

REVISTA DE REVISTAS

TAPIA (Manuel): Estudio clínico de la epidemia de poliomiélitis de Madrid en 1929. *La Medicina Ibero*. Números 652 y 653, 1930.

Entre los 112 casos correspondientes al brote epidémico de poliomiélitis de Madrid y sus alrededores durante el otoño de 1929, que hemos observado en el Hospital del Rey, la morbilidad alcanzó su cifra máxima en niños menores de dos años (75 por 100), no apreciándose ninguna otra causa etiológica predisponente.

El período de invasión de la enfermedad ha sido de cero a diez días, con un promedio en el mayor número de casos de uno a cinco días.

No existe ningún síntoma típico «per se» por el cual podamos diagnosticar la enfermedad en este período; pero su agrupación a veces permite hacer un diagnóstico de probabilidad en el 20 por 100 de los casos y de sospecha en otro 10 por 100. En el 70 por 100 restante no es posible presuirla.

No ha habido especial predominio de un determinado grupo de síntomas en esta epidemia; pero merece anotarse la escasez de los correspondientes al aparato respiratorio.

Durante el período paralítico hemos observado la presencia de fiebre en el 45'55 por 100 y en proporción elevada otros síntomas no específicos.

La mayor parte de las formas clínicas corresponden a la clásica localización medular (103). Hemos recogido un solo caso de forma bulboprotuberancial pura y otros cinco de asociación bulbomedular.

No es posible, a nuestro juicio, asignar a la parálisis facial habitual, aunque aparezca en tiempo de epidemia, una etiología poliomiélica hasta tanto que tengamos pruebas epidemiológicas y experimentales suficientes.

Hemos visto dos casos que pueden ser incluidos en las formas mesocefálicas descritas por Marinisco, y dudamos si algunos síntomas que aparecen en las formaciones habituales (nistagmus, temblores, sacudidas mioclónicas, etc.) no indican una participación mesocefálica más frecuente, de acuerdo, además, con las alteraciones histológicas encontradas por el citado autor en el «locus niger» y el «tuber cinereum».

Aunque los síntomas meníngeos han sido frecuentes entre nuestros 112 casos (13 por 100 en el período de invasión y 25 por 100 en el paralítico) no hemos observado ninguna forma meníngea pura.

Sólo hemos visto dos casos que pueden diagnosticarse con seguridad como formas abortivas de la enfermedad. Aunque se han señalado como muy frecuentes en otras epidemias, hasta donde alcanza la investigación clínica, no permite asegurar que lo hayan sido en este brote.

Teniendo en cuenta la variabilidad de la fórmula hemática en los niños, nuestras investigaciones nos permiten asegurar que no existe una alteración definida que tenga valor diagnóstico o pronóstico.

Las alteraciones citológicas, químicas y fisicoquímicas del líquido cefalorraquídeo tiene una cierta especificidad, muy especialmente en lo que atañe a la curva de Lange, hecho que, citado de pasada por Müller, no ha sido realzado por otros investigadores. La importancia de estas alteraciones alcanzan exclusivamente al diagnóstico, pero no al pronóstico de la enfermedad.

De entre las alteraciones del líquido cefalorraquídeo quizá la más constante y precoz sea la curva de Lange, cuyo tipo es intermedio entre la de sífilis latente y tabes dorsal.

En algunos casos existe disociación citoalbuminoidea, y nosotros hemos observado también una disociación albuminoglobulina.

No hay relación, hecho interesante, entre la intensidad del cuadro meníngeo y las alteraciones del líquido cefalorraquídeo, circunstancias, a nuestro juicio, de cierto valor diagnóstico en algunos casos.

Muy escasa en complicaciones esta epidemia, sólo hemos observado un caso de sarampión, dos amigdalitis banales y dos neumonías. En un solo caso una quemadura provocada por la diatermia sobre un miembro paralítico condujo a una ulceración necrótica, que obligó a la amputación del pie.

La mortalidad ha sido muy poco superior al 2 por 100. En cuanto al pronóstico funcional, en el 30 por 100 de nuestros casos hubo regresión total de la parálisis, y en otro 30 por 100 regresión parcial.

Los métodos de tratamiento empleados no permiten por el momento una conclusión definitiva, aunque nuestra impresión de conjunto es de profundo escepticismo.

Con el suero de convalecientes se ha obtenido un 63 por 100 de regresiones; con el método de Bordier, 70 por 100, y sin tratamiento alguno, 66,6 por 100.

Teniendo en cuenta las múltiples circunstancias expuestas, no encontramos ventajas con ninguno de ellos.

Ante este resultado dudoso, creemos debe prolongarse la investigación, y si es posible, utilizar el suero de Pettit, no obstante los resultados desalentadores publicados por Marinisco y otros investigadores.

Comparando los datos de esta epidemia con las descritas en otros países, y muy especialmente las últimas en Rumania, en 1927, podemos asegurar que clínicamente acusa una gran benignidad.

ESPLUGUES MATRES (J.): Septicemia tuberculosa y fiebre de Malta. *Crónica Médica*, 15 agosto 1930.

Son fácilmente confundibles las sepsis bacilares, principalmente la tifobacilosis, con la fiebre de Malta, debido a la frecuencia mayor que se supone de aquéllas y a su similitud de síntomas.

La obtención de una sueroaglutinación positiva del suero del enfermo con el melitocoço de Bruce no debe bastar para fijar un diagnóstico exacto de fiebre de Malta, pues aun en las aglutinaciones a altas dosis son muchas las causas de error que pueden concurrir.

En todo enfermo sospechoso debe sistemáticamente realizarse un examen hematológico concienzudo, principalmente un recuento globular para investigar la leucocitosis o la leucopenia, así como el grado de anemia, pues tienen un alto valor para el diagnóstico diferencial.

Es indispensable para un exacto diagnóstico la práctica de un hemocultivo, *único medio objetivo* para diagnosticar una maltosa. Aun siendo negativo debe recurrirse a realizarlo varias veces y aun a la siembra de una pequeña cantidad de pulpa esplénica.

Después de obtener varios hemocultivos negativos, o si se quiere, a la par para ganar tiempo, debe buscarse el baco de Koch en la sangre.

Debe recurrirse a la práctica de la intradermo-reacción de Burnet a la melitina, cosa fácil de practicar y de un gran valor diagnóstico cuando es positiva.

Siempre debemos recurrir al laboratorio para realizar un buen diagnóstico diferencial, pues clínicamente sólo podemos obtener datos de sospecha, fijándonos para ello en las pequeñas diferencias que hemos indicado y no olvidando jamás el polimorfismo de la septicemia melitocócica y la frecuencia con que en la práctica se dan las septicemias bacilares.