

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

Comenzamos 2008 con la sección «Hace 50 años» esperando poder llegarles a contar lo que pasó en estos últimos años, desde 1943 en que se fundó la revista, ya que creemos que en los años anteriores a que comenzamos esta sección pudiera plasmarse en un pequeño libro lo que pasó en este más de medio siglo en nuestra pediatría a través de Acta Pediátrica Española.

En enero de 1958 se publicaron los siguientes trabajos:

En primer lugar, los Profs. A. Galdó, M. Cruz y B. Esteban realizaron un estudio sobre «Estudio electroforético de las proteínas plasmáticas en el recién nacido normal».

A continuación, los Dres. argentinos Dora G. de Camín, Carlos H. Avogrado, José Blaustein y Fernando J. Amitrano escribieron un artículo sobre el «Trastorno total respiratorio del lactante».

«Notas al margen de la comunicación (trastorno total respiratorio del lactante)», del Dr. Pérez Moreno, fue la nota-comentario siguiente.

El Dr. Jesús Martínez Fernández publicó un trabajo sobre «Nuevas experiencias con magnamicina».

El Dr. Luis de la Cuesta Almonacid y el Prof. auxiliar Dr. Carlos Daudén Sala realizaron a su manera el «mensaje» de «Dermatología pediátrica».

La figura de este mes estuvo dedicada al Dr. J. Boix Barrios de Valencia.

En el primer artículo de este mes, de los Profs. A. Galdó, M. Cruz y B. Esteban, «Estudio electroforético de las proteínas plasmáticas en el recién nacido normal», se estudió el protidograma mediante electroforesis sobre papel, las proteínas totales de 48 recién nacidos, cuya edad oscilaba entre las 2 horas y los 30 días, comprobándose un espectro proteico del recién nacido con características especiales, que lo diferencian del resto de niños y de la embarazada. Este protidograma presenta rasgos típicos ya en las primeras 24 horas de la vida y también una evolución peculiar en el primer mes.

Durante todo el primer mes, el recién nacido presenta una hipoproteïnemia debida a un descenso de la albúmina, más manifiesto durante la segunda y tercera semanas, para recuperarse después paulatinamente.

La fracción gamma de la globulina se halla aumentada, tanto en valores absolutos como relativos.

Las fracciones alfa y beta de las globulinas aumentan notablemente durante los primeros días después del nacimiento, aspecto que los autores relacionan con el incremento experimentado por los lípidos durante estos días.

La evolución y la cuantía de las proteínas plasmáticas durante el primer mes de vida son independientes del tipo de alimen-

tación, siempre que se trate de niños sanos. Además, existe una clara independencia del espectro proteico de la embarazada a término y del recién nacido. Son muy semejantes, pero al contrario, las cifras encontradas en la sangre de cordón umbilical, si se comparan con las proporcionadas por el protidograma del recién nacido en las primeras 24 horas.

Del estudio del protidograma en el recién nacido se demuestra la existencia de mecanismos protidoformadores en el feto, que todavía no están totalmente desarrollados, sobre todo por lo que respecta al hígado y el SRE.

El artículo se acompaña de 27 citas bibliográficas, tanto nacionales como internacionales.

El segundo artículo, de los Dres. Camín, Avogrado, Blaustein y Amitrano, sobre «Trastorno total respiratorio del lactante», incluye diversas explicaciones:

1. Síndrome característico en el trastorno total respiratorio (TTR). Está constituido por una dilatación permanente de las fosas nasales en ambos tiempos respiratorios, un tórax fijo o muy poco móvil en posición inspiratoria forzada, la retracción de los rebordes costales, el abombamiento epigástrico y la respiración de tipo abdominal, generalmente dificultada por el intenso meteorismo. Estos síntomas, comprobables todos en la exploración, caracterizan al TTR y permiten un diagnóstico diferencial claro e indudable con todos los demás procesos pulmonares.
2. El TTR es característico del lactante y se presenta, por lo general, en el transcurso de epidemias gripales; habitualmente no tiene relación con la gravedad del brote epidémico.
3. Se observa en pacientes con los más variados procesos anatomoclínicos del aparato respiratorio, pero solamente en una pequeña proporción. La evolución y la remisión de estos dos procesos son independientes y muchas veces netamente separables.
4. Puede afirmarse, casi con seguridad, que la discinesia del TTR no es consecuencia directa ni refleja de ninguna afección del aparato respiratorio, y cabe admitir para explicarla una perturbación de los centros nerviosos por acción directa del virus o de sus toxinas. Como consecuencia de esta agresión, se produce la inmovilidad del tórax en inspiración forzada, con inhibición del reflejo de Hering y Breuer, enfisema

pulmonar, atelectasia e, indirectamente, estasis venosas y edema broncoalveolar.

5. El empleo de aleudrina y bronquiolíticos ha conseguido mejorar el pronóstico, a pesar de lo cual aún sigue siendo de carácter reservado.
6. Por último, el éxito del tratamiento está basado, sobre todo, en un diagnóstico precoz antes de llegar al estado en que las lesiones son muchas veces irreversibles.

Los autores creían que había un capítulo abierto e inconcluso sobre la fisiología y la patología del sistema respiratorio del lactante y, pese a lo mucho escrito sobre ello, aún quedaban muchos aspectos por investigar. La última epidemia gripal trajo a la observación de los autores una gran cantidad de «pequeños pacientes» con procesos disneizantes que, sin adquirir la gravedad del TTR, no supieron ubicar en el casillero de las afecciones conocidas. Pensaron que debía profundizarse más el estudio de la semiología pulmonar del lactante, no sólo por parte de los pediatras sino también por los radiólogos, observando con detención y minuciosidad los movimientos respiratorios, el tipo y el número de éstos, la movilidad diafragmática y la fascie, que sugiere la presencia de la enfermedad antes que el pulmón mismo. En definitiva, supone volver a los métodos de observación clínica, que antes y siempre serán fuente de grandes enseñanzas. Si es así y conseguimos despertar en nuestros colegas la inquietud y la duda en torno a los procesos pulmonares graves del lactante, su objetivo se verá ampliamente cumplido.

El trabajo incluye 17 citas bibliográficas, de las cuales 5 corresponden a trabajos del Dr. Pérez Moreno, que es el autor del siguiente artículo: «Notas al margen de la comunicación (tras-torno total respiratorio del lactante)».

El predominio actual del estudio de los procesos agudos respiratorios, orientado principalmente en un sentido etiológico e inmunológico, está restando atención al estudio del paciente con los ojos con que lo observan los grandes clínicos del siglo XIX. Ambas orientaciones no sólo no son incompatibles, sino que se complementan, y es de enorme importancia práctica para el pediatra poder precisar con certeza, mediante inspección, los diversos diagnósticos de procesos respiratorios agudos y graves del lactante.

Evidentemente, la disminución de la mortalidad infantil por procesos respiratorios agudos es menor de la que correspondería en razón directa a la eficacia de los antibióticos y demás terapéuticas modernas.

A continuación, se presentan dos casos clínicos, y terminan diciendo: «excusado es afirmar que estamos plenamente identificados y que suscribimos totalmente las conclusiones a que han llegado los autores de tales casos, a los que expresamos nuestro agradecimiento por la generosa confianza con que nos han honrado, abriendo el camino para futuras colaboraciones».

El Dr. Jesús Martínez Fernández, médico puericultor del Estado, publica un trabajo sobre «Nuevas experiencias con magnamicina».

Después de describir 50 historias clínicas con diferentes procesos infecciosos, concluye que la magnamicina es un antibiótico llamado a ocupar un lugar preponderante en la lucha contra las enfermedades microbianas, no sólo por su gran potencia bacteriostática, sino por su amplio espectro y su indicación casi específica en las afecciones rebeldes a otras medicaciones. De los 50 casos presentados en esta comunicación, 48 se habían resistido tenazmente a otras medidas terapéuticas.

«Debemos a la magnamicina la salvación de varios niños enfermos de toxicosis.

«Consideramos que es insustituible en las bronconeumonías farinosas graves, pormenor que ya sospechamos en el trabajo anterior y que confirmamos ahora, apostando por la curación de dos niños muy graves y de otros dos de mediana gravedad.

«Se precisan dosis mínimas para obtener efectos terapéuticos, y en nuestro protocolo completo, que reúne 93 casos, no se han observado fenómenos de intoxicación y solamente uno de intolerancia.

«Es curioso que las enfermedades graves con amplia repercusión general exijan siempre dosis más pequeñas que las localizadas en un órgano o tejido, tanto para lograr la remisión de los grandes síntomas como para obtener la restitución completa de la estructura anatómica.

«Abrigamos la esperanza de dedicar un próximo estudio a la acción de la magnamicina en la tos ferina y en las enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central.»

Para terminar este número, como anteriormente decíamos, el Prof. Luis de la Cuesta Almonacid y el Prof. Carlos Daudén Sala publican su trabajo sobre «Dermatología para pediatría».

En forma de mensaje, los autores afirman que les preocupa que los pediatras no tengan la experiencia de las clínicas dermatológicas o la de quienes cultivan como especialidad la medicina infantil.

El proyecto es satisfacer la curiosidad sobre temas dermosiolográficos con algunos minutos de lectura, y evitar así el desplazamiento a cursillos y la consulta de publicaciones generalmente alejadas del ambiente pediátrico.

Es imposible resumir en el espacio que tenemos para esta sección todo el trabajo de estos dermatólogos, por lo que voy a intentar transcribirlo de una forma lo más objetiva posible.

Comienzan describiendo algunas moniliasis cutaneomucosas del lactante y su tratamiento.

A continuación abordan el papel que corresponde a los pediatras en el hallazgo del Dr. Daudén Sala de formas precoces de la lepra, para después pasar a un tercer punto sobre el acetato de talio en el tratamiento de las tiñas escolares.

Prosiguen con sus experiencias en el campo de la clínica dermatológica de una nueva penicilina oral, la penicilina V, para a continuación disertar sobre la acromicina en la erisipela del lactante.

Describen un brote de alopecia cicatricial lineal, y a continuación pasan a detallar en su trabajo las infecciones de piscina causadas por diferentes tipos de corinebacterias.

Asimismo, describen casos de penfigoide agudo séptico-alérgico seguido por una verrucosis generalizada, de hipotricosis, sindactilia y degeneración retinaria en dos consanguíneos, y de alfa-fluorhidrocortisona en un eccema constitucional infantil, para terminar con las tiñas del cuero cabelludo en el problema de Algeciras.

El Dr. de la Cuesta acaba diciendo que no sabe hasta qué punto los extremos tocados en este trabajo habrán podido interesar. Si ha logrado mantener la atención y se saca provecho

de su lectura, habrá conseguido lo que se proponía. Tratará de mejorarse en la carta próxima, atendiendo, como ya dijo, las indicaciones que se le hagan. «Hasta entonces, agradeciendo la atención de esta lectura, se despide de ustedes su buen amigo y compañero, el Dr. Luis de la Cuesta».

Me encantaría que durante el nuevo año esta sección suscitara tantas dudas que se pudiera aplicar la frase del filósofo griego del siglo V a.C. Jenófanes: «Interrogar es enseñar». Ojalá esta sección levantara tantos interrogantes a los pediatras, porque eso sería una señal de lo muy provechoso que resulta conocer la historia de la pediatría a través de nuestra revista. ■