

Traumatología histórica: la importancia del conocimiento de las enfermedades que trataron nuestros maestros. El caso de la poliomielitis

Historical traumatology: the importance of knowledge of the diseases that our teachers treated. The case of poliomyelitis

Sánchez González, Antonio David¹
Prados Moreno, Joaquín²
Pérez Díaz, Héctor Manuel³

¹ FEA de Traumatología, Área Sur de Sevilla, Hospital Virgen de Valme.

² FEA de Traumatología, Área Sur de Sevilla, Hospital Virgen de Valme.

³ Médico general. DECU Sevilla.

dr.adsanche@gmail.com

Rev. S. And. Traum. y Ort., 2024; 41 (1/2): 08-17

Recepción: 01/04/2024. Aceptación: 16/06/2024

Introducción

La poliomielitis se conoce también como parálisis infantil. Le debemos a Michael Underwood (1.736-1.820) la primera descripción de la misma como enfermedad específica en 1.784. Posteriormente Jacob Von Heine (1.800-1.879), en el año 1.840, la denomina parálisis infantil medular. Se la conoció también como “Enfermedad de Heine-Medin” y “parálisis esencial de los niños”. No

es hasta 1870 cuando se la designa con el nombre de poliomielitis¹.

A cerca de la poliomielitis sabemos que la primera evidencia de un miembro inferior atrófico que responde a las características de una posible secuela paralítica por la misma se encuentra en una estela egipcia de la 18ª dinastía (1580-1350

¹ Ramírez Martín SM. Presencia de poliomielitis en el periódico “Voluntad” de Gijón (1950-1970) (tesis). Madrid: Universidad Complutense; 2016.

a.c.)². El vocablo poliomielitis deriva de la palabra griega polio (gris) y mielos (médula), es decir, médula gris, en referencia a la afectación de las neuronas motoras del asta anterior espinal.

El virus de la poliomielitis pertenece al género de los enterovirus, de la familia picornaviridae. Produce una enfermedad aguda de la infancia que incide sobre todo entre los 4 y 9 años de edad, aunque debido al aumento de las medidas higiénicas en los países de economías prósperas tiende a desarrollarse más entre los adultos en los últimos años. Aparece de forma estacional en verano/otoño y es contagiosa. Puede producir tres cuadros clínicos: la forma abortiva aparalítica similar a una gripe, la forma meningítica linfocitaria y la forma paralítica clásica que es la menos frecuente de todas³. A día de hoy existe polio activa en Afganistán y en Pakistán.

El poliovirus es un virus RNA resistente al éter pero que se inactiva con calor. Se halla en el moco nasal y en las heces de las personas y animales enfermos. Se reconocen tres tipos serológicos: I, II y III, variando la frecuencia según el lugar y la epidemia. En España, por ejemplo, fue más frecuente la cepa Brunhilda (serotipo I)⁴. En la página oficial de la Organización Mundial de la Salud⁵ podemos recoger que existen tres serotipos de poliovirus salvaje, los tipos 1, 2 y 3, cada uno de los cuales tiene en la cápside una proteína ligeramente distinta. El poliovirus de tipo 2 ha sido eliminado de la naturaleza (su presencia se constató por última vez en la India en 1999). En la fase final de la erradicación de la poliomielitis en que nos encontramos, en las zonas endémicas sólo siguen circulando poliovirus salvajes de tipo 1. El poliovirus de tipo 3 también ha sido erradicado⁶.

La puesta a punto de vacunas eficaces para prevenir la poliomielitis paralítica fue uno de los adelantos médicos más importantes del siglo XX. Con el desarrollo y evaluación en 2.009 de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis tiene ahora un arsenal de cinco vacunas distintas para detener la transmisión de la poliomielitis entre vacunas orales, monovalentes o bivalentes y vacunas de virus inactivados.

Si en una comunidad hay un número suficiente de personas inmunizadas, el virus no encontrará huéspedes sensibles que funcionen como vectores y se extinguirá. Por tanto, para detener la transmisión y prevenir la aparición de brotes epidémicos es necesario mantener una alta cobertura de vacunación.

La puerta de entrada es rinofaríngea y entérica siendo el periodo de incubación medio de unos 10 días. Posteriormente se produce una fase de viremia que dura unos 6 días tras lo cual aparece la parálisis. La eliminación fecal del virus prosigue unas 5-6 semanas después de establecida dicha parálisis. Todo género de esfuerzos, los enfriamientos, el embarazo, los traumatismos, facilitan que el proceso virémico se convierta en neuroparalítico.⁷

Las formas paralíticas aparecen de 1 a 5 días después de la enfermedad febril inicial y puede instaurarse de forma brusca o gradual como paresias neurop periféricas flácidas. Hay dos formas: espinales y bulbares o encefálicas (dependientes del bulbo o pares craneales, muy letales hasta en el 90% de los casos). Los niños de forma general, desarrollan sobre todo formas cruales monopléjicas. Las formas que persisten más de 6 o 12 meses suelen persistir de forma indefinida y ser la causa de la invalidez permanente del individuo. De hecho, nuestros maestros era las formas que veían de la polio: casos con parálisis establecidas y crónicas para lo cual se idearon diversos tratamientos quirúrgicos, sobre todo trasposiciones, con mejor o peor fortuna.

² Esteban J. Poliomielitis paralítica. Nuevos problemas: el síndrome postpolio. Rev Esp Salud Pública 2013; 87: 518-22.

³ Farreras-Rozman. Tratado de Medicina Interna. Barcelona: Doyma; 1992.

⁴ Poliomielitis. Asociación Española de Pediatría [serie en internet] 2018 [citado May 2018]. Disponible en: <https://vacunasae.org/profesionales/enfermedades/poliomielitis>

⁵ La poliomielitis: el virus y las vacunas. Organización Mundial de la Salud [serie en internet] [actualizada 2019 May 4]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/poliomyelitis/virus-vaccines/es/>

⁶ Kelland K. La comunidad científica celebra este jueves una victoria parcial en la lucha contra la polio. Reuters [Serie en

internet] [actualizada 2019 Dic 14]. Disponible en: www.pubblico.es.

⁷ Fernández-Cruz Pérez E, Rodríguez-Sainz C. Inmunología de la poliomielitis: vacunas, problemas para la prevención/erradicación e intervenciones de futuro. Rev Esp Salud Pública 2013; 87: 443-54.

No se dispone de terapéutica etiológica. Las reglas fundamentales del tratamiento son el aislamiento e ingreso en clínicas especializadas, el tratamiento postural y físico para evitar decúbitos, retracciones y contracturas, los fomentos calientes húmedos sobre los músculos doloridos, la movilización precoz a partir del quinto día de establecida la parálisis y la vigilancia del estreñimiento y la retención de orina.

Con respecto a la forma paralítica, sabemos que se complicaba con una fatiga extrema, dolor muscular y atrofia muscular con parálisis flácida, proximal y asimétrica. En su forma habitual evolucionaba hasta padecer unas secuelas muy graves consistentes en escoliosis y deformidades de los miembros.

Material y método

Presentamos un estudio bibliométrico y bibliográfico de la asistencia quirúrgica a los pacientes con secuelas de poliomielitis en el periodo prevacunal. Sabiendo que en España se comenzó a vacunar a los niños y niñas de forma sistemática a finales del año 1963, realmente no fue hasta 1964 cuando se comenzaron a ver los descensos importantes en la prevalencia de la enfermedad. Para el estudio de las intervenciones quirúrgicas que se realizaron en estos pacientes, hemos estudiado las historias clínicas del archivo histórico del antiguo Sanatorio Nuestro Padre Jesús del Gran Poder de la Orden de San Juan de Dios de Sevilla, sito actualmente en la Avenida de Eduardo Dato pero que en los años cuarenta estaba a las afueras de la ciudad.

Para el análisis de los procedimientos quirúrgicos hemos consultado la bibliografía de la época y las historias clínicas como hemos indicado.

En resumen, las fuentes de información fueron las siguientes:

1. La revista *Hispalis Médica*, y los números correspondientes a la década de los cuarenta, desde el 1 de enero de 1940 a 31 de diciembre de 1949. Suponen una fuente complementaria, revisándose cada número y tomando en consideración los artículos relacionados con la parálisis infantil o poliomielitis. Dicha revista, se encuentra en su totalidad en el archivo del

Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.

2. Las primeras Historias Clínicas de la Institución y que se encuentran conservadas en el actual Hospital de San Juan de San Dios de Sevilla. En total, 138 registros repartidos en 61 sobres de historia clínica.

Los sobres, de tamaño estándar de 45x36 cm, podían contener uno, dos o hasta cuatro dípticos de cartulina tamaño folio con los registros de cada uno de los pacientes. Dentro de cada uno de los dípticos, a su vez, se contenían los documentos de la historia clínica y/o radiografías del paciente concreto. Se nos ofreció la posibilidad de estudiar todas las historias clínicas de los primeros años de actividad de la Institución, para lo cual se nos facilitaron todos y cada uno de los sobres que contenían dichas historias. Por desgracia, el deterioro de las mismas era patente y el material muy escaso.

3. Para la elaboración de los perfiles biográficos de algunos médicos que aparecen a lo largo del estudio se acudió al archivo de la sede de la Real Academia de Medicina de Sevilla, ubicada en la sevillana calle Abades nº 10-12.
4. Estudio de los tratados de Medicina y Cirugía de la época prevacunal.

Resultados

La parálisis infantil, referida a la parálisis flácida aguda, es un síndrome que puede tener múltiples causas, pero las más frecuentes son las enfermedades de la motoneurona del asta anterior medular causadas por el poliovirus o por otros virus neurotrópicos como el coxsackie, echovirus y el EV 70 y 71, la mielitis transversa o las neuropatías periféricas como el síndrome de Guillén Barré.⁸ Un caso se establece en base a diversos criterios:

- a. Clínico: una persona de cualquier edad en la que un médico sospeche una poliomielitis o bien un menor de 15 años con una

⁸ Tello Anchuela O. Fase actual de control de la vigilancia epidemiológica de la poliomielitis en España. *Rev Esp Salud Pública* 2013; 87: 481-96.

parálisis flácida aguda, con ausencia o disminución de los reflejos tendinosos en los miembros afectados y sin pérdida sensorial o cognitiva.

- b. Criterios de laboratorio mediante aislamiento del poliovirus.

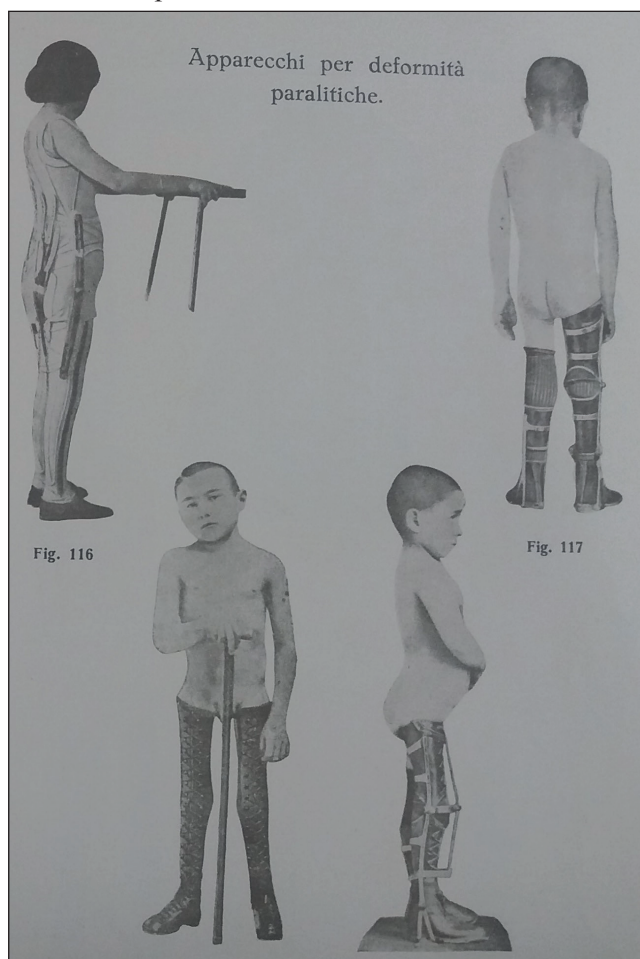
Los casos, además, pueden ser:

Sospechoso: cualquier persona que cumpla con alguno de los criterios clínicos.

Probable: cualquier persona que cumpla los criterios clínicos y epidemiológicos.

Confirmado: cualquier persona que cumpla criterios clínicos y de laboratorio.

Es evidente por tanto que en la época que hemos centrado este estudio, trabajamos sobre casos sospechosos y/o probables de poliomielitis, sin que ello suponga un verdadero sesgo en los resultados, ya que nos consta, por testimonios de la época, que la exploración clínica de los pacientes era concienzuda y ajustada a los criterios diagnósticos disponibles de entonces.



Con respecto al uso de ortesis en los niños paralíticos, revisamos los catálogos de la época aportados por la Ortopedia Queralto que contó con una amplia experiencia en el tratamiento de las deformidades consecuentes a las parálisis flácidas derivadas de la poliomielitis.

Como puede comprobarse, los tutores y bitutores son de morfología similar a los descritos por Cohí, Viladot y Clavell en su libro sobre ortesis perfectamente vigente a día de hoy.⁹

En lo que se refiere a la terapéutica de la polio Rico-Avelló hizo una revisión muy completa en el año 1947 resumiendo los tratamientos administrados en la época.¹⁰ Así, comenta los resultados inciertos de la sueroterapia y hematoterapia y de cómo no fue un tratamiento alentador, así como las terapias físicas y fisioterápicas con resultados pobres.

Una de las terapias físicas, el método Bordier, es estudiada por el autor contemporáneo José Vicente Toledo Marhuenda llegando a la conclusión de que, pese a las controversias que fueron puestas de manifiesto entre los diversos autores de la época (primera mitad del siglo XX), todos coincidieron en la inocuidad del mismo así como la posibilidad que permitía de combinarlo con otras aplicaciones terapéuticas.¹¹ Bordier usó primariamente diatermia con radioterapia profunda medular, la llamada Roentgen-diatermoterapia. Posteriormente se utilizó la combinación de la radioterapia profunda, diatermia y electroterapia, siendo utilizada ésta hasta mediados del siglo XX. Fue la llamada “tríada terapéutica”.

La mecanoterapia y la ortopedia, es nombrada por Rico-Avello como un método para evitar las secuelas, dedicando una mención especial al método ideado por la enfermera Kenny consistente en entrenamiento progresivo para restaurar el im-

⁹ Viladot Pericé R, Cohí Riambau O, Clavell Paloma S. Ortesis y prótesis del aparato locomotor. Barcelona: Masson; 1992.

¹⁰ Rico-Avello, Rico C. Epidemiología, clínica y terapéutica de la parálisis infantil. Rev San Hig Publica. 1947; 21: 123-157.

¹¹ Toledo Marhuenda JV. La poliomielitis en España (1880-1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas en fisioterapia: un acercamiento a la historia de las discapacidades físicas y a su tratamiento. Editorial Digital Universidad Miguel Hernández de Elche 2013.

pulso motor del cerebro al músculo y combinándolo con hidroterapia, movilidad pasiva precoz y reeducación psíquica. No usaba los aparatos ortopédicos de contención por considerarlos perjudiciales.

Como podemos comprobar, el tratamiento de forma global se basó más en las medidas físicas y conservadoras. Incluso en los tratados más contemporáneos se sigue haciendo un énfasis en este tipo de tratamientos. Así, en el Tratado de Pediatría de Cruz Hernández se dice específicamente que no se dispone de agentes antivirales específicos para la poliomielitis y se refiere que en la fase aguda de la poliomielitis parálítica, los pacientes deben ser internados, aislados y sometidos a vigilancia continua en un ambiente tranquilo. Es fundamental el tratamiento postural: el lecho debe ser duro, se evitará el peso de la ropa sobre los pies, la posición del enfermo es importante para prevenir la aparición de deformidades y contracturas, las articulaciones deben colocarse en posición de reposo mediante cojines o almohadas (las rodillas en ligera flexión, los brazos en moderada separación con flexión de codos, muñecas y dedos y oposición del pulgar), evitando la tendencia a la rotación externa de las piernas mediante soportes laterales que las mantengan en posición correcta. La aplicación de compresas húmedas calientes sobre los músculos resulta útil para aliviar el dolor y el espasmo. La fisioterapia comenzará cuando ha cesado la progresión de la parálisis.¹²

Debido a la escasez de la información recogida en las historias clínicas de la institución de San Juan de Dios de Sevilla, no podemos recoger más que algunos casos en los que en el apartado de tratamiento se deja claro que el niño se somete a tracciones o a tratamientos posturales o curas de sol, como puede verse en el ejemplo siguiente de un caso de un niño afectado de una paraplejia sin filiar:

Apellidos: [redacted] Nombre: [redacted] Nacimiento: [redacted]

Diagnóstico: Parálisis

Contracturas y anquilosis, posiciones viciadas

Úlceras, fístulas

Dolor

EXAMEN RADIOGRÁFICO

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se le quitó el aparato ortopédico y se levantó con el lecho en el capullo

Sí constan algunas anotaciones acerca del tratamiento postural inmovilizador y corrector con yesos, como el siguiente caso de un niño afectado por parálisis infantil:

Apellidos: [redacted] Nombre: [redacted] Nacimiento: [redacted]

Diagnóstico: Parálisis

Contracturas y anquilosis, posiciones viciadas

Úlceras, fístulas

Dolor

EXAMEN RADIOGRÁFICO

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se le quitó el aparato ortopédico y se levantó con el lecho en el capullo

O también algunas anotaciones a cerca de tratamiento físicos rehabilitadores, como la necesidad de estiramiento de rodillas con elementos de peso, como puede comprobarse en el siguiente caso:

¹² Gallart Catalá A. Enterovirus. En: Tratado de Pediatría Manuel Cruz Hernández 7ª Edición Vol 1. Barcelona: Espaxs SA; 1993. pp 493-8.

Apellidos [redacted] Nombre [redacted] Nacimiento 9-11-1916

Diagnóstico *Parálisis infantil (poliomielitis)*

Contracturas y anquilosis, posiciones viciadas

Úlceras, fístulas

Dolor

FOTOGRAFÍA FOTOGRAFÍA

EXAMEN RADIOGRÁFICO

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Año	Mes	Día	Tratamiento y Evolución
1941	Junio	17	Tratamiento con doce sesiones de arena.
1941	Julio	15	Continúa con arena y sesiones fisioterápicas. Han estado muy tozudos.
1941	Septiembre	1	Parálisis progresiva.
1941	Diciembre	16	Ha habido una caída sobre la cabeza, pero no se ha producido lesión.
1941	Febrero	4	Ha habido una caída sobre la cabeza, pero no se ha producido lesión.

Resultado

En resumen, en el Sanatorio Nuestro Padre Jesús del Gran Poder se trató las secuelas de poliomielitis mediante métodos fisioterápicos y ortopédicos simples, amén de los tratamientos quirúrgicos convencionales, si bien no podemos asegurar a la vista de las historias que no se usaran otros métodos ya que es muy escaso lo expresado en ellas.

Conclusiones

Se cumple entonces el tratamiento genérico y específico del Tratado de Pediatría de Cruz Hernández que, pese a ser más moderno en el tiempo, deja ver que no existe cura específica para la enfermedad.

Entre los años que van de 1940 a 1950, el libro de cabecera era las “Lecciones de Patología Médica” del Dr. C. Jiménez Díaz editadas entre el año 1936 y 1953, donde vemos que en lo que se refiere a la polio se limita a describir el cuadro sindrómico sin entrar, al menos en ese capítulo, en la terapéutica. Describe pormenorizadamente el cuadro de parálisis ascendente de Landry y la poliomielitis anterior aguda del adulto en sus formas periféricas y bulbopontina pero no dice cómo se tratan, salvo al principio del capítulo que afirma que el paciente escogido para la lección pasó largas temporadas de reposo en un Hospital de San Juan de Dios.¹³

¹³ Jiménez Díaz C. Lecciones de Patología Médica, Tomo II. Madrid: Editorial Científico-Médica; 1936-1953. pp 128-37.



Estado actual de la entrada del Sanatorio Nuestro Padre Jesús del Gran Poder, hoy Hospital San Juan de Dios (imagen propia)

Con respecto a las conclusiones sobre las secuelas de poliomielitis, el Dr. Mateo Navajas recopiló en un trabajo premiado por la Real Academia de Medicina de Sevilla 2339 casos de secuelas de polio, llegando a las conclusiones que a continuación se exponen:

Los ingresos se producen cuando ya está establecido el cuadro secuelar.

La mayor casuística corresponde a los años 1960, 1961 y 1963.

La drástica disminución de casos a partir de 1964 a nivel general, consecuencia de las campañas de vacunación, no tienen repercusión en el estudio debido al hecho de que aquí se trataban casos secuelares.

La mayor frecuencia se da en los 4 primeros años de vida.

La distribución por miembros afectados es la siguiente:

Monoplejías 1712 casos (el 95,38% de miembros inferiores)

Paraplejías 514 casos

Hemiplejías 61 casos

Tetraplejías 46 casos

Diplejías 6 casos

Por sexos:

58,6% varones

41,4% mujeres

El 77,98% de los casos eran niños pertenecientes a la provincia de Sevilla, la mitad a la capital y el resto a los pueblos de la provincia.

Con respecto a las intervenciones que se realizaron:

Sobre la cadera:

Descenso de cresta ilíaca 149 casos

Capsulotomías 54 casos

Sección de recto 149 casos

Sobre la rodilla:

Capsulotomías posteriores 42 casos

Cuadricéplastia con fascia lata 148 casos

Cuadricéplastia con flexores 3 casos

Cuadricéplastia con sartorio 7 casos

Osteotomía tibial correctora 4 casos

Sección de la cintilla 65 casos

Sobre el pie:

Alargamiento de Aquiles 501 casos

Capsulotomía posterior 204 casos

Fasciotomía plantar 233 casos

Artrorraxis 171 casos

Tenodesis de Aquiles 23 casos

Transplante de peroneos a tibial anterior 169 casos

Trasplante del extensor del dedo gordo a primer meta 203 casos

Trasplante del tibial anterior al Aquiles 23 casos

Trasplante del tibial posterior a peroneos 41 casos

Tarsectomía cuneiforme 11 casos

Doble artrodesis 140 casos

Panartrodesis 21 casos

Osteotomía del primer meta 4 casos

Comparando lo escrito por Bastos Ansart en su tratado de Cirugía Ortopédica¹⁴, éste divide el tratamiento quirúrgico en dos grandes apartados: por un lado, el tratamiento de las contracturas y malposiciones y por otro lado el tratamiento de las parálisis mediante trasposiciones (o “transplantaciones” a decir del autor) tendinosas. Dentro del tratamiento de las contracturas las divide en casos agudos y crónicos. Así, dedica un importante número de páginas al tratamiento específico del pie equino varo, describiendo la operación del alargamiento de Aquiles como la más importante en este aspecto, coincidiendo con el procedimiento que según Mateo Navajas más se realizó en el Sanatorio San Juan de Dios.

Otras técnicas que describe en su tratado son la cuadriceplastia, las artrodesis, la osteotomía metafisaria en cuña de huesos largos y la transposición de la espina ilíaca u operación de Soutter.

En la búsqueda de las técnicas utilizadas más específicamente en el Sanatorio NPJGP y explicadas a ser posible por sus actores protagonistas hay que remitirse al artículo escrito por el Dr. Rodríguez del Valle, y que se publicó a los pocos meses de la celebración del VII Congreso Nacional de Pediatría organizado por el Dr. Luis de Morales.

Conviene recordar que ni siquiera en el VII Congreso Nacional de Pediatría que se celebró en Sevilla en el año 1949 se dedicaron ponencias al problema específico de la polio o de la tuberculosis en nuestra ciudad. Si bien es cierto que se dedicaron dos de las ponencias oficiales a las enfermedades lisiantes, se trataron desde un punto de vista general, como por otro lado es lógico dado que se trataba de un Congreso Nacional.

Entrando un poco más de lleno en el contenido del VII Congreso Nacional de Pediatría al que hemos aludido, la novena conclusión de la ponencia del Dr. Jaime Magaz deja claro que la poliomielitis infantil en España adopta la forma espinal clásica en la mayoría de casos. Así mismo, en la ponencia del Dr. Sanchís Olmos, se explican las directrices de la Asamblea de Bruselas con respecto a la enfermedad y que se podían cumplir en España, como la creación de un Instituto Poliomielítico

¹⁴ Bastos Ansart M. Tratado de Cirugía Ortopédica. Valencia: Editorial Científico-médica; 1950.pp 815-44.

Central dedicado a la investigación, experimentación y epidemiología de la enfermedad, así como

a la enseñanza de los fisioterapeutas dedicados a la rehabilitación de los niños afectados.

[illegible]

La poliomielitis fue considerada enfermedad de declaración obligatoria en 1916. De la tesis de la doctora Ramírez Martín, extraemos algunos datos tomados de la ponencia del Dr. Sanchís Olmos en el VII Congreso Nacional de Pediatría celebrado en Sevilla: la media de casos de polio desde 1940 a 1949 fue de 442 casos, lo que arroja una morbilidad de 1,60 por 100.000 habitantes para una población global española de 27.246.208. Las autoridades no obstante reconocieron que los datos podían no ser reales ya que la ocultación de casos rondaba el 50%.¹⁵ “La preocupación por la poliomielitis era constante. En todos los congresos de pediatría aparecía el tema. De las tres ponencias oficiales del VII Congreso Nacional de Pediatría (9-14 de mayo de 1949) una se dedica a este tema, la otra a la tuberculosis infantil y la otra a la enteritis Bacteriana en el niño”.¹⁶

En el ámbito más profesional y científico, se publica un artículo en la revista *Hispalis Médica*, en agosto de 1949, firmado por el doctor Ramón Rodríguez del Valle, quien se define como discípulo del Dr. Escobar Delmás, a saber, cirujano jefe del Sanatorio Nuestro Padre Jesús del Gran Poder¹⁷. Presenta en el artículo, sin rigor estadístico, la casuística de cien enfermos intervenidos en la institución entre los años 1944 y 1949. Los niños tienen unas edades comprendidas entre los 4 y los 14 años.

El autor describe las intervenciones que realizaron en algunos de los pacientes ingresados en el Sanatorio. Sobre el miembro superior considera que dichas intervenciones son menos frecuentes que en el miembro inferior por varios factores: la menor frecuencia de parálisis poliomielítica localizadas en niveles medulares altos y la más fácil recuperación al tratarse de funciones con menos potencia y más delicadeza. Sobre el miembro inferior actuaron en la mayoría de casos destacando las siguientes actuaciones:

Sobre la cadera:

Descenso de la espina ilíaca antero-superior.

Sección parcial del psoas y total del recto anterior.

Sobre la rodilla:

Realizaron trasplante del cuádriceps sobre los flexores o el sartorio, tenodesis del tendón del cuádriceps y artrodesis de rodilla.

Tenotomía de flexores según la técnica de Putti.

Osteotomía supracondílea de fémur según la técnica de Putti. En este único caso intervenido refieren que se infectó y acabó haciendo una pseudoartrosis.

Sobre el pie:

Refieren que con diferencia es la localización anatómica más afectada e intervenida entre las que se encuentran:

Tarsectomía y astragalectomías.

Artrodesis: subastragalina y mediotarsiana.

Artrorraxis astragalina.

Intervenciones sobre partes blandas del pie: tenodesis del Aquiles, alargamiento del tendón de Aquiles para corregir el equinismo, sección de la aponeurosis plantar en los casos de pie cavo, trasplante del tibial anterior al cuboide o al tendón del peroneo lateral corto y trasplante del extensor del dedo gordo a la cabeza del primer meta en casos de caída del antepié.

Termina diciendo en el trabajo que, de los 100 enfermos, 35 resultaron útiles para la marcha y que al menos 18 consiguieron caminar sin ayuda o simplemente con un bastón. Reconoce que en 8 casos no hubo mejoría alguna.

Lo que parece quedar claro a la lectura de los artículos de autores extranjeros y nacionales, es que el tratamiento, médico y quirúrgico, administrado para estos problemas en el Sanatorio Nuestro Padre Jesús del Gran Poder se ajustó a los estándares científicos de la época.

¹⁵ Sanchís Olmos V. Poliomielitis infantil: clínica y tratamiento. Actas del VII Congreso Nacional de Pediatría. Sevilla: Editorial Católica Española; 1949. p 658-9.

¹⁶ Ramírez Martín SM. Presencia de poliomielitis en el periódico “Voluntad” de Gijón (1950-1970) (tesis). Madrid: Universidad Complutense; 2016.

¹⁷ Rodríguez del Valle R. Tratamiento quirúrgico de la poliomielitis anterior aguda, nuestra experiencia sobre una serie de cien pacientes. *Hispalis Médica*. Ago 1949, 62: 887-901.