

# Editorial

## Aspectos históricos infecciones del sistema nervioso

**E**l que una especie se nutra a expensas de otra es tan antiguo como la existencia de la vida y al principio como pasa aun hoy en día; los seres unicelulares compitieron y compiten entre sí, pero desde la aparición de órganos más complejos como en este caso el ser humano les es más fácil sobrevivir y multiplicar su especie parasitando a este campo fértil para ellos y en esto consisten las enfermedades infecciosas.

Algunas que causan lesiones óseas como la tuberculosis han dejado su huella desde hace siglos en las momias egipcias y peruanas por lo que sabemos de su existencia; en grupos de población, aunque desconocemos el tratamiento que usaron; si es que alguno para tratar a estos pacientes aunque podemos suponer que lo más que utilizaron fue analgésicos para mitigar los dolores que sufrían.

La historia nos empieza a dar algunos datos respecto a estas enfermedades, en la edad media cuando estos precursores de la medicina describían los delirios causados por la fiebre, quizá meningitis o encefalitis y que cuando ocurrían la muerte del paciente estaba próxima.

A fines del siglo XIX; ya se conocía la presencia de microbios y se aseguraba que era muy importante el conocer la vía de llegada de la infección porque una vez desarrollada está, se consideraba incurable y susceptible sólo a tratamiento sintomático. La llamada punción lumbar ya se había inventado y se afirmaba que la causa de las meningitis era:

**a.** Los pneumococos de Frankel, la causa más común puesto que Netter en el estudio de 41 casos los encontró en 27 y en 10 casos de meningitis en el curso de una neumonía se encontraron 9, en segundo lugar **b.** los estreptococos y en tercero **c.** los estafilococos raros y por último, el baicilotífico, el pneumobacilo de Friedlander y el *Bacterium coli* como los sitios de entrada de estos gérmenes se citan las inflamaciones de los tejidos blandos de la cara y senos paranasales, triángulo mortal de Dielafoi y des-

de luego, declaraba no conocer la ruta de entrada del sarampión o escarlatina.

Pensaba que a parte de la vía hematológica que podía ser arterial como en los casos de endocarditis, también podía ser por vía linfática para los nervios a la médula espinal y de está al cerebro.

En cuanto al diagnóstico los médicos confiaban en la fiebre, cefalea y vómitos, confusión mental, ya Kernig había descrito su signo y se podía afirmar que el estudio clínico daba un diagnóstico con bastante seguridad.

El pronóstico de la meningitis cerebral aguda y difusa era mortal y en casos poco comunes se habían observado una regresión a la salud, pero en estos se observaba idiosincrasia sordera, ceguera o hidrocefalo crónico y en la llamada meningitis espinal parálisis o parestesias.

El tratamiento profiláctico se enfocaba en meningitis epidémica; Berg en Estocolmo en las inclusiones de niños entre 1842 a 1876 demostró que la mortalidad estaba en razón inversa con la cantidad de aire correspondiente a cada niño, al aumentar el espacio la mortalidad de 9% en 1842 bajo a 3% en 1876; de tal manera que se concluía que las medidas higiénicas eran la mejor prevención para las meningitis infecciosas, en lo cual estamos de acuerdo a la fecha sobre todo, porque lo que se observaba en Estocolmo hace 150 años se sigue observando en los países en desarrollo a la fecha. Se recomendaba: limpieza, cuidados de las fosas nasales y faringe; aunque no podía demostrarse que por este medio se impidiera la meningitis si produjo un crecimiento industrial importante, que perdura aun hoy de los enjuagues bucales.

Se recomendaba no acostarse en suelo húmedo puesto que el enfriamiento rápido del dorso producía la meningitis espinal.

En lo que si estaba en lo cierto, es que los casos de otitis deberían vigilarse y estar listos para hacer una incisión timpánica y drenar el material purulento antes que infectar

a las meninges y al cerebro.

Basados en que el ácido acetilsalicílico tenía un efecto benéfico en el reumatismo articular agudo Steffen aconsejaba dar 0.5 g de salicita de sosa de dos a cuatro veces al día a estos pacientes.

#### *Otros medios empleados*

Evacuaciones sanguíneas locales aplicando sanguijuelas en las mastoides y ventosas escarificadas en la nuca y dorso. Si hay síntomas espinales se corta el pelo, se humedece la piel y se aplica una vejiga con hielo que cubra la cabeza en forma de gorro manteniéndola aplicada día y noche durante toda la enfermedad o en casos más graves, las afusiones frías repetidas en cabeza y columna vertebral que obran como estimulantes de todo el organismo.

Al mismo tiempo se administra un purgante oleoso con trementina y enemas de agua fría aunque en niños muy debilitados no se debe usar el purgante.

Barrí recomendaba el uso de ergotina como estimulante, aunque no todos los autores lo aceptaban. Para insomnio y cefalalgia debe emplearse morfina inyectada en dosis cortas (Laudano de Sydenham).

#### *El vómito con hielo tomado o aplicado al hueco epigástrico*

Quincke recomendaba uso de pomadas mercuriales y calomel como laxante durante cuatro a seis semanas. Si se presentaban síntomas de aumento de la presión intracraneal y respiración de Cheyenne-stókes este mismo aconseja la punción lumbar procedimiento inventado por él y evacuación de líquido: cita a Zimssen que extrajo 60 g de exudado en diferentes sesiones con resultado satisfactorio en la cefalalgia.

En un caso de Paget extrajo 120 g con lo que mejoró el pulso el 8 de septiembre de 1860, pero el enfermo murió el 11 de septiembre. En 1835 Riecke había propuesto la punción ventricular, pero fue hasta 1883 en que Wernike apoyo esta idea en que el procedimiento fue más empleado.

La trepanación se recomendaba en la leptomeningitis ótica Macewen practicó 12 trepanaciones en meningitis purulenta por otitis y en 6 encontró absceso el resultado fue favorable. Como en ocasiones la trepanación se hacía en moribundos como en un caso reportado por Gluck esta operación adquirió muy mala reputación.

Se recomendaba mantener al paciente en una alcoba en silencio, con luz moderada y administrar como alimentación leche y caldo suplementado con ioduro de hierro en píldoras.

Aufuch, recomendaba baños calientes repetidos dos a tres veces por semana (38° y diez minutos de duración). En cuanto a la parálisis, principiar los masajes en cuanto los pacientes tengan dos semanas apiréticos y evitar toda

excitación y trabajo psíquico.

En cuanto a la meningitis tuberculosa se reconocía que en la mayoría de los casos era secundaria a ganglios tuberculosos en bronquios, nuca y cuello.

Se reconocía un estado prodrómico en que los niños escrofulosos principiaban a tener dolores de cabeza, mal humor y falta de gusto para jugar con ligeros accesos febriles. El siguiente paso era convulsiones, delirio y el fondo de ojo mostraba papilitis.

El diagnóstico diferencial se hacía con raquitismo, fiebre tifoidea y hemorragia. El diagnóstico confirmatorio era al encontrar bacilos en el líquido cefalorraquídeo, Fubringer encontró en 37 casos 27 positivos y de los otros diez, siete fallecieron los encontró en la autopsia.

El pronóstico de esta enfermedad desarrollada es mortal. En cuanto a tratamiento la mayor importancia se daba al profiláctico o sea mantener a los niños apartados de personas tuberculosos y al aire libre la mayor parte del tiempo.

En las escuelas se debe impedir el exceso de trabajo por la hiperemia cerebral crónica que produce y que en niños predisuestos puede causar meningitis.

A parte de los tratamientos sintomáticos comunes con las sanguijuelas, Moleschott obtuvo en tres de cinco casos curación con embrocaciones repetidas de tres a cinco veces al día de colodion yodofórmico (1 por 5) en las apófisis mastoides y nuca. Tres autores suecos en 1885 reportaron el mismo buen resultado usando pomada yodofórmica, Landeren uso el fósforo en aceite cada cuatro horas, pero la paciente falleció dos meses después.

En 1878, Hugening declaraba *no conozco ningún caso con tubérculos coroideos que se haya curado*.

En un caso de Rillet los síntomas de meningitis desaparecieron en 16 días y cinco años después reaparecieron causando la muerte. En la autopsia se encontraron lesiones antiguas caseosas fibrosas y una meningitis reciente.

El uso de la tuberculina no fue curativo y además se considero dañino. Virchow afirmaba en 1891 que la tuberculina provoca una fuerte congestión en las inmediaciones de las neoplasias tuberculosas en el pulmón demostrado en autopsia, Rutimeyer encontró otro caso de autopsias con un tubérculo y meningitis generalizada. Burgeois en Bélgica recomendó el uso de fluoruro de sodio reportando siete casos de curación aunque uno de los enfermos quedo con estrabismo y alteraciones mentales.

Algunos casos parecen increíbles como el de Waterhouse en 1894; publicado en Lancet. Una niña de 5 años con cefalalgia, fiebre papilitis y coma. Se práctica una incisión en arco de la mastoides a la protuberancia occipital; hemorragia intensa. Trepanación de la fosa cerebelosa izquierda. La meninge no late, pero drena un líquido verdoso, se punciona la cisterna y se obtiene 20 cc de líquido cefalorraquídeo.

Se cierra la herida dos días después; la enferma despierta y en un mes después hay curación completa. Aunque no se pudo asegurar que era una meningitis tuberculosa, así lo consideraron ocho médicos.

Varios autores aconsejaban y practicaban punción lumbar, extracción de líquido cefalorraquídeo. Frenhuan en uno en que se identificaron los bacilos en el líquido obtuvo una curación, pero la mayoría de los casos al final murieron.

En algún caso Paget en 1895; practicó una laminectomía cervical de 2 niveles con punción de la dura y extracción del líquido cefalorraquídeo. El paciente falleció cinco días después.

A principio del siglo XX; esta era la situación en que se encontraba la medicina en relación con las infecciones, no sólo del sistema nervioso, sino de cualquier infección, afortunadamente apareció entonces una nueva idea.

Dado que la industria textil alemana había desarrollado una importante tecnología para teñir tejidos orgánicos como seda, algodón y lana, los patólogos pidieron y obtuvieron colorantes que les permitieron estudiar en el microscopio los tejidos obtenidos en autopsias. Esto dió origen a la idea de que algún colorante se podría fijar en los microbios inyectando al paciente y curarlo.

Los trabajos de Erlich después de 606 ensayos

produjeron el salvarsán y después de otras 60 el neosalvarsán que junto con un derivado bismútico el satabisol permitió por primera vez un tratamiento efectivo de la sífilis ayudado con la fiebroterapia en el caso de la neurosífilis. Hasta esa fecha el único tratamiento conocido era el mercurio con malos resultados.

En los años treinta se encontró otro colorante el rubiarsal para el tratamiento de las infecciones con cocos.

El enfermo entero se teñía de rojo, pero pronto se encontró que la parte que era efectiva de este medicamento era la porción sulfa y esto abrió el capítulo moderno de la terapéutica, ya que casi simultáneamente Fleming encontró el efecto de la penicilina y por primera vez los médicos pudieron curar realmente las infecciones.

Con esto término está reseña histórica, pero permitan que insista en que las condiciones de siglos pasados con facilidad pueden volver a presentarse a la humanidad cuando la pobreza y/o la guerra pueden hacer que retroceda el tiempo y el hombre regrese a la edad de las cavernas.

No olvidemos lo que sufrieron nuestros antecesores sino queremos vivir las mismas tristes experiencias.

Dr. Humberto Mateos Gómez