

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

AÑO XV ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 168

SUMARIO DEL NÚMERO DE ENERO DE 1957

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El doctor Rodríguez de Alarcón, de Madrid

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

La meningitis tuberculosa en la infancia, por los doctores Sala Ginabreda y Albós Martínez

Ictericia del recién nacido, por el doctor Ricardo Domínguez Tecles

Reanimación del recién nacido, por el doctor F. Cartagena González de Bulnes

Mortalidad infantil en la ciudad de Murcia, por el doctor M. Domínguez Carmona

Progresos sanitarios en 1956, por el doctor J. Bosch-Marín

Hace 50 años, en el número de enero de 1957, *Acta Pediátrica Española* dedicó la «Figura de la pediatría» del mes al Dr. Rodríguez de Alarcón, de Madrid (figura 1).

En este número se publicaron 4 trabajos y revisiones, y uno especialmente dedicado a los «Progresos sanitarios en 1956», por el Dr. J. Bosch-Marín.

El primero de ellos se debió a los Dres. Sala Ginabreda y Albós Martínez, y trató sobre «La meningitis tuberculosa en la infancia». A continuación, el Dr. Ricardo Domínguez Tecles



Figura 1.
El Dr. Rodríguez de Alarcón, secretario general de la Sociedad de Pediatría de Madrid

realizó una revisión muy completa en «Ictericia del recién nacido».

El Dr. F. Cartagena González de Bulnes dedicó su trabajo a «Reanimación del recién nacido» y, por último, el Dr. M. Domínguez Carmona expuso los datos sobre «Mortalidad infantil en la ciudad de Murcia».

En «La meningitis tuberculosa en la infancia. Comentarios a 63 casos tratados con estreptomycin y isoniacida», los Dres. Sala Ginabreda y Albós Martínez publican una amplia revisión, aportando 63 casos tratados en la Clínica Pediátrica del Hospital Municipal de Infecciosos de Barcelona, desde el mes de abril de 1952 hasta finales de 1955, aprovechando su casuística para realizar la amplia revisión a que anteriormente me refería que voy a intentar resumir en otro número posterior al de este mes.

Los autores comienzan afirmando que actualmente el problema de esta enfermedad es su diagnóstico precoz, ya que el comienzo de la meningitis tuberculosa es siempre lento e insidioso, superpuesto, lo cual dificulta a veces su deslinde del foco pulmonar inicial, cuya sintomatología puede persistir, dando a veces la impresión de una historia clínica más prolongada de lo que cabía esperar.

Pasan a continuación a demostrar lo que Rudder señaló ya hacía tiempo: «Una cúspide primaveral de mayor incidencia para determinadas afecciones tuberculosas, como la tuberculosis miliar, el eritema nodoso, la conjuntivitis flictenular y las hemoptisis».

Los autores confirman estos datos, ya que 40 de sus casos se iniciaron precisamente entre marzo y julio, y, por el contrario, sólo 5 entre agosto y noviembre (figura 2).

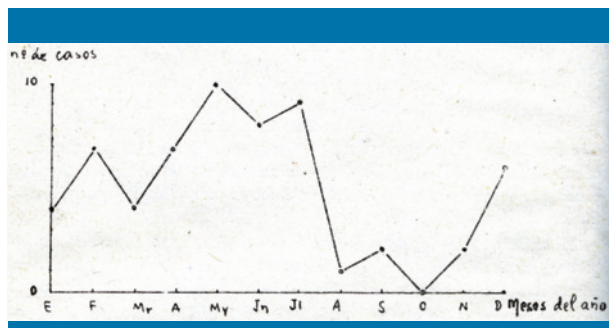


Figura 2. Gráfica que señala el número de casos iniciados en cada mes del año

Siempre, salvo contadas excepciones, se inoculó a la cobaya el líquido cefalorraquídeo (LCR), obteniendo un 60% de positivities. El resto de los casos se basó en datos clínicos, biológicos y licuorales. En varios casos en que se obtuvo rápidamente la curación clínica y licuoral, la inoculación a la cobaya les confirmó *a posteriori* el diagnóstico que se había hecho *a priori*.

Es muy difícil, afirman, encontrar el bacilo de Koch en el LCR. Sin embargo, Copaitich y Andreoni, siguiendo la técnica descrita por Kang y Kao en 1943, con el método electroforético, obtienen un número muy elevado de positivities.

Continúan afirmando que la reacción de Mantoux, que se practicaba sistemáticamente en su servicio, fue siempre positiva.

El fondo de ojo dio como resultado la presencia de neuritis o papilitis en el 60% de los casos.

Durante el curso de la enfermedad siguieron periódicamente los siguientes datos: LCR, electroencefalograma (EEG), velocidad de sedimentación globular (VSG), fraccionamiento proteico, hemograma, albuminuria, urobilinuria y reacción de Van der Bergh.

No se refieren a las modificaciones del LCR, ya que son ampliamente conocidas.

Van exponiendo a continuación los datos sobre la anemia hipocrómica, la VSG elevada, el fraccionamiento proteico en sangre, etc.

Dan una gran importancia al EEG, ya que, según Sala Ginabreda, tiene gran valor en dos aspectos:

- Pronóstico. En las formas meníngeas, el trazado está poco alterado y, en cambio, en las formas encefálicas llega a ser anárquico por completo, lo que conlleva un pronóstico mucho peor (figuras 3 y 4).
- Control de recaídas. Uno de sus casos lo explicará. Ya que una vez curado el paciente de su meningitis tuberculosa, al revisarlo periódicamente, se le practicó un EEG de control y se

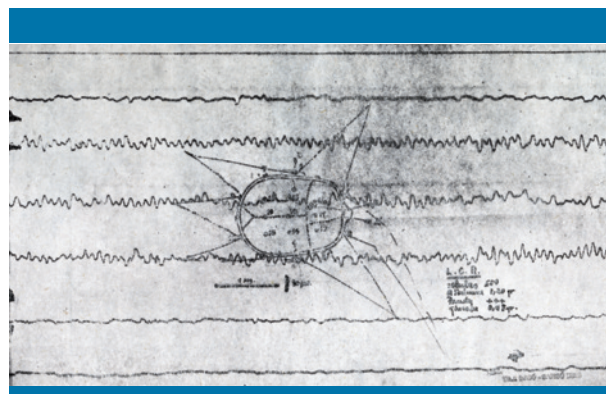


Figura 3. Niño de 11 años con evidente alteración licuoral y clínica. Se trata de una forma meníngea con nula alteración del sensorio y un EEG casi normal en relación con la edad

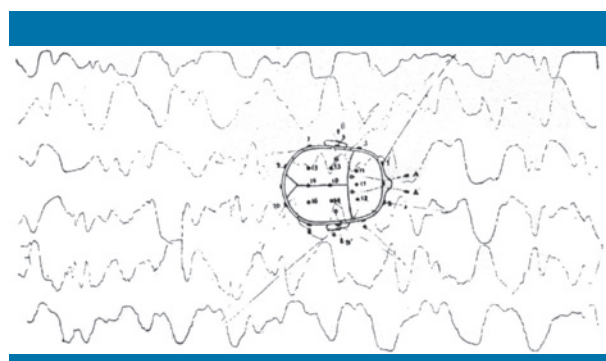


Figura 4. Niña de 2 años con una forma encefálica grave. Trazado de coma

observó con sorpresa que, a pesar de su normalidad clínica y licuoral, presentaba un trazado patológico.

Pasaron al pronóstico que, como Debré, se basó en el estado de conciencia y las alteraciones del trazado eléctrico.

La existencia de lesiones tumorales era otro factor de gran importancia. Como en los casos de neumonía caseosa, fallecieron los 2 enfermos a causa de este proceso.

En cuanto al tratamiento, a partir del mes de abril de 1952 se inició en la clínica la terapéutica con la asociación de estreptomina-isoniacida, hasta totalizar 63 casos. No incluyeron a los pacientes que se encontraban aún en tratamiento.

Continúan con la técnica de tratamiento exponiendo de forma pormenorizada las ventajas de la estreptomina intrarraquídea, para pasar a las secuelas, fundamentalmente retraso mental en 2 niños, sordera en 3, hemiparesia espástica en 4 y encefalopatía cónica tuberculosa en los casos graves que no responden a la terapéutica, cuyos pacientes viven bastante tiempo con un cuadro caracterizado por facies de Cushing.

También mencionan la hidrocefalia.

Las recidivas figuran en ese trabajo como uno de los principales problemas, ya que, en algunos pacientes, si se trata la meningitis tuberculosa convenientemente, ésta se cura, ellos son dados de alta y unos meses más tarde regresan a la consulta por presentar una nueva granulía y una nueva meningitis tuberculosa.

Los autores terminan exponiendo el tratamiento que seguían en 1957.

El segundo trabajo, del Dr. Ricardo Domínguez Tecles, trata sobre la «Ictericia del recién nacido», en el cual el autor realiza una revisión fisiopatológica de la ictericia presentando la historia clínica de un caso muy característico.

A continuación dedica unas letras a «Ictericia *neonatorum* precoz» y a la «Ictericia *neonatorum* grave».

Así, el autor finaliza su trabajo pormenorizando sobre la ictericia familiar del recién nacido, la «ictericia grave tardía», que aparece al cabo de 2-3 semana tras el nacimiento, debida a una flebitis de la vena umbilical, la «Ictericia por obstrucción calculosa», que es rarísima en el niño y, por último, la «Ictericia por estenosis congénita del colédoco», que aparece en el recién nacido o después de las primeras horas tras el nacimiento.

El Dr. F. Cartagena González de Bulnes habla sobre la «Reanimación del recién nacido» que en aquellos años (1957) se iniciaba prácticamente.

Comienza su trabajo afirmando que, en contraste con el descenso de la mortalidad infantil en general, durante los últimos 50 años, la tasa de nacidos muertos y de la mortalidad neonatal ha resistido y resiste obstinadamente a todo progreso.

A juicio del autor, esta falta en el descenso de la mortinatalidad está motivada por una deficiencia en la asistencia del recién nacido, no sólo durante el parto, sino también durante las primeras semanas y horas de su vida, así como una deficiencia en la asistencia del embarazo en el segundo periodo.

Una de las causas de esta mortinatalidad es la denominada «asfíxia *neonatorum*».

En términos generales, se puede decir que existe anoxia en un 2-5% de todos los partos y, por consiguiente, es un factor fundamental en las cifras de mortinatalidad y de mortalidad neonatal.

El autor pasa a describir la fisiopatología del centro respiratorio, afirmando que debe encontrar una adecuada respuesta a la reanimación. Para cubrir el objetivo de una correcta reanimación hay que tener presente que se deben dejar las vías respiratorias libres, perfectamente permeables, así como la administración de oxígeno.

El autor expone el modo de realizar las desobstrucciones de las vías respiratorias con la cabeza en una postura correcta,

de forma suave, y la administración de oxígeno, que desde Eastmann es perentoria en el tratamiento de la «asfíxia *neonatorum*», ya que es la vía de introducción de oxígeno en la sangre del niño.

Asimismo, va explicando la forma de administración de oxígeno, como la vía gástrica, que se emplea desde que Yllpö la preconizó, en 1935, en la Universidad de Helsinki, cuyo método fue modificado posteriormente por los autores suecos Akerren y Fürstenberg (1950).

El empleo de oxígeno endotraqueal fue defendido por Falgg en 1928.

En 1952, O'Brien y Roberts, citados por Lord y otros autores, publicaron sus resultados obtenidos con el oxígeno endotraqueal, e hicieron estudios comparativos con los resultados obtenidos con el oxígeno gástrico.

Pasa a explicar que entre todos los medicamentos indicados para emplearse durante la reanimación —aunque Snyder los desaconseja todos, porque dice que hay un margen muy estrecho entre las dosis estimulantes y las convulsivas— el autor aconseja la cafeína intramuscular en una dosis de 2-3 mg, la alfa globulina, en una dosis de 0,003 g, a través de la vena umbilical, y el metrazol en una dosis de 0,12-0,26 g (1-2 gotas), afirmando que ayuda mucho a la respiración y mejora la actividad cardíaca.

Para terminar, el autor afirma que todos los casos necesitarán tratamiento antibiótico.

El trabajo que expone el Dr. Manuel Domínguez Carmona versa sobre la «Mortalidad infantil en la ciudad de Murcia». En 1900 la tasa de mortalidad infantil era de 290, y en 1955 descendió a 42 (figura 5).

El autor va enumerando la etiología de la mortalidad infantil, desde 1944 hasta 1955, de la que destaca las siguientes afec-

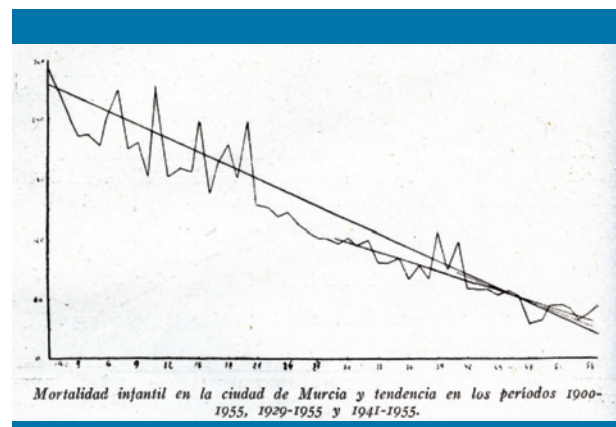


Figura 5. Mortalidad infantil en la ciudad de Murcia y tendencia en los periodos 1900-1955, 1929-1955 y 1941-1955

ciones: parada respiratoria, parología digestiva, sepsis, meningitis, debilidad congénita, otitis y mastoiditis, tétanos, problemas circulatorios, malformaciones congénitas, espasmo-filia, hemorragia craneal, gripe, tos ferina, poliomielitis, leishmaniosis, y otras.

En resumen, se estudia en este trabajo la mortalidad infantil en la ciudad de Murcia, especificando la línea de tendencia, la intervención de las distintas causas en la mortalidad infantil y la influencia que la edad de los niños, las estaciones y los agentes climáticos ejercen sobre ella, así como su distribución por distritos.

En «Progresos sanitarios en 1956», el Dr. Bosch-Marín ofrece su charla para Radio Nacional de España en su emisión

para América, dando contestaciones positivas sobre la sanidad infantil en nuestro país, como era de esperar.

Iniciamos un nuevo año de «Hace 50 años *Acta Pediátrica Española Publicaba...*», y creo que puede ser un deber que los pediatras jóvenes conozcan la historia contemporánea de la pediatría española; por eso me decidí mes a mes a relatar esta pequeña sección.

C. Fisser, célebre médico, autor de varias obras científicas y filosóficas, en un volumen de pensamientos afirmaba: «No perece la esterilidad del deber». Y como yo pienso que es un deber que las generaciones jóvenes de pediatras tengan la posibilidad de conocer el sacrificio y el trabajo de los que nos precedieron, cumpla mes a mes, aun a sabiendas que a veces pudiera ser «estéril». ■