

un virus distinto de la vacuna jenneriana, y en la mayoría de los casos, no inoculable a los animales de laboratorio. Esa falta de transmisibilidad aproxima la encefalitis postvacunal a la epidémica. La hipótesis de Levaditi, Schoen y Sanchis-Bayarri acerca de la autoesterilización de las neuroinfecciones mortales, quizás explique esa particularidad de ciertas ectodermosis neurotropas.

---

### Poliomielitis

*Frecuencia, Estados Unidos.*—Durante el invierno y la primavera de 1928, según declara el Servicio de Sanidad Pública en los Estados Unidos, la frecuencia de la poliomiélitis ha sido mayor de lo habitual, aunque el número de casos no fué muy crecido. Desde principios de junio se han presentado menos casos que el año pasado y el habitual ascenso estival se presentó más tarde que en 1927. Del 7 de junio al 11 de agosto hubo 613 casos en 1928, 917 en 1927 y 361 en 1926. En las primeras tres semanas del mes de septiembre se comunicaron 112 casos en el Estado de Nueva York, comparado con 69 en el período correspondiente del año pasado. Hasta el 1° de septiembre, sin contar la Ciudad de Nueva York, se habían denunciado 145 casos durante el año, comparado con 111 en 1927 y un promedio de 151 en el período correspondiente de los 5 años anteriores.

*Brote.*—El número de casos de poliomiélitis, comunicados en la ciudad de Baltimore, E. U. A., en el mes de agosto, superó a los comunicados en el período correspondiente de 1916, 1921 y 1924. En todo el Estado de Maryland se comunicaron 117 casos durante este mes, comparados con 10 en los 7 meses anteriores. En la ciudad de Baltimore ha habido 89 casos con 6 muertes desde el principio del año.

*Frecuencia, Europa.*—Según el informe epidemiológico de la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones no se ha notado ninguna frecuencia exagerada de la poliomiélitis en ninguna parte hasta mediados de junio. Tras las epidemias del otoño pasado, la frecuencia fué algo mayor que lo habitual durante el primer semestre del año en Alemania, en que se registraron 361 casos, comparados con 304 casos en el primer semestre de 1927. En Suecia hubo 109 casos en el primer semestre de 1928, comparados con 36 en el período correspondiente del año anterior.

*Frecuencia, Oceanía.*—En Australia se denunciaron 159 casos de poliomiélitis hasta el 9 de junio, comparados con 28 durante el período correspondiente del año pasado. En Nueva Zelandia hubo 61 casos hasta el 26 de mayo, comparados con 27 durante el período correspondiente de 1927.

*Nueva York.*—En una reunión especial de la comisión de la poliomiélitis de la Academia de Medicina de Nueva York, el Dr. Linsly R.

Williams, director de ésta, afirmó que el objeto de la comisión era estudiar el mejor modo de tratar con suero de convaleciente los niños afectados agudamente de poliomiélitis. En la ciudad ha habido unos 50 casos denunciados en julio y menos de 100 hasta mediados de agosto. El Dr. Simon Flexner afirmó que se obtienen frecuentemente resultados favorables, inyectando el suero antes de la iniciación de la parálisis, y que la Academia cuenta con un fondo pequeño para probar el suero de convaleciente, pero que la cantidad disponible de éste es muy limitada, de modo que no puede probarse como profiláctico. Se cobrará por lo pronto \$25 (menos que lo que cuesta el suero) por cada tratamiento.

*Epidemia en Hungría.*—En 1926 se comunicaron 252 casos de poliomiélitis anterior aguda en Hungría, en particular alrededor de Budapest.<sup>30</sup> La epidemia alcanzó su acmé en agosto. Un 78 por ciento de los enfermos tenían menos de tres años y 22 por ciento menos de un año. Sólo se enfermaron dos adultos. La parálisis afectó ambas extremidades inferiores en 56 casos, ambas superiores en 3, las cuatro en 11, y todo el cuerpo en 1. En 7.9 por ciento la reposición fué completa. La mortalidad llegó a 4.6 por ciento. Cinco de los 11 casos fatales fueron del tipo de Landry.

*Epidemiología.*—Las observaciones de Lausten-Thomsen<sup>31</sup> indican que los sujetos sanos pueden transmitir la poliomiélitis por una generación, y los enfermos propagarla por 13, 15 y hasta 27 años, y que el virus puede continuar activo muchos meses y quizás años en ciertos objetos. Por lo tanto, conviene implantar reglamentos más estrictos sobre aislamiento y desinfección.

*Etiología de la encefalomiélitis en placas.*—Paul<sup>32</sup> inoculó a dos monos (*Macacus rhesus*) una emulsión de la médula de un sujeto que había muerto de encefalomiélitis generalizada. El período de incubación, síntomas, y patología en los animales convinieron con los de la poliomiélitis experimental.

*Parálisis facial.*—En un solo mes, Radovici y sus colaboradores<sup>33</sup> observaron en Rumanía 15 casos de poliomiélitis epidémica, en la cual el único síntoma consistió en parálisis facial. Desde hace varios años el autor abriga la convicción de que muchos casos de esos llamados *a frigore*, son en realidad efectos de la acción de un virus infeccioso sobre el núcleo del nervio facial. Hace dos años observó dos casos en criaturas cuyo estado general denotaba infección, y administró suero antipoliomielítico con buenos resultados.

*Líquido cefalorraquídeo.*—Lyon<sup>34</sup> aporta pruebas de la conveniencia de practicar numeraciones celulares del líquido cefalorraquídeo

<sup>30</sup> Von Bókay, J., y Vas, J.: Jahrbuch f. Kinderh. 119:253 (abr.) 1928.

<sup>31</sup> Lausten-Thomsen, H.: Ugesk. f. Læger 90:453 (mayo 17) 1928.

<sup>32</sup> Paul, F.: Mediz. Klinik 24:773 (mayo 18) 1928.

<sup>33</sup> Radovici, A.: Presse Méd. 36:516 (abr. 25) 1928.

<sup>34</sup> Lyon, G. M.: Am. Jour. Dis. Child. 36:40 (jul.) 1928.

inmediatamente después de la raquicentesis, en todos los casos en que hay posibilidades de poliomiélitis. Una pleocitosis de 50 por ciento o más de células multilobuladas en un líquido límpido indica poliomiélitis aguda. Cuando al cabo de 24 ó 36 horas disminuye la numeración total y la fórmula diferencial se desvía a una mononucleosis de 90 por ciento o más, es seguro que se trata de poliomiélitis, pues esa reacción es patognomónica.

*Tratamiento específico.*—Flexner<sup>35</sup> declara que el empleo de un suero específico en la poliomiélitis se basa en los experimentos en monos, en los que en ciertas condiciones el suero convaleciente, ya de hombre o de mono, suspende la acción del virus de la poliomiélitis. Dada la posible recurrencia de la poliomiélitis epidémica, se trata de obtener una cantidad suficiente de ese suero para reparto por las autoridades a los médicos en el tratamiento incipiente de la enfermedad. Por lo menos parte del suero tiene que ser inyectada por la punción lumbar. Hay dudas si se gana algo inyectándolo simultáneamente en las venas, debajo de la piel, o en los músculos. Una sola inyección intrarraquídea parece suficiente, pues si se inocula a los dos días el virus activo en el animal protegido de ese modo, no tiene lugar infección, como sucede en el testigo.

Aycock<sup>36</sup> manifiesta que en el verano y otoño de 1927 aumentó mucho la poliomiélitis en Massachusetts, lo cual permitió probar el suero de convaleciente en un número relativamente grande de casos. El tratamiento se limitó a los casos observados en los primeros cuatro días de la enfermedad, y en que todavía no había parálisis. En 60 por ciento de todos los casos tratados se presentó parálisis. En todos ellos se practicaron después completos exámenes de los músculos, como también se hizo en otros 600 casos observados en la misma localidad durante la epidemia. La diferencia fué marcada entre los casos tratados y no tratados, no tan sólo en la proporción sino también la intensidad de la parálisis.

*Efecto protector del suero de convaleciente.*—Los últimos experimentos de Flexner y Stewart<sup>37</sup> indican el posible valor del suero de convaleciente en la profilaxis de la poliomiélitis, pues protegió a los monos el virus inoculado. Los investigadores proponen, pues, la producción de inmunidad pasiva en los niños en las epidemias graves con la inyección subcutánea de 10 a 20 cc. de suero de convaleciente. Como es natural, dado el estado experimental del procedimiento, conviene comunicar los resultados, sobre todo si se emplea en un número considerable de casos.

Aycock y Luther<sup>38</sup> trataron con inyecciones intrarraquídeas e intravenosas de suero de convaleciente a 106 poliomiélticos observados

<sup>35</sup> Flexner, S.: Jour. Am. Med. Assn. 91:50 (jul. 7) 1928.

<sup>36</sup> Aycock, W. L.: Jour. Am. Med. Assn. 91:51 (jul. 7) 1928.

<sup>37</sup> Flexner, S., y Stewart, F. W.: Jour. Am. Med. Assn. 91: 383 (agto. 11) 1928.

<sup>38</sup> Aycock, W. L., y Luther, E. H.: Jour. Am. Med. Assn. 91: 387, (agto. 11) 1928.

en los primeros cuatro días de la enfermedad, antes de aparecer la parálisis. Uno de los tratados en el segundo día manifestó después parálisis y murió. Del resto, 64 por ciento manifestaron después parálisis. El porcentaje de parálisis total en la serie tratada fué de 19 comparado con 63.6 en 482 casos no tratados de 1,023 casos no fatales notificados en el Estado en 1927. De los tratados, 5.7 por ciento manifestaron parálisis de los dos grados más graves, comparado con 46 por ciento en el grupo no tratado. La intensidad y extensión de la parálisis variaron según el tiempo transcurrido entre la iniciación de la dolencia y la fecha del tratamiento. La inclusión, debida al diagnóstico más precoz, de un número relativamente crecido de formas ligeras, tal vez explique los resultados más favorables en los casos tratados; pero un estudio intenso en una localidad no justificó tal suposición.

*Suero de convaleciente.*—Taylor <sup>39</sup> recalca el valor de la inyección subdural de suero de convaleciente en la poliomiélitis, según recomendara Nütter en 1911 para “mejorar o abortar la infección.” Practica cuanto antes la punción lumbar y extrae unos 10 cc. del líquido cefalorraquídeo, inyectando con la misma aguja la misma cantidad de suero de convaleciente, el cual es fácil de obtener, pues hay siempre muchos casos crónicos en las salas de ortopedia. No se han observado ningunos efectos contraproducentes ni tampoco ha introducido ninguna diferencia el tiempo transcurrido desde que el donante tuviera el ataque agudo. En los casos agudos y febriles se agrega epinefrina a dosis de 1 a 2 cc. Para Taylor, si transcurren horas, no días, después de iniciar la aplicación del suero, eso guarda una relación muy importante con el pronóstico definitivo.

*Suero antipoliomiéltico.*—Rosenow <sup>40</sup> recalca que la mortalidad y la parálisis residual en los casos tratados han sido indudablemente menores en varias epidemias que en los casos no tratados. En una serie de 1,044 enfermos que recibieron lo que parecía ser una dosis suficiente de suero, de 1921 a 1925, la mortalidad fué de 8.7 por ciento, comparada con 29.5 por ciento entre 149 testigos. De 267 enfermos sin parálisis al iniciarse la seroterapia, murió 2.2 por ciento, de 157 con ligera parálisis, 6.3 por ciento; de 176 con parálisis moderada, 6.2 por ciento; y de 444 con parálisis marcada, 14.4 por ciento. Hubo marcada parálisis residual en 2.6 por ciento en 232 enfermos sin parálisis al iniciarse la seroterapia; en 2.4 por ciento en 127 con ligera parálisis; en 6 por ciento en 150 con parálisis moderada; y en 22.7 por ciento en 317 con parálisis marcada. Eso contrasta marcadamente con la marcada parálisis residual en 28 por ciento de 177 testigos. Rosenow recalca que el diagnóstico y tratamiento de la poliomiélitis son cuestión de horas y no de días.

<sup>39</sup> Taylor, R. T.: Jour. Am. Med. Assn. 91: 340 (agto. 4) 1928.

<sup>40</sup> Rosenow, E. C.: Jour. Am. Med. Assn. 91: 393 (agot. 11) 1928.

*Roentgenodiatermoterapia.*—Con el tratamiento de Bordier, Luzes<sup>41</sup> ha obtenido el siguiente resultado en 44 casos: 13.6 por ciento de fracasos, 38.6 por ciento de mejorías, y 47.8 por ciento de reposiciones. La mejoría guarda una razón inversa al tiempo transcurrido antes de iniciar el tratamiento.

---

## Higiene Infantil y Materna

*Estudio de las enfermedades de los niños.*—El Sr. A. E. Fitkin, de Nueva York, ha regalado 1,000,000 de dólares a la Universidad de Yale para establecer una fundación dedicada al cuidado curativo y profiláctico de los niños, el estudio de las enfermedades de éstos, y la educación de personas consagradas a ese propósito. Con \$500,000 se construirá un edificio que llevará el nombre de Pabellón Memorial Raleigh Fitkin, y el resto del fondo formará una dotación permanente.

*Valor de la asistencia prenatal.*—El análisis realizado por Tracy y First<sup>42</sup> de 1,001 casos, patentiza que la asistencia prenatal, tal como se aplica en todas las clínicas bien regidas, ahorra a las enfermas muchas complicaciones y merma la mortalidad materno-fetal.

*Profilaxia de la fiebre puerperal.*—Meleney y sus colaboradores<sup>43</sup> aconsejan que todos los que se pongan en contacto con las parturientas, precisamente antes, durante o precisamente después del parto, se cubran bien la nariz y la boca.

*Mortalidad materna por septicemia puerperal en la Gran Bretaña.*—En la Gran Bretaña la mortalidad materna es de 4,000 cada año, y de 1911 a 1926 hubo 66,421 muertes de ese género.<sup>44</sup> La infección séptica es con mucho la causa más importante. La mortalidad materna total fué de 5.14 en 1926 y la correspondiente a la septicemia, de 1.60 por mil nacimientos vivos. En la Maternidad de Edimburgo hay una serie consecutiva de 5,000 partos espontáneos con 2 muertes de septicemia; en el departamento externo del hospital general de Birmingham, 888 partos sin ninguna mortalidad por septicemia. En la Maternidad del East End de Londres 47,503 partos con 5 muertes, o sea 1 por 9,500. En el Instituto del Jubileo de la Reina Victoria en 1927, 53,502 partos con 6 muertes, o sea 1 por 8,900, y si se consideran todos los casos normales y anormales, el máximum es de menos de 0.5 por mil.

*Higiene infantil en México.*—En el Departamento de Salubridad Pública de México se ha creado una sección de higiene infantil que se encargará de: formar y llevar estadísticas de la natalidad, morbilidad y mortalidad infantiles; hacer propaganda para que los niños sean

---

<sup>41</sup> Luzes, F. F.: Jour. Radiol. & Electr. 12: 172 (abr.) 1928.

<sup>42</sup> Tracy, S. E., y First, A.: Am. Jour. Obstet. & Gyn. 16: 51 (jul.) 1928.

<sup>43</sup> Meleney, F. L., y otros: Jour. Exp. Med. 48 (agto. 1) 1928.

<sup>44</sup> Young, J.: Brit. Med. Jour. 1: 967 (jun. 9) 1928.