

HIGIENE.

Algunas consideraciones acerca de la meningitis cerebro-espinal epidémica.

Aunque esta enfermedad en su forma epidémica no es de aquellas de las que tengamos experiencia en nuestro país, sin embargo, como desde hace algunos meses parece que se han dado algunos casos esporádicos en la Capital, no creo que podamos esperar que siempre escapemos, en lo de adelante, del desarrollo de una epidemia; en tal virtud quiero llamar la atención de la Academia sobre este punto y considerar en este escrito lo más importante que sabemos respecto de la historia y geografía de la enfermedad así como de su profilaxis.

Parece que esta enfermedad no fué conocida sino hasta principios del siglo pasado; durante esa centuria hubo dos epidemias notables en Europa y tres en los Estados Unidos.

El Profesor Hirsch divide la historia de la meningitis cerebro-espinal en cuatro períodos:

El primero se extendió de 1805 a 1830.

En Europa los casos fueron entonces aislados y no muy numerosos; como en Ginebra en 1805, en Grenoble y París en 1814, Metz 1815, en Vesoul 1822 y en Westfalia y algunos otros lugares en 1830. Pero en los Estados Unidos este período fué caracterizado por una gran epidemia que atacó los Estados de la Nueva Inglaterra y otros más occidentales como Kentucky y Ohio. El Canadá mismo no se escapó de esta epidemia.

El segundo período tuvo lugar de 1837 á 1850. Francia fué la primera atacada en 1837, comenzó la enfermedad en dos Distritos del Sur, a saber, Ballona y el Valle de Adour por una parte, y Foix y Marvona por otra, y de allí se extendió a ciudades del Sur Oeste y del Sur Este. En muchos casos la epidemia se limitó a la guarnición de una ciudad. Más tarde, de 1839 a 1840, aparecieron otros focos independientes al Noreste de Francia, como en Metz, y al Noroeste como en Laval, Brest, Caen y Cherbourg en donde la enfermedad se extendió principalmente entre los soldados. Estas epidemias continua-

ron hasta 1842 y después disminuyeron, pero de 1846 a 1850 apareció la epidemia principalmente en la guarnición de las ciudades del Noreste y Sureste de Francia y se presentó también en Orleans y París. Durante toda esta epidemia no se afectó ninguna de las ciudades de la parte central de Francia; pero sin duda en conexión con dicha epidemia tuvo lugar una en Argel (1840 a 1847). La parte Sur de Italia y la Sicilia fueron atacadas también con severidad entre los años de 1840 y 1845. En Dinamarca y en Islandia la enfermedad se desarrolló con fuerza entre 1845 y 1848. En ninguno otro país de Europa tuvo lugar entonces alguna epidemia de importancia aunque se dieron algunos casos en algunos lugares como en Gibraltar en 1847. En la Gran Bretaña aparecieron algunos casos en las habitaciones de los trabajadores en Dublin, Bray y Berfast (1846) y algo también en Liverpool. Los Estados Unidos fueron otra vez el teatro de una gran epidemia que se manifestó en los Estados del Oeste y del Sur, en lugares muy remotos de las comunicaciones trasatlánticas y cientos de kilómetros de distancia uno de otro. Dos años más tarde (1848) se presentó en Pennsylvania y después en Nueva Orleans en 1850.

El tercer período de 1854 a 1874 se hizo notar por una distribución diferente de la enfermedad en Europa. Los países del Sur y del Oeste (con excepción de una epidemia en el Sur de Italia y otras pequeñas en Portugal y en Irlanda) no fueron atacados; Suecia, Alemania y algunas partes de Rusia fueron las que más sufrieron. Los Estados Unidos presenciaron también su tercera gran epidemia; ésta comenzó en la Carolina del Norte y en el Estado de Nueva York (1856 a 1857), se extendió ampliamente durante la guerra de separación (1861 a 1863) y después cubrió casi la totalidad del área de los Estados Unidos, desapareciendo en 1874.

El cuarto período de Hirsch comenzó en 1876 y bien podemos decir que no ha terminado todavía en la actualidad. En 1905 hubo una gran epidemia con mortalidad muy elevada en Nueva York.

Por lo que toca a nuestro país no tengo conocimiento de que hayamos tenido ninguna epidemia de meningitis cerebro-espinal; pero desde mediados del año pasado se han estado dando algunos casos esporádicos en la Capital, que quizá ya puedan

pasar de cuarenta. Si nos hemos fijado en la historia de esta enfermedad, hemos podido ver que las epidemias de meningitis no han pasado en el Hemisferio Oriental de los paralelos sesenta y tres y treinta Norte, y en el Occidental de los cuarenta y cinco y treinta también Norte, parece por lo mismo, á juzgar por la experiencia de un siglo, que la enfermedad es propia de las zonas templadas y de las sub-tropicales, pero no tenemos los datos necesarios para poder asegurar que no pudiéramos ser invadidos por una epidemia de esta terrible enfermedad; será bueno, por lo mismo, que vayamos pensando en las medidas que será conveniente adoptar para evitar la entrada de la meningitis epidémica en nuestro país.

El Consejo Superior de Salubridad del Distrito Federal, pidió al Ejecutivo de la Unión al principio de este año que hiciera la declaración a que se refiere el art. 30 del Código Sanitario, respecto de las circunscripciones del Estado de Texas que están invadidas por la meningitis cerebro-espinal y que declare igualmente al Gobierno de los Estados Unidos que los únicos lugares por donde podrán recibirse en México pasajeros que provengan de las circunscripciones aludidas son en la Frontera, las poblaciones de Laredo, Porfirio Díaz, Ciudad Juárez y Nogales; y en los puertos los de Tampico y Veracruz, porque son los que tienen comunicación con Houston, en Texas, que también tiene enfermos de meningitis cerebro-espinal.

A las personas que lleguen de lugares infectados se les sujetará a lo que previenen los arts. 26 y 27 del Código Sanitario y los correspondientes del Reglamento de Sanidad Marítima.

Estas disposiciones comenzaron a surtir sus efectos desde las doce de la noche del 30 de Enero último.

El art. 26 del Código se refiere:

- 1º—A la inspección Médica-Sanitaria de las embarcaciones.
- 2º—La vigilancia y el aislamiento de los pasajeros sospechosos.

3º—Aislamiento de los enfermos hasta su completa curación en los Lazaretos o lugares aislados de la localidad.

4º—Desinfección de las embarcaciones, equipajes y mercancías que la requieran.

El art. 27 dice así:

“Las medidas de proflaxis a que se refiere el artículo ante-

rior se sujetarán en todo a lo que prevenga el Reglamento de Sanidad Marítima, quedando facultados el Consejo Superior de Salubridad y sus Delegados en los puertos, para detener las embarcaciones por el tiempo que fuere necesario, mientras se practican dichas medidas."

Vamos a examinar hasta qué punto podremos contar con que practicadas las disposiciones del Código quedemos asegurados de la invasión de la enfermedad. Desde luego por lo que se refiere a las prescripciones 1^a y 4^a, es decir, las relativas a la inspección médica de las embarcaciones y a la desinfección, no tenemos nada que objetar siempre que se lleven a cabo con la eficacia que esas operaciones requieren; respecto a los pasajeros sospechosos encontramos una gran dificultad. ¿A qué pasajeros se declara sospechosos? ¿a los que han estado en contacto íntimo con los enfermos de meningitis cerebro-espinal y que no han terminado el período de la incubación de la enfermedad? Si se trata de que haya habido algún enfermo a bordo, ya sea del ferrocarril o del vapor, se pueden creer sospechosos todos los pasajeros de la clase correspondiente (1^a, 2^a o 3^a), pero como en realidad no hay motivo suficiente para hacer esa declaración, se observan esos pasajeros y a los que tengan movimiento febril por ligero que sea o algún catarro nasal, ocular o faríngeo y se les separa, procediendo entonces al examen bacterioscópico de las secreciones, se encuentra o no el meningococo, pero además de que las operaciones para el examen bacterioscópico son delicadas y laboriosas, no se puede declarar en el caso de que la prueba sea positiva, que el individuo de que proceden esas secreciones podrá transmitir la enfermedad, supuesto que se sabe ahora que del 5 al 7 por ciento de los individuos sanos presenta el meningococo en sus secreciones fisiológicas; en vista de esto, en algunos puertos de los Estados Unidos y me parece que también en la Habana, recurren a la punción lumbar con el objeto de examinar el líquido céfalo raquídeo, pero este medio, aunque algo mejor que el anterior, no es tampoco seguro, pues muchos individuos, sobre todo al principio de la enfermedad, dan por la punción un líquido enteramente claro y en el que después de diversos exámenes no se puede identificar la presencia de la bacteria específica. Además, las circunstancias que exige esa operación y lo dilatado y difícil del análisis,

le quitan, a mi juicio, la utilidad práctica que debíamos esperar de él.

Además, muchos individuos portadores de meningitis lo son durante muchos meses y por lo mismo deberían estar aislados durante un largo período de tiempo y llegaría a ser tan grande el número de los que se debería aislar, sobre todo en Veracruz, que por término medio entran sesenta vapores en el mes, que no habría local suficientemente amplio para poder contener estos portadores del gérmen, y si se reflexiona además, que muchos, muchísimos portadores del gérmen pueden haber sido declarados limpios, se comprenderá, como decíamos antes, la casi inutilidad de esta práctica. De manera que por ahora yo creo que debemos de limitarnos a que se aislen a los que se declare sospechosos por tener alguno o algunos de los síntomas de la meningitis cerebro-espinal, y en esto sí será conveniente, cuando se crea oportuno rectificar el diagnóstico por medio de uno o varios exámenes del líquido céfalo-raquidiano, cuyo examen tendrá además alguna ventaja, para evitar la propagación de la enfermedad.

Porque, en efecto, si se hacen las inyecciones intra-raquidianas del suero antimeningococcico se podrá obtener una curación rápida en algunos casos, y estos enfermos ya no podrán transmitir la enfermedad.

Vamos a ver ahora lo relativo á la 3ª prescripción del art. 26 del Código Sanitario, que se refiere al aislamiento de los enfermos hasta su completa curación en los lazaretos o lugares aislados de la localidad. El aislamiento de los enfermos es enteramente necesario para evitar que transmitan la enfermedad a los sanos. ¿Pero cuándo se debe declarar que la curación es completa, cuando los signos clínicos macroscópicos ya no existen y que se considera al enfermo sano, o cuando han desaparecido completamente los meningococos del líquido céfalo raquidiano? Porque no es raro que estos gérmenes persistan durante varios meses y me parece casi imposible detener a un individuo que se cree sano durante muchos meses en un lazareto; quizás sería conveniente que además del examen bacterioscópico se hiciera la prueba de inoculación a los animales con el objeto de averiguar si los gérmenes están o no en aptitud de transmitir la enfermedad. Sobre este punto y sobre otros varios puntos du-

dosos y que apenas he bosquejado, desearía yo saber la opinión de la Academia, pues como dije antes, como tenemos la meningitis cerebro-espinal epidémica a las puertas de la República, debemos pensar detenidamente en los medios que sean más prácticos y seguros para impedir la invasión de tan terrible enfermedad.

México, marzo 20 de 1912.

D. ORVAÑANOS.