

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

### AÑO XXII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 260

### **SUMARIO DEL NÚMERO DE DICIEMBRE DE 1964**

#### **FIGURA DE LA PEDIATRÍA**

*El profesor Sánchez Villares*

#### **ARTÍCULOS ORIGINALES**

*Trabajos doctrinales y casos clínicos*

Concepto general: pediatría, por el doctor Montero Rodríguez

Malformaciones esqueléticas en las extremidades superiores del recién nacido, por el doctor A. Beláustegui Cueto

Luchas sanitarias y Plan de Desarrollo, por el doctor Rodríguez Pedreira

Biografía del profesor Manuel Cruz Hernández

En busca de un enfoque conciliador del problema de la otitis del lactante, por el doctor Bernardo Pérez Moreno

VI Conferencia Internacional de Salud y Educación Sanitaria de Madrid, por el doctor Bosch Marín

Hace 50 años, en el último mes de 1964, *Acta Pediátrica Española* publicó diversos trabajos doctrinales y casos clínicos.

El primero de ellos se debió al Dr. Montero Rodríguez, titulado «Concepto general: pediatría». A continuación, el Dr. A. Beláustegui Cueto publicó su primer trabajo sobre «Malformaciones esqueléticas en las extremidades superiores del recién nacido». En tercer lugar, el Dr. Rodríguez Pedreira hizo un intenso trabajo sobre «Luchas sanitarias y Plan de Desarrollo». Continúa este número con una biografía del profesor Manuel Cruz Hernández. Posteriormente, el Dr. Bernardo Pérez Moreno realizó una interesante exposición, con el título «En busca de un enfoque conciliador del problema de la otitis del lactante». Para terminar, el Dr. Bosch Marín expuso la VI Conferencia Internacional de Salud y Educación Sanitaria de Madrid.

La figura de la pediatría de este mes estuvo dedicada al profesor Sánchez Villares, de Santiago de Compostela.

En el primer trabajo, sobre «Concepto general: pediatría», el Dr. Montero Rodríguez realiza una sistemática discusión sobre la pediatría y la puericultura, comenzando por los años 1860-1880, periodo de transición, para a continuación abordar la etapa comprendida entre 1880 y 1920, periodo de consolidación y de los primeros triunfos de esta especialidad médica.

Posteriormente aborda el periodo de aplicación de los métodos científicos en beneficio de los pacientes (1920-1950) y, por último, desde 1950 hasta la actualidad (1964), en que se inicia progresivamente la protección social.

El concepto actual de la pediatría (1963) se cimenta en la base clásica de la prevención y curación de las enfermedades

y los tratamientos de los trastornos del niño, sumado a la actual proyección social en el sentido puericultor, actuando profilácticamente sobre estas enfermedades y trastornos. Este concepto ya se aplica ahora con una base firme, que se amplía hacia el campo escolar, a la higiene mental y psíquica.

La pediatría actual se halla, como dice Suárez Perdiguero, en crisis de crecimiento por haber aumentado su dimensión social internacional, por la actuación sobre la vida prenatal, el ambiente del niño y la adolescencia, por ser el niño el futuro tesoro potencial de la Humanidad.

El autor va enumerando los organismos dedicados al niño dentro de la ONU, y termina su artículo diciendo que ha querido contribuir, con sus ideas, a la formación de la pediatría social. Consideramos este trabajo de utilidad a la par que de estímulo para todos los puericultores, y de guía para los futuros pediatras, cuyo camino andamos nosotros ahora, y que tan brillantemente ha sido preparado por los pediatras ya fallecidos. Nuestra misión es ampliar este camino en el espacio y en el tiempo para abarcar esta protección universal, pues para el niño es el día y la noche de nuestro trabajo.

El segundo trabajo de este número de la revista se debe al Dr. Beláustegui Cueto, becario del Hospital del Niño Jesús de Madrid, sobre «Malformaciones esqueléticas en las extremidades superiores del recién nacido».

Comienza diciendo que éste es el primer trabajo clínico de su actual etapa de posgraduado. Publica un caso de una niña de 2 días de vida. A la simple observación llama la atención las deformidades que presenta en ambas manos (en la mano dere-

cha, un dedo pulgar con 3 falanges y una gran desviación lateral; en la mano izquierda falta el pulgar) y la falta de la parte superior y media del pabellón de la oreja izquierda. El resto de la exploración es normal.

La radiografía de ambos antebrazos y manos muestra los siguientes hallazgos: sinostosis del tercio superior del radio y cúbito izquierdos; aplasia del primer metacarpo y dedo pulgar izquierdo; sinostosis del III, IV y V metacarpos derechos; pulgar derecho con una tercera falange y clinodactilia, o sea, gran desviación lateral del mismo.

Para catalogar este caso de anomalía de desarrollo esquelético, el autor ha examinado las clasificaciones de los diversos autores (Arce, Costero, Guberns Salisachs, Dufour, Sánchez Villares, Stenindler, Taure, etc.), sin encontrar en sus diversos criterios, en ninguno de los grupos y subgrupos establecidos en ellas, un encaje exacto para este caso. Ello se debe fundamentalmente a la anomalía no esquelética (oreja izquierda) que acompaña a este caso, aspecto que no se menciona en ninguna de las citadas clasificaciones. Por tanto, sería conveniente introducir un grupo clasificatorio que incluyera «alteraciones esqueléticas de las extremidades y otras alteraciones no esqueléticas».

En resumen, se expone un caso de deformidad esquelética de los miembros superiores, antebrazos y manos, que se acompaña de una aplasia del lóbulo superior y medio de la oreja izquierda, sin antecedentes familiares ni personales de ninguna índole, de causa desconocida, y que no fue posible catalogar en ninguno de los grupos o subgrupos de las clasificaciones existentes de los diversos autores.

A continuación, el Dr. Rodríguez Pedreira publica un trabajo puramente técnico sobre las «Luchas sanitarias y Plan de Desarrollo», indicando los puestos que existían entonces (1964) de maternólogos del Estado, puericultores, puericultores del Estado, etc. Termina con las siguientes consideraciones:

1. Plantilla del cuerpo de médicos puericultores del Estado:

Puericultores	Maternólogos	Total	Sueldo
Un jefe		1	21.840
30		30	15.720
69	31	100	13.680
71	56	127	10.320
27	4	31	6.480
187	115	289	

Sin colocar: 19.  
Total: 308.

2. La plantilla médica de la Dirección General de Sanidad es de 1.372 funcionarios médicos, de los cuales 172 pertenecen al Cuerpo Nacional de Sanidad. El número de enfermeras es de 427, para todos los servicios, incluido Higiene Infantil (Plan de Desarrollo, pág. 377).

3. Orden del Ministerio de la Gobernación de 12 de agosto de 1961 (BO de 4 de septiembre).

4. Medicamenta. Año XX núm. 375, 15 de enero de 1962, pág. 9.

5. Dr. Serigó Segarra «Boletín Informativo del Consejo General de Colegios Médicos de España». «La evolución de la endemia tuberculosa en España», núm. 177, febrero de 1964, y núm. 183, octubre de 1964 (trabajos de un interés extraordinario).

A continuación, este número de *Acta Pediátrica Española* se extiende en la biografía del profesor Manuel Cruz Hernández, que a mí me parece demasiado corta para lo que él se merece.

Fue Catedrático de Pediatría de Barcelona, y esta misma revista publicó, en 1957, el currículo del profesor Cruz Hernández con motivo de haber obtenido por oposición la Cátedra de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Medicina de Cádiz. Desde entonces ha realizado una amplia actividad, a menudo reflejada en las páginas de nuestra revista, que ha culminado en las recientes oposiciones para la Cátedra de Pediatría de Barcelona (1964).

Continúa esta biografía con las actividades anteriores al ingreso en la Cátedra de Cádiz: tras ingresar, en 1945, en la Universidad de Granada, con Premio Extraordinario en el Examen de Estado, consigue al año siguiente una beca por oposición del Patronato de Protección Escolar, que conserva hasta la terminación de los estudios de la Licenciatura de Medicina en la Facultad de Granada, en 1951, presentando en el expediente académico 32 matrículas de honor, y obtuvo por oposición el Premio Extraordinario número uno de la Licenciatura. En 1948, por oposición, es alumno interno numerario de la Cátedra de Pediatría y Puericultura, que dirigía su maestro, el profesor Galdó.

Continúa extendiéndose con todos sus trabajos con la participación activa siempre en diversos congresos y reuniones, y dada la brevedad que me exige este artículo simplemente quiero indicar los trabajos publicados: 16 artículos en revistas de 1952 a 1956, y 30 de 1957 a 1963; 2 libros de 1952 a 1956 y 4 de 1957 a 1964; 4 aportaciones a congresos de 1952 a 1956 y 21 de 1957 a 1964.

Yo quiero recordar los libros del profesor Cruz Hernández del Tratado de Pediatría en los cuales he tenido el honor de colaborar, que ha sido el número uno en España de un libro de Pediatría. Para mí es un honor poder dedicar estas breves líneas al profesor Cruz Hernández, en la actualidad Catedrático Emérito de Barcelona y maestro de toda la pediatría española. Que Dios le guarde muchos años.

A continuación, el Dr. Pérez Moreno incluye el capítulo II de su extenso trabajo, denominado «En busca de un enfoque conciliador del problema de la otitis del lactante». Inicia su trabajo con una definición mínima de la otitis media del lactante: pro-

ceso patológico ocasionado por la infección del lactante localizada en el oído medio.

Comprende 3 puntos esenciales: infección, infección del lactante, infección localizada en el oído medio.

El autor continúa su trabajo describiendo diversos aspectos de esta afección: etiología, puertas de entrada y vías de infección, anatomía del foco séptico ótico, reacción del lactante a la infección, caracteres clínicos de la infección en el lactante.

Un punto interesante de este trabajo es la infección y los trastornos nutritivos agudos, que el autor detalla con gran precisión, así como otras formas clínicas de infecciones comunes del lactante.

El Dr. Pérez Moreno acaba con las siguientes conclusiones:

1. Que la infección (otitis) es una de las causas primarias más importantes, aunque no exclusiva, de los llamados TNA y C del lactante (alteraciones del crecimiento y nutrición).
2. Que en los TN, sobre todo en la distrofia, independientemente de su causa primaria (hipoalimentación, etc.), siempre hay «disergia», con disminución de la inmunidad y, por tanto, una mayor frecuencia y mayor gravedad de las infecciones.
3. Que en la cadena de círculos viciosos de los TN, la causa-efecto-origen más importante es la infección (otitis).
4. Que la repercusión de la infección (otitis) en el organismo es indiscutible, tanto si es causa primaria como si es efecto-origen. La «nosoparasitosis» de un foco séptico es imposible en el lactante, tanto más cuanto menos edad tenga.
5. Que no existe proporción entre la cuantía del proceso infeccioso local (otitis) y la gravedad de la repercusión general.
6. Que cuanto más pequeño sea el lactante, mayor es el predominio de los signos generales sobre los locales y la falta de signos clínicos manifiestos, predominando las alteraciones inespecíficas sobre lo específicamente infeccioso, con tendencia a evolucionar en formas enmascaradas o superpuestas, por lo que es difícil descubrir el foco séptico primario (otitis) dada la escasez de signos locales.
7. Que la presencia de un TN, ya sea A o C, en el lactante obliga a realizar un cribado de la infección (otitis) con todos los medios diagnósticos posibles, ya que es frecuentísima su existencia, unas veces como causa primaria y otras como efecto-origen.
8. Que la terapéutica antiinfecciosa es necesaria, tanto si la infección (otitis) es causa primaria como si es efecto-origen.
9. Que dada la desproporción entre la cuantía de las alteraciones locales y las repercusiones generales, la indicación terapéutica debe establecerse según las alteraciones generales, no según la cuantía de las locales.
10. Que estas conclusiones son aplicables a todas las infecciones sépticas del lactante, sin que exista ninguna razón para excluir la otitis media.
11. Que la otitis media es la infección más frecuente del lactante (según Ramos) después de la rinofaringitis, y también de acuerdo con Ramos, «un lactante al que no se le ha he-

cho una otoscopia es un lactante al que no se ha explorado»; por tanto, debe figurar la otoscopia entre los conocimientos mínimos del pediatra.

12. Que si bien es cierto que la noción de la frecuencia de la otitis media apoya su diagnóstico en casos de TN y de infección criptogenética del lactante, este solo hecho no es suficiente base para sentar el diagnóstico de otitis prescindiendo totalmente de los signos locales, ni para aceptarlo en el caso de una exploración correcta que no haya podido comprobar ni siquiera unas «mínimas» alteraciones timpánicas.
13. Que basándonos en la experiencia personal de casi 200.000 otoscopias realizadas, y habiendo comprobado miles de veces que unas mínimas alteraciones timpánicas exteriorizaban una otitis media cuyo tratamiento era decisivo para las alteraciones generales, «dudamos de que la exploración otoscópica haya sido correcta en los casos en que la paracentesis confirmó la existencia de otitis y su influencia en el TN, sin que se hubiera constatado ninguna alteración timpánica». En estos casos será aconsejable que revisemos nuestra técnica otológica y nuestro criterio de normalidad, ya que aunque la membrana timpánica no es el mejor espejo de lo que pasa en el oído del lactante, es espejo siempre.
14. Que teniendo en cuenta que la infección-otitis sólo es uno —aunque ciertamente importante— de los eslabones de los círculos viciosos de los TN, la terapéutica tendrá en cuenta los demás factores, y es indispensable hacer siempre, además del tratamiento antiinfeccioso, un tratamiento dietético, incluso en los casos en que la infección sea primaria, tanto más en los que sea secundaria.
15. Que es indudable que la vida de muchos lactantes depende de que los pediatras y otólogos acertemos en colaborar fielmente para ayudarles.

También se incluye en este trabajo una síntesis realizada por el Dr. Carlos Sáinz de los Terreros (carta del 30 de septiembre de 1961):

«Yo encuentro como síntesis de este II capítulo que la conciliación del problema reside en el reconocimiento por parte de los otólogos de que el sujeto sobre el que actúan en este caso (el lactante, sobre todo) es totalmente diferente de aquel otro en que ellos suelen ejercer (adulto, niño mayor). De ahí la necesidad de que en el futuro se vayan creando las especialidades correspondientes a la medicina general en la medicina infantil. Los sujetos no son iguales, luego existe base para una verdadera desmembración. No queda otro camino "útil". Sin él, la discordia seguirá. No hay manera de hacerles comprender que puede haber una enfermedad del recién nacido o del lactante joven sin apenas síntomas locales. Nosotros remitimos un pequeño al otólogo y nos contesta "este pequeño no tiene nada de oídos. Por tanto, busque usted por otro camino", y se queda tan ancho. Hasta que estos especialistas no tengan una buena preparación pediátrica no podrán enjuiciar en el sentido de la falta casi total de sig-

nos locales y un estado general grave o alarmante, debido precisamente a esa casi ausencia total o solapada de signos locales. Ello trae como consecuencia ese otro punto que usted defiende en sus conclusiones: la necesidad de que todo pediatra sepa y haga por sí mismo una buena exploración otológica. Eso sería el ideal, pero sigue la discordia, porque entonces ellos afirman que lo nuestro es una intromisión en su especialidad. No queda otro camino, repito, que la especialidad otorrinolaringológica dentro de la pediatría. La pediatría equiparada a la medicina general, con todas sus diversas ramas. Ya sé que esto está aún lejano, pero no admite

duda que es el camino del porvenir. Su trabajo podría servir para defender esta tesis».

A continuación el Dr. Bosch Marín realiza una síntesis de la VI Conferencia Internacional de Salud y Educación Sanitaria de Madrid, imposible de pormenorizar en esta sección.

Con la publicación constante de esta sección de «Hace 50 años...», ojalá se pueda recordar la frase de Publio Ovidio en *Amores*: «Soporta y resiste: ese esfuerzo te será útil un día». Ojalá este esfuerzo que hacen los lectores y el autor sea útil rápidamente. ■