

Consideraciones acerca del primer brote de poliomielitis en la ciudad de Orizaba, Veracruz

Pedro Daniel Martínez,* Enrique Escobedo-Valdés,* Carlos Calderón,* José Bustos*

Resumen

Se presenta el informe original de la primera epidemia de poliomielitis parálitica que ocurrió en México, de la cual se cumplen 50 años ahora, en 1996. La descripción pormenorizada del brote que hacen los autores traduce la labor dedicada de un grupo de médicos salubristas y clínicos, que identificaron con oportunidad un comportamiento en ese entonces anormal, de una enfermedad considerada exótica en Méxco en esos años. Por desgracia fue el inicio de una epidemia importante y más de 9 mil casos se notificaron en los siguientes diez años, aunque algunos estudios indican que la incidencia pudo haber sido de tres a cinco veces mayor. Cincuenta años después de este brote que aquí se relata, se ha logrado erradicar la circulación del poliovirus salvaje en México y con ello la virtual erradicación de este importante flagelo de la humanidad, la poliomielitis parálitica.

Palabras claves: Poliomielitis, epidemia, brote

Summary

The objective is to present some deliberations on the paralytic poliomyelitis outbreak in the city of Orizaba, Veracruz. Fifty years after its occurrence, the original report of the first paralytic poliomyelitis epidemic in Mexico is presented herein. The detailed description of this outbreak by the authors reflects the devoted task of public health workers and clinicians who promptly identified an abnormal pattern of disease considered exotic in Mexico at that time. Unfortunately, this outbreak was the beginning of what proved to be an endemic disease with over 9,000 cases being reported in the ensuing ten years, some studies place the incidence figures three-to-fivefold higher. Fifty years after this outbreak, wild polio virus has been eradicated in Mexico and with it, the virtual eradication of paralytic poliomyelitis.

Key words: Poliomyelitis, epidemic, outbreak

* Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Correspondencia y solicitudes sobre tiras: Dr. Jorge Escobedo de la Peña. Av. Insurgentes Sur 253-4o. piso Col. Roma Delegación Cuauhtémoc 06700 México, DF México. Tel (5) 514-1682 ext. 1405. Fax (5) 514-7500

Introducción

Por cercanía a uno de los autores de este trabajo, encontré en mis archivos copia del informe que fue presentado en aquella ocasión ante las autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, referente al primer brote de poliomielitis parálitica que se presentó en el país. Este hecho quedó registrado en la "Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México" (Alvarez-Amézquita J, Bustamante ME, López-Picazo A. Fernández del Castillo F (eds.). Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México, Tomo II. México, D.F.: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960:601). Han transcurrido cinco décadas de la presentación de este brote y coincide con la erradicación de la circulación del poliovirus salvaje en territorio mexicano, lo cual marca uno de los hitos de la salud pública en México. Considero de interés para los lectores de Gaceta Médica de México el conocer esta página de la historia de la medicina nacional.

Informe

El reciente brote de poliomielitis que acaba de sufrir la ciudad de Orizaba, ha trasladado de una manera repentina el concepto teórico que teníamos de dicho padecimiento hasta llegar a familiarizarnos con algunos de los aspectos que ofrece la enfermedad de Heine-Medin. No obstante nuestra vecindad con los Estados Unidos de América, el interés de sus graves epidemias no pasaba de despertar entre nosotros aquella curiosidad de índole científica, aquella sorpresa ante la abundantísima literatura de los últimos 10 años, pero suponiendo que factores especiales tales como: raza, climatología, etcétera, nos otorgarían la defensa suficiente para ser considerada como una de tantas enfermedades exóticas. No encuentra otra justificación nuestra ignorancia al respecto, vivíamos en efecto absolutamente al margen del conocimiento práctico de dicha afección por lo menos en el medio de provincia que es el que estamos reseñando. Teníamos conocimiento de casos esporádicos ocurridos en la capital de la República y sabemos ahora que en nuestra entidad Veracruzana

fueron recopilados 12 casos de seguros ataques de Parálisis Infantil, ocurridos en distintos lugares del Estado en el curso del año de 1938. Es así mismo que en nuestra propiamente figurados dentro de sus antecedentes dos casos oficialmente reportados en el propio año; otro, hace 17 años y dos más en los últimos 15 años.

Es debido a este pequeño brote inicial por lo que se ha actualizado y nos ha obligado a realizar una revisión de lo acontecido en otros países referente a las víctimas demasiado frecuentes de los brotes epidémicos considerables. Quiere con ello decir que nos iniciamos en una experiencia que data del año 1907, año en que se registra la primera epidemia importante en Nueva York; del 1905, registrada en Noruega, del 1906 en la República Argentina; e igual fecha en Uruguay. Esta iniciación tardía presenta ineludiblemente sus ventajas enormes, pero lo hacemos resaltar con el fin de justificar nuestra precaria experiencia y hacer aparente el que aún conservamos ese "carácter simplista" de la Parálisis Infantil (Beretervide)¹ reducido casi en su totalidad a la "forma parálitica". De aquí en adelante, mucho hemos de aprender; en el camino apenas hemos marcado el paso primero, nuestro papel ha de ser el de encontrarnos preparados posteriormente para afrontar un problema, cuyas contingencias y consecuencias se nos ofrecen ahora obscuras, indeterminadas, inciertas, aun cuando sospechables.

El objeto del presente trabajo es múltiple: 1) hacer aparente los puntos de contacto que el pequeño brote epidémico lo hace asimilarse a los conceptos que podíamos catalogar como clásicos, 2) consignar algunos datos de observación nuestra, sujetos a comprobación pero que le da algún carácter propio o de individualización a dicho brote, 3) sentar el concepto que siendo un padecimiento que se inicia en nuestro medio, debe tomarse con toda la importancia que reviste a fin de prepararnos desde ahora para su atención adecuada que siempre es múltiple, 4) tomarlo desde este momento como un problema más que reviste con claridad el doble concepto sanitario-asistencial. Es claro que dada la índole de esta reseña en un problema tan vasto, habrá de ser presentado en una forma que revista los caracteres de esquematización, en la imposibilidad absoluta de abarcar en un tiempo reducido, todo lo que habría de anotar al respecto.

I. Datos generales de la ciudad de Orizaba, Veracruz

a) Geográficos. La ciudad de Orizaba, segunda ciudad del Estado de Veracruz por importancia, se halla situada en un valle que forman las Serranías de la Sierra Madre Oriental; rodeada de grandes eminencias que se dilatan o estrechan formando uno de los valles más agradables por su aspecto físico. Se encuentra situada a los 18° 50' 55" de latitud Norte y a los dos grados 7' 55" de latitud Este del meridiano de México. Los límites correspondientes a su Jurisdicción Sanitaria son los siguientes: al Norte y al Oeste, el Estado de Puebla; al Este, el Ex-Cantón de Veracruz; al Norte y al Este, el Ex-Cantón de Córdoba; al Sur, Zongolicaly los Estados de Puebla y Oaxaca. El suelo de Orizaba es regado por numerosas corrientes que en su mayoría son afluentes del Río Blanco, éste y el Río Orizaba son los más importantes.

b) Climatológicos. El clima de la ciudad es templado, oscila entre una máxima anual de 35° y una mínima de 6°. La media anual es de 21° pero hacemos hincapié desde ahora en sus grandes fluctuaciones aún horarias. El período de lluvias se extiende de junio a octubre; en los demás meses hay lluvias pertinaces que se prolongan hasta por 15 días. Su precipitación pluvial es de 2,500 mm. La presión barométrica es de 661 mm. El heliógrafo registra al año 240 días de 12 horas de sol. El estado higrométrico es de 96%. Como para el caso particular nuestro, puede presentar un interés especial los datos del mes de mayo del presente año, fecha de iniciación del brote, a continuación resumimos en una forma más amplia, los correspondientes a dicho mes:

Temperatura media mensual	22.5	Humedad relativa por ciento:
Media más alta (día 19)	31.4	Media mensual 73
Mínima más baja (día 8)	13.4	Máxima (día 8) 95
Oscilación en el mes	180	Mínima (día 20) 31
Oscilación máxima diaria	16.8	
Vientos: dirección dominante en el mes	N	
Lluvias: (altura en milímetros)		
Precipitación mensual	91	

De lo anterior debemos retener sobre todo que "el mes de mayo fue caluroso, la media mensual resultó mayor que la de otros años.² Las oscilaciones de temperatura fueron considerables como es lo habitual. Las lluvias para este mes dis-

minuyeron de una manera considerable. El cielo estuvo nublado y hubo pocos días despejados.

c) Demográficos. La población del municipio de Orizaba según el último censo del 6 de marzo de 1940³ era de 48 mil 334 habitantes y la población calculada para mayo de 1946 sería de 51 mil 044 habitantes. Raza. Predominancia clara de mestizos.

Abastecimiento de agua.⁴ Producción: 100 a 180 litros por segundo. Captación: florecimiento directo a la superficie. Los análisis de agua practicados en los manantiales, a la entrada de la tubería y en los tanques de almacenamiento dan como resultado, agua propia para la bebida. La contaminación observada se debe principalmente a la red de distribución dentro de la ciudad que es vieja y que no ofrece seguridad por filtraciones debidas a contacto con drenajes.

II. Aspectos epidemiológicos

El día 3 de mayo del presente año la Unidad Sanitaria tuvo conocimiento del primer caso de Poliomiélitis que después de un estado de enfermedad no determinado con claridad -cuarenta y ocho horas quizás en su período agudo- dio lugar a su fallecimiento. El inicio y la evolución posterior de dicho brote abarca un período de tres meses, y resaltan los siguientes puntos: 1o. El padecimiento se inició al finalizar la semana del 3 de mayo, sosteniéndose en forma análoga durante tres semanas en que se inicia una exacerbación que pronto declina para ser seguida de otras posteriores que indican, en conjunto, la mayor intensidad del brote hasta el día 11 de julio, en cuya forma continúa sin haberse extinguido pero siguiendo en forma semejante a su iniciación; 2o. esta exacerbación que hemos apuntado obedece o se presenta coincidiendo con la variación estacional intensa que más arriba hemos dejado anotada. Dada la modalidad especial de la epidemiología de la Poliomiélitis nos apartaremos deliberadamente de las pautas especiales que se acostumbran, al reseñar los brotes epidémicos de un padecimiento dado, así permitámonos examinar sucesivamente los puntos siguientes:

a) Evidencia en su transmisión. Aycock⁵ al afirmar que la "Poliomiélitis paralítica no es un accidente de higiene, sino una simple proposición de causa a efecto... una manifestación de parasitismo

altamente adaptado entre el virus de la enfermedad y el huésped humano", hace de su epidemiología una interacción compleja en la que intervienen distintos factores sin que ninguno pueda revelar la escena distante que se está fraguando. En la mayoría de los 26 casos, cifra que constituía la totalidad de los presentados hasta los primeros días de agosto, no pudimos establecer una historia de contacto con casos anteriores; la razón es simple, carecemos hasta la fecha de personal especializado, laboratoristas, etc., que nos hubieran permitido la experimentación e inoculación a animales, de muestras tomadas de los contactos y nuestra falta de preparación no nos permitía entonces lograr el despistaje de las "Formas Frustradas" y de las "Abortivas",¹ cuya importancia y gran valor en este sentido es íntegramente aceptado, sabiendo de antemano la dificultad que su aceptación presupone. Por ello, aceptamos que la fuente de infección en nuestro caso particular es "un caso irreconocido o un portador"⁶ y con ello estamos dentro del punto de vista de Wiekman⁶ al concluir que la transmisión de la poliomielitide se hace directamente de persona a persona, pero a favor de un marcado esparcimiento de casos benignos y de portadores sanos. Por lo tanto, si tratáramos de explicar la iniciación del presente brote tomando en cuenta sólo este factor, habríamos de invocar uno solo: la endemidad para lo cual hay razones suficientes que han quedado apuntadas más arriba, presencia de casos anteriores que no fueron tomados en consideración pero también quizá debiera hacerse hincapié en el hecho del regreso constante del extranjero de obreros nacionales y de turistas de zonas infectadas, puesto que es un sitio de paso en grande escala de estenúcleos de visitantes. Tomamos como factor primario la endemidad, como secundario el aflujo probable de virus extraños dotados de una mayor y más amplia potencia. Como corolario de lo anterior, podremos entresacar una conclusión a manera de experiencia futura que acaso nos enfrente a una situación de gravedad innegable: hasta ahora, hemos reunido 26 casos pero la "observación de cuadros estadísticos de epidemias sucesivas en diversos países es la del aumento considerable del número de enfermos en cada epidemia" Nueva York 1907: 2,500, 1916: 27,000; Buenos Aires 1912: 92, 1916: 98, 1936: 1,000. Acaso haya mucho

de cierto en lo afirmado, acaso influya mucho el mejor diagnóstico por mejor conocimiento de la enfermedad.

b) Caso múltiple y familiares. Se ha observado en general que la Poliomielitide tiene muy poca tendencia a esparcirse dentro del medio familiar; en la gran mayoría de las familias atacadas, sólo ocurre un solo caso.⁵ No hemos tenido oportunidad de comprobar la parte final del aserto anterior; creemos así mismo en la poca tendencia a esparcirse en las familias. En este brote, apesar de estar controlando diariamente a todos los contactos, no hemos observado un solo familiar que nos hiciera sospechar ni siquiera una enfermedad mínima o los equivalentes de ella.

c) Prevalencia de la enfermedad. Hoy día el criterio se haya lo suficientemente uniforme para afirmar que a esta grave afección debe reconocérsele su carácter endémico en todos los países Sudamericanos y en los Estados Unidos de Norteamérica.^{1,5} y pensamos puedan existir razones suficientes para hacer extensible el concepto con la inclusión de nuestro país, pues donde quiera que el hombre viva, tiene usualmente suficiente comunicación con su vecino para efectuar la transmisión de los agentes infecciosos, en tiempos recientes hay pocos lugares tan inaccesibles como para estar libres en cualquier lapso de tiempo de las enfermedades infecciosas. En efecto, entre nuestros casos había uno sobre todo que costaba trabajo el imaginar el contagio por habitar en un rancho aislado en plena serranía, hasta que la investigación demostró que el padre era un comerciante que se trasladaba cada semana a muy distintos lugares para realizar la compra-venta de sus productos. Por lo tanto, las epidemias de Poliomielitide no deben ser explicadas como un fenómeno segregado sino como en las otras enfermedades ampliamente prevalentes, sólo, como ya lo habíamos dicho, una manifestación de endemidad. Se afirma, a pesar de las observaciones clásicas de Ca-verly (1894-95) y de Wickman (1913), que la enfermedad es preponderantemente rural y con una prevalencia en verano (julio-agosto) existiendo en los climas cálidos una menor cantidad de enfermedad y una tendencia hacia una distribución más uniforme.⁵ A juzgar por nuestros datos, se nos ha presentado como preponderantemente citadina y

en grado mucho menor en áreas rurales. Su mayor prevalencia en verano, juzgamos que dada nuestra climatología, habrá de ser quizás prevalente en primavera pero aún no estamos autorizados para asegurarlo. En lo que se refiere a su menor cantidad en los climas cálidos, nos ocurre algo semejante, sería prematuro verter alguna opinión aun cuando pensamos y esperamos pueda ser así. La distribución más uniforme no la encontramos sino en la edad, motivo del capítulo siguiente, sin embargo, nos parece por ahora que ese acantonamiento hacia pequeñas edades podríamos mejor interpretarlo como un padecimiento de epidemidad inicial en nuestro medio. Por último, la creencia de que algún agente que no fuera el hombre era responsable de la propagación del virus hacen que se nos presenten con gran interés los recientes trabajos muy minuciosos de Pearson,⁶ experimentando en medios rurales y pequeños poblados, hasta el grado de ser deseable que se llevaran a cabo entre nosotros.

d) Distribución por edad. De uno a dos años hubo una preponderancia franca de los casos, siguiéndola inmediatamente de cero a un año. Si comparamos los datos publicados por Paul, Salinger y Trask (1932) señalan una proporción de 39% de uno a cuatro años, lo que entre nosotros en igual grupo, lo haría subir hasta la casi totalidad de nuestros enfermos, el 92.5%. En las estadísticas norteamericanas la mayor parte de sus gráficas (Chicago y Detroit 1939-1944) señalan un 23.1% abajo de cinco años siendo su mayor incidencia de 5 a 9 años, 36.1% y de 10 a 14 años 23.5%. Ahora bien, la Poliomielitis es por definición una enfermedad de niños,^{5,7,8,9,10} pero la observación nos indica que "a medida que la epidemia o epidemias se extienden atacan a grupos de mayor edad"? La inmunidad congénita transitoria y pasiva es un factor en la incidencia uniformemente baja en los niños menores de un año. Quiere ello decir que en nuestro caso no ha existido suficiente inmunidad congénita, puesto que dicha inmunidad está en razón directa de la exposición previa al agente infeccioso. ¿No sería este dato lo suficientemente explicativo como ya antes lo hacíamos ver para tomar el presente brote como el principio de un padecimiento que trata de tomar entre nosotros

carta de naturalización? Se afirma, Frost 1813, Wernstedt 1924, Aycock 1928, que en el campo la distribución es más regular en grupos de mayor edad, anotamos el dato sin mayores comentarios, pues ninguno de nuestros pacientes, ni de la ciudad ni del campo, ha rebasado los 5 años. Aun cuando consideramos de antemano que nuestra estadística es insuficiente por no consignar sino las formas paralíticas.

e) Constitución. El carácter constitucional de los enfermos es algo que sorprende a primer vista cuando en una familia encuentra uno al 'mejor niño' que es el atacado cuando el desnutrido, el emaciado, etc., se conserva indemne; no en balde fue el carácter más impresionable para todos los investigadores: Underwood 1799 habla de su ocurrencia en los mejores niños, Shaw en 1823, de los niños fuertes y sanos son afectados con mayor frecuencia, Heine 1840, el rasgo más aparente fue la constitución corporal y lozana, Sinkler 1875, Caverly 1894 el más fuerte, el más activo, Taylor 1898, Wickman, Hill 1909 lo que ha dado lugar a hablar o describir el 'tipo poliomiélico' (Draper 1917, Dupertuis 1939) presentando dicho tipo constitucional como obedeciendo a una deficiencia subclínica endocrina que daría lugar a una mayor labilidad orgánica para la forma paralítica. Es tan suficientemente sugestivo que hemos de volver a ello cuando nos ocupemos del tratamiento.

f) Sexo. El porcentaje de ataque marca una leve preferencia para los varones, dato que es exactamente superponible a lo que señalan las estadísticas norteamericanas, argentinas, uruguayas, etc.

g) Estación y clima. Sólo brevemente hemos de insistir sobre este hecho al consignar que "las áreas en las cuales existe una mayor fluctuación en las estaciones, corresponden en modo general a las áreas de mayor incidencia"⁵ es decir que la prevalencia de la enfermedad parecería estar gobernada no tanto por el clima o la estación, sino por la extensión de estas fluctuaciones. Ya dejamos apuntado que en nuestra ciudad esas fluctuaciones son de tal manera aparentes que llegan a traducirse en grandes variaciones a un horario, razón por la cual la podemos considerar como un foco permanente y un problema constantemente renovado.

III. Aspectos clínicos y tratamiento

Entre las dos grandes corrientes que pretenden considerar, la una a la parálisis infantil como una infección de localización electiva al sistema retículo-endotelial que hizo que Burrows la designara como 'hiperplasia linfática aguda' para que en una segunda etapa se localizara sobre el sistema nervioso central y la otra que la toma como una enfermedad primitiva del sistema nervioso central,⁹ preferimos ésta última por haber estado basada en hechos experimentales.

a) Sintomatología. No tendría objeto el hacer aquí la repetición del cuadro clínico de este padecimiento que es ya de sobra conocido; sólo haremos aparente algunos de los puntos que nos han llamado más la atención. En primer lugar, pudimos comprobar en una gran mayoría de nuestros casos lo que en la epidemia de 1920 en Montevideo, Morquio denominó el pseudosigno de Koerning pudiendo ser tomado como ya él lo hacía ver como un signo precoz. En segundo lugar anotaremos que todos nuestros casos en el curso del período agudo presentaron ataques de naturaleza neumónica mismos que no cedieron a la terapéutica por la penicilina; ¿podríamos suponer que la hipoventilación pulmonar incidente mismo del padecimiento por ataque a los músculos respiratorios da lugar a una hiporresistencia y a la instalación de un padecimiento neumónico por gérmenes banales, o mejor aún, podríamos considerarlas como verdaderas neumonías por virus? nos inclinaremos más hacia esta interpretación.

Queremos además puntualizar que la parálisis infantil presenta otros aspectos igualmente importantes que los relacionados con el sustratum anatomoclínico del padecimiento, nos referimos a la "ignorancia en que se han tenido los componentes emocionales e intelectuales"⁹ que pueden complicar el cuadro. Para tomar en consideración el problema recordaremos que la mentalidad del niño hasta la edad máxima en nuestros casos -5 años- presenta las características siguientes al estado normal: es egocéntrica, sincrética, animista y artificial.¹⁰ Es claro que a consecuencia de esta enfermedad necesariamente habrá de encontrarse modificada una mentalidad que está en plena invo-

lución, tomando en cuenta los hechos siguientes: debe ser separado de su hogar y hospitalizado, está sujeto a un período de inmovilización variable, pero largo, se encuentra privado de afectos en la medida a que estaba acostumbrado.

Es conveniente desde ahora, para insistir sobre ello más tarde, que la totalidad de nuestros casos hospitalizados son de forma espinal, es decir, que han presentado hemiplegias habituales o triplegias, más raramente lo que ha dado lugar siempre a la conservación del movimiento de un miembro superior, casi siempre el derecho. Esto presupone: 1) que no existiendo una participación prolongada y franca cerebral, el intelecto no sufrirá modificaciones posteriores como sucederá quizás en las formas encefálicas y, 2) que en nuestros niños menores de 15 meses, el empleo de la mano como instrumento de análisis¹¹ "el más sutil de los instrumentos de análisis" según Birán, el cerebro externo del hombre según Kant, a través del cual el niño conquista la realidad, apartándose constantemente de la niebla que lo rodea, para forjar la noción de espacio, no habrá de modificarse en modo alguno y habrá de seguir progresando esta etapa que ha dado en llamarse 'etapa de la técnica'.

El egocentrismo y la fabulación, creemos fundamentalmente, se han exagerado en nuestros niños hospitalizados mayores sobre todo en uno de ellos; la razón, esa solicitud y esa abnegación de nuestras enfermeras que los hace sentirse el centro de atención de ellas, sobre todo en este período de convalecencia. La fabulación es posible comprobarla a cada instante cuando nos hablan y nos describen sus casas, todas ellas como pequeños palacetes sabiendo nosotros perfectamente que han vivido en condiciones de miseria algunos de ellos. En lo referente a los afectos, creemos que no existe en nuestros casos esa carencia de ellos, la necesidad nos obligó a conservar a sus madres y hemos observado una verdadera sustitución de afectos lo que en forma análoga ha sucedido con la hospitalización. Es decir, que siendo niños pobres con habitaciones carentes de todo, pertenecientes a familias numerosas en donde no contaba, con afectos especiales, se encuentran ahora en un departamento en el que son atendidos con solicitud, casi personalmente y en ambiente íntegra-

mente distinto. Es por eso que el niño afirma que no quiere volver a su casa y que prefiere inclinarse a un mayor grado por la enfermera que por su madre.

La corroboración del sincretismo del niño, esa forma primitiva del pensamiento según Renan adquiere detalles, atractivos para su análisis, sea por ejemplo el caso de Efraín nuestro enfermo cuya cama colocada enfrente de la puerta de tela de alamo era la única impresión que tenía constantemente durante el período de inmovilización. Cuando hubo necesidad de cambiar dicha puerta, ¡qué gran sobresalto!, ¡qué sentimiento y que llanto alargo de Efraín, pidiendo a gritos que quería su puerta!, ¡qué no se llevarán su puerta! Y es que para el niño a su edad -3 y medio años- aún la percepción se hace por esquemas globales habiendo en el caso seguramente una 'cohesión óptica' que no había hecho posible antes la división en partes, la separación en límites precisos de una parte que nosotros sin imaginarlo rompimos repentinamente y mostrábamos con rudeza un hecho que no se alcanzaba a comprender y que sólo cesó cuando después de una explicación prolija, el mostrarle la nueva puerta y el ver desde dentro como era fijada por los carpinteros.

Dice Crothers⁹ haber encontrado en el niño poliomiéltico una falta de atención sostenida, falta de comprensión de la forma y déficit en efectuar abstracciones aparte de irritabilidad y dificultades para aprender hábitos. Valiéndose de test visuales rudimentarios hemos corroborado la falta sostenida de la atención pero sabemos que a esta edad la fugacidad de ella es normal. La irritabilidad que es muy marcada si la hemos corroborado. No hemos observado nunca la falta de comprensión de la forma ni ninguna dificultad para aprender hábitos, en los mayorcitos. Es probable que exista un déficit para las abstracciones, ignoramos la edad de los niños en que haya trabajado Crothers, pero sabemos sobradamente que es imposible exigir pensamiento abstracto en niños menores de cinco años. Fugacidad de atención traduce fugacidad de interés, si se carece en términos generales de interés, no se fijan recuerdos, de aquí que pensamos que en nuestros niños menores de dos años no conservarán recuerdo de este período (si logramos su restauración completa), por razones de índole anatómica. Y los mayores de esta edad, con ese requisito, restauración completa tampoco lo con-

servarán. Es decir, que ni ahora ni posteriormente podrán existir modificaciones psíquicas.

b) Diagnóstico. Como en el caso anterior, no hemos de insistir sino sobre aquellos puntos en que podamos presentar al algún pequeño hecho a alguna modalidad de interpretación que tienda a individualizar ligeramente este trabajo. Así entonces, con esas pautas generales, sólo hemos de tocar lo que se refiere al análisis del líquido cefalorraquídeo. Lo consideramos como "base para el diagnóstico precoz de la enfermedad de Heine-Medin",¹ sobre todo en el despistaje de formas especiales, tales como las meningitis abortivas y frustras. Aconsejamos su práctica habitual en virtud de sus características, particularmente interesantes, que lo hacen un método imprescindible. Hemos corroborado siempre la presión intracraneal elevada con el manómetro de mercurio, moderadamente elevada, lo cual nos atestigua la participación meníngea del padecimiento en el período preparalítico. Las características químicas y citológicas¹² que hemos encontrado, concuerdan con los datos clásicos que se han señalado:

Pleocitosis ligera debida sobre todo por linfocitos, raramente moderada; nunca hemos podido encontrar predominio de polinucleares como lo afirma Nobecourt, tal vez por que él dice que sólo se encuentra en los primeros días de la enfermedad; sin embargo, nuestros pequeños datos en ese sentido concuerdan íntegramente con lo aseverado por Nealy Kolmer.¹² Siendo la predominancia citológica claramente linfocitaria y considerados los linfocitos como de origen hemático,¹² creemos nos traduce la etapa exudativa de la Poliomiéltis, desde el punto de vista anatómopatológico.

Proteínas. Las hemos encontrado normales o ligeramente aumentadas: 40 a 56 miligramos por ciento; lo cual traduce así mismo la participación por estado inflamatorio de las meninges. Se practicaron las reacciones de Pandy y Ross-Jones y si bien es cierto que las cifras de proteínas globulinas deben ir aumentadas paralelamente, también es verdad que "existen líquidos con tasa normal de albúmina y una reacción neta a las globulinas".¹³ Lo anterior es con el objeto de consignar que en algunos de nuestros casos, dio una positividad a las globulinas que varió de una a tres cruces, mientras que en otros fue negativa. En los casos que la reacción a las globulinas fue negativa, pudi-

mos comprobar una perfecta evolución que permite, después de tres meses y días del padecimiento, la existencia de una marcha que progresa de manera constante. Si por otra parte sabemos que las globulinas señalan un alto porcentaje "las alteraciones específicas del neuroeje"¹³ y su ausencia o negatividad nos indicaría que no hubo esa alteración del neuroeje, ¿no serviría acaso dicho dato para marcarnos un pronóstico en la enfermedad, del cual carecemos a la fecha? No contamos con datos suficientes para inclinar nuestra opinión, señalamos el hecho por habernos llamado la atención y esperamos su estudio posterior para otorgarle el valor que se señale.

Glucosa normal

c) Tratamiento. No contando a la fecha con ningún tratamiento efectivo de la lesión del sistema nervioso central ni profiláctico ni curativo, aceptamos con Caricat¹⁴ la siguiente esquematización de dicho tratamiento: 1) profiláctico para corregir las actitudes viciosas y evitar la instalación de las deformaciones 2) reeducador para magnificar la mejoría espontánea y readaptar al paciente desde el punto de vista motor, 3) corrector que debería desaparecer cuando se cumpla bien la primera. 4) estabilizador. De ello se deriva que este tratamiento "esté basado en la premisa de que la capacidad de la recuperación total no depende sólo del número de células nerviosas destruidas durante el estado agudo de la enfermedad sino de la eficiencia con la cual las células restantes puedan ser puestas en uso"¹⁵ para cumplir con los dos grandes postulados enunciados antes, es necesario recorrer las siguientes siete etapas: 1) salvar la vida del paciente, 2) aliviar el dolor y mitigar el espasmo, 3) coordinar las funciones musculares, 4) desarrollar la fuerza muscular, 5) desarrollar la actividad muscular, 6) evaluar la capacidad funcional, 7) Cirugía, aparatos, etc.

Hoy día nos encontramos en la etapa de la reeducación muscular y en nuestro tratamiento hemos utilizado la terapéutica siguiente: fomentaciones húmedas calientes según el método de Kenney y cibalgina para cumplir con la segunda etapa; prostigmine Roche solución uno por dos mil para reforzar la acción de la etapa segunda y cubrir la tercera, pues Kabat y Knapp señalan como acciones de la prostigmine relajar el espasmo, aliviar el dolor, aumentar la fuerza y mejorar la

coordinación muscular por mecanismo aun no determinados. Hemos notado que dicho medicamento es insustituible sobre todo en los primeros días de la enfermedad venciendo efectivamente esas atonías vesicales del niño y los estados de constipación con meteorismo muy marcado que tan molestos los ponen. No hemos contado con suficiente material, ni lotes de control para afirmar si el medicamento influye favorablemente en la coordinación muscular, tomando también en consideración que hemos empleado un método conjunto. Se empleó además, vitamina B1 y C, 100 miligramos diarios.

Queremos finalizar lo referente al tratamiento, llamando la atención sobre los experimentos realizados en 1937 por Aycok⁵ quien trabajando en monas maduras castradas y monos, maduros castrados tratados con estrógeno, llega a la conclusión siguiente: los animales tratados con estrógeno son mas resistentes y la castración desarrolla la susceptibilidad. Esto sería lo que reforzaría la teoría de Draper, al pensar que la susceptibilidad a la poliomielitis en su forma parálitica puede residir en una endocrinopatía hereditaria. De acuerdo con este modo de pensar, desde hace unos días hemos instaurado la medicación estrogénica (Amniotina Squibb) desde el período agudo, esperando se traduzca por lo menos en una evolución más corta. No nos es posible adelantar ninguna observación al respecto.

IV. Evolución

Hasta la redacción de estas notas permanecían hospitalizados 15 pacientes, a 8 de ellos se les permitió el asilamiento en sus domicilios y 3 fueron trasladados a la ciudad de México. Han evolucionado más favorablemente 4 niños (15.4%), comparándolos con nueve (34.6%) que permanecen estacionarios. Para ello tendremos que recordar brevemente la anatomopatología de la infección. Dicho proceso inflamatorio trae aparejados tres Órdenes de lesiones: a) destructivas o alternativas, b) exudativas, c) productivas. Las primeras o destructivas que asientan en las células de la sustancia gris del neuroeje, principalmente neuronas motoras de los cuernos anteriores de la médula e invadiendo la zona de origen del simpático, da lugar

a destrucciones celulares⁴² con síntomas irreversibles y permanentes; la segunda o exudativa "con alteraciones circulatorias y vasculoexudativas de la inflamación, congruentes en vasodilatación o congestión, edema, focos de hemorragia, etc., e invadiendo la zona somatosensitiva de la parte posterior de la médula al nivel de la Pía Madre, las raíces y hasta los ganglios raquídeos".¹² Suponemos que esa evolución favorable del 15.3% de nuestros casos y de los siete niños (26.9%) que presentan movimientos activos limitados, pudiera explicarse cómo habiendo presentado un síndrome de meningoradiculitis posterior cuyos elementos (factores de un verdadero bloqueo fisiológico), regresan y desaparecen en los plazos esquemáticos marcados por Landon y Smith en material necróptico: congestión y edema desde dos a sesenta días, focos hemorrágicos e infiltraciones celulares de 60 a 360 días. Sabemos que es prematuro hablar de evolución, quisimos sin embargo presentar las modificaciones observadas hasta esta fecha.

V. Consideraciones generales

Se ha presentado un resumen del brote de poliomielitis ocurrido en el mes de mayo en la ciudad de Orizaba, hemos tratado de crear la impresión y hacer lo posible por llevar al ánimo médico general que es un problema inicial en nuestro medio y que aún desconocemos las proporciones que pueda asumir en un futuro mas o menos próximo. Que presentando el doble aspecto Sanitario-Asistencial, debemos desde ahora estar preparados para su atención adecuada si conseguimos (con la exposición que antecedió) mostrar toda la importancia que ella presenta y las dificultades que la práctica opone. Que siendo una enfermedad en esencia cara, resulta imprescindible contar con la cooperación privada para realizarla en sus aspectos más amplios.

En nuestra ciudad estamos próximos a inaugurar un departamento encargado de la atención y recuperación de los niños poliomiélicos. Dicho departamento ha sido construido en su mayor porcentaje, contando con el apoyo privado de distintos sectores sociales, organizaciones obreras, industriales, ayuntamiento y particulares; pero no

es eso todo, necesitamos asegurar su sostenimiento en primer lugar, así como estimular en nuestro medio, tanto la preparación técnica como la investigación. Para ello pensamos podría formarse un organismo similar al norteamericano: 'Fundación Nacional contra la parálisis' de índole privada asesorado técnicamente por elementos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que centralizara en este aspecto todo el trabajo práctico y científico que se desarrollará en la República. Es claro que para iniciar el desarrollo su cometido dicho organismo necesitaba contar de antemano con un fondo económico seguro que le permitiera principiar sus gestiones en amplia escala y casi de inmediato; para ello proponemos lleve a cabo la Secretaría de Salubridad las gestiones necesarias para que la Lotería Nacional efectúe un sorteo extraordinario cuyo fondo íntegro se ponga en manos de esta novel institución. Lo anterior puede tener por lo pronto, un aspecto regional en la entidad que se ha presentado bajo la forma epidémica haciéndola nacional cuando las condiciones lo requieran, pero siempre con residencia en la ciudad de México.

Conclusiones

1. Se presenta un brote epidémico en la ciudad de Orizaba, Veracruz, y se hacen las consideraciones especiales para mostrar la endemicidad del padecimiento.
2. Se propone la formación en medios de provincia, sitios potenciales de focos epidémicos de centros de atención para niños poliomiélicos, que puedan ser utilizados previamente, mientras no aparezca el problema, tales como salas infantiles.
3. Se propone la formación de la Fundación Nacional Contra la Parálisis, organismo privado para la dirección práctica y técnica del problema.

Orizaba, Ver. a 20 de agosto de 1946.

Referencias

1. Beretervide AE. Formas no paralíticas de la enfermedad da Heine-Medin. *Pediatría de las Américas*. Julio 15 de 1944:407.
2. Director de la Oficina Meteorológica local en su informe de esa fecha.

3. Censo de 1940. Dirección Nacional de Estadística.
4. Calero C. Catastro Sanitario de Orizaba de 1943.
5. Aycock **WL**. Virus and Rickettsial Diseases. 1943; 556.
6. Pearson HE, **Rendtorff R**. Estudios de la distribución del virus poliomiéltico. AJH. 1945; 41(2): 164-178.
7. Cardini C. Terapéutica clínica. Tomo 4. 1944; 227.
8. **Stimpson PM**. Las Responsabilidades del Pediatra. En: el Diagnóstico y Tratamiento de la Poliomiéltis Inicial. Journal of Pediatrics (St. Louis) 1946; 28 (3): 309-312.
9. Crothers B. The Psychologic and Psychiatric Implication of Poliomiéltis. Journal of Pediatrics (St. Louis) 1946; 28 (3): 324.
10. Mc. Khann CF. March 1946. Virus and Rickettsial. 1943. Pág. 581.
11. **Ponce A**. Problemas de Psicología Infantil. 1943; 21.
12. Kolmer. Diagnóstico Clínico por los Análisis de Laboratorio. 1945; 382.
13. Rubinstein **Marc**. Traité pratique de Serologie et de Serodiagnostic. 1932; 262.
14. Caricat JR. Pediatría de las Américas. 1944. Cuaderno 3: 171.
15. Bennett RL. El Papel del Médico en la Poliomiéltis. Folleto de publicación de la Fundación Nacional contra la Parálisis.