

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

### AÑO XV ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 179

### SUMARIO DEL NÚMERO DE NOVIEMBRE DE 1957

#### FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

*El profesor Lelong, de París*

#### ARTÍCULOS ORIGINALES

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

Disostosis membranosa con hipervitaminosis A y D, por el doctor A. Valls

Secuencias psíquicas del hijo rechazado, por el doctor J. Moragas

La selección madre-hijo, por el doctor J. Molina

La agresividad infantil como problema, por el doctor F. Mendiguchía

Aportación personal de un caso de adamantinoma en la infancia, por el doctor Andrés G. Meneses Pardo

La hipoproteinemia idiopática del niño, por el doctor J.A. de Paz Garnelo

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicaba en el mes de noviembre de 1957 artículos originales y notas clínicas, dedicando la «Figura de la pediatría» al profesor Lelong, de París.

Antes de resumir este número, quisiera destacar la originalidad de algunos de los trabajos que se publican, lo que me ha obligado a transcribir íntegramente alguno, ya que lo que pasaba hace 50 años sigue sucediendo hoy. Quizá por el cambio de sociedad que hemos experimentado (que, en mi opinión, afecta a los niños de una forma u otra), los pediatras deberíamos releer este trabajo de hace 50 años para poner solución, de la forma más urgente posible que esté a nuestro alcance, a lo que le pasa en estos momentos a la población infantil.

Ha cambiado la situación. Ahora los niños inician las guarderías, a mi juicio, quizás excesivamente pronto, con todas las ventajas y los problemas que ello plantea.

El primer trabajo fue una nota clínica del Dr. A. Valls sobre «Disostosis membranosa con hipervitaminosis A y D».

A continuación, el Dr. Javier Moragas publicó «Secuencias psíquicas del hijo rechazado», y el Dr. J. Molina continuó con la misma línea de trabajo con «La selección madre-hijo».

«La agresividad infantil como problema» fue la publicación del Dr. F. Mendiguchía, y a continuación el Dr. Andrés G. Meneses Pardo ofreció la nota clínica «Aportación personal de un caso de adamantinoma en la infancia».

Finaliza este número con un trabajo monográfico el Dr. J.A. de Paz Garnelo sobre «La hipoproteinemia idiopática del niño».

En el caso clínico «Disostosis membranosa con hipervitaminosis A y D», el Dr. A. Valls realiza un diagnóstico diferencial después de ofrecer una presentación muy detenida sobre la

clínica del caso, y afirma que se le plantearon los siguientes diagnósticos diferenciales:

1. Formación incompleta de los huesos de origen membranoso, que le obligaba a comentar el capítulo abigarrado de la disostosis cleidocraneal.
2. Hipercalemicación de los huesos de origen endocondral.
3. Hipervitaminosis A y D.

El paciente presentaba proliferaciones periósticas externas localizadas de preferencia en el cúbito, la clavícula, el fémur y la tibia, que eran los huesos más afectados en este enfermo. Según Pugh, el periostio no suele tener aspecto laminar y su grosor es mayor en la parte medial de la diáfisis, disminuyendo gradualmente hacia la epífisis. Los engrosamientos en este caso son principalmente de la capa interna de la cortical, a excepción del que se observa en el tercio medio del peroné, que corresponde a las alteraciones radiológicas de la hipervitaminosis A y D.

El autor termina su nota clínica realizando el diagnóstico después del estudio radiológico y las analíticas completas con «hipervitaminosis A y D» por la cifra alta de lipemia y por la hiperostosis cortical o perióstica del tercio medio del peroné y de intoxicación por vitamina D, dados los signos evidentes de insuficiencia renal; todas estas alteraciones disminuyeron y desaparecieron al suprimir la ingestión de preparados vitamínicos.

Solamente se estableció tratamiento con la supresión de las dosis masivas A y D, vitamina B, etc. Si los síntomas renales y las alteraciones del calcio y el potasio hemáticos hubieran persistido, habría estado indicado el tratamiento con ACTH. En el momento de la publicación de esta nota clínica, continuaba la observación de la evolución de esta niña.

No puedo por menos de copiar literalmente el trabajo «Secuencias psíquicas del hijo rechazado», por el Dr. Jerónimo de Moragas, cuya lectura aconsejo a todos los pediatras de hoy para que, como decía en la introducción, intentáramos poner solución a este grave problema.

«Cualquier persona sin una abundante práctica médica o sociológica, y con una cantidad considerable de bondad en su alma, podría suponer que el hijo rechazado al que vamos a referirnos se trata de aquel niño que alguien encuentra en el umbral de su casa al acudir a una llamada misteriosa a su puerta durante la noche. A este niño, que desgraciadamente existe, tal vez sería más exacto llamarlo "niño abandonado". El tipo de "niño rechazado" al que nos referimos es muy habitual, y no lo encuentra nadie abandonado tras una puerta, sino posiblemente dentro de una gran cuna en el salón de un piso suntuoso o dentro de un capazo en el comedor de un piso corriente.

»Está allí recibiendo los rayos del sol, tomando su comida controlada por un puericultor experto y habiendo recibido ya todas las vacunas aconsejables y, muy probablemente, una superabundancia de vitaminas.

»Pero lo que no está allí es el cuidado y el afecto de una madre que continúe su gestación ayudándole con su amor a que su cerebro interno se ponga en conexión con su cerebro externo, para que, anudando el mundo propioceptivo con el mundo exteroceptivo, llegue a la comprensión de la realidad, consiguiendo con el tiempo su propia integración en el mundo de Dios y de los hombres. Su madre no está allí porque no pueda, sino simplemente porque no quiere estar, porque ya no quiso a su hijo en el momento que adivinó su engendramiento no deseado, porque ya desde el primer día que lo sintió llamando dentro de sus entrañas lo conceptuó como algo que venía a perturbar su egoísmo, y si aún le quedó algo femenino para no rechazarlo físicamente, destruyéndolo, lo está rechazando semana tras semana con su imaginación, haciendo como si no existiera. El rechazo aún puede ser más categórico y estar teñido de una mayor tonalidad de resentimiento cuando el engendramiento ha sido causado por un error o un fracaso de lo que cínicamente ha penetrado ya en el lenguaje común de demasiadas mujeres con la calificación de "técnica control". En estos casos, el rechazo será mucho mayor porque al estorbo del hijo se añade el resentimiento contra el fracaso de cualquier técnica, que es una de las características del hedonismo actual.

»Hay otra forma de rechazo, tal vez menos frecuente y de raigambre menos profunda en quien lo realiza, que es el que proviene de la desilusión y la contrariedad de que el hijo no sea del sexo deseado.

»Entiéndase bien que el menos dañino de los rechazos sería el que consistiera, ante todo, en un abandono de la madre. Entonces, el hijo, aunque no recibiera su afecto, también podría llegar, tarde o temprano, a una conexión entre lo propioceptivo y lo exteroceptivo, alcanzando una integración en el mundo ciertamente insuficiente, pero no totalmente despreciable. El rechazo peor no es el que aún permite que se produzca esta

integración faltándole un amor, sino el que la dificulta añadiéndole un odio. Todos hemos podido sentir en alguna ocasión la nostalgia de que algo está ausente de nuestra intimidad. Pero esta nostalgia llegaría a un punto máximo si dependiera, más que de una ausencia, de la presencia de algo que estuviera frente a nosotros haciendo como si no existiéramos. Y esto es lo que a veces le ocurre al hijo rechazado. No que allí no esté su madre, sino que está demasiado presente, haciéndole constar, con su gesto y su mirada, su indiferencia resentida, el estorbo que él produce.

»La primera secuencia psíquica del rechazo quedaría incluida en el campo de lo inconsciente y consistiría en un retardo en la formación del propio esquema corporal y, por tanto, de la idea de la propia persona y de sus conexiones con la sociedad. En la imagen que cada cual tiene de sí mismo hay algo de la imagen de las personas que nos rodean, entre las cuales tiene una importancia decisiva la de la madre, no tan sólo por su valor intrínseco, sino por ser ella, en gran parte, la ventana por donde entran las demás. Nuestra conexión con las personas y el mundo se establece durante toda la infancia, especialmente a través de la tonalidad afectiva de ellas, placentera o no y, ante todo, según lo haya sido la de la madre. Por tanto, el hijo rechazado tendrá inconscientemente una difícil conexión con el mundo y los seres humanos y una deficiente integración social. Muchas conductas psicopáticas o neuróticas que, a través del egoísmo, el egocentrismo, el sadomasoquismo, la misantropía o la misoginia, sitúan al niño o al adolescente dentro de la escala de la sociabilidad, y para las que buscamos explicaciones en los complejos de tipo edipiano, son, a nuestro entender, una secuencia de haber tenido que entrar en el concepto de realidad del mundo a través del rechazo maternal.

»Esta secuencia no se produce siempre a través del inconsciente; en muchas ocasiones, el niño no tan sólo siente la nostalgia de no recibir un afecto positivo que desconoce, pero presente, sino que siente la desazón de un afecto negativo que le constriñe. Es decir, no tan sólo no se siente querido, sino que se siente malquerido; entonces, su conducta no es inconscientemente agresiva, y procura hacer todo el daño de que es capaz odiando a quien le odia.

»Un tercer tipo de secuencia psíquica del rechazo se da en los hijos que llegaron varones cuando se deseaba una hembra, o llegaron hembras cuando se deseaba un varón. Muchos lamentables afeminamientos en el gesto, el vestir, la actitud social de ciertos niños y muchachos no son otra cosa que inconscientes ganas de complacer a unas madres que están rechazando al niño que hubiera deseado niña. Y algunos «marimachos» sólo lo son como la compensación del rechazo que recibieron por no haber nacido niños.

»No quisiera acabar dejando en el aire una suposición: que el rechazo de los hijos sólo sea una falta de las mujeres. Biológica y psíquicamente, la mujer tiene más posibilidades de sentir el rechazo y mayores probabilidades de hacerlo más contundente. Pero los hombres no escapan a esta posibilidad; lo que ocurre es que, siendo aún nuestra posición dentro de la socie-

dad una situación de privilegio, nos es más fácil disimular nuestros errores.

»Me parece necesario llamar la atención de pediatras, tocólogos, sociólogos y sacerdotes sobre esta posibilidad del rechazo del hijo, porque, de tenerla en cuenta, algunas veces no llegaría a producirse.»

El tercer trabajo es «La selección madre-hijo», firmado por el Dr. J. Molina Núñez. Basa su publicación en la propia experiencia con una madre con alteraciones psicológicas (ansiedad, sobreprotección, angustia ante la soledad, etc.) que la llevaban a dormir siempre con su hija enferma. La niña, psicológicamente sana, se estaba adentrando en la patología materna, hasta que la eficaz actuación del pediatra (éste siempre debe tener una gran formación psicológica) consiguió liberarla de dicha patología con la eficaz colaboración de la enfermera.

El autor va repasando las diferentes etapas psicológicas de los niños y de la poderosa influencia de la familia (sobre todo de la madre en este caso, pero no hay que olvidar al padre). La formación del pediatra y el tiempo necesario para atender a un niño son imprescindibles. Este niño pertenecía a una consulta del antiguo Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) (Nota del Editor: Hace 50 años sí había tiempo para atender a los niños... ¿y ahora?)

En la siguiente publicación, que trata sobre «La agresividad infantil como problema», el Dr. F. Mendiguchía afirma que desde que Freud dio a conocer su doctrina hasta nuestros días han pasado muchos años y muchas cosas; en general, se admiten las doctrinas freudianas en su mayor parte; en lo que se refiere a la sexualidad y el escándalo frente al complejo de Edipo, han disminuido mucho. El hombre actual no vive obsesionado por la sexualidad, sino angustiado ante la dureza de la vida y la posibilidad de una muerte violenta. Dos guerras mundiales, otras muchas parciales y una posible hecatombe final es más de lo que el «yo» puede soportar, y llevan al ser humano a una angustia existencial: se siente agredido en la vida familiar y social; siente cómo las fuerzas que dominan el mundo son las agresoras, y el «yo», amenazado, se defiende, en parte, negando tal agresividad y, en parte, reprimiéndola.

Sin embargo, como Freud puso al ser humano ante su sexualidad, de la que no debe avergonzarse, hay que reconocer que tiene un instinto de agresión del que tampoco debe avergonzarse. Y si no queremos llamarle instinto, porque esta palabra esté quizás un poco desacreditada, lo podemos llamar impulso, impulso agresivo, que obedece a una necesidad, la necesidad de seguridad, y tiene un incentivo, el poder.

Ante este dilema, represión o alentamiento de la agresividad, el pedagogo se encuentra con que ambas cosas son perniciosas para la futura personalidad del niño. ¿Qué hemos de hacer, pues?

El autor cree que la solución razonable es que la energía que alimenta los impulsos agresivos sea absorbida, en parte, en los

propios actos agresivos naturales de la infancia: peleas, formación de pandillas con espíritus ofensivos, etc., y sobre todo en su derivación o sublimación hacia las actividades lúdicas y deportivas que, con su espíritu de competición y de lucha, sirven perfectamente para descargar la energía agresiva infantil.

(Nota del Editor: Creo que no tiene desperdicio este número de *Acta Pediátrica Española*, porque se ajusta a la perfección, íntegramente, a lo que está sucediendo en 2007, 50 años después.)

A continuación, se expone otra nota clínica del Dr. Andrés González-Meneses Pardo: «Aportación personal de un caso de adamantinoma (ameloblastoma) en la infancia» (figuras 1-5).

Después de realizar una exhaustiva y pormenorizada descripción del adamantinoma, el autor establece como tratamiento la extirpación quirúrgica del tumor, procurando su resección carnosa con cucharilla y raspando la superficie interna de la cápsula fibrosa. Es eficaz la electrocoagulación, procurando no lesionar en exceso el maxilar, y deben respetarse los vasos y los nervios que puedan estar en relación anatómica con el tumor. En ocasiones, es preciso practicar un bloqueo del maxilar para evitar posibles fracturas. No todas las formas anatomopatológicas del adamantinoma son sensibles a la radioterapia y, por ello, se suele preferir el tratamiento quirúrgico.

Termina este número con un trabajo bibliográfico sobre «La hipoproteinemia idiopática del niño» del Dr. José Antonio de Paz Garnelo, que comienza describiendo las causas de la hipoproteinemia:

1. Por deficiencia de proteínas en la dieta: distrofia farinácea, desnutrición, kwashiorkor...
2. Por escasa absorción: diarrea, celiacía, fístulas intestinales.
3. Por escasa utilización: anemia perniciosa, hipertiroidismo, diabetes mellitus...



Figura 1

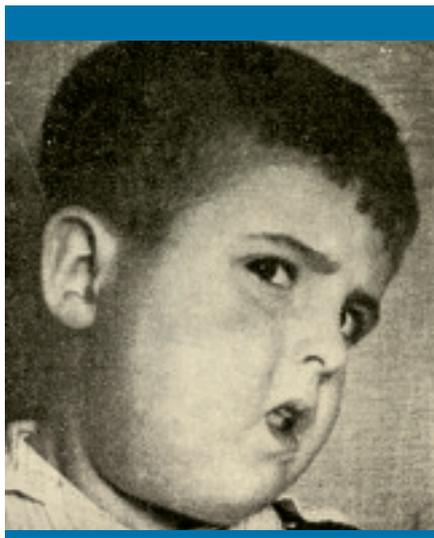


Figura 2

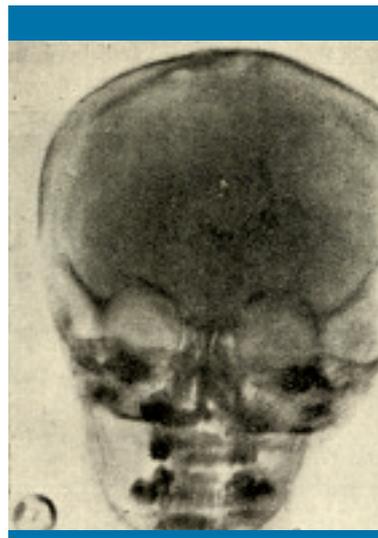


Figura 3

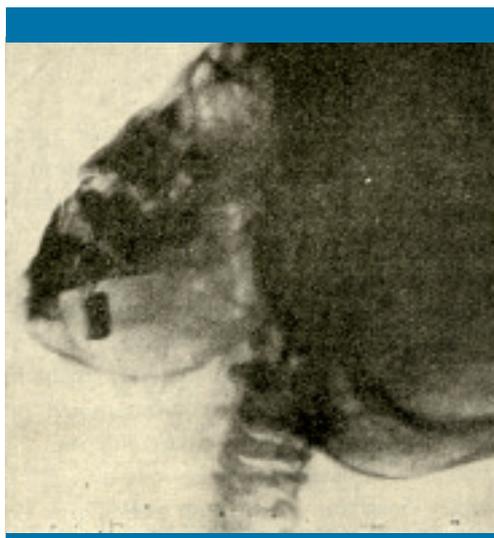


Figura 4

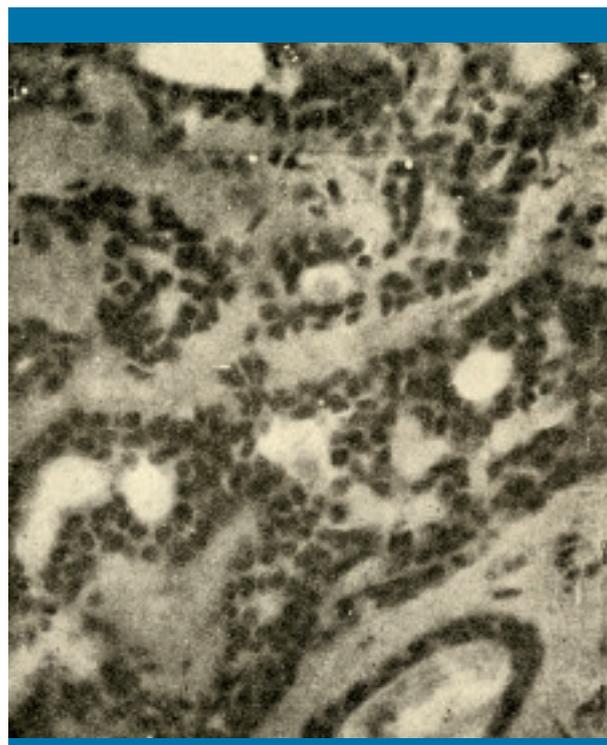


Figura 5

4. Por síntesis imperfecta de las proteínas: cirrosis, ¿hipoproteïnemia idiopática?...
5. Por pérdida excesiva de proteínas sanguíneas:
  - a. Por la orina: nefrosis, glomerulonefritis crónica...
  - b. Por la piel: quemaduras, eccemas, heridas...
  - c. Por el tracto intestinal: enteritis, colitis...
  - d. Por hemorragia aguda o crónica.

El autor va desgranando el concepto de historia, fisiopatología, anatomía patológica, cuadro clínico, evolución y pronóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento, con una amplia bibliografía de 33 referencias, que para aquellos años ya era un trabajo exhaustivo de revisión correctamente tratado; en muchos de sus puntos, su concepto de fisiopatología todavía perdura hoy en día.

Todo este número prácticamente me lleva a la frase de la célebre escritora inglesa Mary Cholmondeley: «Una infancia

feliz constituye uno de los mejores dones que los padres pueden otorgar».

Creo que los pediatras debemos intentar, además de curar enfermedades físicas, que la ecología familiar sea lo más feliz y armónica posible, para que el niño, desde el momento de su concepción ya en la vida intrauterina, tenga sensaciones agradables y una infancia como la describe Mary Cholmondeley: «Feliz, para que su vida adulta sea plena». ■