

Hace 50 años «Acta Pediátrica Española» publicaba...

AÑO XXII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 251

SUMARIO DEL NÚMERO DE FEBRERO DE 1964

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Algunas generalidades sobre la poliomielitis, por el doctor Bibiano Olaizola

El factor psicológico en la hospitalización infantil, por el doctor Federico Rodrigo Palomares

Entrevista al Dr. José Luis de la Quintana

Quiste congénito epidermoide de rara localización, por el doctor Molina Colomer

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicó, en el número de febrero de 1964, un segundo fascículo dedicado al número extraordinario del Hospital del Niño Jesús de Madrid.

En este mes también se publicaron diversos trabajos originales y casos clínicos, que voy a comentar a continuación.

El primero de ellos se debió al Dr. Bibiano Olaizola Sarriá sobre «Algunas generalidades sobre la poliomielitis».

El segundo trabajo de este mes constituye «El factor psicológico en la hospitalización infantil», a cargo del Dr. Federico Rodrigo Palomares.

El tercero es una entrevista dirigida al Dr. José Luis de la Quintana, forma original de publicar un trabajo.

Finalmente, se incluyó en este número el trabajo del Dr. Molina Colomer sobre «Quiste congénito epidermoide de rara localización».

La segunda parte de este número es una revisión de la Escuela de Puericultura de Gijón, debida fundamentalmente al Dr. Avelino González Fernández, que se iba a jubilar pronto, y constituye en realidad un trabajo en su homenaje.

El primer trabajo de este número, del Dr. Olaizola Sarriá, «Algunas generalidades sobre la poliomielitis», comienza afirmando que las infecciones poliomiélicas se caracterizan fundamentalmente por la diversidad de sus manifestaciones clínicas. El síntoma de parálisis flácidas se presenta en casos muy aislados; la mayoría de las veces la polio cursa como una enfermedad banal, con síntomas inespecíficos de localización digestiva o respiratoria, y otras veces como formas inaparentes.

Sin embargo, en la mayoría de las infecciones poliomiélicas, a pesar de no presentar manifestaciones neurológicas, el

virus llega al sistema nervioso central, distribuyéndose en él de un modo uniforme y constante.

El concepto de neurotropismo exclusivo del poliovirus fue desechado desde la demostración de Enders a partir de sus cultivos del virus en tejidos no nerviosos.

Los trastornos neurovegetativos, que tantas complicaciones originan en el tratamiento de esta enfermedad, se deben a lesiones en las células ganglionares simpáticas de la columna intermedia-lateral de la médula, aunque hemos de tener en cuenta que la acción simpática preganglionar está en gran número de segmentos.

La distribución del virus en el sistema nervioso central es igual en los casos con manifestaciones neurológicas y parálisis residuales que en las formas no paralíticas.

Se conocen tres factores determinantes de la intensidad de la lesión:

- Las diferentes variantes del virus poliomiélico.
- El grado de inmunidad de que disponga el sujeto.
- La influencia de los factores llamados exógenos y endógenos.

Es interesante recalcar que durante los primeros días de la enfermedad, la inmensa mayoría de las células nerviosas presentan un leve grado de disolución de la sustancia citoplasmática de Nissl, manifestándose clínicamente por una ligera debilidad muscular, pero manteniéndose las neuronas en estado funcional.

Si se aborda el problema de la inmunidad, en primer lugar hay que distinguir entre los mecanismos inmunitarios que previenen la infección y los que impiden las consecuencias paralíticas.

Por otra parte, es interesante considerar la variabilidad de las diferentes cepas de virus y su poder infectante. Han sido aisladas cepas de virus en las heces de niños sin manifestaciones clínicas, que eran virulentas y de poco neurotropismo, demostrado por inoculación intracerebral en el mono.

De la epidemiología y la profilaxis de la poliomielitis se deducen dos ideas importantes:

- El aislamiento de los enfermos tiene poco valor; durante la fase aguda, por cada enfermo afectado de una poliomielitis paralítica, se ha de suponer que en la localidad existen una serie de sujetos que, con formas inaparentes o subclínicas, son eliminadores de virus.
- En España, la incidencia de poliomielitis manifiesta aumenta progresivamente a partir de la epidemia de 1950. Las vacunaciones realizadas desde 1956 con la vacuna tipo Salk no tuvieron la suficiente intensidad para detener el avance progresivo de la enfermedad.

En España el promedio de edad de la infección siguen siendo los 3 primeros años; sin embargo, cada año se nota un aumento de casos en niños mayores, adolescentes e incluso adultos.

Este problema debe ser atajado con rapidez en nuestro país. La solución que plantea el autor estriba en volver a poner a la población en la situación de inmunidad en que estaba en los años treinta, y hoy día (1964) es factible hacerlo gracias a las vacunas con virus atenuados, tipo Sabin y Koprowski.

La época más propicia para realizar la vacunación son los meses de invierno, ya que es un periodo en el que disminuye la incidencia de poliomielitis y se evitan interferencias con otros virus que impiden la creación de una buena inmunidad tisular.

La vacunación debe hacerse masivamente en extensas áreas de población y en un breve periodo de tiempo.

La experiencia que aporta la vacunación de millones de individuos en otros países no debe desecharse, ya que ésta sería la única manera de hacer desaparecer esta terrible plaga de nuestro país.

A continuación, el Dr. Rodrigo Palomares publica su trabajo sobre «El factor psicológico en la hospitalización infantil».

Inicia el trabajo afirmando que la pediatría es la medicina aplicada a la infancia; su práctica constituye una auténtica especialidad no limitada a un campo de la patología, sino originada por la condición del sujeto sobre el que actúa: el niño.

Desde el punto de vista médico, el hombre sólo tiene dos estados: la salud o la enfermedad. Los niños presentan una tercera situación dinámica: el crecimiento y el desarrollo. Este hecho da a la medicina infantil un eminente carácter higiénico y profiláctico, que actúa no sólo sobre el propio niño, sino que

se proyecta al futuro, puesto que laborar por una infancia sana y fuerte es realizar una medicina preventiva en la sociedad del mañana.

La característica fundamental del niño es su dependencia.

En su evolución psíquica, sin duda, lo más trascendental para el futuro es la formación del carácter, que no es sino el conjunto de tendencias afectivas que han de regir las reacciones individuales, frente a las condiciones del medio.

Por ejemplo, la necesidad de alimentarse establece la unión inicial del niño con su madre.

A continuación, se deduce el serio problema afectivo que sufre el niño, sobre todo el menor de 3 años, al ser internado en el hospital sin su madre, tanto más grave cuanto más larga sea la estancia. Los ingleses son los mayores defensores de la necesidad del ingreso de la madre con su hijo.

A partir de los 7 años, es importante realizar una labor pedagógica del tipo de «escuela» activa, cuyos principios y formas de trabajo se adaptarán a las necesidades de cada niño. El ideal son las actividades espontáneas, mediante trabajos manuales, individuales o de grupo. Salir al jardín, a las terrazas, ver la televisión o la proyección de películas de dibujos infantiles son diversiones que no pueden faltar en el hospital infantil, pues constituyen la mejor profilaxis psicológica.

Recuerdo que esto se escribió hace 50 años: qué bien ir por el buen camino en este momento.

A continuación se incluye una entrevista realizada al Dr. De la Quintana. Dada su extensión, voy a desarrollar las preguntas de la entrevista sin respuesta (si se quiere, se puede solicitar el texto completo a Ediciones Mayo).

1. ¿Cuánto tiempo lleva dedicado a la cirugía ortopédica?
2. ¿Cuántos enfermos han sido tratados por usted?
3. Después de sus años de experiencia, ¿qué conclusiones ha sacado acerca de la cirugía ortopédica?
4. ¿Usted cree que la cirugía ortopédica es una especialidad quirúrgica totalmente independiente de la cirugía general?
5. ¿Cuánto tiempo, a juicio de usted, hace falta para aprender bien esta especialidad y cuáles son los mejores medios para conseguirlo?
6. ¿Usted cree en la cirugía ortopédica?
7. Entonces, de los milagros humanos realizados en cirugía ortopédica, ¿qué me puede decir?
8. ¿Es moral crear falsas esperanzas en el enfermo o sus familiares sobre el porvenir o el resultado final de un tratamiento?
9. ¿Pueden ser aplicadas las técnicas ortopédicas de una forma general a todos los enfermos?
10. Es frecuente oír decir a un paciente o a sus familiares que, después de haber sido intervenido quirúrgicamente, ha quedado peor que antes de la operación y que, aunque le insisten en nuevas intervenciones, no las realiza por miedo



Figura 1. Reparto de diplomas de «Madre Ejemplar» y de las distintas disciplinas de la casa. Jefe provincial de sanidad, alcalde de Gijón y demás autoridades



Figura 2. Inauguración del Hogar Maternal e Infantil, en agosto de 1949. El Ministro de Obras Públicas, director general de Sanidad, el Doctor Bosch Marín y autoridades provinciales

a quedar aún peor. ¿Qué opina de esto que en muchos casos es una realidad?

11. Luego, ¿la cirugía ortopédica no es solamente muy compleja, sino muy peligrosa?
12. ¿El enfermo ortopédico termina su tratamiento con la intervención quirúrgica?
13. ¿Los enfermos que entran dentro del campo de la ortopedia tienen que ser sometidos fatalmente a intervenciones quirúrgicas?
14. En el resultado final, bueno o malo, de un enfermo ortopédico, ¿intervienen, además del proceso en sí, el mismo enfermo, sus familiares e incluso el médico?
15. ¿Cree usted que estos enfermos se podrían beneficiar de una buena labor social por parte de las personas que le rodean?
16. Para terminar, ¿qué porvenir ve en la cirugía ortopédica? Y contesta el Dr. José Luis de la Quintana: «Enorme. Cada día se obtienen resultados más favorables, gracias a la constancia y el estudio de los ortopédicos. Se harán cosas maravillosas, pero todas con fundamentos científicos, siempre con las limitaciones humanas y, por tanto, nunca milagrosas» (1964).

A continuación se incluye la nota clínica «Quiste congénito epidermoide (colesteatoma amigdalino) de rara localización». El autor es el Dr. Colomer, jefe del servicio de «Garganta, Nariz y Oídos», del Hospital del Niño Jesús.

El autor relata el caso clínico de un niño de 10 meses de edad, que presenta una tumoración de la amígdala derecha que le causa dificultad a la deglución y respiración desde hace unos 3 meses. Con anterioridad a su ingreso en su localidad, al explorarle la orofaringe (por un catarro nasobronquial) se apreció una tumoración, por lo que se le practicaron punciones sin lograr extracción alguna.

En esta nota clínica, como anteriormente decía, se relata la cirugía de este niño, con un curso postoperatorio apirético y una disfgaia propia de intervenciones de orofaringe.



Figura 3. Grupo de alumnas de la Escuela de Madres y Escuela del Hogar, con el jefe provincial de Sanidad, alcalde de Gijón y profesores de la escuela

El análisis anatomopatológico del quiste epidermoide de la amígdala (colesteatoma amigdalino) fue realizado por el Dr. Contreras Rubio.

El autor cree que el caso que presenta fue originado por un defecto de formación embrionaria debido a una detención del desarrollo de la segunda fisura branquial.

Por abertura permanente de las fisuras branquiales se engendran fístulas, divertículos o quistes. Normalmente, nacen de la primera fístula branquial la trompa de Eustaquio y el conducto auditivo externo; de la segunda, la fosita de Rosenmuller y la gotiera de las amígdalas, y de la tercera, el seno piriforme. Las detenciones del desarrollo se observan preferentemente en el territorio de la segunda.

Las fístulas branquiales que parten de ella pueden comenzar en la parte externa del cuello y terminar en el ciego hacia el interior (fístula congénita de cuello) o, por el contrario, ser un divertículo o quiste que, saliendo de la faringe, se dirige hacia fuera.

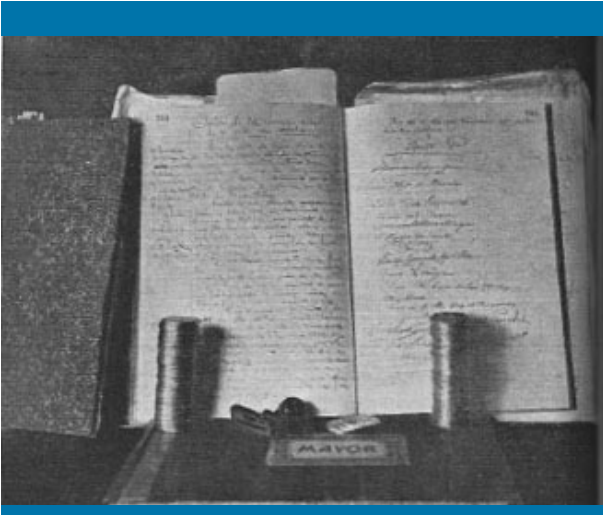


Figura 4. Medios de que disponía la Junta Local de Protección de Menores de Gijón, el año de 1921, cuando el doctor Avelino González dio principio a su obra social. Un libro de actas, dos libretas, 415 pesetas en metálico (todos los fondos de la Junta) y un sello de caucho

Las anomalías del sistema linfoide (ausencia o mayor número de amígdalas u otras formas) no se consideran deformidades congénitas, porque el tejido tonsilar no es más que un conjunto circunscrito de folículos linfoides difusamente esparcidos. Únicamente son un defecto de formación embrionaria los colosteatomas congénitos.

Podríamos decir que la segunda parte de este número se dedica a la biografía del Dr. González Fernández, de Gijón, ya que se iba a jubilar a los pocos meses. Así queda reflejado en las fotografías que se exponen (figuras 1, 2 y 3).

Se demuestra el afecto y el cariño que se le tenía, y prueba de ello también son las publicaciones en honor de «Don Avelino», como se le conocía en Gijón; así, la primera de ellas es del Dr. Pedro Víctor Álvarez sobre «Pasado, presente y futuro de la puericultura gijonesa» (figuras 4 y 5).

El Dr. G. Martínez le dedica un trabajo sobre «Nombres para la posteridad» (figuras 6 y 7).

El Dr. Evilasio Antolín Peña publica «La obra de un gran amante de los niños gijoneses» y, como se ve en la fotografía, se pueden sacar verdaderas conclusiones (figura 8).

Ya para terminar este número, un médico puericultor del Estado de Navia (Asturias), el Dr. Jesús Martínez Fernández, incluye en su trabajo «Interrogantes sobre los síndromes neurovegetativos graves del lactante», desglosando las siguientes formas clínicas:

1. Síndrome maligno generalizado.
2. Toxicosis maligna de forma comatosa.
3. Trastorno total respiratorio.
4. Encefalitis fulminante.



Figura 5. Edificio en construcción para Casa de Familia, cabida para 80 niños internos, y Hospital Infantil para 60 camas o cunitas, con su sección de prematuros



Figura 6. Fachada posterior del Instituto de Puericultura. Gota de Leche. Maternidad. Casa-Cuna. Escuela de puericultura. Policlínicas. Lactancia vigilada

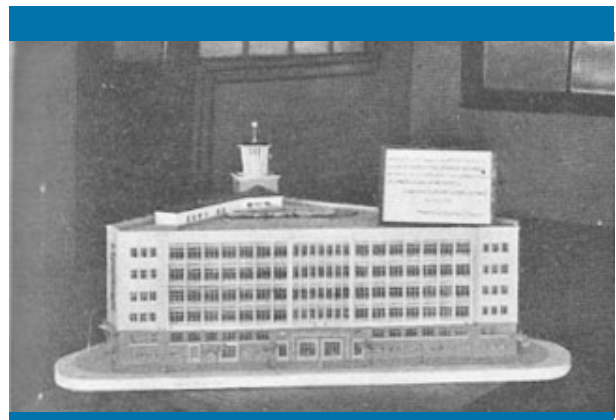


Figura 7. Maqueta del edificio en construcción para la Casa de Familia y Clínico u Hospital Infantil. Calle de Alesón



Figura 8. Vista anterior de la fachada del Hogar Maternal e Infantil. Comedores de embarazadas. Madres que lactan y escolares. Lactancia vigilada. Escuela maternal para los niños. Escuela del hogar. Refugio infantil. Fichaje escolar

Continúa con interrogantes y consideraciones en cada uno de estos síndromes, y presenta una casuística de encefalitis fulminante, en la que los tratamientos han sido siempre comunes: antibióticos de todos los espectros en ensayos variados, analépticos cardiorrespiratorios, tonicardiacos, largactil, corticoides, hidratación parenteral, dietas adecuadas, oxigenoterapia en ciertos casos, etc.

En esta segunda parte del mes de febrero de 1964 de *Acta Pediátrica Española*, a mí personalmente me ha llenado de alegría ver cómo se reconocen los méritos de las personas que valen.

La Rochefoucauld, en sus máximas afirmaba: «El mundo recompensa más a menudo las apariencias del mérito que el mérito mismo». En este caso es todo lo contrario: afortunadamente en aquellos años se reconocieron los méritos reales de «Don Avelino» de Gijón, y quizá hoy día no estemos en la misma situación. ■