultad de Medicina de Lima».—N.º 13, 1920.

(3) JULIÁN ARCE.—*Consideraciones sobre un caso de encefalitis letárgica*.—«Crónica Médica».—N.º 679, Lima 1920.

ha publicado un interesante trabajo con motivo de la observación de otro caso perfectamente estudiado por él.

Nosotros hemos tenido oportunidad de ver tres casos de *encefalitis*, dos de ellos debido a la gentileza del Dr. JOSE LEON; y aunque las observaciones que publicamos son incompletas desde el punto de vista rigurosamente científico, los caracteres clínicos han sido tan marcados, que no vacilamos en relatarlos.

*Caso 1.º*—A. G. domiciliado en la calle del Sauce, de 45 años, zambo, fuerte, sin hábitos alcohólicos ni de otros género: como antecedentes morbosos sólo sufrió de sarampión en su niñez. Su padre falleció a consecuencia de una enfermedad cardíaca, su madre de pulmonía.

El 20 de agosto de 1919 fué solicitado el Dr. JOSE F. LEON para atender al paciente, éste acusaba: adinamia, quebrantamiento general, mialgias y artralgias, 38° de temperatura, pulso frecuente, regular y con tensión mediana; se le notaba ligeramente disneico; la percusión torácica parecía normal; auscultando se percibían algunos estertores sibilantes y subcrepitantes gruesos, abundantes; tos frecuente, con expectoración seromucosa abundante; tenía epístasis; el conjunto de síntomas correspondía a una *bronquitis grippal*.

En los días siguientes la fiebre fluctuó entre 37°½ y 38°½, el estado bronquial fué modificándose favorablemente, pero al 6.º día de enfermedad principió a notarse que la lengua que al principio tenía aspecto francamente grippal, es decir, opalina, se tornaba saburrosa y seca; el vientre timpánico, constipación; se presentó tembor marcado en las manos, tendencia al sueño que después de tres o cuatro días se convirtió en verdadera *narcolepsia*, de la que se le sacaba momentáneamente interrogándolo en alta voz; posteriormente se presentó ptosis, la cara tenía al aspecto inerte de una máscara; estrabismo izquierdo de los dos ojos, midriasis; la temperatura progresivamente aumentó hasta que llegar a 40°; la hipersonmia se pronunció más, solo se podía obtener contestaciones del enfermo llamándolo y sacudiéndolo enérgicamente; en los tres últimos días se presentó delirio onírico. En ningún momento se observó contractura de los músculos de la nuca, ni signo de Kerning, ni signo de Babinski.

El último día presentó anuria, entrando en coma y falleciendo 20 días después de comenzada su enfermedad.

No se pudo hacer examen de sangre, orina, ni líquido cefalorraquídeo y fué imposible practicar la autopsia.

*Caso N.º 2.*— N. N. domiciliado en la capital, de raza blanca, soltero, de 35 años, de buenas costumbres, sin antecedentes morbo-

sos; solo se sabe que en días anteriores experimentó una impresión moral intensa. Lo vimos en unión del Dr. Odriozola.

El 27 de Enero próximo pasado principió a sentir malestar, no obstante se levantó y salió a la calle.

El día 28 sentía quebrantamiento general y dolores en los brazos, dijo haber sufrido insomnio en la noche anterior.

Los días comprendidos del 29 de Enero al 5 de Febrero continuó en el mismo estado, notándosele además la cara muy congestionada y abatido, pero continuó con sus salidas a la calle; habiendo tomado en uno de esos días un purgante salino recomendado, por un amigo.

El día 6 se levantó y aún pudo afeitarse; le notaron tremor marcado en las manos, se quejaba de cansancio, siempre de insomnio habiéndosele presentado sudores profusos, la temperatura era de  $37^{\circ} 5$ ; incidentalmente lo vió un facultativo que pensó en una gripe y entre los medicamentos que le prescribió, le mandó veronal con en fin de combatir el insomnio: esa noche durmió tranquilamente.

El día 7 algo avanzado el día penetró un vecino a su habitación y lo encontró durmiendo, no llamándole la atención, por creer era efecto del hipnótico administrado la noche anterior. Como continuase en ese sueño persistente se alarmó un relacionado que llegó a visitarlo y solicitó, avanzada la noche, nuestros servicios.

Observamos en el enfermo los siguientes síntomas:

Decúbito dorsal, facies de una persona que duerme profundamente; interrogado por nosotros, despertó entreabriendo ligeramente sus párpados, nos reconoció, pronunciando nuestro nombre; pero tornaba a su sueño luego que cesaba el interrogatorio; nos manifestó sentir cansancio intenso.

Tenía todo el cuerpo cubierto de sudor abundante; su temperatura era de  $37^{\circ} 5$ ; el pulso igual, de mediana tensión, latía 95 veces al minuto; examinando el corazón no se observaba nada anormal.

El aparato respiratorio no acusaba, trastorno, salvo 26 movimientos respiratorios al minuto.

Su lengua se presentaba ligeramente saburrosa y seca, el vientre depresible y algo timpánico; había constipación; hacían varios días que todo lo que ingería, lo deglutía con cierta dificultad.

Emitía la orina con facilidad, vaciando completamente la vejiga, como lo revelaba el exámen de la región hipogástrica.

Notábasele tremor bien marcado, tanto en los miembros superiores como en los inferiores, los reflejos tendinosos parecían normales, no acusaba contractura en los músculos de la nuca, tampoco en los paravertebrales, pues, se le sentó con la mayor facilidad, para efectuar el examen del aparato respiratorio.

Levantados los párpados superiores no se notaba desviación en los globos oculares; había midriasis; las pupilas reaccionaban debilmente a la luz.

Facies inmóvil en todo momento, como la de una máscara.

La lengua la sacaba con dificultad, no estaba desviada; la úvula si lo estaba pronunciadamente a la derecha. Al examinar la sensibilidad de la cara con la punta de un alfiler, manifestaba el enfermo experimentar sensación de presión, pero nó de dolor como en el cuello y otras partes del cuerpo a donde se le pinchaba.

Ante el cuadro clínico que se presentaba a nuestra observación, no podíamos pensar sino en la *encefalitis letárgica*, manifestándolo así a los que rodeaban al paciente, e indicándoles la conveniencia de su traslación a una Clínica.

Al día siguiente 7 fué conducido al hospital « Dos de Mayo » donde continuamos atendiéndolo.

Su estado era de mayor gravedad, la narcolepsia se presentaba intensa, pues, para despertarlo era menester llamarlo en alta voz y sacudirlo; siempre nos reconoció lo mismo que a un amigo que estaba presente en esos momentos. La temperatura era 38° 7 en la mañana, 38° 5 en la tarde, 136 pulsaciones y 36 respiraciones al minuto. Practicada una punción raquídea se obtuvo un líquido claro como el agua, que salió gota a gota (10 cent. cub). Examinando se apreció linfocitosis moderada y reacción de Wassermann positiva.

El 8 de Febrero su estado era francamente comatoso, estaba cianótico, su temperatura era de 39°, pulsaciones 140, respiraciones 50 al minuto. Se presentaron contracturas en los miembros, imposibilitando obtener los reflejos tendinosos.

En la tarde de este día culminó la gravedad, la temperatura llegó a 41°, con 180 pulsaciones y 60 respiraciones al minuto; había midriasis pronunciada; falleció a las 9 p. m.

No se pudo practicar la autopsia. Durante las 48 horas que asistimos al paciente se le administró urotropina por la vía gástrica e intravenosa, baños calientes, refrigeración de la cabeza, con una bolsa de hielo, inyecciones de aceite alcanforado y derivación intestinal por medio de enemas.

*Caso N° 3.*—N. García de 11 años de edad domiciliado en la Alameda de los Descalzos, de raza blanca, de buena constitución y sin antecedentes morbosos. Los padres viven y gozan de salud, tiene dos hermanos menores, sanos.

El 16 de Febrero del presente año (1920) fué atacado de fiebre, malestar general, ligera cefalalgia frontal, cólicos intestinales, que sus padres atribuyeron a que el niño tomó el día anterior uvas en abundancia; como continuara en esta situación solicitaron dos días

después al Dr. JOSE F. LEON, que constató temperatura de 37°3, postración marcada, delirio intenso, tremor en los miembros superiores, ligera ptosis, dilatación pupilar, desviación de los ojos a la derecha. Se prescribió un purgante de calomel que le produjo efecto satisfactorio.

Al día siguiente visitamos al enfermo, que encontramos delirante y desorientado, comprobando los síntomas observados anteriormente por el Dr. León. La temperatura era de 37°3 (tarde) 80 pulsaciones y 26 respiraciones al minuto. No había contractura en la nuca ni otra parte del cuerpo, tampoco Kerning; los reflejos tendinosos ligeramente exagerados; falta de hiperestesia. Nada de anormal se encontró en los otros órganos.

Verificada una punción raquídea se le extrajo 9 centímetros cúbicos de líquido «agua de roca», que salió gota a gota. El examen ejecutado desinteresadamente por mi amigo Dr. Miguel Noriega del Aguila dió el siguiente resultado.

Albúmina . . . . .	10 centigramos	por mil
Glucosa . . . . .	60	„ „
Urea . . . . .	14	„ „
Cloruros . . . . .	7 gramos	„ „

El examen microscópico solo hizo notar escasas células endoteliales y uno que otro glóbulo rojo, procedente, sin duda, de los pequeños vasos lesionados por la aguja con que se le hizo la raquícentesis.

No se pudo efectuar examen de la sangre, ni de la orina.

El tratamiento a que se le sometió además del purgante administrado el primer día, fué urotropina y dieta hídrica.

Los trastornos morbosos fueron modificándose con cierta rapidez, y ocho días después de comenzada la enfermedad, entraba en convalecencia.

Hagamos algunas consideraciones diagnósticas sobre los tres casos historiados.

En el N.º 1 durante el curso de una *bronquitis gripal* y remisión, y hallándose el paciente todavía febril, se presentaron síntomas que manifestaban lesión del mesocéfalo; tales como: narcolepsia, diplegia (lesión doble del facial), disfagia (gloso-faríngeo), ptosis, midriasis, estrabismo izquierdo de los dos ojos (oculo-motor común y oculo-motor externo) y aunque faltaban los elementos que proporciona al diagnóstico el examen del líquido cefalo-raquídeo, el cuadro que se presentaba a nuestra vista no podía referirse sino a la *encefalitis letárgica aguda*.

En el caso N.º 2 durante los 9 primeros días de la enfermedad, los síntomas que predominaban tales como: astenia, insomnio y mialgias, hicieron pensar en una *grippe nerviosa*; fué solo al 9.º día que además de la fiebre y el tremor se presentaron: hipersomnias y parálisis mas o menos intensas y disociadas del oculo-motor comun (ptosis, midriasis), facial (facies inerte), glosso-faríngeo, (desviación de la úvula, disfagia), y trigémino sensitivo (analgesia de la cara); que impusieron el diagnóstico de *encefalitis letárgica*. En el líquido céfalo raquídeo se observó linfocitocis moderada, fenómeno que ha sido señalado ultimamente en algunos casos de encefalitis por NETTER, MARY, ACHARD y otros observadores, modificándose así el primitivo concepto absoluto del primero de los nombrados, que afirmó la inalterabilidad del líquido cefalo-raquídeo en la encefalitis. La reacción de Wassermann ha sido positiva; SAINTON habla de semejante resultado en algunos casos, de modo que esta circunstancia no puede desvirtuar el diagnóstico, con tanta mayor razón, cuanto que la reacción de Wassermann que se encuentra positiva en el suero sanguíneo en muchas otras infecciones, puede también serlo en el *liquor spinalis*.

El caso N.º 3 en el que se observó delirio, tremor, ptosis, midriasis y desviación de los ojos, no podía referirse sino a la *encefalitis no letárgica*; la idea de *botulismo* la eliminamos tanto por la falta de antecedentes toxialimenticios, pues el enfermo no había ingerido conservas ni alimentos guardados; pero sobre todo teníamos presente que la infección a *bacillus botulinus* es afebril; la *meningitis* también la descartamos, no solo por la falta de los síntomas fundamentales que se presentan en ella, sino por que el examen citológico y químico del líquido cefalo raquídeo fué negativo.

Nosograficamente la *encefalitis letárgica* debe considerarse como una variedad de la *encefalitis epidémica*, denominación que acertadamente a propuesto HALL, que tiene la ventaja de no prejuzgar la forma de la enfermedad; pues como dice CRUCHET (1) y otros observadores, puede faltar la narcolepsia y predominar otros síntomas que darían el nombre a muchas variedades.

La *encefalitis epidémica* anatómicamente debe ser considerada como una alteración que se localiza preferentemente en el mesocéfalo, pero que se extiende con frecuencia al bulbo y cerebro; pudiendo afectarse el cerebelo y tal vez la médula espinal y otras partes del sistema nervioso; esto es lo que se deduce de las observaciones hechas hasta el día.

---

(1) RENÉ CRUCHET.—*Encephalos mielitis diffuse. Encephalite letargique.*—*Paris Medical* N.º 24, 1919.

Clinicamente, sus manifestaciones son proteiformes y en relación con la mayor o menor extensión e intensidad, de las diversas partes de los centros nerviosos atacados.

La *encefalitis letárgica* estaría caracterizada además de la fiebre por parálisis más o menos completas de uno o varios de los pares craneales que tienen su origen en la protuberancia y bulbo, preferentemente los óculo-motores y además por hipersomnia; presentándose con frecuencia otros síntomas como: tremor, sudores profusos, contracturas, etc; los caracteres del líquido cefalo-raquídeo negativos servirían para el diagnóstico, salvo la linfocitosis que se observa en algunos casos como en nuestro historiado N.º 2

En las otras formas de la *encefalitis epidémica*, además de la reacción térmica, mas o menos marcada, no faltaría la parálisis duradera o fugaz de uno o mas pares craneales, destacándose algun otro síntoma que daría su denominación a la variedad; tales como convulsiones, parálisis de los miembros, contracturas, delirio, etc.; este último ha sido el predominante en nuestro caso N.º 3, motivo por el cual debe ser catalogado en la *encefalitis con delirio*; por supuesto que en todo caso debe tenerse en cuenta los caracteres casi siempre negativos del líquido céfalo-raquídeo.

Por lo demás el síndrome letárgico puede observarse en el curso de diversas infecciones agudas y crónicas como la sífilis y tuberculosis, y tratándose de esta última recordaremos que en Noviembre de 1918 publicamos en los «Anales de la Facultad de Medicina de Lima» con el título de *Síndrome hipofisario de origen infundibular* un caso de *leptomeningitis crónica en placas diseminadas localizadas en la base*, de naturaleza tuberculosa como lo comprobé el resultado positivo del exámen del líquido céfalo-raquídeo; caso que evolucionó en el trascurso de un año, comprometiendo sucesivamente la mayoría de los pares craneales, excepto el óculo motor común, el óculo motor externo y el patético.

En cuanto a la causa eficiente o etiológica de la Encefalitis no está precisada, pues, como se sabe, muchos piensan en una localización de la infección grippal en los centros nerviosos (y así parecerían serlos nuestros casos 1 y 2); otros, como los médicos americanos BASHFORD, J. R. BADFORD, LOEVE y STRAUSS fundados en investigaciones experimentales y de laboratorio, creen se trata de un virus filtrable especial.

Nuevos estudios se encargarán de iluminar mas o menos pronto, este punto oscuro de la patología de la encefalitis epidémica.