

No cabe duda de que la sanidad ha entrado en toda la América, en una nueva era, con el consiguiente beneficio no sólo para la generación actual, sino también, y aun mayor, para la futura. Felices los tiempos y los países en que los gobernantes predicán la sanidad y los pueblos la piden y tanto gobernantes como pueblos la ponen en práctica!

LOS EMPUJES DE LA POLIOMIELITIS

En los últimos años se ha observado en algunos países cierta tendencia al recrudescimiento, de parte de la poliomielitis, o como prefiere llamarla vívidamente el vulgo, la parálisis infantil.² Por ejemplo, en Alemania en el año 1927 hubo 2,740 casos y 297 muertes, comparados con 1,614 y 171, respectivamente en 1926, 386 y 88 en 1925, y 498 y 103 en 1925; en Inglaterra, 899 casos en 1927, 1,297 casos y 235 muertes en 1926, 422 casos y 156 muertes en 1925 y 860 casos y 157 muertes en 1924; en los Estados Unidos, 9,737 casos en 1927 y 2,543 en 1926, y en el Canadá 610 casos en 1927 y 113 en 1926. En los Estados Unidos la morbilidad (8.4) por 100,000 habitantes, fué mayor que en ningún año anterior salvo en 1916 (41.4), el año de la más horrible epidemia que haya azotado al país. Durante el invierno y primavera de 1928 la frecuencia de la poliomielitis también fué algo mayor de lo habitual en los Estados Unidos, si bien el número de casos no fué muy crecido. En cambio, desde junio se han presentado menos casos que el año anterior, y el habitual ascenso estival sobrevino más tarde que en 1927, aunque en ciertas ciudades las cifras fueron mayores que en años anteriores.

La enfermedad ha revelado asimismo tendencia a buscar terreno virgen, como lo patentiza la epidemia de 1927, con 2,161 casos y 226 defunciones, en Rumanía, país este donde fuera antes muy rara. De Caracas comunican ahora que a fines de diciembre y en el mes de enero se han presentado 15 casos sin ninguna defunción en un área circunscrita de Caracas.

A pesar de toda la atención concedida recientemente a la poliomielitis, no ha habido revolución alguna y apenas si mayor cambio en los conocimientos relativos a la misma. Ninguna teoría acerca de la propagación deja de tomar en cuenta las variaciones individuales. Es sabido que la dolencia puede variar de una parálisis franca a mera paresia y a las formas atenuadas en que es casi imposible hacer el diagnóstico. Se ha probado epidemiológicamente que ningún insecto desempeña un papel indispensable en la transmisión. Aunque ésta

² Con respecto a edad, se ha hecho notar muy bien que el nombre de parálisis infantil resulta inapropiado, pues la enfermedad también ataca a los adultos. Sin embargo, conviene hacer notar su predilección por las criaturas, pues en Bucarest, 90 por ciento de los casos tuvieron lugar en niños de menos de 4 años, y la frecuencia mayor correspondió a los de 1 a 2 años. En Inglaterra y Gales 39 por ciento de los casos declarados en 1926 y en California 29 por ciento de los casos de 1927 tenían menos de 5 años.

suele ser vinculada con las vías respiratorias superiores, es interesante notar que por lo menos en cuatro epidemias locales de los Estados Unidos, se ha podido enlazar el origen con la leche. En contraposición a todas las enfermedades transmitidas por las vías respiratorias salvo la coqueluche, la frecuencia de la parálisis infantil es mayor en verano y en otoño que en invierno, y las afecciones no diagnosticadas que se observan a menudo durante las epidemias de poliomiélitis, aún en invierno, suelen ser de naturaleza digestiva. Cualquiera que sea la patogenia, es manifiesto que el virus penetra en el organismo por la nariz o por la boca, y hay que reconocer que la proporción de epidemias netamente imputables a la leche no sobrepasa la observada en la difteria y la escarlatina o las enfermedades transmitidas y adquiridas en general por las vías respiratorias superiores. Los hechos contrarrestan la teoría de que los portadores crónicos desempeñen un papel verdaderamente importante, y no hay motivos para creer que los portadores temporales sean más frecuentes entre los niños que entre los adultos. Bastantes datos corroboran o indican el papel que pueden desempeñar los portadores sanos. Longhin y Aurian en Rumanía descubrieron caso tras caso de esta naturaleza, y en una comunidad de Minnesota, en 1926 se enfermaron unos 40 niños de entre 200 personas que habían asistido a una u otra de dos meriendas celebradas en el mismo día.

De las investigaciones suecas y un repaso de la literatura, Kling, director del Instituto Bacteriológico del Estado de Estocolmo, que he estudiado la enfermedad desde hace 17 años y acaba de abandonar la teoría del contacto directo, deduce que el intestino es el sitio en que se establece al principio la infección. En lo tocante a los individuos que han tenido la poliomiélitis, la experimentación demuestra que el germen puede existir en las mucosas hasta 52 días después de iniciarse la dolencia según Petterson, Kling y Wernstedt, y 180 según Osgood y Lucas. A Kling, sus observaciones epidemiológicas en Suecia, Sajonia y Rumanía también le hacen creer que el agua constituye un vehículo importante del germen, y el origen hídrico aclararía ciertos puntos dudosos, como por ejemplo, la existencia de casos esporádicos, la creación de inmunidad en masa, la frecuencia de trastornos gastrointestinales, las infecciones familiares, etc. En este caso, habría que considerar dos posibilidades: o el virus poliomiéltico vive en el agua en las mismas condiciones que el vibrión colérico y el bacilo tifoideo, es decir, sin multiplicarse, o existe en un vector que recorre un estado de evolución en el agua.

Hasta aquí las teorías. El aspecto práctico de la dolencia para los higienistas se condensa en dos puntos: a saber, profilaxia y tratamiento, tanto pre- como postparalítico. En la profilaxia, lo primero a considerar es factores tan elementales como la purificación del agua, la pasteurización de la leche, la higiene de los alimentos y el aseo perfecto de todos los utensilios de mesa. Las secreciones del

enfermo deben ser tratadas de modo que no constituyan riesgo para otros. En el tratamiento, el método específico que ofrece más esperanzas en el estado agudo es el suero de convaleciente introducido por Netter. Para prepararlo y administrarlo precisa destreza, y por eso es necesario llamar al médico: primero para que haga el diagnóstico temprano, y segundo, para que inicie el tratamiento también precoz. A fin de ayudar en la seroterapia, todos los casos deben ser denunciados prontamente a las autoridades de higiene, y los enfermos mayores de 10 años deben ofrecer parte de su sangre después de reponerse. En Alemania combinan profilaxia y tratamiento en este programa: notificación obligatoria de los casos, aplicación de las mismas medidas (aislamiento y desinfección) que en otras enfermedades infecciosas, y en particular distribución a los médicos de boletines relativos al diagnóstico de la enfermedad y al tratamiento más eficaz.

Aún con el mejor tratamiento preparalítico, restan muchas víctimas, lo cual impone la profilaxia terapéutica encaminada a impedir las deformidades y devolver el máximo vigor posible al enfermo. La terapéutica se vuelve entonces muy técnica, y sucintamente consiste en el reposo absoluto de los miembros atacados, prestando cuidado meticuloso a la posición, a fin de impedir las deformaciones, en la extensión de los músculos debilitados durante el estado agudo, y la reanudación gradual de los movimientos después que desaparece la hiperestesia. Esa movilización exige el entrenamiento de los músculos con la ayuda de movimientos voluntarios sabiamente dirigidos, y debe ser guiada por un ortopédico, y ponerse a cargo de enfermeras que conozcan a fondo la anatomía y la técnica de los movimientos. La duración de los ejercicios o coadyuvantes en forma de inmersión en agua, y el empleo de escayolados y otros aparatos, deben quedar absolutamente a la discreción del médico encargado.

EL CULTIVO DEL HIDÑOCARPO

Hace poco reprodujimos parte de un debate notable en la Academia Nacional de Medicina del Brasil, con respecto al tratamiento de la lepra.² Al referirse al chaulmugra, varios de los oradores recalcaron su costo elevado, lo cual dificulta naturalmente el tratamiento de los enfermos. El problema ha preocupado por igual a otros países, y de ahí los esfuerzos realizados para encontrar otras sustancias de valor igual al chaulmugra, o para cultivar el árbol. Por ejemplo, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos sembró hace unos tres años en Puerto Rico algunos de esos arbustos, que ya han rendido unos 100 kgs. de fruto, y en las Islas de Hawaii también se plantaron varios millares, pero está aún por averiguar el resultado.

² Véase el BOLETÍN de diciembre, 1928, p. 1156.