

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

### AÑO XVI ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 187

#### **SUMARIO DEL NÚMERO DE JULIO DE 1958**

##### **FIGURAS DE LA PEDIATRÍA**

*El doctor Crespo-Santillana*

Saludo a la nueva Junta Directiva de la Sociedad de Pediatría de Madrid

##### **ARTÍCULOS ORIGINALES**

*Trabajos doctrinales y notas clínicas*

La sobremadurez en el recién nacido, por los doctores Luciano de la Villa y Antonio Fuertes

La terapéutica por clorpromazina en la prematuridad, por los doctores Luciano de la Villa y Antonio Fuertes

Síndromes neurológicos y psíquicos consecutivos a ciertas intervenciones quirúrgicas en el niño, por el doctor M. Schachter

### AÑO XVI ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 188

#### **SUMARIO DEL NÚMERO DE AGOSTO DE 1958**

##### **FIGURAS DE LA PEDIATRÍA**

*El doctor Collado Otero, de Ávila*

##### **ARTÍCULOS ORIGINALES**

*Trabajos doctrinales y notas clínicas*

Valor diagnóstico del hidramnios en cirugía pediátrica, por el doctor E. Roviralta

Tratamiento hormonal de la hipertrofia tímica, por el doctor Bernardo Pérez Moreno

Síndrome de Waterhouse-Friderichsen, por el doctor Bernardo Pérez Moreno

Las diarreas en la infancia y su tratamiento con chemicetina, por el doctor A. Montero Rodríguez

Puericultura, por el doctor J. Rodríguez Pedreira

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicaba en los meses de julio y agosto de 1958 varios trabajos y notas clínicas que vamos a pasar a resumir.

El primer trabajo correspondía a los Dres. Luciano de la Villa Rodríguez y Antonio Fuertes Bello, y trataba sobre «La sobremadurez en el recién nacido». A continuación los Dres. Luciano de la Villa Rodríguez y Antonio Fuertes Bello repetían una nueva publicación sobre «La terapéutica por clorpromazina en la prematuridad».

Pasamos al tercer y último trabajo de este mes de julio, que trató sobre «Síndromes neurológicos y psíquicos consecutivos a ciertas intervenciones quirúrgicas en el niño», a cargo de M. Schachter, médico del Comité de la Infancia de Marsella y publicado íntegramente en francés.

En el primero de ellos, los Dres. Luciano de la Villa Rodríguez y Antonio Fuertes Bello señalan la importancia de la sobremadurez

como problema de gran relieve pediátrico, tanto por su frecuencia como por sus posibles consecuencias perjudiciales para el recién nacido y en edades posteriores del niño. Dado que es un proceso poco conocido, a los autores les interesa su divulgación, invitando a su estudio e investigación. Exponen su experiencia a lo largo de un año, en una muestra de 1.173 recién nacidos, puntualizando los datos de más interés práctico, preferentemente en su proyección clínica, deducidos con motivo de dicho estudio. Por último, realizan una revisión personal, acompañada de bibliografía, sobre el concepto, la denominación, la etiopatogenia, la profilaxis y el tratamiento de la sobremadurez del recién nacido.

El segundo trabajo, de los mismos autores, trata sobre «La terapéutica por clorpromazina en la prematuridad».

Comienzan indicando que la gran mortalidad durante las primeras horas y días consecutivos al nacimiento que ensombreció la suerte del niño prematuro lleva a considerar y discernir

con detenimiento todo método terapéutico capaz de evitar o, al menos, disminuir sus elevadas tasas de mortalidad posnatal.

Establecen a continuación su punto de vista sobre la denominada «hibernación artificial», término que sugiere una medicación larga, continuada, y la consecución de un estado, si no total, al menos muy intenso y persistente de disminución o inhibición de las constantes vitales del niño prematuro, método que los autores prefieren eludir por su peligrosidad y al que sólo llegarán excepcionalmente.

Para ellos se trata de una medicación que, tan corta como sea posible, produce una gran inhibición inicial y después más ligera, aunque suficientemente duradera y activa, con la que pretenden evitar complicaciones en estos niños inmaduros que se repiten, una vez lograda esa hipofunción general y muy completa de su organismo durante varios días.

Por ello, prefieren hablar de «hibernación artificial abreviada» o, de modo más concreto, terapéutica por largactil, separando con ello la posible sugerencia del término hibernación artificial para la mayoría o totalidad de los médicos, que podría dar lugar a interpretaciones equívocas en su estudio.

Según los autores, las indicaciones serían:

1. Terapéutica anti-*shock* obstétrico.
2. Terapéutica favorecedora del síndrome de adaptación del prematuro en el momento del nacimiento.
3. Terapéutica intercalada (de interrupción):
  - a) Infecciones: bacterianas (sobre todo sepsis) o viriásicas.
  - b) Neumonías aspirativas, atelectasias.
  - c) Cirugía del prematuro.
4. Medicaciones sintomáticas.

En cuanto a las técnicas de administración, opinan que se puede administrar por vía oral, mixta, intramuscular, parenteral o rectal.

Presentan su casuística de 30 casos, pormenorizando cada uno de ellos y estudiando las complicaciones que la terapéutica puede acarrear: edemas, tendencia hemorrágica y paresia intestinal.

En cuanto a la duración del tratamiento, opinan que se debe procurar reducir a un mínimo la aplicación de largactil. Entienden por mínima una duración de 12-18 horas.

Entre otras medicaciones asociadas los autores señalan el complejo B, la vitamina C y Prostigmine, y a continuación pasan a exponer la alimentación durante la terapéutica con largactil.

Terminan su trabajo con un interrogante: ¿puede largactil determinar complicaciones que hagan peligrar la vida del prematuro? Ciertamente sí, si se utiliza sin control y durante periodos prolongados; de no ser así, tal como lo practican los autores, el riesgo es mínimo y siempre justificable. Aunque también en algún caso lo estaría un tratamiento muy duradero que da un margen posible de curaciones en procesos que podrían conducir a la muerte.

En el trabajo «Síndrome neurológico y psíquico consecutivo a ciertas intervenciones quirúrgicas en la infancia», por el Dr. M. Schachter, se exponen de una forma gráfica dos casos de síndromes neurológicos instalados, después de intervenciones quirúrgicas, discutiendo a la vez las alteraciones neurológicas y psiconeuróticas observadas tras ciertas intervenciones, que en los lactantes aparecen indemnes.

Con esto finaliza el mes de julio, y comienza el mes de agosto con un trabajo del Dr. E. Roviralta, de Barcelona, sobre el «Valor diagnóstico del hidramnios en cirugía pediátrica». A continuación el Dr. Bernardo Pérez Moreno, de Valladolid, publica un trabajo sobre «Tratamiento hormonal de la hipertrofia tímica».

De nuevo el Dr. Bernardo Pérez Moreno publica «El síndrome de Waterhouse-Friderichsen», y termina el mes de agosto con un trabajo del Dr. A. Montero Rodríguez sobre «Las diarreas en la infancia y su tratamiento con chemicetina».

El Dr. E. Roviralta comienza su trabajo sobre el «Valor diagnóstico del hidramnios en cirugía pediátrica» discutiendo el concepto de que el hidramnios podría deberse, entre otras causas, al defecto de absorción del líquido amniótico por el tubo digestivo del feto, de donde pasa a la circulación materna, que había sido sospechado, e incluso comprobado en 1937, por De Snoo, valiéndose de una experiencia clínica de gran valor.

El autor va describiendo la investigación y exponiendo algunos otros diagnósticos, como los de J.S. Scott y J.K. Wilson.

Resume su trabajo diciendo que todo lo expuesto le sirve para limitarse a insistir en la trascendencia que tienen para el diagnóstico muy precoz de algunas malformaciones congénitas del tubo digestivo el conocimiento y la puesta en práctica de ciertos conceptos y maniobras, alguno de ellos muy reciente. Por tanto, es preciso divulgarlos entre todos los profesionales que asisten un parto. Su desconocimiento o inatención inician un proceso que fácilmente tenderá a agravarse en los días sucesivos, abocando a una complejidad sintomática que dificultará un diagnóstico preciso (que, sin duda, es el hecho más frecuente) o, cuando menos, contribuirá a que el niño con una malformación llegue al quirófano en unas condiciones que dejen pocas esperanzas de salvación.

El Dr. Bernardo Pérez Moreno publica su experiencia sobre «Tratamiento hormonal de la hipertrofia tímica». Comienza su trabajo diciendo que aunque es evidente que el timo está hipertrofiado en algunos enfermos, con aumento del volumen comprobable radiográficamente, en el que puede valorarse el grado de hipertrofia, aunque de una forma incompleta, por diversos métodos (el autor se sirve de la valoración de Coe), entre la anchura de la sombra cardiovascular y el diámetro interno del tórax, medidos ambos al mismo nivel de la segunda articulación condroesternal, su relación es normalmente 1:2,2, en los primeros meses de vida (figuras 1-3).

Va comentando cada uno de sus casos y termina afirmando que es evidente la eficacia del tratamiento con dosis moderadas de prednisona, e intervalos de adrenocorticotropina (AC-

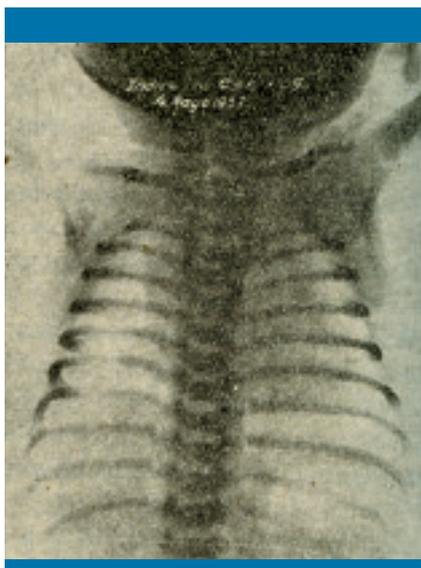


Figura 1

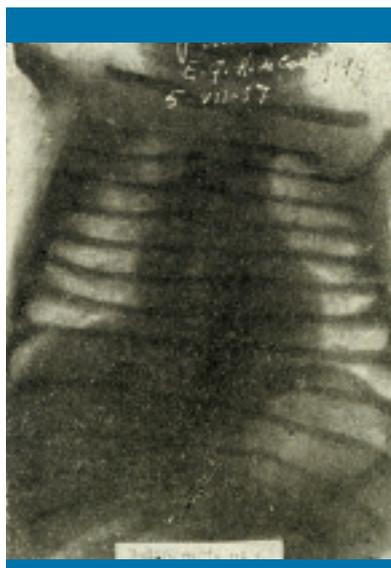


Figura 2

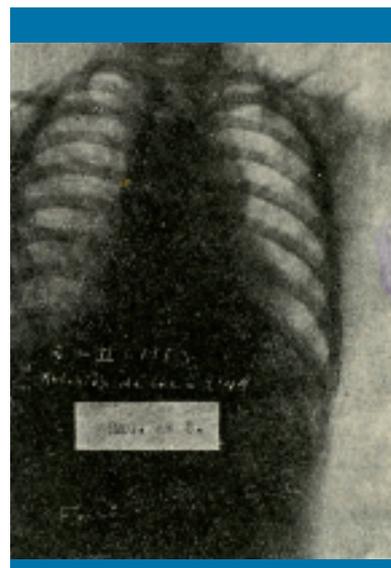


Figura 3

TH), con paso de la relación de Coe desde 1,43 a 1,94, prácticamente normal, en solamente 3 semanas, a expensas de la reducción de la imagen tímica. [Nota: Las medidas indicadas en el texto se han obtenido sobre las radiografías.]

Continúa el Dr. Bernardo Pérez Moreno hablando del «Síndrome de Waterhouse-Friderichsen», y afirma que es el proceso clínico que expresa más dramáticamente la «fase de schol» de la «reacción de alarma» del SAG por un estrés infeccioso generalmente, una sepsis meningocócica fulminante, con infarto hemorrágico, y un fallo funcional súbito de las suprarrenales.

Continúa con la descripción de la evolución clínica de los enfermos tratados con hormonas hipofisocorticales, acompañada de su casuística.

En cuanto al pronóstico, lo divide en dos grupos: a) pronóstico siempre mortal, anterior al empleo de las hormonas hipofisocorticales; b) a partir de ACTH y cortisona, comenzando por él en 1954 y publicado en *Acta Pediátrica Española* de 1955 (148: 245), de pronóstico condicionado al momento en que comienza el tratamiento.

En cuanto al tratamiento, en el primer grupo fue primero patogénico, con la administración de desoxicorticosterona, intramuscular e intravenosa, en grandes dosis, junto con amplias dosis de vitamina C y analépticos, incluso de manera sistemática.

El segundo grupo de tratamiento patogénico consistió, en algunos pacientes, además del anterior, en la administración de cortisona, seguida de ACTH, vitamina C y analépticos.

Acompaña también la casuística del segundo grupo de este síndrome, que va desarrollando de una forma muy detallada, y así termina su extenso trabajo.

Para terminar esta sección sobre estos dos meses, realizamos el resumen del trabajo del Dr. A. Montero Rodríguez sobre «Las diarreas en la infancia y su tratamiento con chemicetina».

Este autor presenta una casuística de 11 pacientes, afirmando que sólo ha querido reseñar unos casos de diarreas en la infancia tratadas con chemicetina. En todos los casos tratados con este fármaco, se observa que el proceso diarreico cede rápidamente, incluso en los casos en que se desarrollaba como una enteritis infecciosa de tipo colibacilar, que eran resistentes a las sulfamidas e incluso a la propia estreptomycinina.

Todos los niños toleraban perfectamente el medicamento, y el tratamiento se había realizado junto con el plan dietético indicado en cada caso particular.

Asimismo, empleó yodobismutato de quinina, pues con ello, y en los casos típicos de salmonelosis, consiguió un acortamiento del proceso y una discreta elevación de la temperatura, lo que implicaba que el proceso con complicación fuese nulo.

Con esta sección de «Hace 50 años» pretendemos que los pediatras jóvenes, y ya no tan jóvenes, aprendamos lo que se realizaba en el año 1958 en la pediatría de nuestro país, y saquemos conclusiones para que, parafraseando a Wieland, autor alemán del siglo XVII, aprendamos «a cometer fallos y errores, haciéndonos maestros mediante el ejercicio, sin que nos demos cuenta del procedimiento seguido».

Encontraremos muchos fallos y errores, pero también cosas muy útiles en aquellos que nos antecedieron en la pediatría de nuestro país. ■