

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

### AÑO XVII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 206

### SUMARIO DEL NÚMERO DE FEBRERO DE 1960

#### FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

*El doctor Fernández-Turégano, jefe provincial de Sanidad de Madrid*

#### ARTÍCULOS ORIGINALES

##### *Trabajos doctrinales y casos clínicos*

Estenosis pilórica hipertrófica, por el doctor Miguel Galiano Medina

Extracto de la conferencia pronunciada por el jefe provincial de Sanidad, doctor Fernández-Turégano, en la Sociedad de Pediatría de Madrid

Poliomielitis en el recién nacido, por el doctor B. Pérez Moreno

Tratamiento de la dermatitis seborroide del lactante, por el doctor Martínez Costa

En el mes de febrero de 1960, hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicó los siguientes trabajos doctrinales y casos clínicos: el primero se debió al doctor Galiano, sobre «Estenosis pilórica hipertrófica». A continuación se publicó un extracto de la conferencia pronunciada por el jefe provincial de Sanidad, el doctor Fernández-Turégano, en la Sociedad de Pediatría de Madrid. En tercer lugar, el doctor B. Pérez Moreno realizó una excelente publicación sobre la poliomiélitis en el recién nacido. Para terminar, el doctor Martínez Costa escribe sobre el «Tratamiento de la dermatitis seborroide del lactante». La figura del mes estuvo dedicada al doctor Fernández-Turégano, jefe provincial de Sanidad de Madrid.

El primer trabajo, debido al doctor Galiano, sobre «Estenosis pilórica hipertrófica», comienza hablando sobre la etiopatogenia de dicha afección, hasta entonces desconocida según el autor. Aunque los síntomas no aparecen hasta la segunda o tercera semana de vida, parece probable que la afección sea de origen congénito. A continuación va desarrollando diversas teorías al respecto:

- ¿Predominio vagotónico de la musculatura hipertrófica, más espasmos por desequilibrio vegetativo? (SHLF-Cervera).
- ¿Hipertrofia del timo (Graena y Mickell), que mejora con la radioterapia de ésta?
- ¿Insuficiencia suprarrenal, que mejora con la administración de andrógenos y extractos supraanales?

Todas estas hipótesis requieren su comprobación. El doctor Galiano continúa hablando sobre el diagnóstico, fundamentalmente ciñéndose a la clínica:

- Retraso de la evacuación y, por tanto, retención de la papilla.
- Ondas peristálticas intensas (lucha peristáltica) que fracasan al llegar al píloro.
- Pequeña dilatación del espacio prepilórico.

- Pared gástrica engrosada en ocasiones.
- Mayor diámetro horizontal, gran cámara de aire y ningún movimiento peristáltico de los casos de dilatación crónica gástrica.
- Alargamiento del canal pilórico (6-20 mm en vez de 2,5-4 mm) y estrechamiento de su luz.

Seguidamente, el autor pasa a definir el diagnóstico diferencial, que concreta en:

- Vómitos habituales.
- Megacolon congénito.
- Dispepsia aguda.
- Píloroespasmos.
- Hernia deslizante del hiato.
- Chaliasia cardioesofágica.
- Atresia, estenosis u obstrucción intestinal.
- Hemorragia intracraneal.
- Síndrome de carencia salina.

En cada uno de estos puntos va desarrollando su sintomatología. En cuanto al tratamiento, éste lo divide en:

- Alimentación.
- Medicación (atropina, luminal, etc.).

Dedica la última parte de su trabajo a la intervención quirúrgica, dedicándose especialmente y con mucho detalle a varias técnicas relacionadas.

El segundo trabajo, como anteriormente decíamos, se dedicó a un extracto de la conferencia pronunciada por el jefe provincial de Sanidad de Madrid, el doctor Fernández-Turégano, en la Sociedad de Pediatría, el día 18 de febrero de 1960.

Comienza su extenso trabajo agradeciendo a la Academia de Pediatría el alto honor que le concedió al ocupar su tribuna. A

continuación enumera cada una de las enfermedades infecciosas declaradas en 1959:

- Poliomiéлитis.
- Sarampión.
- Tos ferina.
- Difteria.
- Varicela.
- Viruela.
- Encefalitis.
- Fiebre tifoidea.
- Escarlatina.
- Procesos gripales.
- Meningitis.
- Tuberculosis pulmonar.

De cada una de ellas define exactamente el porcentaje declarado en ese año, pero es imposible extraer en este trabajo el número correspondiente de inmunizaciones que se realizaron en el Instituto Provincial de Sanidad.

El autor finaliza su trabajo diciendo: «Y como punto final a mis modestas palabras, iniciemos en el año 1960 nuestra acción, dentro del campo sanitario de Madrid, ayudando a nuestra infancia con la consigna por parte de todos los médicos, y fundamentalmente de los pediatras, que siempre han mostrado su colaboración y compenetración con todas las campañas, de declarar todos los casos de enfermedades infecciosas, única forma de conocer perfectamente el volumen y la extensión de nuestras epidemias y endemias, y poder confeccionar con detalle las campañas de profilaxis. Que nuestra tasa de mortalidad general del 8 por 1.000 no nos sirva de cortina de humo para ocultar nuestros defectos sanitarios, sino como estímulo para vencerlos, porque el dolor y la invalidez hemos de considerarlos, desde el punto de vista sanitario, de mayor importancia que la misma muerte».

El trabajo que a continuación presentó el doctor Pérez Moreno, de Valladolid, trató sobre la poliomiéлитis en el recién nacido. Comienza diciendo que la poliomiéлитis puede aparecer en todas las edades de la vida, tanto en niños recién nacidos como durante toda la infancia, en adolescentes y adultos, e incluso en personas de 69 años, tal como afirman Clavero del Valle y Pérez Gallardo. Aparece 3 veces más a menudo, y también con mayor gravedad, en las mujeres embarazadas que en los controles de su misma edad; es causa frecuente de muertes fetales, sobre todo durante el primer trimestre de gestación, y también de prematuridad.

Siegel y Greenberg comprueban que la poliomiéлитis se presentó en recién nacidos cuyas madres habían presentado la enfermedad cerca del término del embarazo, o que nacieron poco después de la iniciación de los síntomas en las madres.

Los niños así infectados presentarían la poliomiéлитis precozmente, dentro del plazo de incubación, cuya duración mínima sería de 5 días (para algunos autores de 3) y la máxima de 35 días.

A continuación, el autor expone algunos de los casos más citados de poliomiéлитis en recién nacidos (Biermann y Piszek, 1944).

Era difícil demostrar en todos estos casos su infección natal o posnatal. Además, demuestra la viremia y no descarta su transmisión diaplacentaria que, según Barsky, habría que aceptar sin duda en los casos en que la poliomiéлитis comenzara antes del quinto día de vida. En los demás casos, cabría la posibilidad de una infección natal a través de las heces de la madre infectada o causada por los demás mecanismos de infección posnatal.

A continuación, el autor describe brevemente la poliomiéлитis en lactantes menores de 6 meses, y relata la clínica de una forma detallada.

El seguimiento especializado debe mantenerse rigurosamente durante, por lo menos, 3 semanas, aunque no se haya detectado en el niño ninguna manifestación patológica. La consideración de los casos publicados indica que el diagnóstico precoz únicamente puede hacerse si se aplican dos condiciones: a) si se piensa en la poliomiéлитis, y b) si es el médico el que busca la enfermedad, sin esperar a que «la enfermedad requiera al médico».

El autor continúa con la clínica para terminar con el tratamiento, afirmando que las normas de tratamiento difieren en función de la edad. Sólo cabe mencionar que su experiencia en niños mayores coincide con la de Akkoyunlu y Atay en el empleo del glucocorticoides intrarraquídeos, que nos parece beneficioso y recomendable en los casos de poliomiéлитis del recién nacido, los cuales revisten mucha gravedad, aplicando la dosis de un preparado soluble de 1 mg/kg/día, durante 7-10 días.

El último trabajo de este número se debió al doctor J. Martínez Costa, de Valencia, sobre el «Tratamiento de la dermatitis seborroide del lactante».

Se comienza afirmando que no resulta en modo alguno aventurado alegar que cualquier pediatra, al menos en el Levante español, encuentra a menudo en su práctica diaria los diversos tipos clínicos de esta enfermedad frecuente. Si bien su pronóstico es benigno, no siempre la terapéutica consigue resultados satisfactorios en breve plazo.

A continuación, el autor va describiendo la clínica general de la dermatitis seborroide del lactante, para pasar al tratamiento, en el que indica las siguientes modalidades:

Tratamiento general. Comprende dos facetas: dietética y farmacoterápica.

En estos niños el colesterol está disminuido, así como la actividad de la anhidrasa carbónica y el fósforo sérico. Es decir, existe una perturbación del metabolismo proteico, lipídico y, probablemente, cierto grado de disfunción hepática. Las variaciones del metabolismo proteico y del colesterol, respectivamente, guardarían cierto paralelismo con la gravedad de las manifestaciones cutáneas.

En cuanto a la descripción del tratamiento, en general, comienza con la dietética explicando de forma detallada el tratamiento de los niños en régimen de lactancia natural, en los que habrá que evitar los aportes excesivos de grasa alimentaria o simplemente la sobrealimentación exagerada.

Va describiendo los diferentes tratamientos, según si se trata de un niño distrófico al pecho, con alimentación de la nodriza o régimen de lactancia artificial.

En todos los casos se procurará la ingestión precoz de zumos de frutas y de vitaminas A y D. A los lactantes más mayores se les agregará hígado crudo, evitando siempre la hipocalorización.

En los niños seborreicos con síntomas digestivos, el autor describe en cada uno de los casos el tratamiento dietético que precisan. En cuanto a la farmacoterapia aconseja diversos medicamentos:

- En los lactantes mayores, tiroidina.
- Biotina.
- Scrofani emplea la piridoxina.
- Hay unos interesantes estudios de Ferencz y Boda que tratan de calcular la cantidad de proteína que se pierde diariamente por vía transcutánea en la eritrodermia descamativa, para incluso oponer la plasmaterapia y la transfusión sanguínea en algunos casos.
- Jaso, en 1954, recomendó el tratamiento cortisónico en los casos en que no se observe mejoría con la vitamina F.

- En la etiología infecciosa es uno de los aspectos que cabe considerar.
- Sobre la asociación señalada en la bibliografía, como algo más que mera coincidencia, de dermatitis seborroide del lactante con lengua geográfica y bronquitis espástica, el autor abre la vía al empleo de la terapéutica general, antialérgica en estos casos.

En cuanto al tratamiento local, menciona los siguientes:

- Tratamiento del tipo o localización superior.
- Tratamiento del tipo o localización inferior.
- Cuidado especial de los pliegues cutáneos.

La vertiente dermatológica de la cuestión comprende:

- Normas de higiene cutánea correctas.
- Adaptación del tratamiento a la forma clínica, a la etiología fundamental y a la posible etiología sobreañadida.
- Adecuación de la terapéutica local, siempre discreta, a la morfología evolutiva de las lesiones. En todo caso, se requiere paciencia basada en el excelente pronóstico.

Esta sección de «Hace 50 años...» tiene como objetivo contar una historia de la pediatría de nuestros antepasados más cercanos y, como dice Caelyle, historiador británico del siglo XIX, «La historia es la esencia de innumerables biografías». Espero que en esta sección que llevamos tantos años haciendo podamos sacar a la luz las biografías de nuestros más ilustres maestros. ■