

## FIEBRE AMARILLA 1546

*Transmisión a los macacos.*—Aragão <sup>5</sup> comunica la transmisión de la fiebre amarilla brasileña a 3 *Macacus rhesus* y a 1 *Macacus cynomolgus*, en tanto que otro *Macacus rhesus* sigue en observación. La patología macro- y microscópica producida por el virus sudamericano fué absolutamente comparable a la producida por el virus occidente-africano en los monos *rhesus*, tal como describieran Stokes, Bauer y Hudson. Además, la comparación de los cortes hepáticos del *Macacus rhesus* infectado con el virus africano, y llevados al Brasil por el Dr. Carlos Chagas, del Instituto Pasteur de París, no reveló ningunos rasgos diferenciales. En los monos infectados no se encontró el *Leptospira icteroides*.

## ENCEFALITIS EPIDÉMICA 1545

*Etiología.*—Neal <sup>6</sup> asegura que la inmensa experimentación realizada con los diversos virus aislados de los casos de encefalitis epidémica y con razas del virus herpético, deja poco lugar a duda que son muy afines, si no idénticos. El virus herpético dista mucho de ser nuevo, y se le ha conocido en un papel muy inocuo. Dicho autor se siente seguro de que desde muchos años antes de la reciente epidemia, los casos de la enfermedad llamada hoy día encefalitis epidémica fueron muy raros, y es algo difícil comprender que el virus herpético manifestara de repente tal malignidad, y la perdiera también repentinamente, pues los casos de encefalitis epidémica aguda son hoy día por demás raros. Es lógico suponer que si dicho virus desempeñó un papel en la etiología de la encefalitis, también debe haber intervenido algún otro factor todavía incógnito.

*Teoría etiológica.*—En el *China Medical Journal*, el Dr. A. J. Watson hace notar que la encefalitis epidémica quizás existiera desde antiguamente entre los millones de orientales. La enfermedad, dice, se presentó durante la Guerra Mundial, cuando muchos asiáticos servían en varios frentes militares. El autor observó 19 casos en Yunnanfu, de febrero a diciembre de 1927, entre 10,000 enfermos. Como argumento en pro de que la dolencia es endémica allí, declara que se trata de un paraje aislado, cuyos habitantes no suelen mezclarse con los de afuera, y todos los enfermos, menos 3, procedían del campo. En la mayor parte de los sujetos los síntomas habían durado mucho tiempo. Si la enfermedad se hubiera originado en Europa y propagado a la China, el Dr. Watson cree que habría aparecido en suelo virgen, como en otros países, pero en más de 2 años no observó ningún caso entre 3,000 cantoneses de Yunnanfu, que son los viajeros de la población.

<sup>5</sup> Aragão, H. de Beaurepaire: Jour. Am. Med. Assn. 92: 550 (fbro. 16) 1929.

<sup>6</sup> Neal, J. B.: Jour. Am. Med. Assn. 91:231 (jul. 28) 1928.

*Secuelas.*—Ziegler<sup>7</sup> descubrió el paradero de 752 enfermos que habían tenido encefalitis por término medio cinco años y medio. La ocupación, edad y sexo no guardaron al parecer relación alguna con la gravedad de la dolencia. No se descubrieron otros factores que ofrecieran información pronóstica. La enfermedad parece iniciarse principalmente en el invierno y es casi siempre evolutiva. La mortalidad fué de 13.2 por ciento y el coeficiente de reposición de 1.3 por ciento al cabo de cinco años y medio de la iniciación. Un 15.7 por ciento pueden trabajar con regularidad, y 25.7 por ciento practican trabajos ligeros. Los enfermos se reponen de los ataques agudos graves, de los síntomas respiratorios, y de los trastornos del comportamiento y de otros residuos, pero raramente del parkinsonismo, aunque éste puede estacionarse. De los medicamentos, la escopolamina parece ser útil, viniendo probablemente después el cacodilato de sodio como tónico. Hay que complementar esa medicación con buen cuidado general y la eliminación de focos infecciosos. La vacuna empleada en el tratamiento fué por regla general preparada de los cultivos de dichos focos y su empleo se acompañó de una mortalidad menor, pero aparte de eso, el resultado no fué mejor que con otras terapéuticas.

*Secuelas.*—La encefalitis epidémica sólo ha sido conocida en Inglaterra diez años, y aunque la proporción de los casos es pequeña, comparada con otras enfermedades, ninguna dolencia, con la posible excepción de la meningitis cerebroespinal, aporta una mortalidad e incapacidad semejante.<sup>8</sup> Desde 1919 ha habido no menos de 14,821 casos con 6,477 muertes, y la proporción de los que se reponen suficientemente para proseguir su ocupación habitual con poca incapacidad no pasa de 25 por ciento. Las muertes son más frecuentes en los dos extremos de la vida. La mayoría de las muertes tiene lugar en las primeras tres semanas de la enfermedad, pero bastantes se presentan mucho después. Por ejemplo, de 452 muertes en 1926, 9.7 por ciento tuvieron lugar dos años, 6.9 por ciento tres años y 2.6 por ciento seis años después de la iniciación. Puede calcularse que la encefalitis epidémica mata, o ayuda a matar, de 35 a 40 por ciento de los atacados. El promedio de secuelas en 3,112 enfermos fué de 41.9 por ciento, y en más de la mitad de éstos fueron suficientemente graves para impedir el trabajo o la educación. Como 25 por ciento de los atacados revelan tarde o temprano parkinsonismo, en la mayor parte de 3 a 18 meses después del ataque primero, pero en algunos casos hasta dos, tres y cinco años después.

*La dextrosa en la terapéutica.*—Alford<sup>9</sup> ha obtenido resultados favorables en la encefalitis epidémica, administrando inyecciones de

<sup>7</sup> Ziegler, L. H. Jour. Am. Med. Assn. 91:138 (jul. 21) 1928.

<sup>8</sup> Carta de Londres: Jour. Am. Med. Assn. 91:332 (agto. 4) 1928.

<sup>9</sup> Alford, L. B.: South. Med. Jour. 21:649 (agto.) 1928.

suero dextrosado al 10 por ciento, a dosis de 150 a 500 cc. todos los días, y llegando, si es posible, a 15 inyecciones. Por vía bucal administró de 30 a 60 cc. 3 veces diarias. En general, los resultados fueron mejores en los casos más agudos. La solución debe ser fresca.

*El arsileno glucosado en el tratamiento.*—Después de repasar la literatura, Meynadier<sup>10</sup> sostiene que el arsileno glucosado es, de todas las medicaciones empleadas en la encefalitis epidémica, en sus diferentes manifestaciones clínicas, el que proporciona mejores resultados, no encontrando ninguna contraindicación a las inyecciones intravenosas de 0.20 Gm. (5 cc.) tres veces por semana en series de 15 inyecciones.

## AFECCIONES VENÉREAS

*Estadísticas de un preventorio nocturno en Chile.*—González<sup>11</sup> comenta las estadísticas de un puesto nocturno de profilaxia antivenérea en Santiago de Chile. A cada individuo se le entrega una tarjeta anónima con preguntas y respuestas adecuadas, para que la devuelva al consultorio. Desde agosto de 1927, de 1,112 atendidos, sólo se han recibido 40 respuestas, que demuestran que ningún individuo ha contraído la blenorragia o la sífilis después del tratamiento. De los 8,320 enfermos atendidos en el dispensario 4,295 corresponden al preventorio. El escaso número que concurre al puesto de profilaxia en relación con la población masculina de la capital, obliga a atribuir el creciente número de contagios que registra la estadística médica a falta de interés o de conocimiento de las ventajas que aporta el tratamiento profiláctico.

*Profilaxis en Uruguay.*—Scoseria,<sup>12</sup> el presidente del Consejo Nacional de Higiene del Uruguay, repasa así la profilaxia de la sífilis en el Uruguay. En 1918 se creó, por un acuerdo entre dicho consejo y la Asistencia Pública, el Instituto Profiláctico contra la Sífilis, dirigido por una comisión autónoma, en que se hallan representadas las diversas ramas de los servicios públicos interesados. El instituto creó el mismo año su primer dispensario en Montevideo, y el año siguiente 5 dispensarios más en los hospitales de la población, extendiendo luego su acción a todo el país, de modo que el número de dispensarios llega actualmente a 60, en un país de 190,000 km.<sup>2</sup> y 2,000,000 de habitantes. Hoy día la comisión tiene en proyecto la creación de clínicas ambulantes para alcanzar todas las partes del país. En todas las dependencias del instituto, los exámenes clínicos, investigaciones serológicas y tratamiento son absolutamente gratuitos. En todo lo posible, se ha hecho una propaganda intensa para demostrar la necesidad de ir al dispensario a la menor sospecha. El laboratorio del

<sup>10</sup> Meynadier, R.: Tesis de Montpellier, 1927.

<sup>11</sup> González, Danubio: Rev. Soc. Urol. 3: 1265 (eno.) 1928.