

nalina, y que aun subsiste, como podéis ver examinando la paciente. Por cierto que, a juzgar por la zona que ocupa el enrojecimiento, parece que se ha tratado de una lesión mayor de la que en realidad ha existido; por otra parte, sería imposible reconstituir un diagnóstico retrospectivo juzgando sólo por el aspecto actual.

Acompaño un esquema de tamaño natural hecho concienzudamente por mí antes de la operación (fig. 1) y otro esquema tomado el día 21 del corriente (fig. 2) Por el esquema juzgaréis cabalmente de la situación y aspecto del tumor. La zona de infiltración ocupa unos 12 mm en el sentido sagital y 16 y medio mm. en el ecuatorial como indica el esquema fig. 2. A juzgar por la marcha seguida hasta la fecha, se puede augurar que la infiltración subsistente en la actualidad irá cediendo, aunque presumo no desaparecerá del todo. Dicha infiltración comprende la esclera y el tejido episcleral, y así como antes de la intervención no existía diferencia alguna de coloración entre la esclera de la región del absceso y la circundante, actualmente la diferencia es muy marcada y sería perfectamente indistinguible a no haber seguido paso a paso la evolución del proceso.

No entraré a discutir el hecho en cuestión; mi propósito ha sido presentaros la muchacha para que fijéis vuestra atención en un caso rarísimo, para mi único, de *absceso circunscripto primitivo de la esclera*, pues cuando lleve más tiempo de observación será objeto de un trabajo más minucioso.

Sesión Científica del 24 de Noviembre de 1917

PRESIDENCIA: DOCTOR CARULLA

La parálisis infantil y su propagación en Cataluña

POR EL DOCTOR VIURA Y CARRERAS

Académico numerario

I

SEÑORES:

Accediendo gustosísimo a cortés invitación de mi excelente amigo, doctor Carulla, ilustre Presidente de esta Academia, honrándome al mostrar su deseo de que junto con otros estimables compañeros pediatras, de la misma, expusiéramos nuestra opinión, o *simples impresiones*, sobre la existencia y desarrollo de la poliomiélitis de la infancia en la región catalana, no puedo eludir, aunque quizá defraudando las esperanzas de los señores académicos, tomar parte en esta sesión, leyendo unos sucintos *conceptos o notas* acerca de dicho importante tema, pues intentar un estudio completo sería labor ardua y compleja. Indudablemente, ese bosquejo, que espero sea incentivo para otros trabajos de mis consocios, aparecerá para SS. SS. con mengua de datos originales y concepciones novísimas, tarea asaz difícil, en este instante, presintiendo a mis oyentes ávidos de conocer los más recientes avances en la materia, singularmente tratándose del proceso morboso mentado, del cual, que yo sepa, reunimos escaso acopio de investigaciones de anatomía patológica practicadas en nuestro país; ni aparecen publicadas aportaciones experimentales de origen español, respecto al probable agente pató-

geno, su morfología, manera de desenvolverse y positivo modo de propagarse; en una palabra, estamos faltos, casi en absoluto, de trabajos prácticos realizados u originados en nuestra nación. No trato de censurar al escribir estas frases; las dicta mi amargura, lastimado de tanta indiferencia e inactividad en la esfera experimental y de investigación.

Así, será bien confesar que nuestras fuentes de conocimientos en esta enfermedad derivan fundamentalmente de la observación clínica, con exiguos estudios micrográficos, raras comprobaciones en los laboratorios y carencia de necropsias. Es innegable hay que recurrir, pues, al cúmulo de noticias y documentos recibidos de allende nuestras fronteras, apelando a monografías y revistas profesionales, sobresaliendo las de los maestros norteamericanos.

Creo no se aparta de la verdad mi juicio, toda vez que antaño era poco común esta dolencia en Cataluña, estudiándola los clínicos sin especial predilección. Recordarán todos: mis contemporáneos las clásicas descripciones leídas en días ya lejanos en los magistrales tratados de West, y Rilliet y Barthez, donde se la designaba con el nombre de *parálisis esencial* (1). Algunos años más adelante, los trabajos de Cornil, Vulpián, Duchenne, la consideran de origen medular, localizando las lesiones anatomo-patológicas en la substancia gris de las astas o cuernos anteriores de la médula.

Durante este lapso de tiempo, en la inmensa mayoría de los niños enfermos el proceso morboso era considerado como esporádico, no contagioso, y, por lo mismo, sin poder o acción difusiva. Verdaderamente, los casos asistidos, aun por profesores de numerosa clientela, eran rarísimos en el decurso del año, con marcada preferencia en verano (julio y agosto). Hay más: en poblaciones catalanas de denso vecindario, sólo de tarde en tarde se daban cuenta nuestros colegas de la existencia de la poliomiélitis infantil.

Así, claro está que hasta tanto que repetidas indagaciones de los bacteriólogos y demostrativos estudios epidemiológicos han dotado a la parálisis infantil de una *etiología* y una *patogenia* positivas, hubo de subsistir la general creencia, juzgando a esta afección como debida a vulgares o nimias causas predisponentes y ocasionales, haciendo responsables del desarrollo del mal a los enfriamientos, la dentición, los traumatismos y a las enfermedades infecciosas. No hay duda: estas últimas han influido siempre como causa preponderante en la génesis de la parálisis infantil, pues he presenciado, durante largos años de mi ejercicio profesional, las parálisis de diversos grupos musculares en la terminación o convalecencia de fiebres tifoideas, escarlatina, sarampión, viruela, etc.

En los treinta años últimos, no faltaron contratiempos ni dejaron de atravesarse serios obstáculos para llegar al conocimiento exacto de la patología de la poliomiélitis, mientras se operaba su cambio de sitio en las clasificaciones nosológicas, desde el capítulo de la inflamación aguda de la médula espinal, al de las infecciones nerviosas. Finalmente, algunos lustros ha, generalizose la opinión sustentada por Scholssmann y Pfaundler (2), quienes aceptaban que en la mayoría de los casos la parálisis infantil tiene el *aspecto de una enfermedad que se presenta espontáneamente, con todos los caracteres de una infección, no contagiosa*, siendo más común en los infantes antes de haber cumplido los dos años.

La enfermedad aislada, bajo el punto de vista clínico, por Heine, en 1840, avanzando el tiempo y fundiéndose en el crisol de las nuevas doctrinas las modalidades y conceptos vertidos tras largo período, quedó, por fin, completada en su estudio, precisándose las lesiones y se reconoció el papel, casi exclusivo, de la infección en su etiología. (Charcot, Joffroy, Strümpell, Damaschino, P. Marie.—1871 a 1902.)

De esta suerte, las nuevas orientaciones iniciadas por P. Marie, 1892, han conducido por recto sendero a la notoria transformación que vino elaborándose, hasta proclamarse, en nuestros días, con documentados trabajos, que la poliomiélitis infantil es enfermedad infectiva, contagiosa, abandonándose las opiniones de nuestros antepasados, concentradas en su exclusivismo de proceso: esencial, o inflamatorio medular.

Admira y sorprende, en verdad, el cúmulo de estudios y experiencias de diverso orden, epidemiológicos, anatomo-patológicos y clínicos, realizados por los profesores de distintas naciones, a fin de alcanzar la noción asentada modernamente, que, sin duda, fijará los jalones que señalen la ruta por donde deben encaminarse las medidas de defensa, cuya adopción es urgente, y, son un deber sacratísimo confiado a cuantos velan por la salud de sus conciudadanos.

Despertó nuestra atención e interés el rumbo trazado por los nuevos adelantos científicos y de manera principal las nociones de epidemidad y contagio, así como la descripción de su germen específico patógeno. Es reciente, sentirnos todos hondamente impresionados al leer las elocuentes cifras estadísticas de las epidemias ocurridas en Suecia, brillantemente descritas por Cordier, y confirmadas

(1) Rilliet y Barthez, «Tratado de enfermedades de la Infancia», 1866.—Ch. West, «Leçons sur les maladies des Enfants», 1875.

(2) Dr. M. Pfaundler y Dr. A. Schoissmann, «Tratado enciclopédico de Pediatría», Gratz y Dresde, 1906.

con no menor autoridad por Medin. Más tarde en 1905, se lamenta el recrudecimiento de este azote en los países Escandinavos (Suecia y Noruega), y, al poco tiempo, se extiende la plaga en los Estados Unidos (América), en cuya gran nación, las epidemias de parálisis infantil se suceden, desde 1904, sumando desconsoladoras cifras de invadidos, las de 1907, 1908, 1909 y 1916. Vuela el agente agresor a Europa y sufren sus embates las poblaciones infantiles de Austria y Alemania, en sus epidemias de 1908 y 1909. Salvando fronteras, aparecen, luego, focos epidémicos en los Países Bajos, Inglaterra y Francia, propagación extendida en breve plazo, mediante focos extensos, a otros países europeos. En algún documento hispano se indica que la poliomiélitis aguda infantil causó gran número de víctimas en España, por los años de 1911 y 1912; mas tal afirmación carece de valor, mientras no se confirme con datos estadísticos oficiales o en publicaciones profesionales que la revistan o doten de autenticidad. No olvidemos: *verba volant, scripta manent*. Sólo tengo noticia de un foco de poliomiélitis aguda anterior, desarrollado en Fraga (Huesca), dado a la publicidad por el ilustrado doctor Rosique Cebrián en su estimable y laureada monografía (1).

En la Isla de Cuba, provincia de Sta. Clara, se lamentó la presencia de la poliomiélitis anterior aguda, epidémica, en 1909, describiéndose esta invasión morbosa en un interesante informe publicado por los ilustrados doctores Lebreo y Recio, en el Boletín Oficial de Sanidad, de la Habana (Marzo 1910). Es de notar haya correspondido a Cuba sufrir la primera epidemia de poliomiélitis ocurrida en los trópicos; pues, según los precitados profesores, esta enfermedad había limitado siempre su propagación a regiones más templadas, sin invadir las tropicales. Contáronse 140 invadidos, no gozando de inmunidad los niños de raza negra, ni los mestizos, si bien fué mayor la proporción de enfermos de raza blanca.

Interesa a los patólogos e higienistas interpretar cómo se ha realizado esa continuidad de focos epidémicos, enlazándose unos con otros, desde América a Europa. Con recto sentido de epidemiólogo, lo intenta un culto e infatigable escritor, doctor E. Fernández Sanz, de Madrid, en el siguiente párrafo:

«Del estudio comparado de estas epidemias recientes, en diversos países, se deduce la apreciación de que parece tratarse de una sola expansión epidémica de marcha lenta, originada en la península escandinava, donde con oscilaciones en su intensidad, con alternativas de latencia y de recrudecimiento, se irradió en una doble dirección: hacia la América del Norte, a través del Atlántico, conducida por los emigrantes, y hacia los países del Centro y del Occidente de Europa, desde donde, paso a paso, se ha ido corriendo a las naciones meridionales; Francia, Italia y España (2).»

Empero, es de notar que este concepto lo forma, el doctor Sanz, en virtud de un artificio discursivo y de abstracción (son sus palabras), ya que falta en estas epidemias contemporáneas la representación y forma de extenderse que tienen las grandes manifestaciones pandémicas de otras infecciones, la gripe y el cólera, por ejemplo. Las epidemias de poliomiélitis constituyen una particularidad importante: presentan el carácter de limitación, de foco pequeño. En la misma constitución de sus grandes explosiones epidémicas (Suecia, América del Norte), se ha averiguado que están formadas por la multiplicidad de gran número de focos, reducidos a pocos enfermos cada uno de ellos. Idéntica manera de propagarse la enfermedad se ha observado en Cataluña, este verano. Casos aislados en Barcelona; focos epidémicos en Mataró y en Reus. En ambas ciudades, los enfermos se hallan dispersos, no se citan agrupaciones de invadidos. A poco de notarse incremento en la cifra habitual de casos de parálisis infantil en los puntos que acabo de citar, aparecen salpicaduras en muchísimas poblaciones de las comarcas respectivas.

Renombrados epidemiólogos de varias naciones no cejaron en su empeño, multiplicando sus prácticas de investigación. Debido a ello, se admite ya la contagiosidad de la poliomiélitis, después de la observación demostrativa de W. Pasteur, quien presenció siete casos ocurridos en una misma familia, en el plazo de diez días. Afirma, asimismo, Treves (1908), haber podido determinar las circunstancias de transmisión de la dolencia, y fija con exactitud el período de incubación en seis o siete días, al dar cuenta de la reducida epidemia de Opminster (Inglaterra), compuesta de ocho casos evidentes.

Admitido el carácter infectivo y contagioso de la poliomiélitis y su naturaleza epidémica, faltaba la sanción experimental, revelada bien pronto a la consideración del mundo científico, después de los incesantes trabajos de Marinesco y Hoehl y luego de conocida la nota de Landsteiner y Popper (1909), declarando haber reproducido la enfermedad experimentalmente en el mono, inyectándole emulsiones de médula u otros productos virulentos procedentes de niños fallecidos de esta dolencia.

Levaditi, Serves, Lewes y otros, alcanzan, asimismo, reproducir la parálisis típica en los monos, fijan el período de incubación y transmiten la enfermedad con todos sus caracteres esenciales, *en serie*, de un mono a otro, fijando con luminosos detalles las vías de transmisión orgánicas, mediante inocu-

(1) «Parálisis aguda anterior infantil», por el Dr. don Ricardo Enrique Cebrián.— «Los Progresos de la Clínica», 1917.
 (2) Dr. E. Fernández Sanz; «La Parálisis infantil». Publicaciones de la Inspección General de Sanidad, Madrid, 1916.

laciones en el cráneo, en las venas, en los nervios, en las vías aéreas y en las digestivas (Nobécourt (1), logrando después, en conclusión, aislar el microorganismo patógeno.

En febrero de 1913, Flexner y Noguchi, incansables y perseverantes, perfeccionando sus procedimientos técnicos minuciosos y originales, publican el resultado de sus trabajos sobre «El cultivo del virus de la poliomiélitis» (2), y en nuestros días se generaliza la opinión de estos profesores, o sea, que un *virus* perteneciente al grupo de los que atraviesan los filtros de Berkefeld, denominados *virus filtrables*, origina la parálisis infantil, a semejanza del que produce la rabia. Casi huelga añadir se designan con el nombre de *virus filtrables* o *microbios invisibles*, aquellos productos patológicos que, sin contener germen alguno apreciable por los medios ordinarios de investigación, determinan, inoculados a un animal, la misma enfermedad de que proceden. (Dopter et Sacquépée—Bacteriologie—1914.)

Pasteur, en 1881, había sospechado la existencia de estos virus, cuando emitió la hipótesis de que el virus rábico debía contener un germen invisible.

Posteriormente, en Septiembre de 1913, Flexner y Noguchi aseguran haber cultivado el germen o microbio de la poliomiélitis (3), describiendo su procedimiento de cultivo, que consiste en la siembra de fragmentos de cerebro y médula de poliomiélicos en una proporción adecuada de líquido ascítico humano, mezclados con pequeñas porciones de riñones de conejo.

Añaden los antes citados profesores, y se comparte su valiosa opinión en varias obras editadas recientemente en Norteamérica, que los microorganismos forman colonias puras, se presentan en pequeños elementos redondeados u ovals, son visibles en el ultramicroscopio, hallándose dispuestos unas veces en pelotones y otras en cadenas cortas, según los cultivos de que procedan.

No faltan profesores que hayan acogido con reservas los resultados de las experiencias últimas, negando a estos cultivos el carácter de tales, suponiendo que sólo se trata de la existencia del virus contenido en la substancia nerviosa y conservado en ese medio; objeción rebatida por los doctores Flexner y Noguchi con nuevos experimentos de positivo alcance, a juzgar por autorizadas opiniones. Sin embargo, según expresa un erudito colega ya nombrado (Rosique Cebrián), resulta paradójico hablar de la morfología del microbio teniendo en cuenta los caracteres de un *virus filtrable*.

Mientras en las Academias y revistas médicas se siguen con creciente interés los avances surgidos de tan importantísimas y delicadas investigaciones, sin ánimo de ostentar escepticismo, opinamos que no se ha llegado aún a la solución de algunos de los problemas indicados. Por lo tanto, en tanto clínicos y experimentadores se afanan con laudable firmeza, disipando dudas y despejando incógnitas, así ante el niño enfermo, como en el laboratorio, es prudente esperar, sin desconfianzas, antes que aceptar como absolutas algunas afirmaciones, pues la verdad científica, según dijo Bacon, es hija del tiempo.

Sinteticemos, y recogiendo el sentir casi unánime de los autores que, con mano maestra, dieron las últimas pinceladas al cuadro de la etiología y patogenia de este padecimiento, quede consignado que la poliomiélitis anterior aguda de la infancia (parálisis espinal infantil) es una enfermedad infectiva, contagiosa y epidémica, en ciertas épocas, transmisible del individuo enfermo a los sanos, e inoculable a los monos, en serie, reproduciendo el mismo cuadro sindrómico (4).

El microorganismo o virus de la parálisis infantil se localiza en el centro cerebroespinal, en la mucosa de las vías respiratorias y en las vías digestivas de las personas afectas de este proceso morboso. No se le encuentra en la sangre. Se ha comprobado la existencia del virus en la mucosa nasofaríngea de las personas sanas que estuvieron en contacto con los enfermos, convirtiéndose aquellos, por ende, en *portadores* o *vehículos* del germen, conservando este peligro muchos días después de iniciada la enfermedad (Flexner y Lewis).

Creése que el virus penetra más comúnmente por la nariz y la garganta, avivando su virulencia en este medio de cultivo, e invadiendo el cerebro y la médula, luego de circular por las vías linfáticas o venosas que ponen en comunicación el cávum con el interior del cráneo, juzgando los clínicos más frecuente y verosímil la vía linfógena para la entrada del germen que la hematógena.

Hace presente Simón Flexner la posibilidad de ser expelido al exterior el virus contenido en las mucosidades nasofaríngeas, mediante la tos, el estornudo, los besos, etc., pudiendo contaminarse los dedos, las ropas u otros objetos relacionados con el paciente, llegando a ser posible la propagación del virus por medio de las evacuaciones intestinales.

Asimismo se convertirán en vehículos del contagio, según Landsteiner y Levaditi, el agua y la

(1) Dr. P. Nobécourt, «Medecine Infantile», 1912.

(2) Dres. Flexner y Noguchi, «Journal of the American Association», 1913.

(3) Flexner y Noguchi, «Bernier Klinische Wochemchrift», 1913.

(4) «Archivos of Pediatrics», agosto 1916. Descripción de la epidermis ocurrida en New-York, durante la primavera.

leche adicionados con virus, pues han logrado provocar la parálisis experimentalmente con dichos líquidos infectados a los treinta y un días de permanecer a la temperatura del laboratorio.

El virus de la poliomiélitis expelido del cuerpo, mezclado con las secreciones, se conserva largo tiempo, a pesar de los intensos calores del verano, de la sequedad de las secreciones y de hallarse mezclado con agentes químicos débiles, por ejemplo el ácido fénico. Dice Flexner que la obscuridad mantiene la virulencia de este germen, destruyéndose o anulándose, por lo contrario, mediante su exposición al sol. Siendo dicho virus muy resistente a la desecación, es más fácil penetre en las vías aéreas mezclado con las secreciones desecadas, manteniendo así también la virulencia sobre los objetos contaminados, pudiendo del propio modo ser transportado por las corrientes de aire de unos lugares a otros.

Empero, reflexionando en la esfera de la observación clínica, si bien en virtud de todo lo expuesto parece lógico admitir la existencia de una forma de parálisis infantil, *epidémica, afección específicas contagiosa*, en tanto no se acumulen nuevas observaciones, precisando las modalidades en la acción y virulencia del agente patógeno, ¿no os parece prematuro identificar por completo esta forma con la parálisis infantil banal, tipo común, observada durante un siglo, sin que nunca notaran el contagio aquellas elevadas mentalidades médicas que nos precedieron? ¿como, repito, identificar esta forma específica con las parálisis surgidas o desarrolladas en pos de graves procesos infectivos generales, tifoidea, viruela, verbigracia? ¿no hemos presenciado, todos, en las dos últimas formas apuntadas en las interrogaciones anteriores, que siempre los casos fueron aislados, esporádicos y jamás señalados como contagiosos? Anhele que vuestra ilustración y clarividencia desvanezcan esas nubecillas que impiden todavía ver claro y despejado el horizonte.

Así discurrendo, y percatados de las relaciones nosográficas estudiadas, se han lanzado a la prensa profesional por algunos modernos patólogos dos opiniones a las que no vacila en dar asenso un pediatra eminente, el doctor P. Nobecourt, de París, resumiéndolas en estos dos asertos:

1.º *Las dos afecciones deben ser confundidas*, puesto que entre ellas no existen diferencias clínicas y anatómicas esenciales; además, el suero de sujetos curados de parálisis infantil clásica, infecciosa, neutraliza el virus de la parálisis infantil, o enfermedad de Heine-Medin.

2.º Existe una *parálisis infantil esporádica*, tributaria de causas muy diversas y una *parálisis infantil específica epidémica*. De igual manera que ocurren *meningitis cerebroespinales* debidas a muy diversos gérmenes y una *meningitis cerebro-espinal epidémica*, originada por el meningococo descubierta por Weischaelbaum (*diplococcus meningitidis intra-cellularis*).

Prosiguiendo las reflexiones por este sendero, no hay duda contrastan, también, las grandes explosiones epidémicas referidas, con la existencia desde luengos años de casos esporádicos, aislados, que no se propagaron; aunque según Levaditi, se ha demostrado que el suero de la sangre de los atacados de *antigua parálisis, esporádica, aislada*, posee iguales propiedades inmunizantes que el suero de los convalecientes de poliomiélitis aguda. Ello induce al ilustre doctor don Martín Salazar a exponer su autorizada opinión en estos términos: Quizá se llegará un día a determinar con precisión si la poliomiélitis es una simple entidad clínica o nosológica, o si ella es una enfermedad genésica que abarca síndromes clínicos que traducen los efectos de ciertas lesiones de la médula y el cerebro, de los cuales la poliomiélitis epidémica sería una variedad, la más importante, sin duda, pero no la única. Añadiendo con recto juicio: quizá el aumento de los riesgos de infección y de difusión del padecimiento, en ciertos momentos en que la enfermedad reviste formas graves, extrañas, de carácter epidémico, es porque, como sucede en otras infecciones, la influencia de factores cósmicos todavía desconocidos, exaltan la virulencia y el poder expansivo del germen.

Al correr de los tiempos y tras nuevas adquisiciones científicas, fecundas enseñanzas para el porvenir, se demostrará cuál de estas opiniones deba privar definitivamente.

La forma típica más común, espinal, de la poliomiélitis de la infancia, evoluciona en pequeños focos de inflamación aguda, invadiendo, de preferencia, y en una extensión determinada, la *substancia gris o anterior de la médula*, afectando, muchas veces, el asta o cuerno gris de un solo lado, y por modo preferente en las zonas cervical y de la región dorso-lumbar. Rara vez hay simetría en las lesiones, llegando a interesar, aunque sea en poco grado, la substancia blanca inmediata de los cordones anteriores y laterales, siendo esta la base anatómica más frecuente, según los neurólogos.

Se describen las alteraciones histológicas, en los casos recientes, como caracterizadas por una infiltración edematosa de todos los puntos invadidos, con acúmulo abundante de leucocitos, linfocitos y poliblastos alrededor de los vasos y de los tejidos. En las células ganglionares, se notan signos de degeneración aguda. Los poliblastos, añade Strümpell, penetran en las células nerviosas ganglionares, desagregándolas (verdadera neuronofagia).

Avanzando el proceso, las células nerviosas sufren atrofia simple, con degeneración granulosa y pigmentaria, más considerable, a veces, en el asta anterior de un solo lado. Bien pronto el tejido se

retrae, deforma y endurece, transformándose en substancia esclerosada, que surcan los vasos dilatados. En las mismas raíces anteriores se suelen encontrar fibras atrofiadas y degeneradas (1).

Si la parálisis afecta un brazo, el asta anterior correspondiente del engrosamiento cervical se halla atrofiada; si en una de las piernas falta la motilidad, el proceso ocupa el engrosamiento lumbar. Cuando la parálisis es bilateral, debe admitirse se hallan lesionados los dos cuernos anteriores, a la altura correspondiente del tallo medular. Fundamentando así su juicio, un esclarecido neurólogo opina que el conjunto de este proceso debe ser designado como una forma de *mielitis diseminada*.

Se ha discutido mucho, según todos tenemos noticia, respecto a la naturaleza de estas lesiones recientes, figurando especialistas célebres entre los partidarios de las dos teorías admitidas para explicar la evolución de los trastornos anatomo-patológicos, conviniéndose en sentar la *parenquimatosa* y la de las *alteraciones vasculares* (2).

Conforme es conocido, en muchas epidemias importantes, modernas, el proceso se extiende e invade todo el eje cerebro-espinal y meninges que lo envuelven. Es por esto que Wickman, reconociendo que la inflamación puede correrse a las meninges, protuberancia y cerebro, propuso agrupar estas diversas localizaciones bajo el nombre de «Enfermedad de Heine-Medin». Creo, con el Profesor de clínica médica de Leipzig, es preferible mantener la denominación de *poliomielitis aguda*, siendo la forma más común, ésta, en la que se halla singularmente lesionada la médula en sus astas grises anteriores (3).

Así, se distinguen en la literatura médica actual dos categorías y variedades, bajo el concepto anatomo-patológico: una, con base anatómica medular, la más frecuente, aquella en que luchan a menudo, todos los clínicos, con sus variedades topográficas y evolutivas, en algunas epidemias; otra, la forma más propiamente denominada de Heine-Medin, con reacciones meníngeas positivas, con lesiones bulbares, protuberanciales y cerebrales aparatosas, según la actividad y extensión del agente agresivo. La primera, como vais a oír, ha sido la más común entre los invadidos en Cataluña; la segunda, más rara, por fortuna, en nuestra región, ha revestido caracteres gravísimos, causando funestas terminaciones. En los casos incluidos en la segunda agrupación, el diagnóstico es sumamente difícil, en el período inicial del sufrimiento, dada la suma facilidad en confundir esta forma (llamémosla de Heine-Medin) con otras distintas meningitis, singularmente con la cerebro-espinal meningocócica. Tan sólo acudiendo al recuerdo de los cuadros sindrómicos y no eludiendo jamás la práctica de la punción lumbar, fijándose en las condiciones distintas del líquido céfalorraquídeo, en cada enfermo, se resolverán las dificultades diagnósticas.

No me propuse, estimándolo inoportuno en este momento, discurrir sobre otros puntos fundamentales, propios del estudio completo de esta enfermedad. En demasía abuso de vuestra atención benévola, exponiendo las consideraciones que anteceden, a las cuales debía ceñirme, antes de concretar *mis impresiones* acerca del desarrollo y propagación de la parálisis infantil en el suelo catalán.

II

Durante los ocho lustros que sigo concentrado en el desempeño intensivo de la profesión, he presenciado, al igual que los demás colegas, como aparecían, una vez que otra, casos aislados de parálisis infantil, ora en la visita a domicilio, ya acudiendo enfermitos a nuestros consultorios, y singularmente a los de los especialistas neurólogos, a los gabinetes de electroterapia y a los dispensarios de los hospitales o de beneficencia particular.

Empero, el mayor número de estos infantes no eran considerados como infecciosos; además, raros eran los que tratábamos en su período agudo, inicial, evolucionando rápidamente en el hogar doméstico los primeros estallidos del mal. Entretanto, jamás se nos ocurría aconsejar medidas de profilaxia para evitar la difusión.

La casi totalidad de estos niños han llegado en todo tiempo a nosotros en brazos de madres angustiadas; desgraciados infantes de angelical aspecto, sonrientes, cariñosa y dulce la mirada, exhibiendo un brazo o pierna, o ambos a la vez, paralizados, colgando, sin falta ejemplares de parálisis de los músculos del tronco; yerta la piel de los miembros, en algunos, con atrofiaciones musculares otros, revelando, en conjunto, el tan conocido síndrome que despierta y aviva nuestra compasión, sea cual fuer el estado social de los padres. Ante cuadro tal, vemos siempre próximas las deformidades, las anquilosis, y el

(1) Dr. A. Strümpell, «Traité de Pathologie Spéciale», 1914.

(2) Dr. P. Nobeconrt, loc. cit.

(3) Strümpell, «Traité de Pathologie Spéciale», 1914.

aniquilamiento de las grandes funciones motoras, que, de no dominarse el proceso en ventajosas condiciones, causará, adelantando la vida, hondos perjuicios a tan tiernos infantes.

Algunos niños, en verdad, afortunadamente tratados, mejoran en un plazo, casi nunca corto, de la traídora agresión inicial sufrida en plena salud, cuando más alegres, gallardos y lozanos se encontraban. Mas, otros innúmeros lloran en la cronicidad de su sufrimiento y en su impotencia de la actividad muscular, adelantando los años, su incapacidad notoria para determinados movimientos, quizá viviendo en forzosa penuria. Otros de estos, a quienes no les faltan los medios de subsistencia, lamentan, asimismo, los resultados de las lesiones implantadas en zonas de su tallo céfalorraquídeo, siguiendo inconsolables, testigos ellos mismos de las atroñas musculares, de las imperfecciones de sus músculos y de ver anuladas actividades muy gratas al hombre, el placer, la intervención profesional, industrial o comercial en la sociedad, en una palabra, deplorando verse sumidos en su triste invalidez.

Así los hechos, en época normal, llegamos al mes de mayo de este año, cuando comenzó a susurrarse entre el público y la clase médica la existencia de casos de parálisis infantil en mayor número de lo constante.

Expondré, en resumen, las impresiones derivadas de mi imparcial información y de lo observado personalmente, dispuesto a rectificar, caso de que incurra en algún error involuntario. Vacilé meditando si debía publicar o no cifras de atacados y nombres de pueblos en que radicaron; mas, entiendo no peço de indiscreción efectuándolo en un trabajo de esta índole.

Como tuve noticia de las invasiones.—Departiendo amigablemente con un estimable profesor, a últimos del pasado abril, requería éste mi humilde opinión, tratando de afianzar el concepto que le había sugerido el caso de un niño de dos años de edad, con síndrome de reacciones meningo-encefálicas, graves, durante los primeros días y aparición de paraplejía a los ocho de la invasión; se había practicado punción lumbar, resultando líquido límpido y sin bacilos patógenos. El enfermo residía en el distrito de San Pablo. La relación del caso me indujo a definir parálisis infantil (tipo Heine-Medin).

A primeros de mayo, vino a mi consultorio un niño, de 20 meses, vecino de Barcelona: paraplejía y parálisis de la extremidad superior derecha; le examiné a los veinte días de comenzar el padecimiento, cuyo período inicial fué fugaz, ligero; forma vulgar, común, de la parálisis espinal infantil.

En el mismo mes de mayo, se cita la aparición de algún caso en Pedralbes (Sarriá), con síntomas sospechosos, parálisis atenuadas, curando alguno de los niños observados, en pocos días, dejando rastros poco apreciables en el aparato locomotor. ¿Se trataba, acaso, de la forma abortiva de la dolencia?

Terminando junio, cunde una alarma, quizá exagerada, relatándose con tintes sombríos el despliegue de una epidemia de parálisis infantil en Mataró. En efecto, aquellos laboriosos habitantes, se dolían con inquietud de la aparición de algunos casos entre los niños de la simpática urbe de la costa levantina, víctimas del citado morbo. Se comentó la existencia de siete casos, multiplicando esta cifra la hipóbole popular. Los médicos confirmaron estos siete enfermos y ocho o diez más. Las autoridades carecieron de datos oficiales, puesto que, en aquella ciudad, como en todas, no se declaran los invadidos, según está prevenido en virtud de taxativa y rigurosa circular, publicada en la *Gaceta de Madrid*, del 28 Agosto de 1916, por el competentísimo Inspector general de Sanidad doctor Salazar. El municipio de Mataró, celoso y fiel cumplidor de sus deberes, indaga y oye a los profesionales, poniendo en práctica, en la medida de lo posible, los medios profilácticos aconsejados por los médicos.

Este foco o núcleo de Mataró se propaga, notándose en pocos días la presencia de casos aislados, o en focos de tres o cuatro enfermos, en distintas poblaciones del litoral y de la comarca del Vallés, entre ellas Teyá, Orrius, Dos-Rius, Vilasar, Canet de Mar, Calella, Llavanas, Caldetas, Arenys de Mar, Malgrat y otras, en la costa o línea del litoral, y en las de San Celoni, Palautordera, Cardedeu, Llinás, Breda, Guálba, Villalba-Sasserra, La Garriga, Llerona, etc., próximas a la línea férrea del interior, pueblos todos en íntimas relaciones comerciales y agrícolas con Mataró.

Asimismo, desde junio acá, vinieron ocurriendo en Barcelona y diferentes pueblos de la provincia, además de los precitados, invasiones de poliomiélitis aguda, menudeando en la capital, durante julio y agosto. Los enfermos, en su inmensa mayoría, residen apartados unos de otros, como podréis juzgar al oír los nombres de las calles o suburbios: Sarriá, Vallvidrera, San Gervasio, Sans, San Andrés de Palomar, San Martín, Gracia, y calles de Unión, Hospital, San Jerónimo, León, Príncipe de Viana, San Olegario, Diputación, Consejo de Ciento, Ramblas, Santa Ana, Aragón, Bailén, Lancaster, Cabras, Conde del Asalto, etc., Según se echa de ver, aparecen los casos en forma de salpicaduras, mentándose tan sólo algún foco de dos o tres invadidos, desarrollado en la misma casa. Entre las poblaciones de esta provincia figuran: Viladecans, San Justo Desvern, San Baudilio, Castelldefels, Odena, Villafranca, Villanueva y Geltrú, Guardiola, Caserras, Sabadell, San Pedro de Riudevitlles, Poble de Claramunt, Igualada, San Julián de Vilatorrada, Balenyá, etc.

Al trazar estas líneas (30 octubre) no hay noticia de haber ocurrido caso alguno en la Casa de Ma-

ternidad, Casa Provincial de Caridad y Casa de Misericordia. En cambio, a partir de mayo, ha sorprendido a los ilustrados directores de los dispensarios electroterápicos de los Hospitales Clínico, de la Santa Cruz, de Niños Pobres y otros, así como a los neurólogos de reconocida fama doctores Barraquer (don Luis), Cirera, Galcerán y Xercavins, el aumento inusitado de pacientes reclamando el empleo terapéutico de tan beneficioso medio, presentándose unos enfermos, los más, en el período de las parálisis invadiendo los músculos progresivamente, y otros, los menos, en el período de las parálisis durables. Según notas debidas a la exquisita amabilidad de los reputados doctores Barraquer (don Luis), San Ricart, Vidal Solares y Roca Munné, el número de enfermos aumentó respectivamente, en la Santa Cruz, de uno a dos por mes, a diez o doce; en el Clínico de dos a tres mensuales a quince o veinte; y en el de Niños Pobres, desde seis en el primer trimestre a cuarenta en el tercer trimestre de este año. En la suma total de 57 niños, con parálisis infantil, que ingresaron en el Hospital de Niños Pobres, desde 1.º de abril, figuran procedentes de Barcelona, 35 casos y de los pueblos vecinos, 22 invadidos. Cifras aproximadas.

Además, si no ando mal enterado, fueron tratados esta temporada mayor número de casos de parálisis en el Dispensario y Clínica de pediatría, de esta Facultad de Medicina, continuando aún en las salas de la misma varios enfermitos, solícitamente asistidos por mi distinguido amigo honorable profesor de dicha asignatura, doctor Martínez Vargas.

Mientras en Barcelona y poblaciones susodichas se deploraba lo antes expuesto, fantaseándose por modo exagerado, extremando las cifras, la gravedad de los casos y el número de localidades invadidas, llega al dominio público la noticia del desarrollo de invasiones en Reus. Ciertamente, según veraz testimonio de distinguidos profesores reusenses, entre ellos mi amigo el aventajado doctor Figuerola (don Francisco), puede atestigüarse ocurrieron en dicha ciudad, durante el verano, de treinta a cuarenta casos de parálisis infantil, causando nueve defunciones; sumándose, además, cuatro casos de meningitis, falleciendo dos niños. ¿Eran tributarias esas meningitis del mismo agente patógeno que las poliomielititis? Es posible.

En brevísimos días se difundió el mal a los pueblos del dilatado y fértil *Campo de Tarragona*, iniciándose las invasiones en los pueblos limítrofes, contándose focos, o núcleos, de tres o cuatro enfermos en algunos de ellos. Entre los pueblos, figuran: Castellvell, Vilaseca, Salou, Riudoms, Cambrils, La Selva, Riudecols, Morell, Espuga de Francolí, Vendrell, Arbós, Ulldemolins, Falset, Vilarrodona, La Canonja, Valls y las ciudades de Tarragona y Tortosa.

Sin entregarnos a pesimismo, y fieles a una recta interpretación, debe convenirse en que el foco epidémico de Reus y sus derivaciones a los pueblos de la comarca u otros, reviste verdadera y muy lamentable importancia. Reus, población de 30,000 habitantes, llora, apesadumbrada, sus cuarenta o más casos y once fallecidos. ¡Vuestro elevado criterio suplirá la serie de reflexiones que se nos ocurren, escrita está lacónica frase, que apenas profundamente nuestra alma!

Las autoridades populares de Reus secundaron diligentes y sin vacilaciones, los laudables esfuerzos del cuerpo médico, obrando, con aplauso, a tenor de los escasos medios de que disponen. Desgraciadamente, en España, la organización sanitaria no corresponde; ni dispone de recursos, según exigen la cultura y adelantos modernos.

En la provincia de Gerona, aunque en menor escala, se nota la existencia de algunos casos en la capital, e invasiones aisladas en diferentes pueblos: Salt, Llambillas, Ventalló, Cerviá, Bagur, Palamós, Viladrau, Ampurias, Cabanes, Vall de Viaña, Santa Pau, Santa Coloma de Farnés, Figueras, Blanes, etc.

No tengo noticia de la existencia de enfermos de parálisis infantil en la provincia de Lérida; siendo posible o casi probable, la presencia de algún invadido por derivación o contagio de las provincias lindantes.

Los datos referidos son incompletos, no lo dudo; sin embargo, para alcanzar notas y referencias tropecé con algunos obstáculos, siéndome inevitable molestar a muchos compañeros, quienes favorecieron esa gestión, correspondiendo amables a mi atento ruego. Para todos mi más sincero agradecimiento. En una nota continuó sus nombres (1).

Desde este sitio, y con la venia de la Academia, me atrevo a proponer la constitución de un *Comi-*

(1) Por haberme prestado su cooperación o antecedentes relativos al tema desarrollado en estas cuartillas, debo gratitud a los doctores siguientes: Barraquer (D. Luis), Cirera, Calleja, Menacho, Cardenal (D. Felipe), San Ricart, Roca y Munne, Figuerola (D. Francisco, de Reus), Viladevall (de Mataró), Guillera (D. Baudilio), Guerra, Comulada, Armangué, Degollada B. Pijoan, Vila de Abadal, Casasayas, Miquel (de Arenys), Saldaña (D. Abilio), Cava (Lérida), Paseual Gerona, E. Jubert (Gerona), Barbará y Riudor, Sans y Buigas (Sarriá), Puig y Sals, Corominas (D. Federico), Xercavins (D. Francisco), Vilató, Coll y Bofill, Suárez de Figueroa, A. Galcerán, Maristany, (D. Pedro, de Mataró Raduá (Jefe del Cuerpo Médico Municipal de Barcelona), Vidal Solares, Pujador y Faura, Trallero (Inspector provincial de Sanidad de Barcelona), Inspector provincial de Sanidad de Lérida, Blanch y Benet, Zariquiey, G. Batlle (Sarriá), Gassiot (Olot), Rabadá (Tarragona), F. de P. Canals (Tarragona), C. Bayés (Vich), F. Escobar (Delegado de Sanidad de la República Cubana en Barcelona), y Sr. Secretario del Ayuntamiento de Mataró, Sr. Secretario del Ayuntamiento de Reus, Sr. Trias y Bes (alumno interno de esta Facultad de Medicina).

lé o Comisión de investigaciones y estudios acerca de esta enfermedad, al objeto de reunir notas clínicas, exámenes bacteriológicos, relaciones de autopsias, prácticas experimentales, etc., y cuanto váyase publicando en esta región, pues bien lo requiere la importancia de un proceso morboso tan nefasto para la niñez.

De mi escueta narración parece desprenderse la trascendencia, y me atrevo a decirlo, gravedad, que ha revestido la difusión rápida de la parálisis infantil, diseminada en el suelo catalán. Continuarán conviniendo entre nuestra población infantil buen número de *portadores de gérmenes* y plegue a Dios que, bien sea por esta causa o por otras, exaltándose por medios apropiados la virulencia del germen, no tengamos que deplorar más adelante nuevas flagelaciones de esta plaga.

De los brotes epidémicos acontecidos en este país, por fortuna de reducida extensión, y del gran número de casos aislados, típicos, diseminados en las ciudades nombradas, en pueblos y en aldeas o caseríos, no surge por modo claro y demostrativo, la senda por donde haya encaminado sus pasos el virus agresor. No obstante, me inclino a creer, adheriéndome al criterio de Flexner y atenido a lo observado en las demás naciones, que la enfermedad deriva, la mayoría de veces, del contagio humano, preferentemente, sin que ello excluya sea posible por otros medios.

Fijémonos en un hecho de muy significativa importancia. Barcelona, donde según parece probable se observaron los primeros chispazos, es una ciudad espléndida con visible aumento en su población, atrayente por sus notables construcciones modernas, emporio de la actividad hispana, en sitio y en belleza única. Empero, es una gran urbe con muchos de los defectos de un pueblo grande, donde todo incumplimiento de las leyes higiénicas tiene su asiento y donde todo microbio hace su habitación; es una ciudad sucia, huele mal (1), es muy sucia. Oíd los elocuentes períodos, henchidos de pesimismo, que brotan de la acerada pluma del eminente maestro, mi buen amigo doctor Rodríguez Méndez: «Barcelona, dice, asienta hoy en un pudridero enorme, más pernicioso que un cementerio. Pudo ser una ciudad jardín; es una ciudad podrida. La culpa viene de lejos. Es injusto acusar sólo a los presentes; son muchos los culpables» (2). Yo añadiré: todos en ello pusimos nuestras manos. Esforcémonos pues, en higienizar nuestra casa, nuestro suelo, nuestra patria. Higienizar al pueblo equivale a contribuir a su felicidad.

Prosigamos. Amén de tan propicio medio cósmico para la vida y pululación de los agentes patógenos, unásé la numerosa inmigración que en estos tres últimos años tiene lugar, en tierras catalanas, mientras asola los campos europeos la más horrenda catástrofe mundial que registra la historia. De esta suerte, la extraordinaria afluencia de extranjeros aumenta por modo evidente el cosmopolitismo de Barcelona y pueblos de la costa mediterránea. Progresa el tráfico comercial, y con ello la rapidez en los medios de comunicación y transporte, facilitándose, así, el diario contacto entre los habitantes de los más distantes pueblos o villorrios y la ciudad, afluyendo cotidianamente la gente del campo a los grandes núcleos urbanos. Facilísimo pudo ser llegar el germen virulento desde países donde el mal es endémico, diseminándose, una vez importado, en excelente medio de cultivo y rodeándole condiciones a propósito para exaltar su virulencia (3). Pocos días antes de dar punto final a este trabajo ha sido presentado a mi consultorio un niño de dos años con parálisis infantil, tres meses después de la invasión, enfermito que procedente de Méjico se dirigió a Francia.

No olvidemos, además, la influencia difusiva que han de ejercer los individuos portadores de gérmenes, siéndolo todos cuantos los retienen en la mucosa naso-faríngea después de cuidar o convivir con enfermos de esta clase, sin darse cuenta de su estado.

Como quiera que la poliomiélitis ofrece, casi siempre, su difusión y formas epidémicas en la época primaveral y siendo en estos meses exuberante la vida de los insectos chupadores de la sangre humana (mosquitos, pulgas, chinches, etc.), y la de las moscas, rodeándonos éstas en molestos enjambres, es de presumir se conviertan estos insectos en agentes de propagación. Si bien los experimentos actuales no son decisivos, seducen, en sentido afirmativo, las experiencias de Clark, inyectando a monos la emulsión o extracto de moscas que chuparon o estuvieron en contacto con productos patológicos infectados de poliomiélitis y determinaron a los pocos días de la inyección el cuadro sindrómico del proceso paralítico infantil.

No carecen de peligro, sospechando sean portadores de gérmenes, algunos animales domésticos de trato íntimo con el hombre y a menudo con los niños, por ejemplo perros y gatos, no faltando quien admite puede propagarse el mal mediante el virus desprendido de sus mucosidades nasales, o de la saliva de aquellos animales, convirtiéndose, por ende, el aire en vehículo propagador de la enfermedad.

(1) «Que mal huele Barcelona!», por Alfredo Ramoneda Holder, 1817.

(2) Dr. Rodríguez Méndez, «Gaceta Médica Catalana, 1915.

(3) El Dr. San Ricart ha tratado, esta primavera, un enfermo procedente de Norteamérica.

Temo que en nuestras urbes y en algunas comarcas catalanas, la leche haya ejercido algún influjo como medio de difusión, si doy crédito a los experimentos referidos en párrafos anteriores.

En suma, aceptemos, prohiendo las doctrinas sustentadas por nuestro co-académico y profesor de higiene doctor Rodríguez Méndez, la intervención o influencia de tres hechos fundamentales que nos dan la clave del *por qué* de esta difusión epidémica, clasificando como tal toda enfermedad contagiosa que se extiende bruscamente, siquiera no haya revestido extraordinarias proporciones. Como en todas las demás, han intervenido en su génesis el medio cósmico, el medio social y el germen o virus determinante (1).

Del cúmulo de notas obtenidas de los médicos compatriotas y de las de mi personal observación, se hace sumamente difícil, por lo común, señalar casos de contagio *evidente*: son raros. ¿Será debido a errores en los procedimientos de investigación? Tan sólo puedo comunicar, considerándolos por varias razones como casos en los que se hizo probable el contagio, algunas observaciones de los doctores Figuerola (de Reus), Barraquer (don Luis), San Ricart y otra más. En sentido contrario cabe citar el hecho de una madre, de Viladecans si mal no recuerdo, lactando dos gemelos, uno afecto de parálisis infantil, continuando indemne, el otro, tres meses después (doctor Guilera). En mi consulta asistí un niño de seis meses con poliomiélitis, amamantado por la madre, iniciándose el padecimiento a los dos meses de edad, conviviendo con otro hermanito de tres años, que permanece sano. Consigno hechos, sin aventurarme a su interpretación, si bien es lógico suponer existen gran número de niños gozando de indiscutible inmunidad.

Tomad nota, señores Académicos, para puntualizar las deducciones. Ante cuanto acabo de exponer, y dejando aparte los raros ejemplos de contagio citados, e incluyendo, asimismo, como tales varias meningitis terminadas por defunción, agrupadas en algún barrio, de esta ciudad, ¿a qué, o a quién, disputaremos como *portador o vehículo más probable* del virus de la poliomiélitis en esta ocasión?...

Las epidemias de parálisis infantil varían en extensión e intensidad en los diferentes países y épocas, según se desprende de las narraciones estampadas en la prensa médica.

Resulta poco menos que imposible fijar con exactitud las cifras de invadidos y las de mortalidad correspondientes a Barcelona, no habiéndose declarado enfermo alguno a la Inspección provincial de Sanidad, ni a la Jefatura del Servicio Médico Municipal, hasta la fecha (30 octubre de 1917). Omito comentarios; lamentemos de veras este proceder. Entraríamos en el campo de las probabilidades, intentando anotar cifras de la mortalidad, en esta capital, careciendo de los datos del registro civil. Nula o menguadísima fué la de Mataró; indiqué, poco ha, la de Reus.

Es de advertir que durante el verano se registran muchos óbitos, en esta ciudad, con el diagnóstico de meningitis, algunos en Sans; siendo de sospechar háyanse incluido, entre éstos, diferentes sujetos invadidos de formas cerebroespinales de la poliomiélitis.

En nuestra populosa urbe, según llevo manifestado, no se notaron focos o agrupaciones de atacados. En su gran mayoría se observaron los enfermos aislados unos de otros, en calles muy separadas y, por lo mismo, en niños sin relación entre sí, y que por su edad, uno a cinco años, no frecuentan escuelas, ni colegios. Muchos de los pacientes, según veremos luego, sufren la forma propiamente espinal, vulgar, de suerte que podrían asimilarse a los que los profesores extranjeros denominan casos aislados, en salpicaduras, formas de aclimatación.

En la difusión del proceso poliomiélico ocurrido en este país, como en otras epidemias de mayor vuelo, la receptividad individual con respecto al virus corresponde a la infancia. Entre otros, asistí, según acabo de decir, un niño de cinco meses de edad; la casi totalidad de enfermitos lo fueron niños de uno a cinco años, preferentemente de uno a tres. Hubo invadidos de cinco a diez años y me consta ha sido afectada, en esta ciudad, una joven de 16 años.

Huérfanos de estadísticas, no hay manera de apreciar la diferencia de atacados, entre ambos sexos, sin que parezca hubiere predilección por un sexo determinado.

Corresponde ocuparnos, ahora, del cuadro clínico dominante, de los rasgos diferenciales de la parálisis infantil sufrida en esta región. Consideraremos dos aspectos o fases de la misma. La primera, fase de agudeza, período inicial, de invasión, desplegándose el síndrome durante algunos días, ínterin van surgiendo los trastornos musculares y las parálisis, es la que inspira mayor interés al pediatra. De cuanto ocurre durante aquellos días de ansiedad, de dificultades diagnósticas, conviene tratar, mayormente colocados frente a frente de una enfermedad con focos epidémicos, siquiera poco extensos, de nueva aparición en nuestro país. Dejaré para los neurólogos, y aun para los cirujanos, siéndome grato su concurso, la descripción y estudio de la segunda fase; la referente a los períodos posteriores, principio y evolución de las parálisis hasta alcanzar el curso de la parálisis durable, que podemos deno-

(1) Dr. Rodríguez Méndez, «Gaceta Médica Catalana», 1915.

minar la época de la curación defectuosa de la enfermedad. Así, entiendo incumbe también a los neurólogos darnos a conocer sus investigaciones en los casos crónicos, con las atrofias tan conocidas, las rigideces, el acortamiento y actitudes viciosas de las extremidades, es decir, de los enfermos que se encuentran con distinguibles alteraciones residuales.

Ampliados los estudios clínicos de la parálisis infantil, tras la serie de trabajos realizados en el *Rockefeller Institute*, por los eximios y famosos Flexner, Koplick, Haven-Emerson, Draper, etc., hase convenido admitir, hoy, cuatro formas clínicas, reconocidas por la mayoría de pediatras. Temo ofender vuestra ilustración al transcribirlas, divulgadas ya de sobras en varias publicaciones; sin embargo, aunque se las tilde de artificiales, adoleciendo de vaguedad, servirán de guía, para metodizar mis conceptos.

- 1.^a Forma abortiva (muy frecuente, según Flexner).
- 2.^a Forma espinal (la más común este verano, en Cataluña).
- 3.^a Forma cerebral y meníngea (casos graves y de terminación funesta, muchos de ellos, en esta región).
- 4.^a Forma bulbo-protuberancial (se cita algún caso, en esta epidemia, falleciendo rápidamente el niño.)

Wickman añade una forma polineurítica, muy discutida, de la cual no me consta se hayan señalado muchos casos, en este período (1). El acreditado neurólogo doctor Xercavins, reconoció uno o dos enfermos de este tipo, y en el Hospital de Niños Pobres registran otro ejemplar.

Los norteamericanos insisten, no poco, al aceptar como muy frecuente la *forma abortiva*. Estimo un tanto difícil determinar su diagnóstico, siendo posible aseverar ingenuamente se han visto muchos niños durante estos meses y en el transcurso del año, que pueden confundirse con esas formas llamadas abortivas. Todos aportaréis vuestro contingente: enfermos con cefalea, algún vómito; dolores en las piernas; guardando cama unos días. Al levantarse, su andar es tembloroso, hay flojedad en las piernas, exageración de los reflejos tendinosos y curación a los pocos días. Afirma Müller se suma un tanto por ciento elevado de dichos pacientes, mientras reina la parálisis infantil epidémicamente. Ahora bien, en tanto no haya un signo o síntoma patognomónico para inducir a un diagnóstico positivo, esa forma es susceptible de yerros en la práctica. Estamos hartos de ver síndromes análogos al descrito, en tiempo normal, debidos a intoxicaciones banales o a otras causas, y es aventurado, con datos tan poco precisos, sentar un diagnóstico que flojea, con su *condición de probable*, en el seno de las familias. Empero, algunos compañeros no titubean en afirmar han asistido enfermitos de esta clase durante la primavera última.

En este caso, cuando ya se inician fenómenos paralíticos, poco graduados, mejor sentaría la denomináramos, forma atenuada de la poliomielitís.

¿Estas formas larvadas, levisimas, abortivas, o como se quiera llamarlas, que pasan inadvertidas para el médico y la familia, son, acaso, las que radicando en sujetos no clasificados como enfermos, difunden y propagan el virus o germen, sin darse cuenta de ello, los mismos invadidos? Además: ¿si resulta difícil reconocer la existencia de esta forma del mal, será, por ventura, más fácil explicarnos el radio de acción del agente o virus contagiante?.. Vuestra preclara inteligencia disipará las dudas que nos asaltan.

Entre los enfermos diseminados por Cataluña, ha dominado, casi por completo, la *segunda forma, la espinal, la propiamente dicha parálisis espinal infantil*. Es la más común en todas las epidemias y de exacto parecido al tipo clásico, o sea con síndrome análogo al que todos hemos observado siempre como esporádico.

Todos los compañeros de esta región comunican idénticas impresiones acerca de esta forma. El niño, con o sin antecedentes morbosos, alegre y gozoso, jugando y divirtiéndose en sus entretenimientos infantiles, es súbitamente atacado, en plena salud, pues la enfermedad no invade comúnmente a los niños de poca resistencia orgánica, o debilitados por dolencias anteriores. Los enfermos han acusado síndromes variados en este período de invasión, o primera fase de la dolencia, no entrando en mi propósito, según tengo dicho, estudiar el período de reparación, ni el terminal, o de las parálisis flácidas y atrofias.

Iniciase el proceso morbooso, generalmente, con malestar general, trastornos digestivos, vómitos y estreñimiento en unos, diarrea en otros y ligero meteorismo. No faltaron muchos con anginas, pero sin notables trastornos naso-faríngeos, que señalan como frequentísimos los autores alemanes. Cefaleas no muy graduadas, en los más de los pacientes, siendo indicio, cuando la cefalalgia fué intensa del próximo desenvolvimiento de síntomas meningo-encefálicos, tal como afirma J. Müller. En algún invadido los fenómenos de reacción meningo-encefálica pudieron dominarse en breve.

(1) Dr. Henry Koplick, «Archivos of Pediatrics, 1916.

La fiebre fué más o menos acentuada, alcanzando a 38° ó 39° en algunos casos, manteniéndose seis o siete días, en ocasiones. Muchos pacientes se citan en los que no se notó pirexia, si bien procede tener en cuenta que los niños son examinados después del período febril y debemos atenernos a la relación de los deudos. Procede hagamos constar que los grados de elevación térmica no parece hayan guardado relación con la importancia de las parálisis consecutivas. Algún colega menciona la taquicardia entre los síntomas de este período.

No observé, ni me consta haya llamado particularmente la atención de los médicos, la sed intensa y la sialorrea, a las que tanta importancia señala Heine en sus descripciones, ni aparecieron por lo general esos sudores profusos, verdaderas hiperhidrosis, a los que tanto valor conceden Staw y Krausse.

Se ha confirmado en muchos pacientes, como síntoma precoz, el dolor o sufrimiento que nota el niño al más ligero contacto y al intentar algunos movimientos. Verdadera hiperestesia que se extiende a todo el cuerpo y a los miembros, especialmente a los que se paralizan, más adelante, ocasionando raquialgias sostenidas en algún enfermo, que dada su edad, expresaba ya su sufrimiento; citando un caso notable de esta forma el doctor Corominas (don Federico). Noté, a veces, rigidez de la nuca con hiperextensión manifiesta, los tres o cuatro primeros días, antes que hubiere *ni asomo de paresia* de las extremidades. (Enfermo del doctor Saldaña, observado al ser llamado en junta por mi estimado amigo.)

De mi información, no constan casos con exantemas, ni ejemplos de trastornos graves del aparato respiratorio, ni del urinario, así como tampoco puedo ofrecer datos o cifras de la fórmula citológica sanguínea. Así, desconocemos si hubo leucopenia, linfocitosis relativa y eosinofilia. Quizá en los nosocomios se hayan practicado investigaciones de este orden que puedan ilustrarnos.

En algún enfermito se observó la aparición de las parálisis precedidas tan sólo uno o dos días de *síntomas precursores*, corroborando esta denominación de los célebres y perspicaces clínicos Rilliet y Barthéz, cuyos síntomas son: mal humor, excitación general, pesadez de cabeza, somnolencia, midriasis, estrabismo ligero, anorexia y diarrea, desvaneciéndose ese conjunto, dentro breves horas, al constituirse los trastornos paralíticos.

A no pocos profesores que hayan hojeado los tratados actuales de patología, aparecerá falto, el esquemático relato oído, de la predominancia de fenómenos morbosos que los autores alemanes y americanos consignan como prevaleciendo en las propagaciones o plagas de aquellos países; por ejemplo las diarreas, los sudores, la sialorrea, etc. Es de presumir que cada epidemia reviste un sello propio, o se distingue por el *genio epidémico*, según creían los antiguos, y que nosotros, los modernos, es fuerza interpretemos como debido ora al medio cósmico, o bien, mejor, a las distintas variedades de las toxinas y sus activos componentes.

En la casi totalidad de los atacados, establecido el síndrome susodicho, variablemente atenuado luego, con o sin fiebre, y cuando, de los cinco a diez días, aparenta remitir el estado morbozo, ya poco temible, se contrista, de pronto, el ánimo de la familia, advirtiéndole la aparición de las parálisis, al cerciorarse de que el niño carece de la motilidad habitual en alguno o varios de sus miembros o en los músculos del tronco. Cuantas veces contemplamos, en este trance, los niños con un miembro paralizado, colgando al lado del cuerpo, cayendo por su propio peso, si se le levanta, rememoramos a Kennedy, quien, hace 50 años, exclamaba: «Este cuadro es impresionante, de un aspecto especial, que no se puede explicar, pero, que una vez visto, no se olvida jamás.»

En los invadidos estos meses últimos no ha sido común aparecer las parálisis de un modo súbito, sin pródomos. Se citan pocos ejemplos merecedores de ser incluidos como *mornings palsy* (parálisis matutina), de cuya descripción somos deudores a la sagacidad clínica del gran pediatra West, después de haber observado niños que se acostaron buenos y sanos, amaneciendo paralizados, el día siguiente, al despertarles. El doctor Figuerola, de Reus, refiere algún caso parecido, habiendo pedido yo testimoniar uno análogo en esta capital.

No han llegado a mis manos notas de exámenes de líquido céfalorraquídeo, extraído de enfermos de este tipo espinal, siendo explicable el hecho, toda vez que la mayor parte de estos enfermos aparecen en los consultorios, días después de terminada su fase aguda o de invasión. Las familias, por otra parte, se oponen muchas veces a este medio, mientras no presencian síntomas encefálicos. He practicado la punción lumbar en algunos niños, saliendo sin gran presión un líquido claro, conteniendo espléndida linfocitosis y aumento en la proporción de albuminias; ningún bacilo apreciable.

Comúnmente, cualquiera que haya sido el miembro paralizado, los trastornos del aparato locomotor subsiguieron en época muy próxima, o a poco de iniciado el proceso morbozo. Según refieren distintos médicos, ha llamado la atención puesto que es infrecuente, haber comenzado por uno de los brazos el proceso paralítico, en algunos enfermitos de esta ciudad, hecho confirmado en cinco sujetos concurrentes al Dispensario del Hospital de Niños Pobres.

Bajo otro concepto, significa también el nombrado doctor Figuerola como digno de mencionarse,

un niño, de Reus, a quien, en menos de ocho horas, se le extendió la parálisis desde los miembros inferiores a los brazos y músculos del tronco, falleciendo, en breve plazo, con síntomas bulbares.

En una de las notas de mi información, va incluido un caso grave de paraplejía, con parálisis vesical y rectal.

Convencido de que todos habréis examinado enfermos, en este período de difusión de la poliomielititis, es ocioso recordar las localizaciones de las parálisis observadas y los diferentes grupos de músculos invadidos, ya que desde aquellos pacientes en los que sólo se interesó el deltoides, hasta cuantos tienen paralizados uno o varios miembros, se registran todas las variedades. Un profesor da cuenta de un caso de parálisis de los músculos del tronco y diafragma, hallándose el enfermo inerte, en situación deplorable.

En las formas presenciadas ahora, ocurre también, según sostiene Koplick, que una vez iniciados los fenómenos de parálisis, y después de diez ó doce días, no son de temer las formas meningoencefálicas.

Los caracteres fundamentales de las formas de parálisis ocurridas en los distintos pacientes de diversas localidades pueden describirse en términos análogos a los emitidos por el concienzudo patólogo doctor Sanz, en un opúsculo dado a luz hace poco: «Son, dice, como de *comienzo brusco*, presentando desde el primer instante el *máximum* de intensidad, con *flacidez* que se manifiesta por la flexibilidad exagerada de las extremidades (miembros de muñeca de trapo, de polichinela), atestiguándose la *desaparición de los reflejos* tendinosos y óseos en las regiones paralizadas, y la *integridad* sensitiva, salvo la persistencia de los dolores iniciales.»

En bastantes enfermos, el período paralítico, después de algunos días, o semanas, comenzó a modificarse, reaccionando al tratamiento por los medios adecuados, iniciándose la contractilidad en unos músculos y tendiendo a la impotencia funcional otros. La mayoría de los sujetos, invadidos muchos desde mayo y junio, siguen su tratamiento en los gabinetes de electroterapia de esta capital; así, abrigo la seguridad de que no tardaremos en obtener valiosos comentarios sobre la influencia del poderoso agente terapéutico, con tanta maestría manejado por los electroterapeutas de Barcelona.

La *forma meningoencefálica* revistió, en los niños que la sufrieron, un síndrome más complejo, participando en su evolución, siempre rápida, del cuadro propio de las meningitis y encefalitis agudas. Nótese que en algunos de estos enfermos, con formas bulbares y protuberanciales, se adivinaban ya, desde la primeras horas del ataque, las agresiones del agente morbilífico sobre estos órganos tan interesantes para la vida. Hubo, además, su cortejo de síntomas atáxicos, estrabismo, parálisis faciales, o parálisis distintas, radicando en los territorios inervados por diferentes pares craneales. En algún foco importante (Reus) y en rarísimos casos de esta ciudad, se apreció coma profundo, hiperextensión de la cabeza, y los signos de Kernig y Brudzinski, no constando entre numerosas observaciones se haya comprobado el signo de Mac-Ewen. En la mayoría de estos invadidos la terminación ha sido rápidamente funesta, después de un curso brevísimo, motivando que entre las gentes se extendiera la creencia de que la muerte es fulminante en la parálisis infantil de los niños.

Esta grave modalidad del proceso ha predominado entre los infantes fallecidos en Reus, y en algunos de otros puntos, inclinándome a temer, según manifesté anteriormente, deben comprenderse en este grupo muchas de las meningitis registradas estos últimos tiempos con síndromes parecidos. Abona esta opinión el resultado del examen del líquido cefalorraquídeo en muchas meningitis a que me refiero, ofreciéndose de aspecto límpido, con abundancia de linfocitos, albúmina aumentada y ningún bacilo patógeno; análisis análogo al obtenido del líquido extraído por punción lumbar en muchos de los enfermos fallecidos en Reus.

Ante estas parálisis meningoencefálicas acéptese como canon ineludible la práctica de la punción lumbar, sin vacilaciones, pronto, muy pronto. Siempre, y se ha confirmado en esta ocasión, logramos aliviar rápidamente a los pacientes, atenuando la compresión alrededor del eje cerebroespinal, disponiendo, al par, de potente arma para distinguir este padecimiento de las meningitis tuberculosas y de las cerebroespinales meningocócicas u otras. Un escrupuloso examen del líquido cefalorraquídeo, fijará, muchas veces, la orientación del tratamiento sueroterápico o de otro orden, alcanzándose el más grato triunfo al arrebatar víctimas a la muerte.

Después de lo expuesto no procede individualizar, con síndrome propio, la *forma bulboprotuberancial*, pues aun cuando perfilando el cuadro con el talento de eximios maestros quizá se alcance deslindar este proceso de la forma anteriormente señalada o meningoencefálica, ello ofrece serios tropiezos a la cabecera del enfermo, por ser los síntomas poco menos que comunes, a los que se agregarán para completar el diagnóstico, los determinados por las lesiones de los núcleos de los nervios glossofaríngeo y neumogástrico, favoreciendo éstas la terminación rápidamente mortal. Además, estimo que en la esfera clínica es altamente importante conservar la simplicidad en las divisiones

nosográficas, siempre que tiendan, como en este caso, a una potente y acertada terapéutica, idéntica en ambas formas.

Conocedores los profesores de esta región de la existencia de la parálisis infantil, aporten cuantos datos acumulen en su práctica, para obtener, del conjunto, las derivaciones que nos logren el estudio completo de este proceso. Oríllense las dificultades diagnósticas surgidas en el período inicial, apélese a esmerados análisis; no se eche en olvido, *lo repito*, la práctica de la punción lumbar, y agúcense los conceptos nosológicos, intentando evitar a todo trance confundir la parálisis espinal con otras enfermedades coexistentes siempre en la zona infectada.

Incidentalmente, en secciones anteriores dejé entrever alguna noción respecto al pronóstico. Lo ocurrido en Cataluña, patentiza que las formas meningoencefálicas y protuberanciales son gravísimas; mas de lo que muchos creen, mayormente si se tienen en cuenta los niños que bajaron a la tumba víctimas de poliomielitís de curso rápido, encubiertas con diagnóstico de variadas meningitis. Recordad la funesta terminación de muchos invadidos, sobre todo en Reus y en algún otro punto, competentemente diagnosticados de parálisis infantil por los expertos compañeros de las referidas localidades.

En las parálisis espinales de tipo común, la mayoría de las sufridas en este país estos meses atrás, la enfermedad no compromete casi nunca la vida, pudiendo curar radicalmente, unas veces muy de prisa, quizá en pocos días, y otras con lentitud. En ciertos enfermos quedó permanente la parálisis, sin que se pueda precisar, como indicaron ya, en el siglo pasado, Rilliet y Barthez, las circunstancias que induzcan a hacer un pronóstico favorable o desfavorable. La época de la vida en que se desarrolla la parálisis infantil no ejerce gran influencia sobre el pronóstico. Las exploraciones eléctricas ayudan a establecerlo en momento oportuno. Resumiendo, el pronóstico *quoad curationem* es muchas veces desfavorable. En muchos pacientes es excepcional la restitución de las funciones de alguno o algunos de los músculos paralizados, de suerte que si transcurren veinte o treinta días sin haberse modificado la función muscular, es de temer será lejana la curación de la enfermedad, desarrollándose la serie de síntomas característicos de las atrofas, trastornos en el desarrollo y deformaciones. El gran número de niños tratados actualmente en los gabinetes electroterápicos es ostensible comprobación de lo antedicho.

La terapéutica adoptada ha diferido, en general, según el criterio nosológico admitido o prohiado por los médicos, según la fase o período de la infección y ateniéndose además a las localizaciones cerebrales o medulares predominantes.

Es aventurado, ante reseñas, notas distintas y datos recogidos, de viva voz algunos, adelantar juicios concluyentes; tarea más hacendera en breve, cuando algunos laboriosos colegas publiquen sus observaciones documentadas. Consignaré, que desde las clásicas pociones vasoconstrictoras a base de ergotina y las fricciones o puntos ígneos sobre el raquis que antaño gozaron de predicamento, hasta el empleo variado del yoduro potásico, quinina, antipirina, bromuros, hidrato de cloral, coloides (electrargol, lantol), sin olvidar los populares calomelanos y la estricnina, hase recurrido a toda la gama terapéutica que demandaba un tratamiento urgente, decididamente sintomático.

En las formas meningoencefálicas no se despreció la acción positiva del baño caliente; menudeaba la aplicación del hielo sobre la cabeza y, en muy pocos casos, sobre la columna vertebral. Se prescribió infrecuentemente la urotropina o hexametilaminina, recomendada con encarecimiento por Simón Flexner, a dosis elevadas, sin visibles mejorías en esta ocasión.

Autores de gran prestigio han intentado administrar el cloruro de calcio en determinadas formas de la parálisis infantil, para combatir el peligroso edema del sistema nervioso central, teniendo en cuenta las investigaciones experimentales sobre la detención al producirse los trasudados y exudados, saturando suficientemente el organismo con sales de calcio (1). Lo ensayé en un caso grave, sin apreciar efectos.

Entiendo hay que esperar poco del uso de la arsacetina (atoxilacetilizado) y de la arsenofenilglicina, medicamentos más propios de la terapéutica antisifilítica y aconsejados sólo por analogía en la parálisis infantil, en virtud de haberse notado su beneficiosa acción contra la fiebre recurrente y la tripanosomiasis.

Ignoro si algunos comprofesores ensayaron las inyecciones intraespinales de adrenalina, según propone Meltzer, cuyos efectos, muy dudosos, pudo avalorar mi caro amigo doctor San Ricart durante su estancia en la América del Norte, el año último, en viaje de estudios, pensionado por el gobierno español.

(1) Dr. L. Mohr y Dr. R. Staehlin, «Tratado de Medicina Interna», 1916.

No se dan a conocer ahora modificaciones del proceso infantil, debidas al uso del ácido salicílico y sus sales, de reconocido poder antiséptico y antifermentativo, según diversos terapeutas. Dudo se haya comprobado la eficacia del salicilato de amoníaco, ensalzado seis o siete años atrás, contra la gripe y la poliomiélitis de la infancia, por Richardson y otros profesores de Massachussets (Norteamérica); sin embargo, puedo manifestar que ese agente terapéutico, de escaso o nulo poder bactericida, fué adoptado hace algunos quinquenios, por un distinguido colega catalán, contra la gripe, sin garantías de éxito.

Las punciones lumbares no se han prodigado y eso que su indicación es fundamental en este morbo. No obstante, debe constar con mi más sincero elogio la conducta de muchos médicos de Reus, no escafimando la adopción de este medio terapéutico.

A guisa de paréntesis revelaré que algunos de entre ellos, muy estudiosos, practicaron inyecciones de líquido céfalorraquídeo de poliomefíticos a varias cobayas, observando bajas temperaturas y sideración en algunos animales, al principio, presentándose a los pocos días elevaciones térmicas, temblores y la muerte. Aun dado el negativo o nulo alcance que había de tener esa experiencia con dicho líquido, dirijo mis plácemes a los amigos de la industrial ciudad por revelar un loable interés científico.

Meditando sobre el limitado poder curativo de los agentes terapéuticos enumerados, se apena nuestro ánimo contemplando asaz reducido el campo de acción en la clínica. Ello nos impele más y más a un estudio asiduo, constante, ora al lado de los enfermos, ya en el retirado ambiente del laboratorio o de la sala de autopsias, pues sólo en tan fértil terreno brotarán los ópimos frutos que ansiosos deseamos.

Ajustado a mi plan, no me ocuparé del tratamiento del período paralítico, propiamente dicho, sin que ello sea óbice para mentar los brillantes éxitos de los poderosos recursos prodigados por la fisioterapia más moderna, ensalzada y acreditada, en convincentes estadísticas, por todos los médicos, con especialidad por los de los Estados Norteamericanos. Esta sección merece ser expuesta por otros académicos competentes en este ramo; así se darán a conocer los grandes progresos ortopédicos y quirúrgicos, detallando los aparatos para mejorar la motilidad y las secciones tendinosas para combatir las contracturas. De igual modo revestirá sumo interés científico enumerar los ensayos terapéuticos, tratando de unir los tendones de los músculos cuya contractilidad se conserva, con otros tendones de músculos paralizados, a fin de renovar la función de estos últimos, trabajos que, como es universalmente sabido, cimentaron la fama de que goza Nicolidini y son nimbo de gloria para el sabio Vulpius, quien, hace poco tiempo, nos honró con su visita a esta capital.

Esbocé en cortas líneas los medios con que cuenta la clásica terapéutica sintomática. Precisa señalar el trillado camino abierto en la terapia de esta infección, después de las recientes conquistas de los bacteriólogos y otros experimentadores, quienes advierten el porvenir que nos prepara la *medicación específica*. Si logramos alcanzar ese *desideratum*, se dirigirán nuestros esfuerzos no ya contra los síntomas dominantes, sí que contra la causa, contra lo que llamaremos *esencia de la enfermedad*.

Tienden a este propósito las investigaciones para el pronto hallazgo de un método de inmunización activa, conseguido experimentalmente en los monos, aceptándose, en la actualidad, que el suero posee propiedades inmunizantes, así en los animales como en los enfermos que han sufrido la infección y que este poder de inmunización pasiva dura muy largo tiempo. Añádese, en virtud de otras experiencias, que la infección meníngea de los monos infectados puede prevenirse por el suero, y que este líquido procedente de monos en estado hígido, carece de acción igual a la del suero específico.

Con estos elementos de juicio y otros más, nacidos al calor de la patología experimental, creyó el insigne Netter, de París, se justificaban los resultados que obtuvo, durante cinco años, mediante las inyecciones intrarraquidianas de suero procedente de sujetos que hayan sufrido la parálisis infantil (1). El tiempo apremia, vedándome transcribir detalladamente las condiciones en las que debe aplicarse dicha sueroterapia, así como precisar la técnica más favorable y dar a conocer los incidentes posibles. Hélo aquí resumido en breves líneas: para ello utiliza el suero de la sangre de individuos curados de dicha enfermedad, sangre recogida asépticamente, previa la prueba de Wassermann, y cuya parálisis no exceda de cinco años de fecha. Fija la condición de que sea aplicada lo más pronto posible, del primero al cuarto día de haberse producido la afección. Cree que el suero de los sujetos que han padecido la poliomiélitis conserva la eficacia durante más de treinta años. Utiliza el suero de individuos cuya parálisis se remonte a menos de cinco años. La inyección debe ser practicada en el canal raquídeo, repitiéndose ocho días consecutivos, por término medio. Las dosis empleadas por Netter han variado de 5 a 15 centímetros cúbicos. Entre 32 enfermos, consigna haber obtenido 6 curaciones,

(1) Dr. Arnold Netter, «Archives de Médecine des Enfants», t. XIX, 1916.

ro mejorías, 6 alivios dudosos, 2 casos no modificados y 8 muertos (de ellos, 7 por extensión a los centros encefálicos).

Aduciré, por ser recientes y excitar la curiosidad, las experiencias de Abraham Sophian. Este autor; conociendo no existe todavía suero específico procedente del caballo, y después de haberse servido de suero de niños convalecientes, ha intentado por medio de inyecciones intrarraquídeas de suero equino provocar una intensa hiperleucocitosis en el líquido céfalorraquídeo de los enfermos de parálisis infantil. Después de ensayos comparativos en diez pacientes, publica sus impresiones, deduciendo que a pesar de haber actuado sobre un lote tan reducido, los resultados alcanzados con el suero humano no pueden juzgarse superiores a los que obtuvo con el suero equino normal (1).

Insistiendo en la terapéutica específica por medio de la sueroterapia, se añaden, en nuestros días, laudables ensayos debidos a profesores de diversos países, publicados en la prensa médica, francesa y norteamericana y referidos por un laborioso profesor ya mentado, en su valiosa monografía (2).

«Así, dice, ha efectuado Visher la irrigación intraespinal con suero fisiológico a 40° centígrados, en casos de curso avanzado. Practica una punción para extraer una gran cantidad de líquido y en vez de inyectar el suero inmediatamente, introduce en la cavidad raquídea 30 cc. de solución salina a 40° c.; drena y repite la inyección tres veces; después del tercer drenaje, inyecta 15 cc. de suero humano. En los casos bulbares asocia la hipodermoclisis y la irrigación de Murphy a 24° c.

«El profesor Nuzum prepara un suero cultivando en agar-glucosado el germen de la poliomiélitis y encuentra en dicho suero un fuerte poder bacteriolítico, opinando contiene los anticuerpos y aglutininas capaces de fijar el complemento. Este experimentador considera al mismo suero como preventivo también.»

Hoy por hoy, después de las investigaciones reunidas sobre inmunidad y curación de la poliomiélitis, sería prematuro pensar hemos dado por resuelto el problema. Es grato concebir halagüeñas esperanzas; no hemos conseguido una realización. Rindamos, no obstante, merecido homenaje a la sabiduría e intenciones del eminente patólogo Netter, celebrando sus perseverantes actividades para librar a los niños de esta moderna plaga.

En los actuales momentos, comparando las noticias recibidas, desde distintas localidades, con carácter de fidedignas, hay que convenir ménguan, por modo indudable, las invasiones de parálisis infantil en esta región, alentando el más vehemente deseo de que nuestro optimismo sea indicio de nueva era de tranquilidad y sosiego entre todas las clases sociales.

Por cuanto puse de manifiesto, tratando de la parálisis infantil difundida entre nosotros, este verano recelamos nos amaga la posibilidad de correr nuevamente ese gravísimo riesgo, suscitándose o apareciendo imperiosa, por lo mismo, la necesidad de una enérgica y acertada *profilaxia*. Preciado capítulo, éste, que envuelve o abarca muchas indicaciones de las que todos se benefician, según frase de un docto higienista (Rodríguez Méndez) y nadie sufre riesgos de ella, pues ni rechaza ni contradice los medios indispensables, mientras dura la enfermedad.

Ignoro, en detalle, las medidas adoptadas en las cuatro provincias catalanas por las autoridades municipales y gubernativas, si bien temo serán de poca valía, en general, ya por ocultarse la existencia de los invadidos, ora por la deficiencia de medios, o también dada la propensión al incumplimiento de las leyes vigentes, tan común entre toda clase de personas.

Actualmente no disponemos de *profilaxia específica*, siendo insuficientes los elementos conocidos para la inmunización, de los poliomiélticos, ya que sigue en estudio la acción de los sueros procedentes del hombre o de un animal convenientemente tratado, limitándonos a legítimas confianzas en los nuevos procedimientos. Más lejos andamos todavía de intentos de vacunación preventiva, faltándonos las microbinas o vacunas específicas.

Por lo tanto, la *profilaxia* general cabe se establezca como en toda enfermedad infectiva: planteando medios eficaces y vigorosos para anular, destruir, la *semilla*, el agente virulento, y evitando con ahinco sea invadido el *terreno*, el organismo receptor. Laborando dentro las corrientes actuales, la higiene estima fundamentales estos dos factores.

Recorriendo el campo de la *profilaxia*, en la parálisis infantil, téngase en cuenta según Courmont, que todo agente virulento goza de una mayor actividad cuando reside en la misma lesión o inmediatamente después de ser emitido. En pediatría acrece el valor del principio dictado por el notable higienista lionés: «El hombre es el mayor peligro para el hombre, o en otros términos, el contagio directo es, generalmente, más grave que el contagio indirecto.»

(1) Abraham Sophian, «Journal of the Am. Med. Assoc.», 5 agosto, 1916.

(2) Dr. Rosique Cebrian, loc. cit.

Dése la importancia debida a la influencia que puedan ejercer los portadores de gérmenes en la propagación del morbo; destrúyanse o elimínense cuantos medios o agentes faciliten el contagio indirecto, verbigracia los insectos u otros animales que rodeen al niño, y finalmente actuemos, cuanto sea dable, para atenuar los efectos de la virulencia del germen, que, en tantas ocasiones, sin razón conocida y probablemente debido a influencias cósmicas, exaltando su actividad, favorece estallen bruscamente mortíferas epidemias.

Siendo inoportuno detallar precauciones o medidas de profilaxia individual, recordaré lo transcrito anteriormente. Se dijo era esta una enfermedad transmisible por las mucosidades buconasales y por la saliva, estimándose las vías respiratorias como puerta de entrada del virus infectante. En su virtud, impídase, con todo rigor, el contacto con las mucosidades o líquidos expelidos por los órganos respiratorios, sea con la tos, estornudos, besos, etc., así como todo cuanto rodea o se halle en contacto con el paciente: vestidos, juguetes, muebles y las habitaciones.

Deriva de ahí se recomienda, para evitar la parálisis infantil, un método análogo al de Vincent, preventivo de la meningitis cerebrospinal, o sea, gargarismos con agua oxigenada a doce volúmenes diluida al diez por ciento, y la desinfección nasofaríngea mediante toques e hisopaciones de glicerina yodada, bien de soluciones alcohólicas con yodo, ácido tímico y guayacol a las dosis conocidas, publicadas por doquiera, métodos empleados en Reus, con leves modificaciones y recibidos con aplauso del público, deseoso de anular el poder infectante del germen.

Lejos de mi ánimo negar la eficacia del procedimiento; sin embargo, téngase en cuenta la posibilidad del que dichas soluciones no penetren en muchos puntos recónditos de la mucosa de las fosas nasales, pared superior de las mismas y del cávum. Importa sobremanera, no haya duda, mantener aséptico el rinofarínge de los niños.

Recientemente, Wittemore, de Boston, aconseja las insuflaciones de polvos de kaolin (talco), cuatro o cinco veces al día, tragando el niño, al propio tiempo, un tercio de cucharadita de dicho polvo, método que considero debe rechazarse.

Concretaré, en cortas líneas, algunas medidas profilácticas recomendables, verdadero corolario de los conceptos e impresiones vertidos en el decurso de este trabajo.

a. Desinfección metódica y minuciosa de la nariz, garganta y boca del enfermo, sin olvidar los cuidados de la piel.

b. Los excreta se desinfectarán, mediante procederes enérgicos.

c. Aislamiento de los pacientes, especialmente en el período inicial o agudo. Limpieza esmerada de las habitaciones, waters, etc.

d. Vigilancia de los que convivan con el niño, recomendándoles una perfecta limpieza y cambios de vestido, pudiendo, dichos sujetos, convertirse en portadores de gérmenes, mayormente durante las primeras semanas.

e. Los niños procedentes de casas infectadas podrán salir, evitando se reúnan con otros.

f. Cuando ocurran muchos casos de parálisis infantil, no se permitirán reuniones de niños en las plazas públicas, parques, cines, etc.

g. Inspección médico-sanitaria rigurosa de las escuelas, prohibiendo la asistencia a cuantos tengan relación con enfermos de esta clase. En las ciudades y pueblos de Cataluña, se cerrarán las conocidas *costurías* (*pouponnières*), especie de escuelas de párvulos frecuentadas por infantes de la más humilde posición social.

h. Uso de mosquiteros en las camas, combatiendo con pertinaz energía la propagación de mosquitos, pulgas y, por modo particular, las moscas, impidiendo se reproduzcan. Retirar de la casa ciertos animales domésticos, como perros, gatos, etc.

i. No besar a los niños y prohibir se besen entre sí. Evitar que los infantes se metan los dedos en la boca y narices, costumbre que denota suciedad y pésima educación.

j. Desinfectar los juguetes, sonajeros, chupones, tetinas y otros objetos que el niño lleva a la boca constantemente.

k. Disponer se efectúe en las mejores condiciones de asepsia el transporte y servicio de la leche a domicilio; tratándose de un alimento susceptible de contaminarse y absolutamente indispensable en la alimentación de los niños.

l. Recomendar la hospitalización de los enfermos de familias de escasos recursos.

ll. Declaración obligatoria a las autoridades correspondientes, de todo caso, aun siendo sospechoso, medio importantísimo para emprender vigorosa campaña sanitaria.

Como *adición final*, mencionaré lo dispuesto en los Estados Americanos de la Unión durante las graves epidemias últimas. Una vez declarada la enfermedad, no se permitió la circulación de niños enfermos en trenes y tranvías, se declararon infectados los barrios en que residían invadidos y se dispuso la colocación de tabillas indicadoras en las casas de éstos, extremándose el rigorismo hasta tal

punto, que el «Health Board» o Consejo de Sanidad, ordenó registrar los autos al entrar y salir de las poblaciones.

La prensa política emprendió decidida y eficaz campaña en pro de la higiene, cooperando a la gestión enérgica y ejemplar de las autoridades, publicando repetidamente instrucciones populares y estampando en los periódicos el retrato de los contraventores de las leyes sanitarias, exponiéndolos a la vindicta pública.

Cada una de las medidas profilácticas que encarezco deben condicionarse o serán circunstanciales, según el número y gravedad de los niños invadidos. A los gobernantes y a los médicos (Juntas de Sanidad u otras corporaciones) incumbe siempre apreciar con prudente criterio la importancia, eficacia y oportunidad de los medios profilácticos más valiosos, sea cuando ocurran casos aislados, bien en épocas de expansiones epidémicas. Además, la forma social en que se hallen constituidos los pueblos, o las naciones, justifica o permite mayor o menor severidad en la profilaxia, así general como individual. Mientras aspiramos a un régimen sanitario implantado cual corresponde a la cultura y progreso científico actuales, propáguese la conveniencia de mejorar las costumbres, cumpliendo con entereza los deberes de ciudadanía, cuidando que sean cada vez menores las imperfecciones que flotan en el ambiente.

Voy a terminar. De mis impresiones se desprende el peligro que nos amenaza. No perpetuemos nuestra habitual indolencia. Obremos en mutuo consorcio de cordiales anhelos autoridades y médicos, sin servirnos de escudo la consabida frase «*qa's farà*». Hagamos algo, aunque sea poco, pero bien y pronto. Los hechos son más elocuentes y firmes que todas las palabras.

Encaucen sus trabajos los profesores de esta región en los dominios de la patología y de la terapéutica de tan temible enfermedad, aportando cada uno de nosotros un nuevo y sólido sillar para construir bello y grandioso edificio, que atesore potente conjunto de actividades científicas y sea el faro luminoso que irradie el pensamiento y actuación de la Medicina de Cataluña.

Barcelona, 30 de octubre de 1917.

DISCUSION

DOCTOR SUÁREZ DE FIGUEROA.—Después de oír la brillante disertación del doctor Viura y Carreras sobre la parálisis infantil, y de felicitarle sinceramente por su trabajo, he de hacer algunas consideraciones sobre el tema tratado aquí esta noche. Dos aspectos presenta el trabajo del doctor Viura y Carreras: uno científico, en el que estudia la parálisis infantil y sus especiales características en la actual epidemia, y otro social, en el que se ocupa de todos aquellos medios para evitar la propagación de la enfermedad, comentado a este respecto aquellas disposiciones ordenadas y llevadas a la práctica en los Estados Unidos.

Tiene razón el doctor Viura al expresar que poco podría hacerse en España para luchar con estas enfermedades teniendo en cuenta la desorganización sanitaria, por la falta de medios que nosotros los médicos encargados de la higiene pública contamos y lo poco que nuestra legislación nos ampara en nuestro cometido.

Dése fuerza moral al médico, revístasele de verdadera autoridad ante la lucha de enfermedades que, como la que nos ocupa, pueden presentarse en forma epidémica, y otros serán los resultados.

Por eso me parecen indicadas las medidas de policía sanitaria que señala, y por ello he de ocuparme de otra medida que pudiera adoptarse y que creo hacedera y practicable.

En la actual epidemia de parálisis infantil, entré los lugares en los que se han presentado casos, he de citar el partido judicial de Tortosa, donde se presentaron cuatro casos en familias de gitanos y bohemios de familias nómadas, casos que tienen gran importancia epidemiológica, porque estas familias se alojan en cuevas en las que todo vagabundo puede entrar y hoy son ocupadas por unos y mañana por otros; propagándose por esto el mal, y sobre todo por la vida nómada de estas familias, que un día están en un pueblo y otro en otro, pudiendo así difundir la enfermedad por muchos lugares. Estos datos del partido judicial de Tortosa los he recogido yo mismo, constándome por lo tanto su exactitud y no llegando hasta mí desfigurados por la fantasía popular, o por relaciones incompletas, como muy fácilmente ocurre siempre que de epidemias se trata.

Otro hecho semejante se encuentra en la provincia de Gerona, en el partido judicial de Gerona y en el de Santa Coloma, donde en familia nómada se presentó un caso de parálisis infantil en cada uno de los sitios indicados.

En virtud de los hechos citados, propongo a la Academia de Barcelona se solicite del Gobierno se haga respecto a las familias nómadas lo que en otro orden de sanidad está ya legislado en la ley de Epizootias.

Según la reciente ley de Epizootias, siempre que se venda un animal y se traslade de un pueblo a otro, el veterinario del pueblo donde se hace la venta o el cambio, da una guía sanitaria en la que hace constar el estado sanitario del animal; al llegar al nuevo pueblo, el veterinario de él exige al propietario la guía sanitaria, enterándose así si el animal vendido ofrece o no peligro para la salud pública, obrando en consecuencia; caso de haber salido sin guía, la autoridad sanitaria y local podrá proceder y actuar en la forma en que en la citada ley se determina.

Algo semejante podría legislarse respecto al *nomadismo*; las familias nómadas no podrían abandonar un pueblo sin que antes se les facilitara la guía sanitaria, que se daría únicamente cuando en ella no se padeciera de enfermedad alguna contagiosa; pues en este caso se les negaría, aislándoles hasta que la enfermedad terminara y no ofreciera por lo tanto peligro alguno.

Al llegar a otro pueblo se les exigiría, para poder pernoctar en él, la presentación de la guía sanitaria y caso de no tenerla, después de sufrir la visita médica, se les daría. Los derechos facultativos por extender estas guías, serían satisfechos a los médicos por los Ayuntamientos en forma semejante a como se hace en la actualidad con los veterinarios, según la ley de Epizootias.

Se daría un tiempo prudencial a las familias nómadas para proveerse de las guías, pasado ~~el cual~~ tendrían penalidad, pudiendo imponerse multas, única amenaza por la cual se interesarían en cumplir este requisito sanitario.

Haciendo esto se haría desaparecer el *fantasma* del *nomadismo*, pues siempre que ocurre una epidemia de importancia, por lo menos en Cataluña, se señala como una de las causas, y de las más importantes, el papel realizado por las familias nómadas.

En la epidemia de cólera en Cataluña el año 1911 se atribuyó su difusión en la provincia de Tarragona a una tribu de gitanos; en otras epidemias de viruela, sarampión, etc., en esta región, se ha señalado la misma causa; así es que llevando a la práctica lo que tengo el honor de proponer a la Real Academia de Medicina de Barcelona, se haría desaparecer esta causa que mucho beneficiaría la salud pública, y también se conseguiría el que muchas veces que por desidia y poco interés de las autoridades se sufren epidemias, no puedan éstas ampararse y cubrirse con el pretexto del *nomadismo*, pues yo creo que, en efecto, muchas veces, el *nomadismo* fué causa de difusión de enfermedades, pero que muchas también se atribuyó a las tribus nómadas cosas de las que no eran responsables, amparándose en el *nomadismo* la ignorancia, el abandono, la desidia y el incumplimiento de las leyes.

Hago esta proposición por si le parece tenerla en cuenta la comisión que nombre la Real Academia de Medicina de Barcelona para combatir la parálisis infantil en Cataluña.

DOCTOR VIURA Y CARRERAS.—Permítame, señor Presidente, pronunciar breves palabras. Agradezco las benévolas frases del Dr. Suarez de Figueroa y acepto como muy oportunas sus acertadas manifestaciones. fruto de su ilustrada experiencia, siendo de desear que la Real Academia acoja favorablemente su moción, a la que me adhiero sin reparos, juzgando bien orientadas y factibles las medidas propuestas, considerándolas asimismo de sumo interés bajo el concepto profiláctico.

Sesión Científica del día 29 de Diciembre de 1917

PRESIDENCIA DOCTOR CARULLA

Apuntes para la Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona

POR EL DOCTOR W. COROLEU

En vigiliias de construirse para esta Corporación un edificio más moderno y suntuoso que el que actualmente ocupa y desapareciendo, por decirlo así, con éste, más de un siglo de historia, hemos creído oportuno reseñarla siquiera sea a grandes rasgos, para dar con ello fe de la incansable labor de nues-