

Epidemia de Encefalitis de 1959 en Maracaibo (San Francisco) Estado Zulia, Venezuela. Manifestaciones clínicas y terapéutica antibiótica.

Américo Negrette y Jesús Mosquera.

Resumen. Se estudian las manifestaciones clínicas de 40 pacientes, durante una epidemia de encefalitis por virus neurotrópo que no fué aislado, comparándolas con las de algunas encefalitis epidémicas relacionables. Se concluye en la posibilidad de que se trata de la primera epidemia de encefalitis venezolana descrita en Venezuela. Se hacen comentarios sobre la utilización de terapéutica antibiótica con clorhidrato de tetraciclina, considerándose efectiva y recomendable.

Encephalitis Outbreak in 1959 in Maracaibo (San Francisco, Edo. Zulia, Venezuela). Clinical Features and Antibiotic Therapy.
Invest Clin 15(4): 11-44, 1974

Abstract. The clinical manifestation of 40 patients were studied during an encephalitis epidemic of neurotrope virus which was not isolated, comparing them to some of the encephalitis epidemic which had some relation. When concluding we see the possibility of it being the first venezuelan encephalitis outbreak described in Venezuela.

Some coments are made on the use of antibiotic therapeutics with tetraciclina hydrochloride which is considered to be effective and advisable.

INTRODUCCION

Desde la más remota antigüedad, diferentes autores han señalado cuadros infecciosos epidémicos que podrían interpretarse, a la luz del conocimiento moderno como encefalitis.

Aunque escritos hipocráticos hacen mención de letargia y fiebres letárgicas con temblor, es a partir de

1712 cuando se describe una epidemia en Tubingue (Camerarius), designada con el nombre de enfermedad del sueño (Schlafkrankheit). En 1846, Dubini observa en el norte italiano una epidemia muy particular de una enfermedad llamada corea eléctrica por la similitud de las sacudidas convulsivas que provocaba, con las sacudidas producidas por la corriente eléctrica; con una

mortalidad elevada (36 muertes de 38 casos). A partir de 1883 (Wernicke) se describen casos con el nombre de polioencefalitis superior aguda, con parálisis bulbares, trastornos generales graves, tendencia invencible al sueño. Siguiéron diversos casos esporádicos, hasta la aparición de la gran epidemia de gripe de 1889-1890. Durante la guerra de 1914, se presenta una epidemia que se prolongó por varios años. Es en abril de 1917 cuando irrumpe la encefalitis epidémica, con un estudio de cuarenta casos de encefalomielititis subaguda (Cruchet-Moutier-Calmettes) observados en el Centro Neuro-psiquiátrico de Barle-Duc, del ejército francés, desde finales de 1915 (1, 6). Doce días después de esta publicación, Von Ecónomo describe en Viena once casos (seis muertes) aparecidos en los últimos meses de 1916, de una enfermedad con letargia, parálisis craneanas, principalmente oculares, y fiebre (lo que se llamó posteriormente la tríada sintomática de la encefalitis letárgica). Hall, Mott, Faquard, Buzzard, Strauss y Chauffard, la han denominado encefalitis epidémica. El mismo año se reportaron casos en Australia (Breine). En los años siguientes se reportaron casos similares en Francia, Inglaterra, Argelia, Grecia, Estados Unidos, España, Suiza, Italia, Guatemala, Perú, Uruguay. Ya "la encefalitis epidémica tenía al mundo por escenario" (1).

En América se describen luego las encefalitis epidémicas llamadas equinas por ser precedidas por epi-

zootias: del este, del oeste y venezolana. En Venezuela se han descrito encefalitis epidémicas desde 1959 (15). En 1962, "a partir de muestras procedentes del Estado Zulia, enviadas por los doctores Slavia Ryder y Américo Negrette al Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, se aisló por primera vez el virus de la encefalitis venezolana en una epidemia en nuestro país" (2). También se confirmó por Ryder (28) y Soto (30), que el virus de la encefalitis venezolana fué el agente responsable de epidemias siguientes.

El estudio de los aspectos clínicos y epidemiológicos y consideraciones sobre terapéutica antibiótica, en la epidemia de encefalitis ocurrida en 1959, en Maracaibo (San Francisco), Venezuela, constituyen el propósito de la presente comunicación.

HISTORIAS CLINICAS

Cuarenta historias clínicas, que constituyen una casuística personal, representan el material clínico considerado en este trabajo. En la Fig. 1 se ve la frecuencia de los casos y la distribución en el tiempo de la epidemia de encefalitis que estamos describiendo. Se presentan las historias clínicas más o menos detalladas, en orden cronológico de aparición de casos, empleándose frecuentemente palabras de los mismos pacientes o de sus familiares, porque consideramos que esto es indispensable para lograr el verdadero clima médico-asistencial que se vive durante una epidemia y que,

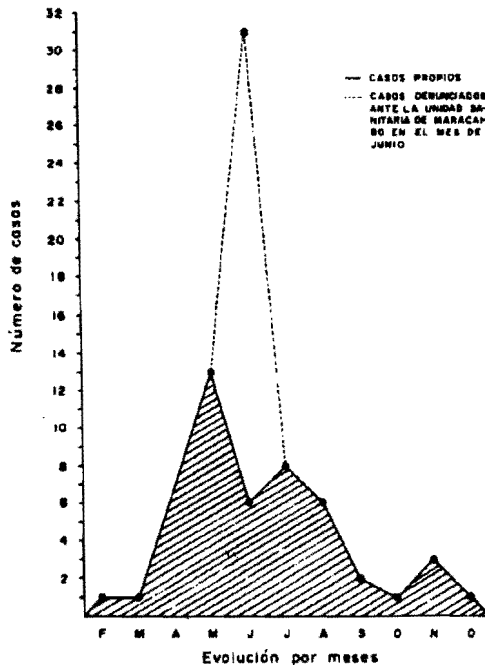


Fig. 1

Fig. 1

generalmente, es sepultado bajo el rigor de una terminología científica, rígida y árida.

-1- Mujer de 17 años. 8 de febrero: mareo, "nervios", ganas de llorar "y a veces se ríe y llora" (crisis de risa y llanto). Cefalea persistente desde hace varios días, con intervalos de 2 a 3 horas por el uso de calmantes. "Sudor frío", palpitaciones. "Parece que se me va a salir el corazón". Habla mucho "Eso es hablando: que ya se va, que ya se viene, que no la maten, que le quiten ese muñeco descabezao, que no le claven ese cuchillo, que no le peguen". "Cuando dice a hablar, no para". Pesadillas ("sueña cosas feas"). "Le ponen una inyección estando des-

pierta, y al rato pregunta que cuándo le ponen la inyección" (amnesia episódica). Confusión mental. En el momento del dolor (cefalea occipital-corteza visual), dice ver "bichos raros" (alucinaciones visuales). "Veo una mujer pelona que dice que me va a matar". Insomnio. "Toda la noche es gritando, quejándose". "Duerme un poquito más de día que de noche". "De noche es que menos duerme". No se deja ni peinar porque le duele el cráneo (hiperestesia de cuero cabelludo). Acroparestesias ("se me ponen adormidas las manos y los pies").

-2- Mujer de 15 años: Antecedentes de malestar general el 3-3. Antes del 26-3: Somnolencia. Au-

mento del apetito. 26-3 a las 11 a.m.: Vértigo y pérdida del conocimiento hasta las 2 p.m. Al recobrar conciencia, somnolencia marcada. Llevada al Hospital Quirúrgico, le dijeron que era histerismo y le preguntaron que si no tenía novio ni había intento de envenenamiento. 27-3, 10 a.m.: Vértigo y pérdida de la conciencia hasta la 1 p.m. Llevada al Hospital Central. Se le hizo radiografía de cráneo. Se les dijo que tenía infección en el cerebro y en la médula. Repitió a las 5 p.m.: "Pero éste si no supe cuando me iba a dar". "Me duró hasta las 2 de la mañana del otro día". En ese fué que hablé... bueno pues". A la 1 p.m. la vió un doctor (pensó en histeria). 28-3: Otro "ataque" 9 a.m. a 12 m. Llevada al Hospital Central. 29-3: Le dieron alrededor de treinta crisis epilépticas (epilepsia sintomática intraencefalítica). 30-3: igual. "En la tarde me daban los ataques con desesperación, con lloro, no se qué". Crisis: estaba hablando, doblada la cabeza y caía en un estado de flacidez, de desmayo, perdía el conocimiento. Tenía movimientos faciales involuntarios. Se le movían las cejas, la frente, la boca y las mejillas. Movimientos reptantes. Se le aflojaban los brazos y las piernas y no los movía. El ataque le pasaba bruscamente. Entraba inmediatamente en estado de conciencia y plena lucidez. Si estaba parada se caía. Hablaba cosas que le habían pasado. 26 a 28 de marzo: Dos ataques diarios. 29-31 de marzo y 1 a 9 de abril: 20 a 50 ataques diarios. 10 a 12 de abril: receso. 13-4, 4 p.m.: sintiénd-

dose bien fué a bailar en una playa vecina. Una "amiga" le dijo: "Tú eres la que está loca". La amiga insistió y le hizo seña a los muchachos que no bailaran con ella porque estaba loca. Esto le produjo una fuerte crisis emocional y le dió un ataque fuerte desde las 4:30 p.m. En el ataque decía que ella está loca. Intentaba sentarse: Decía que no iba a salir más a ninguna parte. Que ella se iba a morir de eso. Desde el 1-4 estuvo tomando Om-Hidantoína (1 c/8), Misoline (1 c/4) y Gardenal (1 c/6h.). Comprimidos. Le repitió un ataque (6 p.m.) que le duró diez minutos. A las 8 p.m. iba caminando cuando se cayó y se dió un fuerte golpe con el suelo. (En otra ocasión cayó sobre un matero y se golpeó fuerte). 14- 4: Unos ocho ataques, con duración aproximada de un cuarto de hora cada uno. 15-4: tres ataques: uno de 45 minutos, 7 p.m. (un ataque de cinco minutos en el avión, cuando viajaba para tratamiento en el Hospital Universitario de Caracas). 9 p.m.: un ataque de diez minutos. Acostada (9.30 p.m.) le dió otro parecido. 16 y 17 de abril: receso. Electroencefalograma. 18-4: tres ataques. 19-4: un ataque fuerte (45 minutos). 20-4: después del desayuno (9 a.m.) le dió un ataque y cayó cerca de la puerta del cuarto. 21-4: fué al cine. 22-4: "Viendo la televisión, comiéndose un plato de uvas le dió. Y plato y todo fué a dar al suelo (1 p.m.). Cayó bajo la mesa; se dió un golpe en la cara". 23-4: fuerte ataque (2. 45 p.m.). Otro ataque (5 p.m.). 24 y 25 de mayo: receso. 27-5: Hospital (tratamiento sus-

pendido desde el 23-4). 28-4: receso. 29-4: ataque en la tarde (3 p.m.) (Luminal amp.). 30-4: receso. 1 a 4 de mayo: dos a tres ataques diarios. Dos días de receso. 7-5: dos ataques seguidos (entre 10 a.m. a 4 p.m.)

Uno de los ataques fue breve (10 a 15 minutos). Cuando despertó no pudo hablar. Escribió que sentía la lengua grande y pesada. Le temblaba la mano al escribir, los trazos eran inseguros y la letra diferente (más fea) y no se leía fácilmente. Esto le duró desde 10:40 a.m. a 4:40 p.m.; hora en que sintió bien la lengua. 8-5: ataque de media hora. Electroencefalograma. 9-5: unos días pocos ataques. Otros días, receso. 12-5: en el hospital le dió un ataque, se cayó de la cama y se golpeó la cabeza. Fué sacada del hospital en la tarde. Otra vez en la casa. 13-5: receso. 14-5: le dió un ataque de risa desde las 6 p.m., hasta la 1 a.m. del otro día. 15-5: un ataque (12 p.m. a 3 a.m.) lengua adormecida. Encéfalograma con hiperventilación. 16-5: regreso de la capital. Ataques en el avión (viaje de regreso de Caracas) y en el auto en Maracaibo. 17 a 19 de mayo: receso. 20-5: ocho ataques seguidos.

ESTATUAS: durante los ataques ella decía: "Quitenme esas estatuas que me van a volver loca". En todos los ataques veía una figuras parecidas a las piezas del ajedrez. Empezaban a crecer y tomaban la forma de máscaras horribles, de distintos colores, que se le venían encima y se reían de ella y le decían que estaba loca. Ella decía: "Me van a agarrar; ya me están agarrando". La atendí.

Sufrió un "ataque" en mi consultorio. 26-5: iniciación tratamiento. 27-5: le dió un ataque después de una inyección intramuscular. Durante el periodo de estado presentó: sialorrea, bulimia, aumento progresivo de las imágenes alucinatorias (con disminución progresiva del tamaño de las cosas reales, en la convalecencia), ausencias, narcolepsia, captapleja y epilepsia sintomática. Esta paciente presentó: poliuria, polidipsia y bulimia (al salir de algunos ataques había que tenerle comida a mano y comía como los desesperados: con las manos y con gran avidez. Diabetes insípida sintomática. Síndrome hipotalámico. 28-5: 48 horas después de iniciado el tratamiento con Tetraciclina, cesaron los ataques definitivamente. Evolución: curación.

-3- Mujer de 15 años. El 12 de mayo le empezó a doler la cisura de una exodoncia practicada 17 días antes. Se le inyectó ese día penicilina (a las 6 p.m.) y le recomendaron unos "buches de manzanilla". A las 8:30 p.m. comenzó a decir que tenía la boca, los pies y las manos adormecidos (probablemente esta reacción fué consecuencia de la inyección de penicilina). A las 9 p.m. fué llevada de emergencia al hospital Chiquinquirá y le inyectaron dos ampollas. A pesar de que la muchacha recuerda que le empezó un temblor en los labios, no recuerda nada después. Tuvo crisis de melancolía y llanto (que no recuerda: amnesia episódica). Viéndola así la llevaron al Seguro Social Obligatorio (S.S.O.) porque sus parientes la veían mal y el médico del hospital no pudo

seguir atendiéndola. En el S.S.O. (11 p.m.) la atendieron, le inyectaron otras dos ampollas y la mandaron a la casa. Esa noche (día 12) se durmió como a las 2 a.m. (a pesar de que se supone que le inyectaron sedantes). Se levantó como a las 5 a.m. "con el mismo llanto". A las 8 a.m. (día 13) fué llevada al S.S.O. Como la paciente tenía tres días con la menstruación, le recetaron calcio, vitamina B1, y un antihemorrágico. Siguió el día igual. A las 6 p.m. fué solicitado el médico rural porque "la enfermedad "tenía llanto", quería estar dando carreras en el patio (decía que no la agarran), le daban ataques de risa y hablaba mucho". Se le recetó medicación sedante: durmió a las 11 p.m. y despertó "en la mañana muy tempranito". Desde el 13 de mayo sintió "un frío" en las manos y los pies "y decía que se los arroparan". Desde ese día los familiares le notaban "fiebrequita" y "la boca se le peló toa". Ella decía que le mojaran los labios. Tuvo midriasis. "Desde mucho antes de sacarme la muela, me sentía muy cansada y mantenía una sueñera que no quería que me despertaran". El día 14 se levantó llorando y fué enviada por el médico al Hospital a las 9 a.m. le inyectaron una ampolla y volvió a la casa, más tranquilizada. A la media hora de haber llegado (11 a.m.) "comenzó otra vez con el llanto y a decir que le rezaran pa quedarse dormía, y que ella se estaba quemando por dentro" (hipertermia subjetiva hipotalámica). A las 5 p.m. me la llevaron a Maracaibo y la atendí: Se le determinó cifra de leucocitos: 10.300; neutrofilia; sedimentación: 53. Se ordenó Hanger (resultó positivo) y exa-

men de orina: pigmentos biliares y urobilina positivos. Se inició el tratamiento con tetraciclina (clorhidrato).

EVOLUCION: Iniciación del tratamiento: 14 de mayo. El lunes 18 de mayo cuando la visitamos con el curso de estudiantes de Tercer Año de Semiología Nerviosa, de la Facultad de Medicina, de la Universidad del Zulia, tuvo comportamiento anormal: hablaba precipitada e incesantemente. Decía cosas lógicas, pero tenía ideas fijas: que el doctor debía acompañarla a misa a cumplir una promesa; que le amarraran una gallina a la pata de la cama para regalársela al doctor; que le tenía varias muchachas buenas mozas para regalárselas. La memoria sufrió también alteraciones. Amnesia episódica. La paciente no recuerda casi nada desde el 12 de mayo hasta el 15. No conocía a su mamá (agnosia visual). Tuvo alucinaciones auditivas. "Oía una voz que me decía: llora, llora" (una hermana y la mamá de la paciente tuvieron también encefalitis en la misma época). Desde el martes 12 de mayo hasta el jueves 21 de mayo, mantuvo estreñimiento pertinaz. El 22 de mayo (8 días después de iniciado el tratamiento) había desaparecido toda la sintomatología. Le queda un poco de astenia. El 23 de mayo la paciente está relativamente curada.

-4- Mujer de 22 años. 14-5: Consulta por trastorno de la conducta. Modificación del carácter. 20 días antes tuvo "erupción" y una semana después tuvo crisis de cefalea y una de llanto. 5-9: se empezó a sentir rara como si no se adaptara al am-

biente, como con cabeza embotada, pesada. Al día siguiente, con ocasión de visitar una Feria Industrial, presentó trastornos del comportamiento (por la molestia que le representaban la aglomeración y los ruidos, sintió el deseo urgente de irse a la casa, saliendo sola y dejando los padres). En los días siguientes presentó trastornos que se manifestaron por: salida del cine en forma desesperada. Rabia al hermano mayor. Tristeza, melancolía, miedo. No sentía ganas de nada, ni le provocaba hablar. Sentía la sensación de que los demás eran diferentes a ella. Los ruidos, música, televisión, le molestaban; sintiéndolos más fuertes que lo normal (hiperacusia). Ansiedad: le daba la impresión de que las personas se tardaban más de lo normal al hacer algo. Ej.: cuando iban a buscar agua; cuando veía fumar a una amiga. Estado de intranquilidad. Al ver televisión no entendía nada y le parecían largas las propagandas. Relata presentar esta semana molestias en región prefrontal que irradia a los ojos; la cabeza como embotada; se siente diferente y pregunta si es la misma (esquizofrenia sintomática). Las aglomeraciones y ruidos le molestan. 13-9: (domingo). Presentó escalofríos con sensación permanente de frío y temblor que siguió hasta el lunes. Fué vista el lunes por médico que diagnosticó "Psicosis" y recomendó punción lumbar. Estudiando un frotis de su sangre periférica, encontramos: vacuolas en mononucleares, células plasmáticas, granulaciones tóxicas en segmentados

neutrófilos, monocitosis acentuada. Tensión arterial: 9-7. Pulso 104. Paciente en la que llama la atención la perturbación del estado consciente. Se aprecia intranquilidad y angustia. Lenguaje obligado; contesta sin ganas. Midriasis bilateral. Hiperacusia. Tratamiento con tetraciclina. Mejoría evidente a las 24 horas. A las 48 horas, mejoría marcada, con restauración de la personalidad. Evolución: curación.

-5- Mujer de 15 años. El domingo 17 de mayo sintió a las 7 p.m. un dolor en el pecho; retroesternal. "No era muy fuerte, sino que me ahogaba". Tuvo casi inmediatamente cefalea frontal fuerte, dolor y temblor en ambas piernas y antebrazos. Oculalgia bilateral. Tuvo confusión mental y "ella decía que se le iba la mente". A las 7:30 la atendió el médico rural. Le inyectó una ampolla y le recetó gotas de Coramina. Siguió con "la misma asfixia" y fué llevada al S.S.O.; le inyectaron una ampolla y la enviaron a la casa (11:30 p.m.). El lunes 18 de mayo (10:30 a.m.): atendida por un médico particular, se le recetó Miltown (meprobamato), (tenía dolores abdominales) y se le siguió Coramina. 2:30 p.m. la atendí y le encontré cefalea, inestabilidad cervical (síndrome del vermis con flacidez muscular total: cerebelitis), verborrea. No podía levantarse porque carecía de fuerza muscular en ambos miembros inferiores. Además, "de solamente dar algunos pasos, se sentía como borracha" (ataxia dinámica). Tuvo alrededor de seis crisis de risa y llanto espasmódicos, los días lunes, martes y miér-

coles; con mejoría progresiva. Tuvo escalofríos los tres primeros días. A pesar de que eran las 3 p.m. en un día de sol fuerte en San Francisco (Maracaibo) una de las ciudades más cálidas de Venezuela, ordenó que le apagaran el ventilador porque le daba frío. "El lunes no conoció a sus amigas de colegio cuando la visitaron (agnosia visual). Hablaba mucho, cosas fuera de juicio, y cuando llegaba una persona no la conocía". No recordaba visitas hechas durante la enfermedad (amnesia episódica). El martes presentó marcada midriasis. El 23 (8 p.m.) La paciente habla perfectamente. Un examen de control revela ataxia cerebelosa moderada, arreflexia patelar bilateral, y una gran midriasis bilateral. A pesar de que tenía de frente una bujía de 40 vatios, las pupilas medían más de un centímetro de diámetro. Reflejos fotomotor y consensual: se aprecian perfectamente debido a la gran midriasis y a la inmediata respuesta. Reflejo de acomodación: No existe (signo de Argyll Robertson invertido). La enferma está mejor. Desapareció la gran ataxia encefalítica. Camina casi bien. Amnesia episódica. Insomnio. Secuelas: Disminución de la afectividad "no quiero ni a mis hermanitos". Trastorno del carácter: irascibilidad. Conducta: Rebelión, desobediencia (era lo contrario).

-6- Mujer de 14 años: 19-5: cefalea, llanto, agitación, midriasis bilateral, hiporreflexia profunda, perturbación de la conciencia. Cuadro de aparición brusca ayer en la tarde en el colegio (a partir de un disgusto

con la maestra perdió el habla). Ayer tuvo fiebre. Hoy: náuseas y vómitos. No ha orinado más desde ayer. Fotofobia. (Posteriormente hizo globo vesical con gran dolor por retención urinaria y debió ser sondeada dos veces en el Hospital Chiquinquirá; hasta que se ordenó hospitalización y se le puso sonda permanente). Después de estar cinco días hospitalizada, orinó y evacuó. Estuvo diez días hospitalizada por encefalitis severa. Diplopia, exageración de la frecuencia de las palabras (logorrea), trastornos de la coherencia (sin tener fiebre), crisis de risa y llanto. Pérdida del juicio y la conciencia. Amnesia episódica (no recordó haber ido a consulta en el S.S.O., a pesar de que habló conmigo aparentemente con lucidez, y respondió bien al interrogatorio). Examen 2-7: pupilas y reflejos normales. Estado general: bien. Convalecencia de encefalitis viral. 29-7: "se me unen las letras cuando leo". "Cuando veo la televisión, se me cansan y lloran y me duelen los ojos". "Antes tenía el genio mejor". "Ahora se pone brava de golpe". "Parece que habla demasiado todavía. Ella no hablaba tanto". Durante la enfermedad habló muchísimo: "demasiado".

-7- Hombre de 68 años. Sintiendo bien, salió en la mañana del 20 de mayo, hizo una diligencia en la Jefatura y después se sentó en el enlosado de la bodega. Entonces "me vino una estornudadera que estornudé más de veinte veces seguiditas". No se sentía engripado. Le pasó, fué a su casa y salió para la gallera a ver unas peleas. "Como al

cuarto de hora, me cayó una sueñera, me arrecosté y me quedé dormido". "Me despertaron, pa que viera la pelea. Les costó despertarme". "Cosa rara porque yo tengo el sueño muy ligero. Y nunca duermo de día". A pesar de que se había quedado porque tenía especial interés en una pelea, la vió comenzar pero no pudo verla terminar. "Me sentía un poco mal y dije: yo me voy". "Llegué muriéndome de sueño y me acosté. Me entró un escalofrío (a las 4 p.m.), quise arroparme con la hamaca y no pude, ni pude mover las piernas; estaba tieso de las piernas y brazos" (cuadriplejía). Llamó a sus hijas y les dijo que no podía soportar el escalofrío. "A poquito me dentró la fiebre" (5 p.m.). "Me arroparon. Entre dos hombres, con to y hamaca me cargaron y me pasaron pa la cama". Tenía torticollis fugaz (no podía virar la cabeza para ver al doctor). Simultáneamente tuvo cefalea lancinante bitemporal especialmente; "pero me dolía toda". Náuseas, sialorrea (tenía una palangana al lado para escupir sucesivamente). "Una saliva espesa". Tuvo leve epigastralgia, dolor en la espalda y en el oído derecho "Me dolió también una cisura de una muela que me saqué hace cinco años; nunca me había dolido". "La orina era como el ron: obscura". "Me quise atacar de la orina; me costó pa orinar". El exámen médico que le practiqué el mismo día a las 8 p.m. reveló: cefalea, náuseas, escalofrío, "mareo" (vértigo), melancolía, llanto, delirio (alucinaciones visuales), torticollis moderada, miosis bilateral, fotofobia, fiebre: 38 oC. Confusión

mental. Anestesia táctil en miembros inferiores. Cuadriplejía sintomática.

Día 21 de mayo: Mejoría. Cesó la fiebre. Pudo mover las piernas y "las sentía". Día 22 de mayo: siguió mejoría. Día 23 de mayo: lo encontré en la casa caminando. Refiere ataxia dinámica (marcha). Ataxia estática (Romberg simple, fácilmente positivo). Este fué uno de los casos en los cuales la terapéutica con tetraciclina logró una mejoría más rápida y espectacular.

-8- Mujer de 20 años. Consulta el 26 de mayo por cefalea. "Se le torcieron las manos". "Tenía ya como quince días con dolor de cabeza y de los dientes (hemidentaduras derechas superior e inferior) y del oído derecho". Tuvo crisis de llanto. El 27 de mayo habló disparates y no conocía a nadie. Tiró un vaso contra el suelo ("ella nunca hacía eso"). El 4 de junio: fiebre y escalofrío. Desde el sábado no podía caminar (una semana sin poder caminar). Insomnio. El 8 de junio: Curación. En este caso, el tratamiento con tetraciclina necesitó un lapso de trece días para lograr la curación.

-9- Mujer de 24 años. Hace tres meses: Pérdida de la vista, totalmente, durante unas tres horas. Dolor en el miembro superior izquierdo, con pérdida de la fuerza muscular, dolor en miembro inferior izquierdo. Pérdida de fuerza en todo el cuerpo. Las venas del lado izquierdo del cuello "se me pusieron infladas". El 15-5: Dolor en el brazo izquierdo. El 30-5 (día en que nos consulta): Tuvo "una especie de colapso": "frio

en los pies, calambre en la boca y en las manos, y no podía respirar". "Me dicen que y que me trabé; que apreté mucho los dientes". Dolor en ambas articulaciones témporomaxilares, en el cuello y en la nuca. Dolor en la parte superior y posterior del cráneo (cefalea parieto-occipital). Es fuerte y no desaparece con calmantes.

-10- Mujer de 15 años. El 29-5: Cefalea occipital suave, melancolía, llanto en crisis "Desde el sábado que cayó con la enfermedad, ha llorado todos los días". "Hoy lloró, pero no la vi llorar. Dice ella". Precordialgia, palpitations. "Siento que me tiembla esto de aquí" (región precordial). El sábado en la noche "se me fué el mundo y veía como una tela". Midriasis bilateral (martes 7 p.m.). Pulso: 104. Está tomando tres tabletas diarias de Ecuamil (meprobamato) de 400 mgrs., desde hace dos días; además de la tetraciclina.

-11- Mujer de 26 años. El 30 de mayo: Mareo ("se sentó en una silla y le pasó"). El 1o de junio: Dolor de vientre y menstruación, después de dos meses de amenorrea. El 3 de junio fué atendida en Lagunillas por probable aborto. El 4 de junio Galli Mainini negativo (Lagunillas) y 5 de junio (Maracaibo). El miércoles 3 de junio sintió mareos. El jueves, dos horas después del desayuno: palpitations (taquicardia paroxística), un calambre y desmayo. Mano, pies, rodillas adormecidas. "Sentía mucho calor, me tomaban la temperatura y no tenía fiebre" (hipertermia subjetiva hipotalámica). "Me da eso con una sed que quisiera beberme to el mundo de agua" (polidipsia:

Origen hipofisario hipotalámico). Desde el jueves ha tenido crisis de llanto; y "yo no sé porqué lloro". El 6 de junio: Cefalea occipital "Parece que me voy a caer" (ataxia estática). "Ahorita tengo calambre en las rodillas y los pies y las manos" (acroparestesias). La paciente está angustiada a pesar que desde el jueves está tomando 800 mgrs. diarios de Ecuamil (meprobamato). Ataxia estática (Romberg simple).

-12- Hombre de 33 años. Después de unos quince días "sintiéndose mal", el 31 de mayo: "A las once del día yo abrí el negocio y veía a veces dos palomas y a veces como dos ratas y otras veces como una iguana así larga. Y me echaban un liquido y yo sentía el líquido y eso me quemaba. Oí una voz que me dijo: ¿Hay aguardiente?. Sí hay aguardiente. ¿Quién es usted?. Soy tu papá. ¿Y que queréis conmigo, papá? . Que el negocio se te va a estallar. Yo vi la primera llama, cuando abrí la caja enfriadora. Me sali fuera, cogí los cables con las manos y los rompí todos dos. Cerré temprano. Me fui a que el suegro mio. Por to el camino sentí que me tiraban así como limones. Yo los sentía en el cuerpo. Como a las 5 (p.m.) sali pa la procesión. Llegando a la iglesia, siento que me estoy incendiando (hipertermia subjetiva hipotalámica). En eso, un carro, me le embarco y le digo: chico, llévame. En el carro me venía quitando la ropa, me venía incendiando; veía el humo que me salía por la ropa. Cuando llegué casi venía desnudo, y en el patio me acabé de quitar la

ropa. Me puse la otra ropa, de trabajar aquí. De la mata de coco del frente me tiraban los chisletes de un líquido salao. Me caía solamente a mí, como si estuviera pringandito. Me metía donde fuera y me caía el líquido. Andaba atrás de mí. Después que me cambié la ropa sentí que me estaba quemando otra vez y salí pa que mi tía. Me había quitao la camisa y llevaba un paño al cuello. Fui a la Prefectura a decir lo que me estaba pasando. Que un gato me estaba echando un líquido salao. De noche veía el gato sobre el escape. Antes de ir a la Prefectura ya me había bañao con la manguera. De la Prefectura me vine. Veía en la mata de coco una cara con un sombrero y con un tabaco. Hacía noches que me tiraban de la mata e coco taritas y unas bolitas que me pegaban en el cuerpo; pero yo no las veía caer al suelo. Sentí mucho fuego, me desnudé y me acosté en la hamaca con todo el hielo de la nevera. Sentí una voz que me decía: nos vamos mijo, nos vamos mijo. Le contesté: papá, si hace once años que te moriste y ahora es que habéis venio a bajar?. Yo soy un hombre con cinco hijos y no los puedo dejar. Después que te levanté yo tu familia, ahora no me vais a dejar levantar la mía?". "Cuando se me terminó el hielo, fui al negocio a buscar el hielo. Me traje medio molde; me acosté en la hamaca con él. Picaba hielo, lo echaba en un gorro y me lo ponía en la cabeza. Cogía una sábana, la emparamaba y me la ponía en el cuerpo. Si hubiera habio luz en el negocio, yo me meto en una de las cajas enfriado-

ras". "El domingo en la tarde vi una paloma grande verde, parada en una mata de mamón. Yo clamé: padre mio, me estoy incendiando. Me contestó: a las seis te vas, a las seis te vas. Esa paloma viene bautizada con tu nombre. Bueno papá, y esa paloma de donde la trajiste tú?. No; esa paloma no es de aquí. Es de allá del otro mundo. Un tipo se valió de mí pa pedirme que vos te murieras para casarse él con tu esposa. Como yo tenía sed, le dije: papá teneis sed?; y me dijo: tengo sed. Qué queréis? , agua?. No; quiero a Nayib. Papá, mi hijo mayor? . Más vale que me vaya yo; mas vale que me incendie yo. El me dijo que no había subió al reino del cielo (el padre se suicidó). Yo me puse a prender y apagar la luz, como una hora, pa que se fuera. El me pedía a Nayib porque "quería el ángel para subir". El lunes en el día empezó a llorar mucho. Y en la noche empezó a reir y a llorar (crisis de risa y llanto). El viernes 29 en la tarde, se le puso "la cara virada" (parálisis facial). Evolución: tratamiento: tetraciclina y meprobamato. Curación: 15 días.

-13- Mujer de 30 años. Consulta el 8 de junio. Hace 23 días siente "desvanecimiento". Hace ocho días: palpitación en el estómago", ardor en el estómago, dolor en el flanco derecho y en la espalda, y "una cosa, una debilidad, que pierdo las fuerzas". Al ingerir alimntos, siente náuseas. Cefalea occipital, "mareo" (sensaciones vertiginosas)", una frialdad en las manos y en los pies". "Hacen tres días, se me descompone el cuerpo. Me entra como una pre-

sión al corazón, me dan ganas de llorar, de gritar, así... El 5-6 " me dió una cosa, estando en una clínica particular, que casi perdí el conocimiento. Sentí calor en las manos y de golpe se me pusieron frías. Se me fueron las fuerzas. No más le ha dado una vez". "Hace días que lloro diariamente". "Me cae una tristeza y me pongo a llorar". Al principio lloraba tres o cuatro veces al día y durante media hora o un cuarto de hora cada vez. Ahora llora diez o cinco minutos". Duerme mucho desde que se me enfermó. Se levanta en la mañana a la fuerza. Al principio le provocaba solamente dormir. "A veces que me encuentro rara. Veo las cosas y es como si no las viera. Estoy como distraída. Me siento una cosa rara; como cuando uno llega a una parte que nunca ha llegado que se sorprende". El sábado tuvo "un escalofrío" de una media hora de duración. "Se me descompone el cuerpo en la mañana".

-14- Mujer de 31 años. El 9 de junio: "Me parece que me voy a morir, y me pongo a llorar. Yo no sé que me pasa". "Me parece que mis hijos se van a quedar solos". Cefalea, fiebre, escalofríos, fotofobia, parestesias, angustia. Melancolía. Me decían que yo hablaba y me reía; pero yo no sé, porque yo como que perdí el juicio (amnesia episódica). Le daban crisis de llanto. 31-7: siempre sufría de insomnio. Ahora, después de la encefalitis, le ha quedado somnolencia como secuela. Angustia. "Muchos pensamientos". "El cuerpo malo". "No tengo ganas de comer". Melancolía, llanto, pensamientos

suicidas, deseo de escape. Pérdida del sentimiento amoroso (por esposo e hijos) y del deseo sexual (era persona ávida).

-15- Mujer de 18 años. El 18 de junio a las 10 p.m.: cefalea, náuseas, "adormimiento en el cuerpo, un llanto, manos adormías. Tan pronto está llorando como se está riendo (crisis de risa y llanto); y hablando disparates. Y ha hablado mucho. No para de hablar (logorrea). Le duele la nuca". El 19-7: "Anoche lo único que le dimos fue una toma de manzanilla. Hoy en la mañana la pasó durmiendo. Le dí leche de magnesio, porque anoche dijo que le dolía el estómago. Hoy tiene mucha hambre y mucha sed. Pero le llevan la comía y no quiere comer. Después dice que la tienen muerta de hambre. Tan pronto dice tiene fiebre como dice que la arropen que tiene frío (distermia hipotalámica). Se le aduermen, se le acalambran las manos (acroparestesias), le cae el llanto y dice a llorar. Se le ponen fríos los pies y las manos. Tiene el genio malo". Examen: hidroadenitis, adenitis inguinal derecha dolorosa: ganglios pequeños y duros (alrededor de cuatro). Dolor moderado a la palpación de músculos de la nuca. Alteración de la conducta en el sentido de que interrumpe al médico y le habla en tono regañón. Dice ella que no tiene nada, por qué la trajeron. Fotofobia. Midriasis. "Tengo los ojos pesaos" (paresia palpebral). Ataxia estática (Romberg sensibilizado). Ese mismo día: "Yo oí lo que dijeron por radio. Que usted decía que había una epidemia, pero que

no lo confirmaban; yo no sé, era un disparate ahí, loco. Yo me reí y dije: no, si pa él to es epidemia. Que epidemia ni que epidemia. Yo no tengo na. Lo que tengo es que me comí unas aceitunas y me cayeron mal".

-16- Mujer de 23 años. El 22 de junio: "me dió un dolor de barriga y me caí de cabeza". "Se me iba y se me venía el coco". "Fui a despachar los muchachitos y les eché azúcar por queso". El 23-6: "Ha estado hablando disparates. Lloro, canta, se rie (crisis de risa y llanto), hace de todo. Cefalea, gastralgia. Canta: "taca, taca, ya parió la gata, cinco periquitos y una garrapata" (regreso a canciones infantiles). Cefalea fuerte, raquialgia, epigastralgia. "Ha tenío fogaje (febrícula) y fatiga (náuseas)". Fotofobia. Vértigo. Angustia. Nota: su hermana menor tuvo encefalitis tratada por nosotros hace un mes. Su mamá enfermó ayer con encefalitis.

-17- Hombre de 41 años. 22 de junio: hemiparesia. Parálisis de los músculos de la deglución. Parálisis facial. Paresia lingual. Leucocitos: 5.100. Eosinófilos: 1% segmentados neutrófilos: 40%; monocitos: 3%; linfocitos: 56%. Evolución: rápida mejoría. Hospitalización breve.

-18- Hombre de 40 años. "Calentura, dolores en los huesos y puntada (fiebre, polialgias, cefalea)". 26-6: aumentaron los síntomas. Lo atendió un médico. 28-6: más fiebre, vómitos y cefalea insoportable. Siguió empeorando y tuvo mareo, náuseas, anorexia. Cuando tiene la cefalea y la fiebre (ha tenido 40 oC)

ha delirado. "A veces que yo me canso de hablale y no hace caso. A las cansás es que viene a hacer caso" (obnubilación). La cefalea es fronto-occipital y "mueve mucho la cabeza cuando le arrecia; y no duerme". Fotofobia. Tiene flojera en el cuerpo. No puede estar sentado. "Cuerpo malo; fiebre". Fiebre fuerte (miércoles). "El viernes, cuando la esposa mía fué a pasarme de la hamaca pa la cama, me balanceó la cabeza, me se fué el mundo y me caí. No supe ni cuando me caí. Me di un golpe en la cabeza". La cefalea fronto-occipital era muy fuerte. "No me se quitaba con los calmantes". "Después no recuerdo más nada". "No recuerdo ni cuando me trajeron a su clínica ni nada (amnesia episódica). Me lo dijeron después: "Y yo veía la gente, pero no la conocía (agnosia visual)". "No sabía dónde estaba, tampoco; y me dicen que hablaba muchos disparates". "Al principio que me entró la enfermedad, veía como dos personas. Pongamos así, la hamaca, también la veía doble. Frente a mi cama está mi almanaque de "La Regional" y lo veía doble (diplopia). Eso me duró como dos días". "To me hacía estorbo por el dolor de cabeza. Cuando la gente pisaba el suelo, o cuando abrían y cerraban la nevera, eso me volvía loco el ruido" (hipercusia). "El martes en la noche vi igualito al papá de una prima mía, parao al lado de la paré (pared). Pero mi señora y que me dijo: no miijo si lo que estáis es viendo disparates. Cuando sudaba mucho, y que decía: sáquenme de estos jagüeyes". Vértigo subjetivo. Fotofobia "Cuando

abrían el portón del cuarto, me daba la luz de un bombillo amarillo del otro cuarto, y yo decía: Qúitenme esa luz de ahí". "El primer día que me dió la fiebre vomité cuatro veces". Vomitaba fácilmente: "sin arquear". Anorexia. Astenia. Melancolía. Llanto. Insomnio tres días (día y noche). A pesar de estar tomando "unas pastillitas pa dormir". Control: 11-8: "Hace cuatro días me duelen los muslos". Caso grave. Resultado terapéutico inmediato y espectacular. Recuperación lenta.

-19- Mujer de 16 años. 27 de junio: bruscamente, alrededor de las ocho de la noche "Me entró un frío en las manos y los pies; tuve que correr pa la cama porque parecía que iba a caer, y después no me di cuenta de más nada". Tuvo una hora (hasta las nueve) sin conocimiento. Durante ese lapso ella tiraba golpes a todo el que se le acercaba "y ocho hombres no podían con ella" "Le tiraba mordiscos a la gente (falsa rabia hipotalámica), pero la gente no se dejaba morder y la agarraban por la cabeza. Después de todo esto, ella no recordaba nada" (amnesia episódica). Como a las diez de la noche "ví un aparecido, un hombre como una persona, pero se me volvía distintos animales feos y yo me asustaba" (alucinaciones visuales). "A veces que lo veía así como un perro; como si botara candela por la jeta, así". Era un hombre trigueño, joven, alto y de bigotes. A veces lo veía bien; pero a veces se me volvía animales feos y me daba miedo. "Esa noche no dormimos con ella: pasó toda la noche con esos ataques". En

su vida nunca le había dado nada de eso. "Le daban a veces hasta diez veces en una noche y en el día alrededor de quince a veinte veces". "Cuando volvía del ataque estaba amarilla y quedaba boba" (epilepsia sintomática). "Como a la media hora volvía a sentirse bien". Así estuvo hasta el domingo 5-7 en que se le quitaron "los ataques" después de estar tomando los medicamentos desde el viernes tres de julio. Tratamiento básico: Clorhidrato de tetraciclina. Mejoramiento espectacular en 48 horas.

Ahora tiene algo de mareo y cefalea. Ella sabía cuando le iban a dar los ataques "porque se me ponían las manos frías y los pies". "A ella le daba el ataque como si tuviera rabia y queriendo peltar con la pared y con todo; brincaba como una lisa. La acostábamos en la cama y daba brincos y caía en la cama". "Hace ocho días, estando sentada, le dió una cosa, corrió para la cama y dijo a pelear y a caerse a mordiscos ella y a los que la tenían. Ocho hombres no podían con ella. No pierde el conocimiento. Dice que siente un frío en las manos y en los pies, orina y luego le dan las convulsiones (epilepsia). Dice que ve un hombre que le dice que se la va a llevar. La llama. Ella dice que el hombre está sobre el suelo (sin pisar) y le dice que se la va a llevar porque tiene que cumplir lo que otro le dijo. Que a él lo mandaron".

-20- Mujer de 39 años. 1o de julio: náuseas, gastralgia. Llanto a gritos, "sin ninguna razón". "Lloré a gritos". Lloré tanto, que eso se llenó de vecindario". "Eran unas ganas de llorar que no las podía aguantar".

"Después del llanto me dió mareo, dolor de cabeza (fronto occipital), y una flojera en todo el cuerpo" (hipotonía muscular). Tuvo angina rebelde hace quince días. Actualmente: Ataxia cerebelosa moderada. Puesta a mirar la luz de la ventana, se le llenaron los ojos de lágrimas (fotofobia).

-21- Mujer de 22 años. 12-7 domingo a las 7 a.m.: "calentura, temblor, frío. Las uñas se me pusieron moradas. Dolor en la cabeza, (frente) y el cerebro (occipucio). Mal de orinas ("no podía orinar: y si orinaba eran goticas y después me entraba un dolor"). Me dolían las tripas. Todos los huesos por dentro. Se me adormió una pierna y un brazo (lado izquierdo)". "Este lao de aquí; eso no sentía nadita. Lo tenía tieso", Vomitó dos veces. Náuseas. "La puntá e cabeza era fuerte y no podía abrir los ojos (parálisis palpebral fugaz). Tenía los ojos tiesos (paresia de musculatura extrínseca ocular). La cabeza se me empezó a poner grandísima (me parece). Me daba vueltas la cabeza (vértigo). Me dijeron que me puse a llorar. Los muchachos me estaban haciendo burla hoy (14-7). Pero yo no me acuerdo (amnesia episódica). Y que estaba llamando a nadie, tampoco me acuerdo "Dicen que llamaba a mi marido y a mi cuñada. Lloró como media hora "a gritos". Yo la estaba regañando que se dejara de eso (dice la mamá)". "Llamaba a los tíos y decía que la iban a dejar morir". (La paciente no recuerda nada de esto, ni del llanto), Lloró como media hora. Después que lloraba, entonces se reía (crisis de risa y llanto). No conocía a nadie. Ni a su propia

madre (agnosia visual). "A veces que quería abrir los ojos y no podía. Con los deos míos me abría los ojos". "Veía la gente y no la conocía. El domingo ví a mi cuñado parado frente a la cama; pero lo ví doble (diplopia). La lengua la tenía adormía, enredada, no hablaba bien; y las quijás, también las tenía tiesas". "Todo el lado izquierdo de la cara, lo tenía adormió". "No podía pararme del mareo que tenía". "Se me iba la vista". "Yo no hacía caso de nada. Sentía la gente que hablaba pero no entendía nada" (afasia sensorial). Fué llevada al hospital el 12-7 (11 a.m.). En el camino iba "hablando disparates" pero no recuerda haber ido al hospital. El 13-7: volvió a tener fiebre, frío y vómitos con dolor de cabeza y temblor en todo el cuerpo. No podía hablar por el temblor. Fué llevada a una clínica particular. "El domingo estuvo loca". El lunes 13 se agravó. Vómitos, fiebre y frío otra vez. "Volvió a desconocer a la gente. Ni hacía caso del muchachito (hijo de dos meses).

La cuñada le preguntaba que si era el muchachito de ella y contestaba que no". "Parecía que el muchachito no era nada mío y lo veía grandísimo". Los días 12 y 13 de julio: "Con los ojos trancaos veía arañas y taritas; veía volando cosas en el aire" (alucinaciones visuales). "Veía gente en el aire con alas grandes. Se me paraban y veía como si estuvieran comiendo humo. Cuando abría los ojos veía taritas en el aire". Fotofobia. No ha tenido gripe.

-22- Mujer de 41 años. 13 de julio: menstruación. El 14-7: escalofrío, fiebre. Desapareció la regla en la mañana (nunca le había ocurri-

do). En la tarde volvió la regla. Disuria. "Se me paraba el pelo de las piernas y orinaba cada cinco minutos", sin dolor. "El miércoles se fué la regla y el jueves volvió otro poquito en la tarde. No volvió luego". "Tenía una confusión; yo lo veía a usted aquí y sabía que era usted, pero creía que estaba esperando todavía porque usted no era usted". La paciente hizo un estado de agitación y de angustia. Se quejaba de "una cosa en el estómago que yo no sé que es; no es dolor, es un desespero, es horrible; yo no grito porque así es. Es como si me estuvieran desgarrando, como si me estuvieran abriendo el estómago, sin dolor". Yo no puedo explicarlo cómo es. Usted sabrá". (Estas manifestaciones viscerales patológicas, pueden ser relacionadas con la incitación determinada por el proceso encefalítico, a nivel de estructuras neurovegetativas centrales: corteza, hipotálamo). El 18-7: cefalea, fiebre, mareos, confusión mental. Anorexia, astenia, sensación de "angustia en el estómago". Ha perdido del martes 14-7 al viernes 17-7 tres kilogramos y medio de peso" (hipotálamo).

-23- Mujer de 26 años. El 8 de febrero dió a luz (parto gemelar). A las 6 a.m. empezó cefalea fuerte. Se trató en el hospital Quirúrgico. El 11-2 salió para su casa. A la semana de estar en la casa, tuvo cefalea fuerte "todos los días". "Veía como nubes. Miraba a la gente y no la conocía (agnosia visual). Dicen que me daban fiebres". "Tenía mala la memoria. Yo podía conversar una cosa y no sabía lo que estaba con-

versando". "Lloraba del dolor de cabeza. Me entraba con un desespero y lloraba. Me acuerdo del dolor y me da miedo. No me da miedo tener un niño como ese dolor de cabeza". "Me desvelaba; no me entraba sueño (insomnio). Me pusieron Ecuamil y Trilafón porque me daban nervios. Todavía no puedo caminar sola en la calle porque los carros parece que me van a matar. Yo no era así". Desde el 13-7: "tengo muchas ganas de dormir. Me disgusta cuando me llaman en la mañana". Ya no está tomando calmantes. "Me molestaba la luz y el resplandor en los ojos". "En el hospital vomité "y, cuando estaba en su domicilio vomitó del dolor de cabeza". "Mantenia fatiga (náuseas) y no tenía apetito". "Cuando me daba el dolor de cabeza hablaba disparates y yo no recordaba lo que decía" (amnesia episódica). Tiene muy mala memoria. "Antes la tenía mejor". HIPERESTESIA: "En la cabeza, hasta cuando me llega el viento "me hostiga" (me molesta). "Me molestaba mucho cuando me pasaban el peine por la cabeza, y tuvieron que pelarme, porque yo no me dejaba peinar". "He quedado así. Usted sabe que la persona cuando tiene la mente buena, sabe qué hora es y yo a veces que son las once de la mañana y creo que son las siete. Hay veces que no sé en qué día ando". "Yo antes sabía bien to eso" "Me llevaron a que una espiritista y dijo que ella no curaba eso; que buscaran un doctor especialista en la cabeza". "Eso que me dió en la cabeza no me había dao nunca en la vida". "Tenía la cabeza tan confun-

día. Así me mantengo. To es gorogoro. De pronto me acuerdo de to junto; y de pronto se me va to". Confundía es que tengo yo la cabeza". "Todo mi cuerpo iba bien pa caminar, pero la cosa estaba aquí en la mente, y no podía caminar bien". "Yo decía, bueno qué tengo yo?; parece que no soy yo (esquizofrenia sintomática). Yo sé que soy yo por mi cuerpo. Pero en la mente me habla rara; y a la vez me ponía afligida". "Cuando tenía dolor de cabeza, todo me molestaba. Hasta que me hablaran y hasta el mismo llanto de los niñitos". "Yo no tengo fuerza y cuando me da rabia, saco fuerzas y se ven apuraos. El mismo marido mío, llama gente porque le agarro la camisa y lo rompo. Saco fuerzas como las locas". "Eso sí, después quedo temblando". "Me da una ira, una soberbia, que deseara coger la gente y molela (crisis de rabia: hipotálamo). En ese momento no me dan nervios, pero después me dan nervios". "Cuando me da eso, sí me acuerdan, me acuerdo de algo; si no, no me acuerdo" (amnesia episódica). Paciente que parece sumamente débil y anémica. Mide 1.50. Pesa 36.500. Antes pesaba 49-50 kilos. "Yo estuve más mal fué en febrero y marzo". El niño se le murió en julio. "Murió de nervios e intoxicación". "Cuando el dolor de cabeza era fuerte, me daban cuatro pastillas juntas de Cafergot, y se me aliviaba al rato". Menstruación: "El 12-7: tenía 9 días de regla. Ahora el 9-8 me vino otra vez (trastorno neuroendocrino). Dolor en la parte posterior de la dentadura inferior derecha. Dolor que se irradia a oído derecho y a la cabeza,

actualmente; antes no. Terapéutica empleada tardíamente. Recuperación lenta.

-24- Hombre de 35 años. El 24 de julio: tomó cerveza todo el día. Se emborrachó. Vomitó bastante. El 25-7: pasó el día "enratonado". En la noche se sintió mal y "se vino a acostar". El 26-7 (domingo): tuvo diarrea con enterohemorragia (quince evacuaciones) y vómitos. "Ese domingo amaneció con todo el cuerpo hinchado y con ronchas por donde quiera; que parecía intoxicado". "Me dolían los pies. Se me hacían como nudos, como boliches, en los pies". Tuvo cefalea fuerte y fotofobia marcada. ("hasta la fecha 4-8) no quiere claridad de noche") ataxia dinámica. "Tenía que agarrarme, porque parecía que me iba a caer". Se me ponían los ojos tiesos y no los podía mover bien" (paresia oculomotora extrínseca). El 27-7: (lunes) tuvo fiebre alta que a veces le bajaba; con escalofríos. Le duró hasta el miércoles. Sigue empeorando hasta el 30-7. El 31-7: visto en una clínica. Estuvo sin orinar desde el domingo 26-7, al viernes 31-7. Orinó otra vez el sábado, 24 horas después de iniciado el tratamiento antiencefalítico (tetraciclina) y sin diuréticos. "No podía abrir bien la boca; la tenía como prendida" (trismus). Estaba en un marcado estado de letargia y tenía "una bobazón". Sialorrea; con saliva espesa. Tuvo raquialgia desde el 28-7 hasta el 1-8 "Se me ha ido quitando así". "El decía algunas cosas y después no se acordaba". "El jueves pidió el sacerdote", dijo: "porque puedo amanecer peor". Al día

siguiente no recordaba nada de eso (amnesia episódica). "En esos días no podía mirar bien; parecía que se me ponían los ojos tiesos". El 3-8: leyó bien. Pero al preguntarle inmediatamente después, dijo: no recuerdo bien lo que leí. El 3-8 (12 p.m.) hasta las (12 m.) tuvo hipo fuerte "sin descansar". "No lo dejó dormir anoche". Hoy a las 5 p.m. tiene menos hipo. El 4-8 (10:30 a.m.) tiene trece contracciones diafragmáticas por minuto (3 días con hipo). Los familiares dicen que ya casi no tiene. Que al principio era mucho más del doble en frecuencia.

-25- Hombre de 37 años. 25 de julio: consultó anoche de emergencia. Cefalea fortísima anoche (la tiene desde hace cuatro días). Fiebre leve ahora (37 oC). Ha tenido fiebre fuerte y escalofrío, dolores en los huesos, tos, mareo, náuseas, vómitos. Zona frontal derecha francamente enrojecida (vasodilatación). Miosis bilateral. Anorexia. Somnolencia; pero no duerme por la cefalea. Mala memoria (hace seis meses). "No puedo conversar detenidamente. Se me va la idea. No puedo coordinar, pues, la conversación".

-26- Mujer de 37 años. 10 de agosto (Perijá). Hace un mes (1-7): cefalea, epigastralgia; "una decadencia; una cosa así en el estómago". La cefalea es occipital, muy fuerte. "Me volvía, pero es decir". Se le atenuaba con los calmantes, pero no se le quitaba con nada. Fue recetada por un colega en Perijá. "Me daba vueltas como la cabeza" (vértigo subjetivo). Náuseas, anorexia, "no puedo caminar bien; me tiem-

blan así como las piernas". Se sentía como cansada. "Caminaba como si estuviera borracha" (todavía no camina bien). Ataxia cinética. "Mantendría una palpitación en el corazón; así como si estuviera muy cansá. Ella dormía muy bien antes de enfermarse. Después, dormía "por ratos". "Dormía una hora y despertaba y dormía otra hora y despertaba y dormía otra hora y volvía a despertar, y así". Aún persiste el insomnio. A los tres días de tratamiento con tetraciclina, sintió mejoría. Desaparecieron la cefalea y las palpitaciones. Nunca había sufrido de cefalea, mareos, ni insomnio, ni tiene gripe.

-27- Mujer de 15 años. 12-8: cefalea, náuseas, fotofobia. Acroparestesias. "Ha perdido la fuerza. No puede ni con un vaso en las manos para tomar agua". "Le dan ganas de llorar y llora a gritos. Ayer en el mediodía se rió mucho. Se reía a carcajadas". Ha tenido fiebre alta. Fué llevada al Hospital Chiquinquirá en la noche. Le dijeron que era apendicitis. Tenía epigastralgia, cefalea, oculalgia. Que si seguía el dolor la llevaran a operar. 13-8: 8 a.m. hospital Central. "le dijeron que era un dolor cólico", "Que si no se le quitaba la llevaran para operarla porque podía ser el apéndice". 14-8: 5 p.m. otra vez al hospital Chiquinquirá. Tenía dolor abdominal y dolor de cabeza fuerte. "Eso la mata mucho". Dijo el doctor: "Esa muchacha lo que tiene son nervios". "No la examinó siquiera. Nos gritó. Ese doctor estaba bravo". A las 10 p.m. siguió con dolor abdominal, cefalea y fiebre y la llevaron a mi consulto-

rio. Ayer cuando le daba el dolor de cabeza y en el estómago, perdía el juicio y no atendía". "Le hablábamos cualquier cosa y nos decía disparates y no nos hacía caso". "Ayer habló bastante. Más de lo que hablaba ella. Hablaba disparates y comenzaba a reirse". "Desde el miércoles que está enferma, pasa el día adormecida". Faringitis leve. La fotofobia es marcada. "No puede mirar hacia la ventana, por la claridad". Ayer a las 3:30 p.m "Le dió como un ataque". "Se dobló por el dolor de estómago, y luego fué pa tras, sacó la lengua, viró los ojos y quedó como muerta" (epilepsia sintomática). "Estaba sentada en la hamaca y cayó en la hamaca. Tuvo como cinco minutos sin conocimiento y luego empezó a llorar llamando a su madre". "Ella dice que tiene una cosa en la cabeza, que tiene la cabeza pesada, que no sabe lo que tiene, que le quiten eso". "Las ganas que tengo es de morirme o de matarme"; ha dicho cuando le da el dolor.

-28- Hombre de 16 años. 20-8 : cefalea, fiebre. "Pa mirar tengo que hacer así (gira cuerpo, cuello y cabeza, torticolis), porque me duelen los ojos al moverlos". "Me dió muy fuerte el dolor de cabeza; nunca me había dolido así (no sufre de dolores de cabeza)". "Me dió antenoche y ni ayer ni hoy puede trabajar" No ha sentido gripe. "Anoche se me fué el juicio de la puntá (cefalea) que tenía. Tenían que agarrarme (sostenerme) y to (todo). Me paré dormío". "Y que me puse a gritar y a chiflar (especie de silbido que usan los jóvenes para llamarse a distancia), me dijeron en

casa". El movimiento horizontal conjugado es doloroso. No refiere fotofobia ni nada más.

29- Mujer de 13 años. Antecedentes: "En el mes de mayo le dió una asfixia y una puntada al cerebro. La llevamos al hospital y le pusieron oxígeno y le pasó". 3-9 (jueves): gastralgia y convulsiones. 4-9: le dieron siete convulsiones (epilepsia sintomática). 5-9: le dieron seis. 6-9: hoy lleva cuatro. Ha tenido cefalea fronto bitemporal, fotofobia moderada, diplopia ("el reloj tiene cuatro agujas; veo dos personas"). Alucinaciones: "dice que vean una cosa y no hay nada". Mareos ("dice que está mariada").

Anorexia. Acroparestesias. Los pies se le ponen fríos. Insomnio. Crisis de risa y llanto "Habla mucho. Pelea. A veces que le entra rabia y dice a pelear". "Pone los ojos hacia arriba después del ataque". Cefalea sostenida, durante cuatro meses, antes de hacer la crisis encefalítica. Amnesia episódica: no recuerda lo que le ocurrió. Ni siquiera la diplopia ("hablaba conmigo y me decía que el reloj tenía cuatro agujas"). Alucinaciones: decía que vieran una persona que estaba "ahí", y uno miraba y no había nadie". Ataxia: imposibilidad de sentarse en el lecho y de mantener la cabeza, por hipotonía cervical: ataxia cerebelosa; síndrome del vermis (cerebelitis).

-30- Mujer de 13 años. Su mamá tuvo encefalitis epidémica en mayo.

24-9: me informa el padre que la niña bruscamente "se ha puesto a reir y a cantar y después se pone a llorar a gritos". "Está loca" (demen-

cia intraencefálica). "dice disparates". 25-9: paciente que presenta convulsiones (epilepsia sintomática) desde hace una semana (5 aproximadamente). Vista dos veces en el hospital y en el Seguro Social, presentó ataques en nuestra clínica, con caracteres de narcolepsia. Presenta después del ataque, hipotonía muscular con arreflexia patelar y exageración del reflejo bicipital derecho. Midriasis bilateral. Estado de letargia. Con anterioridad la paciente sintió la cabeza pesada; que le daba vueltas. Cefalea hemilateral izquierda fuerte que irradia a los ojos impidiéndole abrirlos. Presentó crisis de llanto y risa. Ambliopía. Camina tirando las piernas. Come y bebe con glotonería. Duerme mucho (antes de ser vista por nosotros). Posteriormente le repitió el ataque por cuatro o cinco veces (menos intenso). Ha ido perdiendo el apetito. Presenta insomnio y los hipnóticos casi no le hacen efecto. Las crisis de llanto y risa son más fuertes. Le ha quedado un temblor "que no puede coger cuchara", con flojera (hipotonía muscular). La cabeza le da vueltas (vértigo) y tiene pesadez. Cefalea, náuseas, convulsiones tónico-clónicas, narcolepsia (en la clínica estuvo durante 20 minutos con una crisis narcoléptica). Ha tenido mareos "El viernes 18 tuvimos que cargarla, porque andaba como rascada" (ataxia dinámica). Estreñimiento. Gran midriasis bilateral. Tensión arterial: 9-4. Pulso: 72. En el momento de las convulsiones adoptó postura en opistótonos y los músculos de la nuca estaban espásticos. Ha sido

llevada cuatro veces a Centros de Emergencia (2 al hospital Chiquinquirá y dos al S.S.O.). Poliuria, polidipsia, bulimia (diabetes insípida sintomática, síndrome hipotalámico), arreflexia patelar bilateral. 6-11: signo de Argyll Robertson invertido. Fotofobia. Disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo.

-31- Hombre de 15 años. "Ataques" o "convulsiones" (epilepsia sintomática), somnolencia, imágenes oníricas anormales. "Peso en nuca". Crisis de risa y llanto. En nueve días de enfermedad, ha rebajado nueve kilos de peso (de 54 a 45 kilos). Viernes 9-10 a sábado 17-10: (pérdida de peso de origen hipotalámico). Dos familiares, que habitan en su misma casa, han tenido también encefalitis.

-32- Mujer de 13 años. 12-11: cefalea, fiebre, vómitos, anorexia. Dificultad para la deglución (disfagia), y la comida se le devuelve por la nariz (lesión de la neurona motriz inferior del décimo par craneano). Trastornos de la motilidad, movimientos extrapiramidales (corea aguda sintomática). Fotofobia. Crisis de risa y llanto. Tendencia a morder (falsa rabia). Erupción en la cara, que apareció una semana antes de la sintomatología general. Tensión arterial: 12-6. Pulso: 108. Midriasis, frialdad de las extremidades (acrohípotermia). Vaso constricción periférica. Aumento de la sudoración.

-33- Niña de 14 meses. 22-11: cefalea occipital probablemente (la niña se toca la cabeza con sus manos), hipotonía muscular, reflejos patelares normales, estrabismo ex-

terno ojo derecho (parálisis del III par craneano), fiebre, vómito, estreñimiento. Somnolencia marcada ("tres días sin abrir los ojos, dormida").

-34- Mujer de 18 años. 27-11 : cefalea frontal fuerte permanente desde hace quince días. Crisis vespertinas. Oculalgia bilateral espontánea y provocada. Fotofobia moderada. Adenitis inguinal bilateral y cervical posterior bilateral. Ganglios de moderado tamaño, de consistencia mediana, dolorosos a la palpación. Anorexia, náuseas y vómitos, hoy en la tarde solamente. Fiebre elevada hace cinco días. Por primera vez en su vida se le adelantó la menstruación seis días. Por primera vez también ha estado tres días seguidos sin evacuar (estreñimiento sintomático). Tiene marcada astenia, decaimiento. Y sin embargo, está ahora inquieta. Su tío dice: "Qué le pasará, que está distinta". Dice que tiene los ojos pesados y constantemente los tiene cerrados (paresia palpebral); pero dice que no tiene somnolencia. Se queja de insomnio. Siempre ha dormido muy bien. Tiene tres días que duerme muy mal. "Anoche fué una noche que no durmió nada". Anisocoria (midriasis derecha). Hiperreflexia patelar bilateral. Tos seca nocturna desde hace ocho días. Sin gripe. Tensión arterial: 8-4. Pulso: 112.

-35- Hombre de 13 años. 20-12: cefalea frontal, náuseas, vómitos, anorexia, fiebre leve, crisis de llanto. Alucinaciones visuales. "Dice que se le va la vista" (amaurosis fugaz). "Está como lelo". "Lo llaman los mu-

chachos a jugar y se pega a la carrera y se mete en la hamaca" (miedo). Midriasis bilateral. Enfermó hace una semana.

-36- Mujer de 53 años. 11-8: de manera brusca, le apareció la siguiente sintomatología: confusión mental, alucinaciones: "veía muchas negritas. Y muchas rajadas de leña. Ví una ruma. Las rajadas de leña como represas". Angustia, crisis de risa y llanto. Cantaba versos. Logorrea, perdió el juicio. "se quería pegar a la carrera". "Eso me dentaba. Eso no está en mí" (fuga: irritación de corteza motriz piramidal).

-37- Mujer de 24 años: Cefalea, fiebre, anorexia. Melancolía y llora mucho (siempre ha sido llorona). "Ayer se quedó como lela; como boba" (obnubilación). "Estaba así como demente. No atendía a nada". Se "desmayó" ayer en la mañana. No perdió el conocimiento. Sudoración, palidez y frialdad en la cara y en los brazos.

-38- Mujer: otalgia, fiebre y escalofríos, cefalea, anorexia, mareo, náuseas. Insomnio ahora. Polialgias. "Estoy como oprimida; no puedo tomar respiración" (disnea). No ha sufrido de asma. Dice que ha estado como engripada, porque estornudó mucho; pero que no bota catarro.

-39- Mujer de 18 años. Logorrea, narcolepsia, amnesia episódica. No reconoce a sus familiares (agnosia visual). Dice: "Traiganme a mamacita; y la tiene al lado". Repite: "¿Quiénes son ustedes; qué me van hacer?. Llevenme de aquí". Repite: "Yo me voy a matar, déjenme sola, no me

toquen. No; yo no me voy a matar". Tuvo miosis. "Anoche estaba con nosotros en la sala, estaba haciendo el amor con su novio, y de pronto se lo quedó mirando y le dijo: yo me voy a matar; me voy a matar. Empezó a preguntar por su madre y su padre. Estábamos todos en la sala; y no nos conocía. Ni siquiera a su madre y a su padre que estaban al lado". Hoy dice: "Tráiganme a mamacita". Su mamá le responde: "Aquí estoy"; y la paciente dice: "Vos no sois mi madre. Quienes son ustedes?". Tensión arterial: 11-7. Pulso: 120.

-40- Mujer de 23 años: cefalea, náuseas, vómitos, anorexia, mareo. "Tengo que caminar arreguindá, porque me caigo" (ataxia cinética). Me da un cansancio que me ahogo (disnea). Melancolía, llanto. Fiebre fuerte. Vértigos. Midriasis bilateral marcada.

Tratamiento.- En todos los pacientes que me consultaron, se inició inmediatamente el tratamiento con tetraciclina. Salvo en los casos en que por tratarse de mejorías espectaculares se hace mención particular en la historia clínica de la relación entre evolución y terapéutica, en general se utilizó el siguiente esquema de tratamiento: clorhidrato de tetraciclina, una ampolla intraglótea de 250 mgrs., con intervalo de 24 horas, y por dos ocasiones solamente. En casos severos: una ampolla cada 12 horas o cada 6 horas (con total de 2 generalmente). Simultáneamente se administraban 2 grs. diarios de clorhidrato de tetraciclina en cápsulas de 250 mgrs. (2 cada 6 horas) por 5 a 10 días en casos severos y solamente 1 gr. diario en los

casos moderados. En los casos menos severos se utilizaba solamente la vía oral. En algunas ocasiones se prolongó el tratamiento hasta 15 días, según la evolución de los pacientes; pero en la última semana no se dió sino 1 gr. diariamente.

Esto se acompañó siempre de cantidades considerables de complejo B (Levadura de Cerveza): dos tabletas para cada cápsula de tetraciclina, durante el tratamiento. Además de la terapéutica con clorhidrato de tetraciclina, que nosotros consideramos específica, aplicamos la medicación sintomática pertinente: antiespasmódicos, tranquilizantes, antiipréticos, analgésicos, antiepilepticos, sedantes.

RESULTADOS

Los resultados de la enumeración de síntomas y signos, como en todo estudio clínico, son relativos. Cuando decimos, por ejemplo, que hubo pérdida de la atención en tres casos (5%), estamos señalando solamente los casos en los cuales ese trastorno fue muy marcado y se hizo especialmente evidente. Sabemos que hubo más casos en los cuales existieron alteraciones de la atención, pero en grado menos apreciable. Cuando hablamos de logorrea nos referimos solamente a los pacientes en los cuales la exageración del lenguaje verbal era verdaderamente extraordinaria. La relatividad del juicio clínico se extiende a muchas otras manifestaciones. Hablamos de estreñimiento, por ejemplo, solamente cuando, para el paciente

o sus familiares, se había presentado una gran diferencia entre la frecuencia eliminatoria habitual en el paciente, y la marcada disminución, consecuencia de la enfermedad. Hubo casos en los cuales, el clínico estaba autorizado para sospechar la existencia de una verdadera paresia intestinal debida a lesiones neurológicas superiores.

No a todos los pacientes se les hizo un examen neurológico minucioso. De manera que, en general, lo que dejamos señalado es lo que fué fácilmente evidenciable. Pueden haberse nos pasado por alto muchas alteraciones que se hubieran podido hallar en un examen más detenido que el que practicamos en las circunstancias apremiantes de la epidemia, casi siempre en el domicilio de los enfermos y, a veces, en condiciones que no permitían la colaboración del paciente, debido a la misma enfermedad. Creemos que nuestras historias tienen el valor clínico que representa el hecho de recoger lo que es frecuente y evidente y, por tanto, dan una imagen de como se presenta realmente el paciente que padece encefalitis epidémica.

El procesamiento de los datos de estos pacientes, nos permite hablar de varios grupos de manifestaciones clínicas en cuanto a frecuencia. Haremos, arbitrariamente tres grandes grupos: uno formado por los síntomas y signos que estuvieron presentes en 25% o más de los pacientes; otro, formado por los que lograron una frecuencia comprendido entre < 25 y 10% y, finalmente, el grupo constituido por las manifestaciones que estu-

vieron presentes en menos del 10% de los casos. Ver Tablas I y II.

Hiperglucorraquia. Un hecho significativo, que deseamos enfocar especialmente, es el referente a la hiperglucorraquia. Solamente en seis pacientes hospitalizados con el diagnóstico de encefalitis, que no fueron atendidos por nosotros, y que no forman parte de la casuística que estamos presentando, se hizo la determinación en el líquido cefalorraquídeo. Todos dieron hiperglucorraquia y todos, además, presentaron una cifra de glucosa en cefalorraquídeo, superior a la glucemia. Basta decir que, mientras que el promedio de glucemia fué de 1 gr. o/oo, el de glucorraquia fué de 1.20 grs. o/oo. Se encontró una correlación positiva de 0.82 entre las cifras de glucemia y glucorraquia. Las cifras en general, dan estos resultados: glucemia: 1 ± 0.10 grs. o/oo; glucorraquia: 1.20 ± 0.26 grs. o/oo. A tres pacientes se les inyectó al ingreso suero glucofisiológico (i.v.); a otro, se le inyectó además suero glucosado hipertónico. Debe tomarse esto en cuenta al evaluar la glucorraquia.

De todas maneras es importante señalar, no solamente la hiperglucorraquia, sino también el hecho de que en todos los casos la glucorraquia estuvo más elevada que la glucemia. Sólo en una ocasión (0.81) la glucorraquia estuvo por debajo de 1gr. o/oo.

Tratamiento. En los 40 casos tratados por nosotros con tetraciclina, no hubo ninguna defunción, y desconocemos secuelas de impor-

TABLA I
MANIFESTACIONES CLINICAS

95% a 25%		<25% a 10%	
Cefalea	95%	Apatía- astenia	22%
Risa y/o llanto	80%	Pérdida del conocimiento y/o colapso	22%
Fiebre y/o escalofrío	55%	Gastralgia o epigastralgia	20%
Trastornos del sueño	52%	Taquicardia y/o palpitaciones	20%
Náuseas y/o vómitos	50%	Alucinaciones visuales	17%
Demencia	45%	Acrohipotermia	17%
Vértigo y/o mareos	42%	Epilepsia	15%
Fotofobia	37%	Miedo	12%
Trastornos de la conducta	37%	Mialgias-polialgias	12%
Amnesia	35%	Rabia (crisis)	12%
Trastornos del lenguaje (logorrea, incoherencia, afasia, mutismo)	35%	Disnea	12%
Anorexia	32%	Parestesias	12%
Confusión mental	30%	Diploplia	12%
Angustia	27%	Enteralgia	10%
Parálisis fugaz y/o parestia	27%	Agtación	10%
Miđriasis	25%	Hipotonía muscular	10%
Melancolía (depresión)	25%	Estreñimiento	10%
Ataxia	25%	Otalgia	10%
		Temblores	10%

TABLA II
MANIFESTACIONES CLINICAS

<10%		
7% (3 casos)	5% (2 casos)	2% (1 caso)
Amaturosis	Ambliopía	Cuadriplegia fugaz
Crisis de canto	Atención disminuida	Estrabismo
Afasia	Bradipsiquia	Corea aguda
Apraxia	Delirio	Dolor braquial
Bulimia	Disfagia	Dolor palatino
Disuria	Gran tendencia a mentir	Crisis de estornudos
Fonofobia	Hipoafectividad	Crisis de hipo
Hipertemia subjetiva	Diabetes insípida sintomática	Inversión del ritmo vigilia-sueño
Caida brusca	Hemiparesia	Ilusiones visuales
Deseo de fuga	Hiperestesia	Aumento del apetito
	Hiporreflexia	
	Hiperreflexia	
	Miosis	
	Signo de Argyll-Robertson invertido	

tancia, 15 años después de la epidemia. Solamente algunos notan que, después de la enfermedad, son más "nerviosos".

En los 7 casos internados en un hospital de Maracaibo con diagnóstico clínico de encefalitis en la misma época, y que no fueron atendidos por nosotros, hubo tres defunciones; lo que equivale a un 42%. En todos los casos se trató de adultos.

DISCUSION

En la época en que describimos esta epidemia (1959) había en Venezuela gran dificultad para estudiar enfermedades virales de este tipo, porque el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, aún no tenía las posibilidades técnicas de confirmar una epidemia de encefalitis venezolana.

Aunque clínicamente no pueden albergarse dudas acerca de que se trató de una epidemia de encefalitis viral ocasionada por un virus neurotrofo, no podremos nunca saber con absoluta seguridad, si se trató de encefalitis venezolana, o dengue, o San Luis, (poco probable); ni tampoco podremos saber, aunque lo suponemos, si fué el mismo agente viral el que ocasionó las manifestaciones clínicas de todos estos pacientes.

Queda la comparación entre algunas características de encefalitis epidémicas descritas entre nosotros, y las manifestaciones clínicas de nuestros pacientes.

En 1955 describimos nosotros varios casos de encefalitis durante

una epidemia de mononucleosis infecciosa (14). Algunos autores dan importancia a la localización geográfica del área endémica (5). Solamente por esta razón, porque hay un antecedente histórico-epidémico, entramos a considerar la posibilidad de las formas neurológicas de esta enfermedad. La ausencia de adenitis y la morfología sanguínea, permiten descartar la posibilidad de mononucleosis infecciosa. No se encontraron con frecuencia, ni las células plasmáticas linfoides ni los elementos linfomonocíticos ni la eosinofilia (19) ni la gran cantidad de linfocitos atípicos (18) característicos de esta enfermedad.

En cuanto a la encefalitis de San Luis, algunos autores (10) refieren: rigidez de nuca, signo de Kernig, parálisis raras (espásticas), hiperreflexia profunda, estreñimiento. Puede haber bradicardia y la glucorraquia es normal. En nuestros casos ni la rigidez de nuca ni el signo de Kernig fueron frecuentes; las parálisis fueron raras, pero flácidas en todos los casos. La hiperreflexia profunda se presentó en un 5% de los pacientes, el estreñimiento en un 10% y en vez de haber bradicardia había taquicardia (20%), por otra parte, frente a la glucorraquia normal reportada por el autor mencionado, se encontró hiperglucorraquia en el 100% de los pacientes hospitalizados a quienes se les estudió (casos no atendidos por nosotros). Algunos autores (5) reportan del 5 al 30% de mortalidad para la encefalitis de San Luis. Evidentemente, en nuestro caso fué menor.

Aunque el hecho de que nosotros utilizamos terapéutica antibiótica, puede explicar en parte nuestra ausencia de mortalidad.

A pesar de que discutimos la posibilidad de un diagnóstico diferencial con mononucleosis infecciosa y encefalitis de San Luis, opinamos que realmente sólo hay dos cosas en las que puede pensarse: dengue y encefalitis venezolana.

El diagnóstico del dengue, no puede ser descartado a priori, debido a que en algunas oportunidades han habido brotes de esta enfermedad en esta región.

Algunos autores (31) hablan de grandes artralgias, bradicardia, adenopatías cervicales, epitrocleares e inguinales en la mayoría de los casos (hasta en un 75% de los pacientes), erupción escarlatiniforme, prurito intenso a veces, descamación frecuente. En vez de bradicardia encontramos taquicardia y palpitations (20% de los casos). Prácticamente, de erupción escarlatiniforme, prurito intenso y descamación, y adenopatías frecuentes, no tuvimos evidencia. En cambio, en el dengue, existen adenopatías en el 75% de los casos. El mismo autor (31) habla de alteraciones tóxicas o degenerativas, vacuolización citoplasmática, picnosis y fragmentación nuclear, en los leucocitos polinucleares de la sangre periférica. Nosotros hemos encontrado principalmente, en nuestros casos, vacuolización en los monocitos (15, 22). Posteriormente hablamos de cifras bajas de leucocitos en una epidemia de encefalitis venezolana (23);

y de linfocitopenia (20). También describimos en esta enfermedad, el incremento de restos leucocitarios en la sangre periférica (26). Además, se habla en el dengue de raquialgia lumbar, postración grave, dolores agudos y algias intensas en miembros superiores y articulaciones (31), exantema facial macular rosado pálido, con fiebre de 2 a 4 días con rápida defervescencia (con remisión de 24 horas), euforia afebril, segundo gancho febril menor (en silla de montar). En nuestros casos la postración grave fué frecuente, los dolores agudos no tanto, el exantema facial fue excepcional o prácticamente inexistente, no hubo adenopatías, no hubo defervescencia febril brusca, ni euforia afebril, ni segundo gancho febril, ni erupción morbiliforme o macular, sino excepcionalmente. Tampoco observamos las complicaciones (hemorragias y orquitis) referidas por Coggeshall en el dengue (4).

Por todas estas discrepancias sintomatológicas, pienso que podemos descartar el dengue, clínicamente.

Desde 1943, o quizás desde antes, se sospechaba, que la encefalitis equina venezolana era padecida por el hombre en contacto con animales enfermos y que cursaba como una "influenza suave": cefalea, fiebre y manifestaciones respiratorias altas (2).

En diciembre de 1949 y enero de 1950, el Dr. Joseph Aichard Winch diagnosticó clínicamente, en la zona de la Guajira venezolana, 3 casos de encefalitis. Presentaban: cefalea, fiebre, mialgias y convulsiones (ni-

ños); pero oficialmente el brote fué calificado de influenza (2).

Avilán Rovira, hablando de la epidemia de 1962, dice que ellos observaron que habían dos grupos fundamentales de tipo clínico: uno que ellos llamaron tipo 1, de manifestaciones sistémicas con síntomas parecidos a la influenza y que fueron llamados "casos atípicos" o "benignos". Estos casos hicieron un total del 94%. Los casos del tipo 2, forma localizada al sistema nervioso central, fueron llamados casos "neurológicos" o "típicos". En el tipo 3, ubicaron los casos dudosos (2).

Es importante señalar que aún en esa epidemia de 1962, en la cual fué posible identificar el virus productor de la enfermedad, a partir de muestras enviadas por nosotros de la zona epidémica, y procesadas en el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC), se seguía dando especial importancia al diagnóstico clínico. De tal manera que de un total aproximadamente de 10.369 casos considerados como encefalitis venezolana, sólo en 123 se logró confirmación por aislamiento e identificación posterior del virus y demostración de aumento del título de anticuerpos entre dos muestras comparativas de suero (2). Eso hace un total de 98% para los pacientes cuya enfermedad fué diagnosticada clínicamente; lo que evidencia la importancia de la clínica en el diagnóstico de la encefalitis epidémica. El mismo autor, hablando de mortalidad en la epidemia de 1962, reporta que de 6.762 casos conocidos hubo 43 defunciones; lo

que equivale a una mortalidad de 0.63%, que es realmente una baja mortalidad sobre todo si se compara con la ocasionada por las otras encefalitis equinas. Sin embargo, hay trabajos en los cuales se habla de mortalidad de 60% (12 de 19) en El Salvador (no confirmado), por encefalitis venezolana. Y se reporta también una mortalidad de 50% (4 de 8 casos), por encefalitis venezolana, en Guatemala (9).

En un caso humano fatal de encefalitis venezolana en un hombre de 14 años, reportada por Johnson y col. en Panamá (11), cefalea, fiebre y mialgias, fueron las manifestaciones clínicas iniciales. Estos síntomas se acompañaron de náuseas y vómitos severos repetidos. El paciente presentó taquiesfigmia (como el 20% de nuestros pacientes) y taquipnea, sin anormalidades de reflejos ni signo de Kerning ni de Brudzinski. Estas manifestaciones clínicas son similares a las descritas por Sanmartín, Groot y Osorno, varios años antes (29).

En un pequeño grupo de siete soldados que adquirieron encefalitis venezolana, durante unas maniobras en Panamá, las manifestaciones clínicas fueron las siguientes: cefalea severa, anorexia, vómitos ocasionales, mialgias y artralgias. Todos presentaron fiebre alta por tres días. Los síntomas desaparecieron en 2 a 5 días. La disminución gradual de astenia y anorexia, llevó de 2 a 3 semanas (8).

En una epidemia ocurrida en 1970 en Cuajiniquil (Costa Rica), Martín y col (13) encontraron que 13

de 109 habitantes tuvieron anticuerpos neutralizantes para encefalitis equina venezolana. De esos 13 pacientes, 6 tuvieron una enfermedad febril incapacitante y presentaron: fiebre, cefalea, laxitud, fotofobia, mialgias y vómitos. Y en los otros 7 casos la enfermedad fué benigna.

Posteriormente a esta epidemia que estamos describiendo, en 1962 y 1966 tuvimos oportunidad de estudiar los aspectos clínicos de dos epidemias de encefalitis venezolana (17, 23). En un trabajo realizado por nosotros sobre la epidemia de 1962 (17), describimos principalmente la siguiente sintomatología: fiebre, cefalea, vómitos, somnolencia-letargia, escalofríos. Es interesante comparar estos síntomas con los de la epidemia de 1959 que estamos estudiando. Es bueno recordar que en 1962 hablamos de una casuística de 135 pacientes y en 1959 de una casuística de 40 pacientes. La similitud de la sintomatología entre estas epidemias, habla fuertemente a favor de que se trató de encefalitis equina venezolana en la epidemia que estamos describiendo en 1959. Es importante señalar otro dato en referencia al esclarecimiento del diagnóstico de esta epidemia. Se trata de que el Dr. Luis Tarcisio Finol, médico que en esa época trabajaba con la Unidad Sanitaria de Maracaibo y que actualmente es Jefe de Epidemiología de los Servicios Cooperativos de Salud Pública del Estado Zulia, nos refirió en esa época (comunicación personal) que en la guajira venezolana hubo una epi-

zootia equina previa a los casos humanos que estamos describiendo.

Por otra parte, Sanmartín y Dueñas y, además, Groot y col., citados por Lord (12), reportaron actividad del virus de la encefalitis venezolana en el año 1959, en la vecina República de Colombia. Además, estudiando otro trabajo de Avilán Rovira (3), hemos encontrado que él, hablando de la epidemia de 1962 y procesando los datos referentes a epizootias equinas previas (entre 1953 y 1960) para toda Venezuela, muestra, aunque no lo señala expresamente, que aparece en el año 1959 el máximo gancho epizootico con más de 60 animales registrados por el Ministerio de Agricultura y Cría, como afectados de encefalitis equina venezolana. La cifra de casos humanos denunciados fué coincidente y ligeramente más alta en el mismo año. Estas cifras son indudablemente bajas en comparación con la realidad. Basta decir que, por ejemplo, en el Estado Zulia hubo 31 denuncias de encefalitis en humanos, solamente en el mes de junio de 1959 (Fig. 1) (sin contar los casos nuestros), y en el cuadro que precede al gráfico de que estamos hablando, aparecen 14 casos denunciados para humanos en el mismo Estado y para un lapso de 7 años (1954 a 1960).

En conclusión, a pesar de que no se aisló el virus, razones de clínica neurológica, de ubicación geográfica, de actividad del virus en la misma época en la vecina República de Colombia, de antecedentes epizooticos equinos y, finalmente, la confirmación

anatomopatológica en doce casos de Maracaibo (1959-Casos confirmados de encefalitis venezolana - Maracaibo - Archivos de la Unidad Sanitaria), dan base a la afirmación de que se trató de la primera epidemia de encefalitis equina venezolana descrita en Venezuela e identificada clínicamente como encefalitis.

Tratamiento: Para enjuiciar los resultados obtenidos con nuestro tratamiento: ninguna muerte en 40 casos con manifestaciones neurológicas de diversos grados, es necesario hacer algunos comentarios pertinentes. En primer lugar es importante señalar que la mortalidad reportada por encefalitis venezolana, ocurre casi toda en niños menores (28). De manera que una disminución de la mortalidad en una casuística de adultos, será siempre más difícil de valorar. Solamente un detalle puede servirnos de parámetro comparativo, quizás. Es el hecho de que de siete casos hospitalizados en Maracaibo con el diagnóstico de encefalitis y a los cuales no atendimos en ningún momento, murieron tres (archivo del Hospital Central) lo que da un porcentaje de 42% de mortalidad para esa reducida casuística. Como se trató de adultos coetáneos con nuestros casos, con manifestaciones encefalíticas claras e hiperglucorraquia, pueden representar un universo capaz de soportar una comparación clínica. Proporcionalmente, en nuestros 40 casos han debido ocurrir 16 defunciones o tal vez un poco menos. Pero no murió nadie; a pesar de que nosotros pensamos muchas veces en la posibili-

dad de desenlaces fatales, debido a la gravedad de algunos cuadros.

La tetraciclina se utilizó con complejo B para atenuar un poco los estragos que pudiera causar sobre la flora intestinal. Los trastornos gastro intestinales y la intolerancia referida por algunos autores para la tetraciclina, no la observamos nunca con el clorhidrato, suministrado en esta forma.

En varias ocasiones hemos hecho referencia editorial acerca de la acción de la tetraciclina (clorhidrato, fosfato, pirrolidinometil) sobre otros virus pequeños (16, 21, 24), además de la acción específica que, por experiencia clínica, nosotros le atribuimos en la encefalitis equina venezolana (15). Por otra parte, experimentalmente en ratones albinos suizos (25) y en embrión de pollo (27) hemos evidenciado el efecto de la tetraciclina sobre el virus de la encefalitis venezolana; aunque no sabemos si se trata de acción directa o de inhibición de la reproducción del virus, como han descrito otros autores para otros antibióticos (32) y como es más probable. En los experimentos que estamos realizando en embrión de pollo, indagamos también el efecto profiláctico de la tetraciclina, lo que tiene gran importancia para la protección del personal médico y paramédico durante las epidemias; pero no encontramos ninguna diferencia entre el efecto profiláctico y el terapéutico de este antibiótico.

Algunos autores (7) dicen que la aureomicina puede ser útil en la encefalitis de San Luis. Coriell (5)

afirma que "los virus de la encefalitis equina no son afectados por penicilina, estreptomycin, aureomicina, terramicina, cloromicetina". Este es prácticamente el criterio tradicionalmente mantenido en medicina; no solamente para la encefalitis, sino también para todas las enfermedades producidas por virus pequeños. Estoy en completo desacuerdo con el criterio tradicional de la ineficacia de los antibióticos frente a los virus pequeños. Se han publicado algunos trabajos que abren el camino a la demostración experimental de la eficacia de algunos antibióticos como antivirales en afecciones producidas por virus pequeños y, concretamente en la encefalitis venezolana (25, 32). Ya desde antes de hacerse estos logros, hemos venido preconizando la terapéutica antibiótica de la encefalitis venezolana (15). Fué la experiencia clínica la que nos convenció de su evidente utilidad, durante la epidemia que estamos describiendo. En general hubo mejoría evidente en un lapso de 3 a 5 días y curación en una semana o dos. Se presentaron también casos que hicieron demasiado evidente el efecto terapéutico del clorhidrato de tetraciclina. Pacientes que, en plena demencia sintomática, recobraban el juicio en un lapso de 48 horas. Una paciente que había padecido epilepsia sintomática durante un mes o más y había sufrido más de 200 accesos convulsivos en ese lapso, no presentó más accesos 48 horas después de iniciado el tratamiento (Hist. clín No 2). Quince años después puede decirse

que nunca volvió a presentar las convulsiones. Pacientes con agnosia visual (de tal modo que no conocían a sus familiares mas cercanos), angustiados, con crisis de risa y llanto, mejoraban espectacularmente en lapsos de 24 horas a 48 horas. Hubo otros casos, especialmente aquellos que estaban enfermos desde hacía varios días y los que no seguían cabalmente las indicaciones terapéuticas, en los cuales la mejoría no fué ni tan evidente ni tan rápida. En algunos casos hubo recaídas. Siempre la recaída fué más leve que el primer ataque de la enfermedad.

Para nosotros está clínicamente fuera de toda duda razonable, la efectividad terapéutica del clorhidrato de tetraciclina en la encefalitis venezolana epidémica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- ARCHARD CH.: L'encephalite letargique. p. 6-16. Libraire J.B. Baillié-re et Fils. Paris. 1921.
- 2- AVILAN-ROVIRA J.: El brote de Encefalitis Equina Venezolana al Norte del Estado Zulia a fines de 1962. Rev. Vziana. SAS. 29(3): 234, 310, 1964.
- 3- AVILAN-ROVIRA J.: Los Brotes de E.E.V. en Venezuela durante 1962 a 1964. Rev. Vziana. SAS. 31(3):803, 1966
- 4- COGGESHALL L.T.: Dengue en Harrison, T.R. Medicina Interna p. 1019. Editorial Fournier S.A. México. 1956.
- 5- CORIELL L.L.: Encefalitis por virus en Harrison. Medicina Interna p. 1024-1026. Editorial Fournier S.A. México. 1956.

- 6- CRUCHET R.: Manual Práctico de Neurología. Págs. 443-452. Editorial Médico Quirúrgica. Buenos Aires, 1945.
- 7- FARRERAS-VALENTI P.: Encéfalo-mielitis en PEDRO PONS A. Enfermedades del Sistema Nervioso. Neurosis y Medicina Psicosomática. Enfermedades Mentales". P. 282. Salvat Editores S.A. Barcelona. 1959.
- 8- FRANCK P.T., JOHNSON K.M.: An Outbreak of Venezuelan Encephalitis in Man in the Panamá Canal Zone. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 19(5):860-865, 1970.
- 9- HINMAN A.R., MC GOWAN Jr. J.E., HENDERSON B.E.: Venezuelan Equine Encephalomyelitis: Surveys of Human Illness During an epizootic in Guatemala and El Salvador. Am J Epidemiol 93: 130-136, 1971.
- 10- HORSFALL FL.: Encefalitis de San Luis en CECIL, R. y LOEB, R. y LOEB, R.: "Tratado de Medicina Interna". p. 67. Editorial Interamericana S.A. México. 1953.
- 11- JOHNSON K.M., SHELOKOV A., PERALTA P.H., DAMMIN G.J., YOUNG N.A.: Recovery of Venezuelan Equine Encephalomyelitis Virus in Panamá. A Fatal Case in Man. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. Vol 17(3):432-433, 1968.
- 12- LORD R.D.: Encefalitis Equina Venezolana. Su Historia y Distribución Geográfica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 75:530-541, 1973.
- 13- MARTIN D.H., EDDY G.A., SUDIA W.D., REEVES W.C., NEWHOUSE V.F., JOHNSON K.M.: An Epidemiologic Study of Venezuelan Equine Encephalomyelitis in Costa Rica, 1970. American Journal of Epidemiology 95(6):572, 1972.
- 14- NEGRETTE A.: Mononucleosis Infecciosa Epidémica. Memorias del VI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas. 3:1486-7, 1955.
- 15- NEGRETTE A.: Encefalitis Epidémica. Invest Clin 1(1):13-34, 1960.
- 16- NEGRETTE A.: Quimioterapia Viral. Invest Clín 2(3), 1961.
- 17- NEGRETTE A.: Encefalitis Equina Venezolana. Manifestaciones Clínicas Iniciales. Invest Clín 4(5):53-57, 1963.
- 18- NEGRETTE A., MASO J., ROLLINS C.: Mononucleosis Infecciosa Epidémica. Invest Clin 5(9):49-53, 1964.
- 19- NEGRETTE A., ROLLINS C., SULLIBARAN G.: La Eosinofilia como componente de la fórmula leucocitaria de la mononucleosis infecciosa epidémica. Invest Clin 5(10): 49-50. 1964.
- 20- NEGRETTE A.: Encefalitis Equina Venezolana. Fórmula leucocitaria relativa. Invest Clin 9(25):53-65, 1968.
- 21- NEGRETTE A.: Parálisis Facial y tetraciclina. Invest Clin 9(26):5-6, 1968.
- 22- NEGRETTE A.: Encefalitis Equina Venezolana. Leucocitos vacuolados. Invest Clin 9(26):97-107, 1968.
- 23- NEGRETTE A., SULLIBARAN-SOLLIS G.: Encefalitis Venezolana. Cifra de leucocitos. Manifestaciones Clínicas. Invest Clin 11(33):11-18, 1970.
- 24- NEGRETTE A.: Virus y antibióticos. Invest Clin 11(36):5-6, 1970.
- 25- NEGRETTE A., SOTO-ESCALONA A., RYDER S.: Acción de la tetraciclina sobre la encefalitis venezolana ex-

- perimental. Comunicación preliminar. *Invest Clin* 11(36):7-11, 1970.
- 26- NEGRETTE A.: Restos leucocitarios en la sangre periférica de pacientes con encefalitis venezolana. *Invest Clin* 11(36):13-20, 1970.
- 27- NEGRETTE A., HERNANDEZ H.: Therapeutic Effect of the Tetracycline in the Fxperimental Venezuelan Encephalitis. 15(4): 45-51,1974
- 28- RYDER S., FINOL L. T., SOTO-ESCALONA A.: Encefalitis Equina Venezolana. Comentarios acerca de la epidemia ocurrida en el Estado Zulia. Venezuela, a fines de 1969. *Invest Clin* 12(39):52-63, 1971.
- 29- SANMARTIN-BARBERIC.: Human Epidemic in Colombia caused by the Venezuelan Equine Encephalomyelitis Virus. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 3(2):283-293, 1954.
- 30- SOTO-ESCALONA A., FINOL L.T., RYDER, S.: Estudio de un brote de encefalitis Venezolana en el Distrito Páez, Estado Zulia, en octubre de 1968. *Invest Clin* 10(31):45-57, 1969.
- 31- SYDENSTRICKER V.P.: Dengue: En Cecil, R.; Loeb, R. "Tratado de Medicina Interna". P. 12. Editorial Interamericana. S.A. México. 1953.
- 32- ZHDANOV VM., ERSHOVA I.I.: Inhibition of reproduction of Venezuelan equine encephalomyelitis virus with puromycin. *Antibiotiki* 10:255-259, 1965.