2083881

Nº 148 Junio - 1950

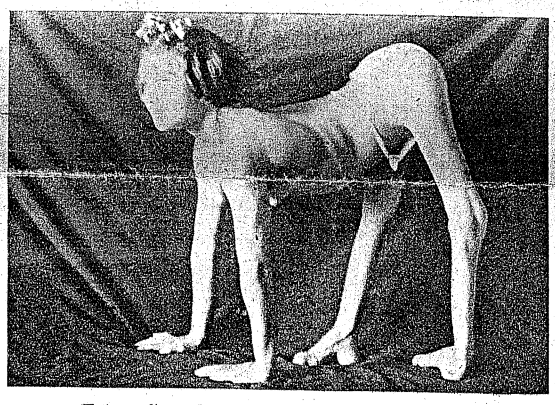
EL PROBLEMA SOCIAL DE LA POLIOMIELITIS

Por el doctor JOSE F. TUREGANO

Secretario del Patronato Nacional de la Lucha contra la Invalidez

La poliomielitis constituye actualmente una de las enfermedades infecciosas más dramáticas que padecemos, requiriendo la lucha contra ella una extensa organización, que debe iniciarse en las medidas de profilaxis general, y continuarse en una serie de actuaciones para reducir sus secuelas y aliviarlas posteriormente. Las incapacidades permanentes a que da lugar esta enfermedad hacen que sea una de las infecciones que más preocupan, produciendo la aparición del primer caso, tanto en el médico como en la población, la alarma consiguiente, ya que es difícil de borrar en las familias y en las comunidades el pavoroso cuadro de la parálisis infantil, a la que Laruelle califica de enfermedad catastrófica.

La poliomielitis, en España, comparada con otras naciones, no resulta extraordinariamente alarmante; sin embargo, nos interesa esta enfermedad infecciosa más que cualquier otra, por el acúmulo que origina de individuos inválidos y por los complejos problemas que crea para el individuo y para la sociedad, además de que todavía, dadas las lagunas que existen en nuestros conocimientos, no podemos predecir con seguridad la marcha que en nuestro país ha de tener la endemia poliomielítica y los brotes epidémicos venideros. En el cuadro adjunto puede analizarse la morbilidad y mortalidad por poliomielitis en nuestro país, en el decenio comprendido desde el año 1940 al 1949, y en el que se destaca el número de casos declarados de esta enfermedad, que son, por término medio, unos 450; datos seguramente incompletos, ya que muchos de los casos no han sido recogidos en las estadísticas. De todas formas, en los últimos diez años han ocurrido oficialmente 4.422 casos clínicos, con 424 defunciones, que supone una letalidad del 10 por 100. Analizando la incidencia por provincias, se ve que ésta es mayor en las de Andalucía y Levante, junto con las de Ciudad Real y Albacete, no pudiendo, por falta de datos, sacar conclusiones sobre este hecho; pero sería interesante el conocer y poder analizar las condiciones higiénicas de estas poblaciones, contrastándolas con las de otras de menor incidencia, haciendo un estudio de abastecimientos de aguas, eliminación de excretas, ambiente social, etc.



(Fotografía cedida por el doctor Sanchís Olmos).

La lucha contra la poliomielitis debe estar organizada para llevar a cabo un estudio epidemiológico de la misma y de cada caso en particular, junto a la investigación detenida de los elementos posibles y probables que intervienen en la epidemia; debe desarrollar un programa de profilaxis que impida, dentro de las posibilidades, la extensión de la enfermedad; finalmente, debe tratar en condiciones a los atacados y aplicar los métodos terapéuticos para que su capacidad, gestión y su rendimiento sea el mayor posible. Un organismo central—actualmente la Brigada Epidemiológica y el Patronato de la Invalidez—debe recoger y analizar todos los estudios existentes, obteniendo de ellos pautas comunes de actuación.

Resulta difícil el poder trazar un esquema de profilaxis efectiva en esta enfermedad, y aunque podemos hablar en estos momentos con más conocimiento de causa que hace unos años, sin embargo las medidas profilácticas puras son poco efectivas, ya que en el mejor de los casos se reducen a normas de higiene general, considerándose actualmente a esta enfermedad, para luchar contra ella, entre las de origen hídrico; pero la gravedad de esta dolencia induce a exponer todos los medios que hasta ahora se considera puedan tener su influencia en la aparición y evolución clínica de los casos, advirtiendo que los esquemas de profilaxis, que los médicos han de utilizar, han de ser prácticos, procurando no desorientar a la población sobre la que actúan, debiendo rehuir de todas aquellas medidas de carácter más o menos teórico, que desorientan a las familias y a la población.

Como esquema de las medidas profilácticas, damos a continuación el siguiente, que posteriormente analizaremos, y que coincide con el aconsejado en las Conferencias internacionales que sobre esta enfermedad se han celebrado en el año 1948, en Bruselas, y en el 1949, en París.

Declaración de todos los casos de poliomielitis.

El aislamiento y hospitalización en centros adecuados.

Vigilancias de los contactos.

Desinfección de las heces y desinfección de retretes.

Desinfección de contactos.

Control de aguas potables. Control de casas de baños y piscinas.

Vigilancia de las conducciones de agua, ríos, lagos, etcétera.

Recomendación de las prácticas de higiene individual.

Control de alimentos, especialmente de verduras crudas.

Lucha contra las moscas.

Evitación de todos los factores de disminución de resistencia de los individuos (operaciones quirúrgicas, irritación de la rinofaringe, fatiga, etc.*).*

Investigación sobre animales supuestos reservorios de virus (ratas, ratones, cerdos, topos (?).

Recuperación y readaptación de los enfermos.

La *declaración obligatoria* de los casos de enfermedad es una práctica sanitaria ineludible, porque ella nos permitirá conocer en todo momento la marcha de la endemia y los brotes acaecidos, permitiendo con ello establecer las medidas adecuadas y la amplitud de las mismas.

El *aislamiento* en esta enfermedad debe también considerarse como medida obligada y realizarse con toda clase de garantías. Hace unos años la hospitalización de los poliomielíticos estaba relegada a un papel muy secundario, ya que en aquella época nuestros conocimientos estaban supeditados a la creencia de la obicuidad del virus, a la existencia de gran número de

portadores y a la transmisión exclusiva de esta enfermedad por vía aérea. Al tomar prioridad sobre aquellas ideas la del contagio por vía intestinal y la de que cada caso clínico presenta un foco de infección, la hospitalización se impone, así como la desinfección de todo lo que esté en contacto con el enfermo y de los excretas. Actualmente sabemos que la eliminación del virus se realiza por la secreción faríngea y por las materias fecales, pero se ha comprobado que el virus desaparece de la secreción faríngea a los cuatro días de enfermedad, y a los veintinuo, por término medio, del intestino, citándose casos, por Lepine y Sedallian, en que la eliminación sobrepasaba a los seis meses. Por tanto, la duración del aislamiento debe prolongarse durante todo el tiempo que el enfermo albergue el virus en el intestino. Fanconi es de la opinión de que el aislamiento debe ser de seis semanas, para los paralíticos; de cuatro, para las formas meningíticas, y de una semana, para aquellos casos en los cuales no se encuentren alteraciones del líquido céfalorraquídeo.

No sólo debe ser implantada la hospitalización sistemática, como medio eficaz para evitar, en gran parte, la difusión de la enfermedad, sino porque de esta medida puede depender el porvenir del enfermo, ya que los medios terapéuticos, cuanto más precozmente sean puestos en práctica, darán mejores resultados. Para ello es necesario que los médicos conozcan perfectamente el poder *realizar diagnósticos precoçes*, y aunque esto no es fácil, sobre todo si no se está en un foco epidémico, es preciso inculcar a los profesionales que piensen siempre en la poliomielitis cuando se presenten ciertas manifestaciones que indiquen una irritación del sistema nervioso y de las meninges; es preciso investigar muy atentamente en todo enfermo las alteraciones de la sensibilidad (dolores de los movimientos más o menos marcados; hiperestesias, parestesias, alteraciones neuromusculares, alteraciones vasomotoras y secretoras y alteraciones del líquido céfalorraquídeo) para poder implantar la máxima atención y el cuidado de los enfermos desde el primer momento, a base de reposo, de disminución del dolor y de la inquietud, modificando las actitudes nocivas.

Desde los primeros momentos de la enfermedad debe iniciarse la *desinfección* de todos los objetos que han estado en contacto con los enfermos, así como de las heces. El virus de la poliomielitis es muy resistente al frío, al éter y al fenol, inactivándose con temperaturas superiores a los 50°. Las sustancias de carácter oxidante, como el permanganato potásico, el agua oxigenada y el cloro, hacen perder rápidamente su resistencia.

Otro medio de defensa del que se ha tratado es el de la *inmunización*, en donde puede encontrarse la solución eficaz; pero hoy día, y a pesar de los prometedores avances que últimamente se han realizado, con la adaptación del virus a los roedores, merced a los trabajos de Armstrong, Jungeblut, Sanders, Toomey, Takals y Sanz Ibáñez, este procedimiento todavía no está resuelto, y los ensayos llevados a cabo en niños por Lake tuvieron resultados desgraciados. Kling, Le-

MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR POLIOMIELITIS EN ESPAÑA DURANTE LOS AÑOS 1940 A 1949

	1940		1941		1942		1943		1944		1945		1946		1947		1948		1949	
	Casos	Def.	Casos	Def.	Casos	Def.	Casos	Def.	Casos	Def.	Casos	Def.	Casos	Def.	Casos	Def.	Casos	Def.	Casos	Def.
Alava	»	»	»	»	2	»	1	1	1	2	2	»	3	»	2	»	1	»	2	»
Alicante	14	3	9	»	27	5	35	4	14	2	4	»	6	1	6	2	6	»	7	»
Albacete	1	»	8	»	10	1	1	»	12	»	1	»	7	2	19	»	2	1	23	2
Almería	3	»	»	»	»	»	32	3	5	»	5	»	5	1	9	1	7	»	26	»
Avila	5	»	9	»	11	»	3	»	5	»	1	»	»	»	10	»	1	1	9	2
Badajoz	»	»	1	1	48	7	11	4	17	»	7	1	1	»	2	1	5	1	1	»
Baleares	1	»	3	1	4	»	4	1	5	1	2	»	1	1	»	»	1	1	»	»
Barcelona	6	»	2	»	35	4	10	5	10	3	21	2	6	»	3	»	22	»	62	11
Burgos	»	»	»	»	3	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»
Cáceres	8	1	15	2	25	»	1	1	22	1	15	»	8	»	12	3	14	»	9	2
Cádiz	8	2	4	3	25	3	7	»	35	5	22	1	15	»	13	»	11	»	32	3
Castellón	5	1	4	»	41	1	7	»	3	»	9	2	2	»	2	1	4	»	6	»
Ciudad Real	2	»	1	»	3	4	3	»	15	»	23	1	16	»	30	1	12	»	25	»
Córdoba	»	»	10	2	37	5	9	»	42	4	31	1	9	2	19	2	17	1	53	4
Coruña	8	1	1	»	14	»	4	1	6	»	9	1	3	»	2	1	8	»	4	»
Cuenca	1	»	7	1	10	»	9	»	14	»	6	1	5	»	1	»	6	»	2	»
Gerona	3	»	6	1	5	»	5	»	16	»	3	»	»	»	2	1	1	»	1	»
Granada	2	»	2	»	7	1	94	18	27	2	19	»	2	1	28	1	9	»	22	5
Guadalajara	1	»	10	»	5	»	3	»	1	»	3	»	»	2	1	1	»	»	»	»
Guipúzcoa	»	»	11	1	8	»	9	2	1	»	8	»	18	2	18	6	8	1	1	»
Huelva	1	»	2	1	55	3	12	2	20	1	7	1	3	»	9	2	3	»	2	»
Huesca	3	1	»	»	9	»	2	»	»	»	3	»	2	»	3	1	6	»	3	»
Jaén	6	1	2	»	1	»	»	»	5	»	31	»	16	1	12	»	»	»	1	1
León	»	»	6	»	23	2	9	2	6	2	14	1	4	»	5	»	6	1	3	»
Lérida	1	»	2	»	30	6	1	»	1	»	3	»	3	»	2	»	8	»	4	»
Logroño	3	»	1	1	5	»	»	»	3	»	4	»	1	»	5	»	6	1	2	»
Lugo	1	»	»	»	»	»	9	1	»	»	2	1	3	2	1	1	6	»	»	»
Madrid	16	3	29	6	36	4	26	4	25	5	18	4	16	2	34	1	15	»	25	3
Málaga	5	»	12	»	23	2	28	6	53	1	17	»	19	3	26	»	24	2	16	»
Murcia	18	»	15	3	17	2	31	4	32	2	9	1	9	»	13	1	17	»	16	1
Navarra	3	»	1	»	10	1	1	»	2	1	9	»	16	»	14	»	7	4	2	»
Orense	5	»	4	2	4	»	4	»	1	»	5	»	1	1	2	»	3	»	3	»
Oviedo	5	»	1	1	3	1	1	1	4	»	5	1	13	»	3	»	9	»	4	1
Palencia	»	»	»	»	2	»	83	1	1	»	12	»	7	»	1	»	3	»	2	1
Palmas (Las)	10	»	2	»	1	»	62	3	11	1	28	»	1	»	10	»	»	»	13	»
Pontevedra	1	»	10	»	4	»	3	»	1	1	10	»	2	»	1	»	2	1	6	»
Salamanca	»	»	1	»	»	»	31	2	7	2	5	»	3	»	1	»	1	1	4	»
Santander	6	»	2	»	7	1	6	»	11	1	25	1	5	»	4	3	3	»	5	»
Segovia	»	»	4	»	3	»	6	»	4	»	11	»	2	»	1	»	1	»	1	»
Sevilla	6	»	2	1	4	1	19	2	13	»	2	»	8	5	15	2	10	»	7	4
Soria	4	»	2	1	6	1	1	»	10	4	3	»	2	»	1	»	3	»	7	»
Tarragona	9	»	»	»	10	1	1	»	»	»	5	2	2	1	10	»	7	»	3	»
Teruel	3	»	2	»	5	»	2	»	»	»	5	»	4	2	8	1	4	1	1	»
Toledo	»	»	»	»	6	2	14	2	22	2	10	»	7	3	7	2	5	»	6	1
Valencia	13	»	12	»	95	5	24	4	32	2	7	»	14	3	10	»	4	»	9	1
Valladolid	3	»	3	»	18	»	3	1	15	»	12	»	5	»	4	1	9	»	9	»
Vizcaya	»	»	3	»	6	2	3	»	»	»	»	»	1	»	7	1	6	1	9	1
Zamora	1	»	11	1	6	»	3	»	3	»	1	»	5	»	4	»	1	»	1	»
Zaragoza	13	»	7	1	20	2	3	4	7	2	20	»	5	»	9	»	5	»	11	»
TOTALES	332	13	233	30	731	67	637	79	551	47	478	22	285	35	386	37	319	18	472	43

A1084583

vadite y Habel, en 1936, realizaron ensayos en monos, utilizando mezcla de virus muertos o atenuados, obteniendo también casos mortales, y en los que no sufrieron la enfermedad no se encontró, como consecuencia de la vacuna, inmunización alguna. Schultz ha podido mantener en el embrión de pollo ciertas variantes de la cepa del grupo poliomielítico, comprobando que el virus SK adaptado a los ratones se cultiva fácilmente, no ocurriendo lo mismo con esta cepa cuando se adapta al cobaya, en el cual no puede ser cultivado. Otro hecho interesante en la inmunización activa de esta enfermedad, es la aplicación del fenómeno de interferencias o de antagonismos entre los virus existentes, y así, el doctor Jungeblut ha demostrado que se puede impedir la infección experimental del mono cuando se han mezclado varios tipos de virus patógenos con otros no patógenos del mismo grupo. Todos estos ensayos presentan un camino esperanzador, y pueden conducir a la obtención de métodos protectores de eficacia; pero hasta la fecha, bien porque existe gran número de tipos de virus conocidos (SK, YSK, Philis, Mef), o por las mutaciones rápidas de éstos, no ha podido aplicarse un método inmunitario activo.

La inmunización pasiva, empleando suero de convalecientes o suero de animales inoculados con virus, pierde constantemente partidarios, ya que sus resultados son, en gran número de casos, muy discutibles y, en la mayor parte de ellos, se ha comprobado su ineficacia. Petit aseguraba que todos los niños inmunizados con este procedimiento no padecen esta enfermedad, y de semejante parecer eran Flexner, Waltner, Lewis, Aycok y Anderson; pero, por otro lado, las experiencias posteriores publicadas por Pierce, Gzell, Gumming, Lucchesi y Leake, demuestran la inutilidad del sistema. Tal vez estos hechos contradictorios se expliquen por el hecho de que en la poliomielitis no ocurre una inmunidad humoral de la categoría de otras enfermedades, como, por ejemplo, el sarampión. Lo seguro es que en las últimas reuniones internacionales para el estudio de esta enfermedad han desechado este procedimiento y únicamente lo aconsejan en el caso de servir como medio tranquilizador a las familias que lo soliciten.

La *vigilancia de los contactos* y de las infecciones latentes y atípicas debe establecerse: Stocks, en 1912, decía que la relación entre infecciones latentes y casos clínicos se halla en la proporción del 10 a 100. Aycok y Kramer encuentran que más del 50 por 100 de personas normales que no han tenido distoria de la enfermedad presentan anticuerpos protectores. Ikeng, en las epidemias por él estudiadas, encuentra únicamente entre las formas frustradas una media de 17,9 por 100, y Wernstedt, el 20 por 100. La creencia de gran número de casos subclínicos coincidía, como ya señalábamos antes, con el de la obicuidad del germen, creyéndose que cualquier foco de poliomielitis originaba una intensa dispersión del virus, y que gran número de portadores sanos era frecuentísimo y corriente. Los estudios realizados en Norteamérica en estos últimos años han demostrado que el número de portadores de gérmenes no pasaba del 1 por 100. Como resumen de esta medida, señalaremos que la vigilancia de los contactos debe realizarse en un plazo de doce días.

El *control de las aguas* potables, del agua de los baños y piscinas y de todas las conducciones, es fundamental, porque el agua adquiere el más destacado papel y la máxima preponderancia como medio de contagio, siendo los estudios de Kling, Petterson, Paul, Gard, Trask y Wernstedt, los que con argumentos de gran solidez apoyan la teoría de que la poliomielitis debe ser considerada como una infección en la que el agua tiene su papel más destacado. El estudio de numerosas epidemias por estos autores, así como los trabajos publicados por Levadite, Willemin, Harmon y los de Fanconi, han aclarado este mecanismo del contagio. Fortalecen, además, la hipótesis de la importancia del agua en la transmisión de la poliomielitis varios hechos que la dan semejanza a las infecciones de tipo hídrico, como son las incidencias estacionales, la intermitencia de las mismas, la relación con las precipitaciones atmosféricas, el que la mayoría de los casos se encuentren concentrados a lo largo de las vías fluviales; este último hecho ha sido analizado perfectamente por Kling en Suecia y Rumania. Finalmente, y como hecho indiscutible del papel del agua, está el de que la gran masa de virus sea eliminada por las heces y encontrarse constantemente en las aguas residuales. Se ha pensado que la mayor incidencia de los casos de poliomielitis, coincidiendo con la época del año en que aparecen las infecciones gastrointestinales, sería debido a que este proceso diarreico favorecería el ataque del virus, y también se ha supuesto que en esta época del año lefaltarán a la cavidad faríngea los estímulos climáticos productores de sustancias defensivas. Esta coincidencia, demostrada por Gard, ha determinado la concordancia estrechísima entre las precipitaciones atmosféricas y la aparición de la enfermedad, y es conocido de todos los períodos de calma que presenta esta infección en invierno, para iniciarse en la primavera y adquirir su máximo en finales de verano y principios de otoño.

La *lucha contra las moscas* tiene importancia indiscutible en la difusión de la enfermedad, como intermediario pasivo. Numerosos investigadores americanos han podido aislar el virus poliomielítico y producir la enfermedad en monos, por inoculación de extracto de moscas capturadas en los focos epidémicos.

El *control de alimentos*, especialmente de verduras, merece destacarse, por el riesgo frecuentísimo de contaminación. En el año 1930, Kling y Ekblom han descrito un foco epidémico de veinte casos en Finlandia, el cual fué producido por el lavado de verduras con agua de un arroyo. Lepine, Kling y Levadite, en 1932, demostraron que en la verdura puede conservar el germen de su virulencia durante noventa y un días. Deben extremarse las medidas de higiene y la vigilancia en casos de portadores de virus que se dediquen a la manipulación de alimentos.

La investigación de los *animales supuestos reservorios* de virus está en vías de experimentación, y parece ser que tiene grandes probabilidades de intervención, y, especialmente, la rata de algodón, los ratones, los cerdos y hasta los topos; sin embargo, esto no deja de ser una hipótesis más o menos razonable, dada la semejanza clínica que existe entre la poliomielitis y la enfermedad de Theiler de los ratones y la de Teschen de los cerdos, además de otras investigaciones hechas en otros roedores y aves.

Deben evitarse, en casos de epidemia, las causas de *disminución de resistencia* no específica de los individuos, impidiendo la fatiga, eliminando traumatismos y operaciones quirúrgicas de toda clase. La literatura mundial recoge 128 casos de poliomielitis en individuos que poco tiempo antes habían sido operados de amígdalas. También se ha discutido mucho sobre la importancia que puedan tener en la difusión de la enfermedad las aglomeraciones, y especialmente de gente joven. Los doctores Joppich y Muller han dado importancia a este hecho, pero en contra del mismo han informado Fanconi y Zelleweiger; este último ha estudiado, en el 1937 y 1941, aglomeraciones de niños y grandes masas de público coincidiendo con focos de poliomielitis, sin que se observasen casos posteriormente.

La *recuperación y adaptación* de los enfermos es fundamental y precisa, debiendo iniciarse en cuanto desaparezcan totalmente los síntomas agudos de infección y el estado general del paciente sea satisfactorio, y no antes, como se ha hecho en algunos países, influenciados por ciertos sistemas. Los tratamientos de recuperación deben iniciarse con movimientos activos y pasivos, ayudados por la electroterapia; balneoterapia, utilización de aparatos de entrenamiento y de aparatos ortopédicos; actuación del traumatólogo para corregir defectos y, posteriormente, dirigir al paralítico a los centros de formación y reeducación profesional.

Bergman, en Suecia, ha obtenido, por aplicación sistemática de todos los medios terapéuticos, un 50 por 100 de recuperaciones totales para el trabajo, y cerca del 80 por 100 de buenas recuperaciones. No insistiremos nosotros sobre las ventajas o inconvenientes y la aplicación sistemática de cada uno de los medios terapéuticos a emplear, ya que no es incumbencia de este trabajo, sino la de destacar únicamente todas las posibilidades de actuación.

Para armonizar todos los medios de lucha contra la poliomielitis es preciso que un organismo superior controle todos ellos, con el fin de obtener lo siguiente: dar unidad a la lucha, facilitar la investigación, controlar y dirigir los centros de aislamiento y de tratamiento precoz; crear centros adecuados para la recuperación de los crónicos, establecer la aplicación de los métodos terapéuticos y ortopédicos necesarios e investigar y mejorar los sistemas empleados. Es necesario cuidar la enseñanza del personal médico y auxiliar e interesar

en este vasto programa a todos los organismos municipales y provinciales, dirigiendo hacia un mismo fin a todo aquel personal que, como sanitarios, traumatólogos, puericultores, tisiólogos y enfermeras, intervienen en la profilaxis, en la investigación y en la terapéutica.

En España se creó, con motivo del Decreto de 6 de junio de 1949, el Patronato de Lucha contra la Invalidez, una de cuyas más importantes finalidades es luchar contra la poliomielitis, teniendo por finalidades esenciales el conocer la amplitud del problema de la invalidez, recogiendo estadísticas; organizar la asistencia de los inválidos, coordinar la labor dentro de los centros públicos y privados que estén interesados en la lucha; propulsar e intervenir en la construcción de aparatos ortopédicos y colaborar con todos los servicios dependientes de todos los organismos de reeducación y colocación de inválidos, así como en todos los aspectos asistenciales que se deriven de esta lucha.

El problema de los inválidos, en el que está incluído el de los poliomielíticos, es extraordinario en todos los países, y también en el nuestro, y aunque no tenemos datos de la trascendencia del mismo, ya que una de las funciones primordiales del Patronato, puesta ya en marcha, es la confección del censo de enfermos, que una vez obtenido nos servirá de base para fundamentar no sólo la amplitud que debemos dar a los centros dedicados a este fin, sino para conocer sobre base firme la repercusión que en nuestro país tiene esta enfermedad, junto con los demás casos de invalidez. Actualmente se está montando un Dispensario en Madrid, y se han establecido conciertos con varios centros, a fin de obtener camas, para resolver el problema terapéutico.

Este primer paso dado por el Patronato de Lucha contra la Invalidez tendrá toda su efectividad cuando se consiga interesar a toda la población y a los médicos en general, para que colaboren y cooperen con los medios propuestos. Para ello es preciso iniciar una labor de activa propaganda, a fin de que no queden estériles nuestros medios de lucha desde el primer momento, por falta de interés en las familias y en los médicos, y con ello la resolución de innumerables problemas, de los que se derivan tantos éxitos, que pueden representar para nuestra nación ventajas incalculables al reintegrar al trabajo y a la capacitación gran número de individuos que, por sus lesiones, son actualmente una importante carga nacional, creando al mismo tiempo problemas de tipo psicológico difíciles de resolver y plantear, si no es mediante sistemas que garanticen la solución de los inválidos.

Incluído dentro del Patronato de la Lucha contra la Invalidez se establecerá el Instituto Central de Lucha Antipoliomielítica, que tendrá como problemas a su cargo la investigación y experimentación de la epidemiología, estadísticas y propaganda, la enseñanza al personal médico y auxiliar para la aplicación de respiradores artificiales, de métodos fisioterápicos, electroterapéuticos y electrodiagnósticos; métodos balneoterápicos, aplicación de métodos ortopédicos, sistemas recuperadores y de reeducación, estudio de todos los problemas científicos relacionados con la epidemiología, la etiología y el tratamiento.

Todo este amplio sistema de lucha contra la poliomielitis necesita una financiación amplia, que debe igualar a los sistemas puestos en acción en otros países, consiguiendo que el diagnóstico y el tratamiento se hagan de la manera más racional.

Las Conferencias internacionales sobre poliomielitis se celebran anualmente, en las que intervienen los más destacados especialistas de todas las naciones, y estas reuniones las consideramos de gran importancia, porque permiten a los técnicos de todo el mundo revisar datos y valorar en grandes proporciones todos los resultados obtenidos, con lo cual las conclusiones en conjunto han de tener más valor que aquellas obtenidas en centros o naciones aisladas, y siendo la poliomielitis la enfermedad infecciosa de caracteres más trágicos que conocemos, bien merece todos los esfuerzos, ya que los pequeños éxitos que se van consiguiendo permiten hacer los medios de lucha cada vez más eficaces, como lo demuestra la evolución de los medios aplicados hace unos años a los usados actualmente, y es de esperar que de las continuas investigaciones y de los estudios sistemáticos se consiga eliminar la terrible preocupación que supone la presencia de casos de poliomielitis y de brotes más o menos extensos que se presentan en todos los países.

España inicia actualmente un sistema de intervención antipoliomielítica, y contamos para ello con técnicos e investigadores bien capacitados, los que, unidos a través del Patronato de Lucha contra la Invalidez, harán posibles los mayores éxitos, permitiéndonos abrigar las más esperanzadoras promesas.

R. 81113