

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

AÑO XXVI ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 296

SUMARIO DEL NÚMERO DE ENERO DE 1968

FIGURA DE LA PEDIATRÍA

El doctor Manuel Tolosa Latour

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Recuerdo del Dr. Manuel Tolosa Latour, por el doctor Carlos Sainz de los Terreros

Aspectos sanitarios de la prematuridad, por el doctor Manuel Blanco Otero

Asociación de clorhidrato de tetraciclinas y enzimas proteolíticas en las infecciones de la infancia, por el doctor Montero Rodríguez

Comenzamos un nuevo año de la sección de «Hace 50 años» de nuestra revista con la ilusión de ser constantes siguiendo la idea de Balzac: «La constancia es el fondo de la virtud». Por tanto, todos los pediatras que lean este artículo deben de ser unos virtuosos.

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicó, en el mes de enero de 1968, diversos trabajos originales y casos clínicos.

La figura de la pediatría estuvo dedicada al Dr. Manuel Tolosa Latour, uno de los pediatras escolares más conocidos de la época fallecido en 1967. En el primer trabajo de este número de la revista, «Recuerdo del Dr. Manuel Tolosa Latour», el Dr. Carlos Sainz de los Terreros hace hincapié en la labor que llevó a cabo este especialista en la sección de «Médicos Escolares». A continuación, el Dr. Manuel Blanco Otero dedica un amplio artículo sobre los «Aspectos sanitarios de la prematuridad». Por último, el Dr. Montero Rodríguez expuso sus experiencias clínicas personales con la «Asociación de clorhidrato de tetraciclinas y enzimas proteolíticas en las infecciones de la infancia».

El Dr. Blanco Otero inicia su trabajo sobre los aspectos sanitarios de la prematuridad, reflejo de la conferencia dictada en el discurso inaugural de la Sociedad de Pediatría de Madrid. En dicha conferencia el autor comienza afirmando que salvar una vida no es sólo una elemental obligación moral, sino que, en ocasiones, pasa a ser un acto heroico o considerado como tal por la sociedad, aunque no siempre exija un sacrificio individual. Salvar miles de vidas por una acción preventiva y una asistencia adecuada no produce el relumbrón de los hechos heroicos o aislados. En general, el sentimiento humano se circunscribe —en autodefensa contra el dolor— a lo que se ve más cerca de sí mismo, en lo que pudiéramos llamar «geografía del dolor», tanto más sentido cuanto más próximo está. Por eso, a

veces nos fijamos más en una sola vida que en todas las que tenemos delante de nosotros.

A continuación, el Dr. Blanco Otero se refiere a la incidencia de la prematuridad. La encuesta llevada a cabo hacía unos años (1952) por los Servicios de Higiene Infantil de la Dirección General de Sanidad en grandes maternidades urbanas y en pequeñas maternidades rurales (centros maternos de urgencia) revela una incidencia de prematuridad que oscila entre el 5 y el 6% de los nacimientos. Dicha encuesta, efectuada sobre 27.260 nacimientos, acusó el nacimiento de 1.235 prematuros vivos entre 25.653 nacidos vivos, y 476 prematuros nacidos muertos entre 1.606 nacidos muertos. En total, 1.711 prematuros entre 27.260 nacidos vivos y muertos.

A la clasificación de los prematuros por su peso al nacer el Comité de Expertos de Higiene Materno-Infantil le dedica el autor un gran párrafo con las siguientes cifras, siguiendo al profesor Sundal de Noruega:

- <1.000 g: 5-10%.
- 1.000-1.500 g: 10%.
- 1.500-2.000 g: 20-25%.
- 2.000-2.500 g: 60%.

Según Debre-Lelong, el número de grandes prematuros representa el 1,53% de los nacidos vivos. Aplicando este coeficiente en nuestro país, nacerían anualmente 10.000 grandes prematuros (recuerdo que nos referimos a 1968).

Posteriormente, el autor aborda el tema de la mortalidad del prematuro, dividiendo las causas de defunciones en 1962 en relacionadas con el peso y la edad y otras diferentes, que incluyen infecciones, hemorragias intracraneales y espinales, diferentes alteraciones respiratorias, etc., y relacionadas con la inmadurez, comparándolas con las defunciones en otros países.

En cuanto a las influencias sociales de la mortalidad del prematuro, el Dr. Blanco Otero indica su relación con la renta per cápita, así como con los recursos actuales en cada provincia, como la tasa de incubadoras por provincia y su relación con las necesidades reales.

Con respecto a la organización de los servicios, es importante resaltar la prevención, ya que prevenir la prematuridad es crucial en la lucha contra la misma; pero es difícil, ya que se desconoce el 50% de las causas que la provocan.

El grupo de expertos sobre prematuridad, constituido por figuras tan relevantes como Ylppo, Levina, Lelong, etc., afirma comprender la importancia de los siguientes aspectos:

- Vigilancia y cuidados prenatales.
- Mantenimiento durante el embarazo de un estado salud desde el punto de vista alimentario, físico y mental.
- Dispensarios de maternología, que dispongan de servicios médicos higiénico-sanitarios y servicios sociales.
- Hospitalización de las gestantes que presenten complicaciones.
- Servicios obstétricos bien organizados en el hospital o en el domicilio.
- Protección de la embarazada por medio de una legislación oportuna.

Desde el punto de vista preventivo, interesa llegar al conocimiento de las causas todavía ignoradas, como las siguientes:

- Estudio de la correlación entre la duración de la gestación, por una parte, y el peso al nacimiento y otros criterios antropométricos, anatómicos y fisiológicos de la prematuridad.
- Estudio del estado alimentario de las gestantes.
- Estudio de otras causas de nacimientos prematuros.
- Estudio de la relación existente entre factores económicos-sociales y la frecuencia de nacimientos y defunciones de niños prematuros.

No se puede dejar de mencionar la incompatibilidad sanguínea como causa establecida del parto prematuro, entre otras múltiples.

En esta conferencia, el Dr. Blanco Otero trató también la asistencia al prematuro, resaltando la importancia de la formación del personal médico y de enfermería.

El autor finalizó su trabajo afirmando que si se desarrollaran las medidas preventivas y asistenciales enumeradas, se conseguiría salvar la vida de numerosos niños, disminuir la mortalidad prenatal y, por tanto, la mortalidad infantil.

El último trabajo se debió al Dr. Montero Rodríguez, médico puericultor de Málaga, en el que describe sus personales experiencias clínicas con la asociación de clorhidrato de tetraciclina y enzimas proteolíticas en las infecciones de la infancia.

Al principio de su estudio formuló una dedicatoria al Dr. Carlos Jiménez Díaz, que se ausentó de la vida cuando trabajaban sobre este problema.

Al tratar las ideas generales sobre la inflamación y los medios para combatirla, este autor cita, en primer lugar, a Hipócrates, quien señaló sus manifestaciones típicas: el enrojecimiento y el edema. Celso lo condensó en la siguiente frase: «rubor y tumor con calor y dolor». Continúa citando a Hunter que, en 1794, publicó un estudio sobre la inflamación. Posteriormente, Cohnhein estudió en la inflamación el comportamiento de la pared vascular y la emigración leucocitaria.

En la actualidad (1968), opina el Dr. Montero Rodríguez, en el que los antibióticos han llegado a su auge, se aprecia que al proceso inmunitario del organismo no se le ha atendido en la misma proporción que a los gérmenes o virus causantes del proceso infeccioso. Igualmente, parece ser que numerosas enzimas ejercen una acción inhibitoria sobre las bacterias, hecho estudiado por Hoffmann en el bacilo tuberculoso *in vitro*.

Los motivos citados llevaron al autor a realizar su propia investigación con la asociación de clorhidrato de tetraciclina y la enzima troteolítica tripsina-quimotripsina.

El autor va citando diversos trabajos de Séneca y Oeter, así como de los autores españoles Rodríguez y Martínez Mata en 1965.

Presenta su casuística de 13 casos con diferentes síntomas: tos, fiebre, síntomas musculares, estudio radiológico, etc. A las 48 horas, se constató una mejoría clínica en el 40% de los casos. Continúa enumerando la evolución de los diferentes casos, y concluye de su estudio general de las infecciones en la infancia tratadas con enzimas proteolíticas que evolucionaron bien, entre otros, en los siguientes procesos:

- Bronquitis agudas.
- Forunculosis.
- Abscesos de diversas localizaciones.
- Cistitis.
- Anginas pultáceas.
- Infecciones intestinales.
- Forúnculo de labio superior.
- Orzuelos.
- Tos ferina.

El Dr. Montero Rodríguez concluye finalmente que la administración de la enzima proteolítica vegetal oral sin antibióticos tuvo un resultado positivo en el 40% de los casos; sin embargo, cuando se asoció a los antibióticos, los resultados positivos alcanzaron un 80%.

Espero que mis lectores puedan convenir con Cicerón cuando decía: «Resulta difícil expresar en qué medida llega a conciliar los espíritus humanos la cortesía y la afabilidad en el hablar».