

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

### AÑO XXVI ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 299

### SUMARIO DEL NÚMERO DE ABRIL DE 1968

#### FIGURA DE LA PEDIATRÍA

*El Dr. Antonio Galdó*

#### ARTÍCULOS ORIGINALES

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

Nuevas orientaciones terapéuticas antiblásticas en cirugía, por el doctor Gubern Salisachs

Atresia de esófago, por los doctores Ruiz Company y Cuadros García

Mortalidad infantil por tuberculosis en España entre 1903 y 1966, por el doctor A. Beláustegui

Nueva orientación terapéutica sobre las convulsiones persistentes en la infancia, por los doctores Pedro M. de Castro, Eduardo Ciria Latre y María del Carmen Zabalza

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

El primero de ellos se debió al Dr. Gubern Salisachs, de Barcelona, sobre «Nuevas orientaciones terapéuticas antiblásticas en cirugía». El segundo trabajo versó sobre la «Atresia de esófago», a cargo de los Dres. Ruiz Company y Cuadros García, del Hospital de La Paz de Madrid, cuyo director era el Dr. E. Jaso. En tercer lugar, el Dr. A. Beláustegui, de Madrid, realizó una revisión sobre la «Mortalidad infantil por tuberculosis en España entre 1903 y 1966». Para finalizar este número, se incluyó el trabajo de los Dres. Pedro M. de Castro, Eduardo Ciria Latre y María del Carmen Zabalza, del Hospital Antonio Cuello de Logroño, sobre una «Nueva orientación terapéutica sobre las convulsiones persistentes en la infancia».

La figura de la pediatría de este mes estuvo dedicada al Dr. Antonio Galdó, catedrático de pediatría y puericultura de la Facultad de Medicina de Granada.

Comienza este número con el trabajo del Dr. Gubern, sobre nuevas orientaciones terapéuticas antiblásticas en cirugía. Afirma el autor que los progresos de la medicina relacionados con la cirugía, como las medidas incruentas aplicadas antes, durante o después de la intervención, son extraordinarios y de especial importancia en los tumores endocrinos. Actualmente (1968) no se considera ortodoxo operar un tumor de Wilms sin una perfusión de antinomicina D pre/per/postoperatoria, lo que representa en realidad un aspecto de los mencionados avances médicos.

El Dr. Gubern señala que su grupo de trabajo ha insistido en estos últimos años en que debían derribarse los mitos en relación con los tumores: el de su rareza y el de su incurabilidad.

A pesar de la importancia que tiene el cáncer en la infancia, no sabemos si la organización oficial para la lucha contra esta enfermedad está representada correctamente en la pediatría médica o quirúrgica.

El autor continúa comentado brevemente los progresos quirúrgicos promovidos en aquel año:

1. Progresos de la técnica propiamente dicha.
2. Progresos quirúrgicos.
3. Progresos en la quimioterapia mediante la perfusión regional y circulación extracorpórea.
4. Progresos en la angiografía y la linfografía.
5. Progresos en los medios físicos que emplea el cirujano.

Posteriormente el Dr. Gubern va especificando los éxitos en cada uno de estos puntos.

En resumen, el autor revisa rápidamente los progresos quirúrgicos en la terapéutica antiblástica en general, comprobando que los producidos en la técnica quirúrgica estricta son muy limitados. En cambio, se ha ampliado el campo del cirujano dentro de la labor de equipo que se efectúa en la oncología. Además, sin esa labor es imposible sintonizar con el momento por el que pasan las distintas especialidades, y la acción del cirujano resulta a veces muy modesta en este sentido. Se ha pasado de ser el miembro más importante del equipo a efectuar muchas veces una función secundaria, de lo que se debe estar satisfecho, además de que ello amplía nuestro campo de acción.

El segundo trabajo, de los Dres. Ruiz Company y Cuadros García, sobre la atresia de esófago, comienza con la afirmación de que, en la última década, la cirugía infantil ha hecho grandes progresos, tanto en el campo diagnóstico como en las aplicaciones técnicas.

Hoy, dicen los autores, es posible operar lesiones que antes eran inabordable, así como realizar intervenciones largas y minuciosas, que permiten la sustitución de órganos. Tal es el caso de la atresia congénita de esófago que ponemos como ejemplo. Esta malformación fue considerada durante siglos como mortal de necesidad, pero actualmente se ha beneficiado de los nuevos programas gracias a la creación de los servicios de cirugía infantil especializados en el tratamiento de estas lesiones.

Los autores continúan su trabajo abordando la definición de esta enfermedad, su frecuencia, etiología, desarrollo embriológico y anatomía patológica, así como una serie de clasificaciones, como la de Tarnier en 1866, Vogt en 1929 y Brosset en 1989.

La última clasificación referida en este trabajo fue la de Debré y Lelong, que proponen lo siguiente:

- Tipo 1. Atresia sin fístula.
- Tipo 2. Atresia con fístula, comunicación del segmento inferior con el aparato respiratorio: tráquea, bifurcación traqueal del bronquio izquierdo, y más raramente, comunicación del extremo superior con la tráquea.
- Tipo 3. Fístula traqueo-esofágica sin atresia.

Insisten ampliamente en cada una de ellas, afirmando que, una vez cerciorados de que se trata de una atresia de esófago, se deben tener en consideración las lesiones que se pueden encontrar:

- Condensación segmentaria, lobular o hemitorácica.
- Condensación parenquimatosa más o menos homogénea.
- Sobrecarga reticular de la trama unilateral o bilateral, con imagen micro/macronodular.

Cabe destacar que la atresia congénita de esófago es una malformación incompatible con la vida, pues, como se dice habitualmente, «el niño respira con el estómago y come con los pulmones». Este proceso va a originar unos trastornos en el recién nacido, por obstrucción o por reflujo esofágico, y lesiones en los pulmones. Por tanto, podemos encontrar varias alteraciones posibles:

- Accidentes de obliteración.
- Vómitos por expulsión al administrar alimentos.
- Accidentes debidos al mismo reflujo gastroesofágico.
- Lesiones pulmonares.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, los autores describen diferentes tipos de anestesia, con las consiguientes complicaciones postoperatorias que conllevan.

En resumen, con este trabajo se presenta una revisión de la atresia de esófago con y sin fístula, en la que los autores exponen un gran número de clasificaciones hasta la actualmente aceptada. Asimismo, exponen el cuadro clínico típico de esta

afección y hacen hincapié en la gran importancia que tiene el diagnóstico precoz para conseguir un éxito terapéutico. Respecto al tratamiento quirúrgico, único medio que se tiene para solucionar este problema, presentan las técnicas que se han ideado hasta el presente (1968). Terminan con un análisis de la función esofágica, exponiendo varios casos observados años después de la intervención quirúrgica.

A continuación, el Dr. Beláustegui realizó un exhaustivo estudio sobre la mortalidad infantil por tuberculosis en España entre los años 1903 y 1966.

Tras un amplio estudio, el autor concluye que en el programa de erradicación de la tuberculosis, la prevención en la edad infantil desempeña un papel trascendental: administración de la vacuna BCG, en particular en las edades más sensibles (recién nacidos y adolescentes), junto con la mejora de las condiciones de vida, higiene, nutrición y ambiente atmosférico, y realizar un cribado precoz de nuevos casos mediante radiografía miniatura, sin olvidar en ciertos casos el control de la resistencia bacilar a los fármacos empleados.

La mortalidad infantil por tuberculosis se puede considerar un buen índice para juzgar la marcha del estado epidemiológico y el plan de erradicación de la enfermedad en cualquier país.

En el último trabajo se describe una nueva orientación terapéutica sobre las convulsiones persistentes en la infancia, a cargo de los Dres. De Castro, Ciria Latre y Zabalza. En él se indica el tratamiento de las convulsiones en la etapa neonatal y las causadas por afecciones orgánicas agudas y crónicas del sistema nervioso central (SNC).

Siguiendo al profesor Arce, de Santander, las convulsiones pueden producirse por diferentes causas:

- Afecciones orgánicas agudas y crónicas del SNC.
- Afecciones orgánicas extraneuronales.
- Afecciones metabólicas, como tetania, hipoglucemia, acetonemia y coma diabético.
- Intoxicaciones por alcohol, opio, ácido carbónico, estroquina, plomo, arsénico y belladona.
- Afecciones agudas localizadas en el SNC.
- Enfermedades propiamente convulsivantes, como las epilepsias y las enfermedades neuropáticas y psicógenas.
- Procesos febriles en la nefritis hemorrágica.
- Histerismo.

Finalmente, los autores exponen el tratamiento recomendado por ellos.

El escritor inglés Starkey afirmaba: «El saber, sin virtud, es pernicioso y pestilente». Espero que, con estos pequeños artículos, no sólo aumente el conocimiento científico, sino la virtud en todos los pediatras. ■■■