

EDITORIALES

PROBLEMAS IRRESUELTOS DE LA POLIOMIELITIS

El que se ponga a ahondar en la literatura médica quizás descubra con alguna sorpresa que la dolencia que ha recibido en los últimos tiempos los nombres de poliomielitis, parálisis infantil (designación esta muy incorrecta y que debería consignarse al olvido) y enfermedad de Heine-Medin, no es de origen tan reciente como muchos creen, pues siglos antes de la Era Cristiana ya hay indicios de ella, por ejemplo, en Egipto.

La historia moderna del mal comenzó en el siglo XVIII, y la serie de epidemias contemporáneas, con la observada en Suecia en 1881. Varios países europeos experimentaron después sus estragos, y en la Península Escandinava cobró tal arraigo de 1903 a 1907 que casi se volvió endemo-pandémica. En América la primera epidemia notable fué la observada en los Estados Unidos en 1907 y que azotó principalmente los Estados de Nueva York, Massachusetts, Iowa y Minnesota, o sea en dos regiones algo apartadas, ambas hacia el norte, pero una en el extremo este y otra más al centro del país. La peor de las epidemias fué la de 1916, observada primero en Nueva York y ocasionó más de 27,000 casos. Desde entonces ha habido sus alzas y bajas, promediando anualmente los casos en los Estados Unidos unos 5,000, y en 1931 unos 15,000 (7,000 en 1930 y 2,800 en 1929) y más de 6,000 solamente en el Estado de Nueva York (más de 4,000 de ellos en la ciudad del mismo nombre). En la América Latina también ha habido sus casos, pero nunca, ni nucho menos, en una proporción tan crecida como en los Estados Unidos, según se puede apreciar por la tabla adjunta.

Aunque las investigaciones de los últimos dos decenios han revelado muchos de los secretos que rodeaban a la enfermedad, quedan aún por resolver bastantes puntos epidemiológicos de suma importancia. Entre las peculiaridades del mal figuran éstas: Aunque se presenta principalmente en la estación cálida, respeta en general, si bien no absolutamente, los países tropicales; zonas afectadas un año suelen permanecer indemnes el siguiente; la propagación no tiene lugar en familias, y rara vez (probablemente menos de 5 por ciento; ésa fué la proporción en el Estado de Nueva York en 1931) se infecta un hermano de otro, y cuando aparecen casos en la misma vivienda o familia son simultáneos; el enfermo mismo parece desempeñar un papel secundario como vector, teniendo lugar la difusión por portadores sanos o levemente afectados; en algunas partes de Europa los campesinos parecen ser más susceptibles, pero en los Estados Unidos

las epidemias han recaído mayormente sobre la población más grande del país—en cambio, en el Estado de Nueva York en 1931 la proporción por 100,000 habitantes fué de 21.5 para la zona urbana y 48.5 para la rural—y en España ha sucedido algo semejante; ciertos factores, ya geográficos, geológicos, hidrográficos o meteorológicos, parecen ejercer algún influjo sobre la transmisión.

Defunciones de poliomielitis en países americanos

	1931	1930	1929	1928	1927	1926	1925	1924	1923
Argentina:									
Buenos Aires		3	6	3	0	3	0	0	
Tucumán (Prov.)				2	0	0	0	0	0
Brasil:		1 12	2 13						
Río de Janeiro		1	9	7	2	4			
São Paulo (ciudad)		5			1		1	5	
São Paulo Estado					12	7		8	3
Canadá:				182	193				
Colombia:				2					
Bogotá		0		2					
Cuba:						3			
Habana			1	0	0	0			2
Chile:	3 22	4 25							
Estados Unidos ⁶		1, 411	843	1, 381	2, 013	851	1, 519		
Jamaica:				1	17	22	15		
México:			20	3					
Distrito Federal		3			6 2				
Panamá:									
Perú: Lima ⁷									
Puerto Rico				6 10					
Uruguay ⁸ : Montevideo ¹⁰			35				50		
Venezuela:		11							

¹ En 103 poblaciones.

² En 101 poblaciones.

³ En los 5 primeros meses del año.

⁴ En los últimos 8 meses del año.

⁵ Casos denunciados: 1926, 2,438; 1927, 8,933; 1928, 4,405; 1929, 2,837; 1930, 9,247.

⁶ Solamente aparecen las defunciones del Hospital Santo Tomás.

⁷ En el mes de enero, 1932, se presentaron 21 casos aislados en Lima.

⁸ Del 10 de abril al 28 de junio: 8 en Vega Baja (1 mortal), 1 en Ciales y 1 en San Juan.

⁹ Interior de la República, del 1915 al 1929, 30 casos con 21 muertes.

¹⁰ Las cifras que aparecen son casos; del 1917 al 1929, 6 defunciones.

No se trata de una enfermedad epidémica de los barrios pobres congestionados, sino más bien de los distritos suburbanos. Por ejemplo, en la parte más apiñada de Nueva York (el llamado East Side) apenas ha habido casos, aunque los dispensarios locales estaban llenos de niños que padecían de trastornos digestivos ocasionados por el calor y la alimentación impropia, y en cambio, en la costa sur de la Isla Staten, a donde los dispensarios de la ciudad envían sus casos más difíciles de enteritis a reponerse en el verano, brotes inesperados de poliomielitis han aterrorizado a los turistas veraniegos. Lo mismo que sucedía con las antiguas epidemias de fiebre amarilla, los empujes poliomielíticos coinciden aproximadamente con la estación de la zona templada en que los insectos se vuelven más activos, y ya hace tiempo se advirtió que había más probabilidades de que sobrevinieran casos donde la situación local favorecía la propagación de insectos. Algunos ejemplos de esto han sido observados en recientes epidemias en Nueva York y Boston. En 1916 la epidemia de Nueva York pasó a Manhattan por el Puente de Williamsburg, y después a Nueva Jersey por las rutas de viaje. En Boston también hay ciertas

pruebas precisas de la diseminación gradual en direcciones que corresponden toscamente a las vías ferroviarias y tranviarias. Para algunos esto constituye prueba de la infección por contacto directo en los vehículos públicos, pero también ha habido casos en familias que no usaban dichos vehículos, y sería igualmente lógico suponer que algún insecto viajara por esa vía. La posible contaminación de los alimentos por los insectos parece que ha recibido poca atención todavía. La hipótesis de los insectos serviría para explicar la propagación de la enfermedad, y esa teoría disfrutó antiguamente de cierta boga, pero ha sido abandonada en los últimos años.¹

De los puntos por dirimir, los de más urgencia son: primero, la vía o vías de transmisión; segundo, el diagnóstico certero antes de que el mal invada el sistema nervioso central; y tercero, un método satisfactorio de inmunización profiláctica. La resolución del primero de esos problemas permitiría implantar medidas efectivas de dominio, lo cual no es posible hoy día, debido a la existencia de portadores sanos y de casos latentes que pasan desapercibidos por lo leves. Cuando en una situación complicada se introduce además la posibilidad de que la infección sea transmitida por alimentos crudos, o por la leche, y hasta por el agua, como ha indicado recientemente Kling, o insectos, por ejemplo, moscas, los obstáculos vuélvense casi insuperables. Parece, sin embargo, casi indudable que la vía de transmisión más común es el contacto con las secreciones bucales y nasales de algún enfermo o portador.

Con respecto al diagnóstico, para que sea verdaderamente útil debe ser hecho en el período preparalítico o preatáxico, pues ése es el momento más apropiado para iniciar medidas que pueden impedir la parálisis, y hasta salvar la vida. En la reciente epidemia de Nueva York la proporción de casos diagnosticados entonces llegó a 60 por ciento. Una vez aparecido el temblor atáxico, es casi seguro que el virus se ha puesto en contacto con las células del cuerno anterior.

Es un hecho que, aunque se ha adelantado algo en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, poco es lo avanzado con respecto a la etiología, la cual ofrece un magnífico campo de acción a los investigadores si bien reviste interés la reciente teoría de Burrows, según la cual la poliomiелitis vendría a ser la forma nerviosa de una enfermedad que afecta primordialmente el tejido linfoideo. Casi lo mismo que con la causa reza con la profilaxia, la cual muchas veces tiene que contentarse con dar palos de tiento. Por ejemplo, el mal puede aparecer en las casas más aisladas, mientras que pasa de largo sitios donde abundan los contactos. En ciertas ocasiones parece como si se propagara con igual facilidad que la gripe, pero debido al período más prolongado de incubación (un máximo de tres, comparado con un máximo de 14 días), los casos no aparecen con tanta rapidez, y

¹ Monthly Bulletin Health Department, city of Boston, obre., 1931.

dadá la extensa inmunidad natural, por lo menos a la parálisis, son mucho menos los casos reconocidos.

Cuando un director de sanidad pidió hace poco información que pudiera ser de utilidad para combatir una epidemia de poliomielitis, la Oficina Sanitaria Panamericana recomendó como más importante: diagnóstico precoz; aislamiento de los casos por tres semanas; y tratamiento cuidadoso, en particular reposo, para los enfermos a fin de impedir deformidades. Fundándose en un estudio de los brotes de 1930 en 15 Estados de los Estados Unidos, la Compañía Metropolitana de Seguro de la Vida aconseja que si no puede evitarse por completo la aparición del mal, debe hacerse todo lo posible para demorar su avance, puesto que la terminación de la epidemia es determinada al parecer por un factor estacional que la yugula en cierta época.

En el tratamiento también restan muchas dudas todavía. El suero de convaleciente ha sido recomendado por muchos, pero Park, de Nueva York, declaró recientemente que el porcentaje de casos que manifestaban parálisis era más o menos idéntico en los tratados que en los no tratados con suero. García del Real, de Madrid, ha hecho una afirmación semejante. Sin embargo, según Park, el suero equino modificado de Neustaedter² (que viene a ser el de Pettit) ha mostrado virtud profiláctica en los monos y ofrece esperanzas en la inmunización humana. De lo que sí no parece haber duda es que pocos son, relativamente hablando, los casos que permanecen mucho tiempo paralizados, y en esos casos la cirugía ortopédica puede obtener triunfos significativos.

MOSQUITOS Y AEROPLANOS

En otra parte de este número³ aparece la descripción de ciertos experimentos llevados a cabo en dos regiones tan apartadas como el Congo y el Golfo de las Antillas, que vienen a comprobar lo que empíricamente ya sabíase de antes: que los aviones pueden transportar mosquitos, y que entre éstos pueden figurar los vectores de la fiebre amarilla, igualmente que otros.

Lo más importante y práctico de esas investigaciones—que no debe echar en saco roto ningún higienista—es la observación de los Grifitts, en el sentido de que aun donde las condiciones son propicias al transporte de mosquitos, el tratamiento sistemático de las aeronaves con un insecticida de eficacia reconocida basta para destruir los insectos. Sencillo por demás el medio, poca duda cabe de que debe implantarse en toda región donde abunden los mosquitos a fin de suprimir peligros potenciales y evitar innecesarios retardos a la navegación aérea, cuya virtud principal, sabido es, consiste en la celeridad.

² Véase el BOLETÍN de nbre., 1931, p. 1491.

³ Véase la p. 142.

Sin embargo, no cabe duda de que todavía resulta mucho mejor y más sensato y lógico mantener el aerodromo constantemente desembarazado de mosquitos, y sobre todo de los vectores de la fiebre amarilla. En la propuesta Convención Sanitaria Internacional para la Navegación Aérea se recomienda que el abasto de agua esté completamente protegido contra mosquitos y que se implanten medidas sistemáticas destinadas a suprimir los criaderos y a destruir los insectos en todos los períodos de desarrollo. Además debe haber alojamientos protegidos contra los mosquitos para las tripulaciones de las aeronaves y para el personal del aerodromo, y una habitación protegida contra mosquitos en la cual puedan alojarse u hospitalizarse los pasajeros en caso de urgencia.

La enfermedad en los Estados Unidos.—En los Estados Unidos la gente gasta anualmente \$3,000,000,000 por servicios médicos, es decir, que de los ingresos nacionales, 3.3 por ciento se dedica a asistencia médica. De cada 10 individuos de los Estados Unidos, 4 padecen de algún trastorno digestivo. De lo gastado en enfermedades, \$1,000,000,000 va a manos de los médicos; \$700,000,000 a medicinas; \$550,000,000 a hospitales; \$400,000,000 a dentistas; y \$123,000,000 a sirvientas. En el orden de su frecuencia, las afecciones respiratorias ocupan el primer lugar; luego vienen los trastornos del aparato digestivo; las epidemias, endemias e infecciones, con 92.5 por 1,000; los dientes y encías, con 57.5; las causas externas, con 54; el parto, con 47.2; las ginecopatías, con 31.9; las enfermedades generales (incluso cáncer, reumatismo y diabetes), con 21.4; las cardiovasculares, con 20.2; las otitis y mastoiditis, con 15; las dermatosis, con 14.8; las nefropatías, con 14.4; el lumbago y dolencias afines, con 11.2; las afecciones oculares, con 8.5; los diviesos y granos, con 5.1; los huesos y articulaciones, con 1.8; y varias afecciones masculinas, con 1.5.

Costo en Nueva York.—Según un cálculo realizado, en Nueva York por lo menos 2 por ciento de los habitantes de la población se hallan siempre enfermos, y por lo menos 70,000 personas padecen de alguna afección crónica. Como esos individuos, de no estar enfermos, podrían ganarse 45,000,000 de dólares al año, y como cuesta por lo menos 50,000,000 atenderlos, el costo de las enfermedades crónicas en dicha población se aproxima a 100,000,000 de dólares anuales.

Pobreza y enfermedad.—Un estudio realizado por Bruno bajo los auspicios del Comité del Costo de la Asistencia Médica de los Estados Unidos, demuestra que las personas pobres tienen casi el doble de enfermedad que las acomodadas. La mortalidad general y la infantil también son de 150 a 250 por ciento mayor en el primer grupo. En 19 poblaciones estadounidenses durante el año 1928, las sociedades filantrópicas tuvieron que socorrer a un promedio mensual de 21,299 familias, o sea 4.8 familias por 1,000 habitantes, con un promedio de 4.3 personas por familia. Como ese año fué de prosperidad, las cifras son inferiores a las de los años subsecuentes. (*Illness & Dependency, Com. Costs Med. Care, 1930.*)