

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

### AÑO XIV ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 159

### SUMARIO DEL NÚMERO DE MARZO DE 1956

#### FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El Dr. Vázquez-Velasco, de Madrid

#### ARTÍCULOS ORIGINALES

##### Trabajos doctrinales y casos clínicos

Terapéutica antibiótica e inmunidad. Dr. D. J. Bosch-Marín

Casuística del trastorno total respiratorio del lactante. Dr. B. Pérez-Moreno

Mortalidad neonatal en Sevilla y su provincia. Estadística, causas y remedios. Dr. E. Balén Bejarano

El doctor Jorge Comín. Prof. P. Martínez-García

El doctor Comín. Dr. J. Comín Ferrer

Ha muerto Comín. Dr. J.L. Aldecoa-Juaristi

Ha muerto Jorge Comín. Dr. J.L. Morales

El doctor Jorge Comín Vilar. Dr. Ruiz-Santamaría

En memoria del doctor Comín. Dr. V. Giménez

El doctor Jorge Comín. Dr. J. Selfa

Relación etiológica entre la leishmaniosis visceral y la cutánea. Dr. J. Comín

Hace 50 años *Acta Pediátrica Española* publicó en el número de marzo de 1956 los trabajos de los Dres. J. Bosch-Marín, «Terapéutica antibiótica e inmunidad», B. Pérez-Moreno, «Casuística del trastorno total respiratorio del lactante», E. Balén Bejarano, «Mortalidad infantil en Sevilla y su provincia. Estadística, causas y remedios»; a su vez, P. Martínez-García, J. Comín Ferrer, J.L. Aldecoa-Juaristi, J.L. Morales, Ruiz-Santamaría, V. Giménez y J. Selfa realizaron cada uno una descripción de la vida profesional y el perfil científico del Dr. Jorge Comín, fallecido ese año. Es de agradecer que *Acta Pediátrica Española*, en este número, también reprodujera un trabajo del Dr. Comín, publicado en 1945 sobre la «Relación etiológica entre la leishmaniosis visceral y la cutánea», en recuerdo a la personalidad de este ilustre compañero.

La «Figura de la pediatría» del mes correspondió al Dr. Carlos Vázquez Velasco (figura 1), neuropsiquiatra infantil, que obtuvo el número uno en las oposiciones para la dirección de la Escuela de Anormales de Madrid y uno de los pioneros de la psiquiatría infantil española.

#### Terapéutica antibiótica e inmunidad

El Dr. J. Bosch-Marín inicia esta exposición apuntando lo que en aquellos tiempos era la novedad en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, ya que se soñaba con lograr la *sterelísario*

*magna*, que, en su tiempo, correspondió al casi omnipotente salvarsan, luego a las sulfamidas y, más tarde, a la ya larga serie de antibióticos que se iniciaron con la penicilina.

«Amortiguado el entusiasmo de los primeros tiempos y, sin caer en el pesimismo del clásico que recomendaba a los jóvenes: “apresúrate a utilizarlo, antes de que pase de moda”, se puntualizan indicaciones precisas, se conocen los efectos secundarios y los nuevos perfiles de la patocronia de las infecciones, modificada en su evolución espontánea y no siempre en sentido favorable, por la interferencia del nuevo remedio con el fenómeno normal de la inmunidad ante la agresión antigénica.»

El retraso o la no aparición de la inmunidad llevaba a considerar tal conducta terapéutica como perjudicial en muchas ocasiones, «evitando el proceso de inmunización activa de toda infección curada, y convirtiendo el proceso terapéutico en curación pasiva, cual pudiera ocurrir *in vitro* al enfrentar a gérmenes patógenos y a su oportuno antibiótico».

Continúa Bosch-Marín afirmando que ni la terapéutica antibiótica resuelve todos los procesos infecciosos de las bacterias sensibles a ella, ni hay que olvidar la importante cuestión relativa al momento de la administración de la medicación. «En unos casos está indicada una terapéutica antibiótica precoz, como en la neumonía o la meningitis purulenta; por el contrario, en otras enfermedades bacterianas, como es el caso concreto de la escarlatina, la terapéutica antibiótica bactericida,



Fig. 1. Dr. Carlos Vázquez Velasco, neuropsiquiatra infantil

78

que está perfectamente indicada, no puede ser precoz, ya que dicha precocidad aumenta el riesgo de recidivas (Strom, Fonseca), por lo que deben emplearse los antibióticos después de la aparición del exantema, para que el contacto sostenido del antígeno con el organismo provoque la aparición de la inmunidad activa. La terapéutica combinada de penicilina-gammaglobulina resuelve el problema de la escarlatina, ya que con dicha asociación queda cubierto el periodo intermedio o en blanco, en el cual se volvía a encontrar el estreptococo hemolítico en *cavum*, que perduraba hasta la aparición de las antitoxinas y anticuerpos propios de la inmunidad activa (Vall Bañeres).

«Tanto en el primer caso o terapéutica precoz, como en el segundo que acabamos de reseñar, hay que tener en cuenta, como en las demás enfermedades infecciosas bacterianas, el estado inmunitario del enfermo. En cualquier proceso infeccioso tiene, pues, gran importancia el nivel inmunitario del enfermo, particularmente en pediatría, si se tiene en cuenta las agammaglobulinemias, problemas que van adquiriendo gran importancia en nuestra especialidad, y que se pone de manifiesto por una bajada inmunitaria que da lugar a: 1) la aparición de enfermedades infecciosas que presentan un carácter de suma gravedad, y que en particular afectan al árbol respiratorio, piel y meninges, etc., y 2) la facilidad de recidivas.»

El problema de las agammaglobulinemias, para este autor, reviste un gran interés. Dedujo que existe, por diversas razones, gran número de niños, particularmente en la primera infancia, con bajo nivel de gammaglobulinas y, por lo tanto, de su inmunidad específica, por lo cual, los procesos o enfermedades infecciosas revisten particular gravedad.

El Dr. Bosch-Marín también habla de las viremias y la terapéutica mixta (antibiótica más gammaglobulinas). «Sabido es que el uso tan frecuente de medicación antibiótica en enfermedades producidas por virus se debe a la idea de la casi constante infección asociada. Es ampliamente conocido, por los múltiples trabajos aparecidos en la literatura mundial y nacional, que no existe una terapéutica antibiótica o quimioterápica viricida a excepción de las formas intermedias entre las bacterias y los virus (*Rickettsia*), y alguno de los grandes virus. Para actuar frente a dichas enfermedades víricas hay que tener en cuenta el factor inmunitario, ya que es la elevación del nivel de anticuerpos el elemento primordial de profilaxis y terapéutica de las viremias y sus complicaciones.» En este sentido, se pregunta: «¿Cómo se produce esta respuesta inmunitaria frente al virus en el organismo?», y va describiendo de forma detallada la acción de los virus e inmunoglobulinas.

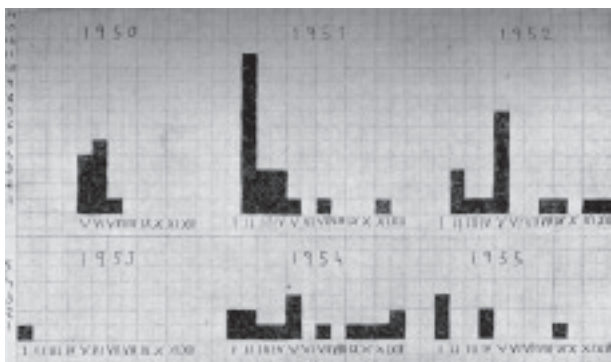
En las enfermedades infecciosas víricas, durante el curso de la enfermedad, para mantener el nivel inmunitario del enfermo y, al mismo tiempo, actuar sobre la flora asociada, responsable de múltiples complicaciones, el Dr. Bosch-Marín y sus colaboradores optaron por el uso sistemático de la asociación de gammaglobulina-penicilina, añadiendo en muchas ocasiones estreptomycinina al sospechar la intervención de flora no sensible a la penicilina.

Creo que es un trabajo muy interesante y actual sobre el déficit específico de algunas inmunoglobulinas, como algunas subclases de IgG. ¿No se continuará aplicando la antibioterapia de forma precoz actualmente? Muchos interrogantes que pone el Editor en la boca de los pediatras actuales.

## Trastorno total respiratorio del lactante

El Dr. B. Pérez-Moreno presenta una «Casuística del trastorno total respiratorio del lactante» (figura 2). Al publicar esta casuística de enfermos de trastorno total respiratorio (TTR) transcurrido cierto tiempo de la publicación doctrinal de este proceso (publicado en esta revista), al autor le parece obligado un pequeño recuerdo del concepto: «El TTR es una nueva imagen, un nuevo concepto de los enfermos diagnosticados de "bronquitis capilar" o de "catarro sofocante" en el 100% de los casos que llegan al periodo de estado del proceso».

Continúa explicando la sintomatología que permite el diagnóstico diferencial, evidente y seguro con todos los demás procesos respiratorios, incluso respecto al asma y la «broncotetania» del lactante, y que se basa únicamente en los



**Fig. 2.** Distribución de los casos de «trastorno total respiratorio» presentados desde mayo de 1950 hasta diciembre de 1955

signos recogidos por inspección. Estos signos, además de permitir el diagnóstico diferencial, indudable y evidente respecto a todos los demás procesos respiratorios, permite su diagnóstico precoz, en fases en que, en muchos casos, ni siquiera se apreciaría.

Esta sintomatología típica consiste en la dilatación permanente de las alas nasales en ambos tiempos respiratorios, fijación del tórax en posición inspiratoria forzada, retracción de los rebordes costales y abombamiento epigráfico con formación de surcos toracoabdominales en las inspiraciones, a los que se añade polipnea, de 70 a 160 respiraciones por minuto, palidez lívida, incluso convulsiones cuando surge la anoxia.

En resumen, el autor define este síndrome, «como un proceso individualizado que afecta a todo el sistema respiratorio, con intensa participación anatómica broncopulmonar y la peculiaridad de ofrecer una discinesia total respiratoria, con profunda descompensación circulatoria y anoxia, hasta el fallo total de los centros respiratorios. Se presenta en lactantes frecuentemente afectados por gripe, alcanzando mayor gravedad en los raquíticos y en los ferinosos, así como en los que han tenido hermanos fallecidos a causa de procesos respiratorios sobreagudos».

En la exposición de los casos e incluso en sus comentarios, casi siempre esbozados al ser dado de alta el enfermo, el Dr. Pérez-Moreno respetó su actualidad, por lo que es lógico que, desde 1950, en que se logró plasmar la imagen clínica de TTR, hasta 1956, con más de 70 observaciones, las experiencias de este autor variaran; pero él creyó que lo mejor era reflejar cada uno de los casos tal como lo vio en el momento de la observación.

## Mortalidad neonatal en Sevilla

El trabajo original del Dr. E. Balén Bejarano, de la Casa de Salud de Valdecilla, Santander, trata sobre «La mortalidad neonatal en Sevilla y su provincia. Estadística, causas y remedios».

La elección de este tema le parece muy apropiada, ya que, como se verá más adelante, la lucha contra la mortalidad infantil encuentra un sólido baluarte, difícil de vencer —pero vencible—, que es la mortalidad neonatal (MN), o sea, la de los niños menores de un mes.

En su exposición se refiere a los conceptos de nacido vivo y nacido muerto, en algunos países, sobre todo en España y Francia, con diferencias en los conceptos biológicos y legales sobre el nacido vivo. Así, señala que «biológicamente, es nacido vivo, el niño que nace con algún signo de vida». Y respecto al concepto legal de nacido vivo, indica que varía según la legislación de los países, y en algunos, es equivalente al concepto biológico. «En España (1956) se considera nacido vivo, desde el punto de vista legal, al niño que vive pasadas veinticuatro horas después del parto. Si no alcanza veinticuatro horas de vida, se incluye entre los nacidos muertos. En Francia, se considera vivo desde que ha sido inscrito en el Registro Civil, de uno a tres días después del parto. Los niños muertos antes de esta declaración al estado civil son clasificados entre los nacidos muertos. En la mayoría de los restantes países del mundo se considera nacido vivo al niño que ha respirado».

Este autor define la mortalidad infantil como el coeficiente que expresa el número de defunciones en el primer año de vida, referidos a mil nacidos vivos: «Y puede dividirse en mortalidad neonatal (o la del primer mes) y posneonatal (de los once meses restantes, del segundo al undécimo), llamándose, respectivamente, mortalidad precoz y mortalidad infantil tardía».

En este trabajo el Dr. Balén describe, según datos estadísticos, el estudio de la neomortalidad en Sevilla, relación de la mortalidad neonatal con la infantil, mortalidad «urbana» y «rural», y mortalidad neonatal por causas nosológicas. Finaliza su exposición resumiendo:

«1. Se hace un estudio detenido de la mortalidad neonatal en Sevilla y su provincia durante los años 1941 a 1953.

2. Se definen previamente los conceptos de nacido vivo, nacido muerto y periodo de recién nacido, y se aclaran los de mortalidad neonatal, mortalidad precoz y tardía, cuya confusión impide que puedan compararse las cifras de los diferentes autores.

3. La mortalidad neonatal de Sevilla ha sufrido una disminución considerable en los trece años considerados, no solamente en la capital, sino también en la provincia, pese al difundido y erróneo calificativo de irreductible.

4. Comparando la mortalidad neonatal de Sevilla (provincia y capital) con la de España, se observa que es menor en la primera que en la segunda.

5. Debido a la mayor disminución de la mortalidad de 1 a 11 meses, el porcentaje mortalidad neonatal/infantil se ha elevado. Si el incremento ha sido escaso, se debe a que la neomortalidad (menos influenciada) ha disminuido considerablemente.

6. La mortalidad neonatal es mucho mayor en la provincia (excluyendo la capital) que en Sevilla capital. Esto se debe a la mejor asistencia a la embarazada y durante el parto, y al mejor cuidado del recién nacido en la capital que en los pueblos.

7. Estudiando las causas de muertes neonatales, se comprueba el predominio de las congénitas, en relación con el embarazo y el parto. Menor importancia tiene el peligro infeccioso y, aún menos, el alimenticio. El predominio es mucho mayor (aproximadamente el doble) en la provincia que en la capital.

8. Se concede mucha importancia a la prematuridad en la mortalidad neonatal.

9. La lucha contra la neomortalidad es difícil, costosa, pero da frutos. Creemos que ésta debe apoyarse en la creación de maternidades, donde se vigile periódicamente a la embarazada o tenga lugar el parto. Es necesario el apoyo del Estado y de organismos oficiales y particulares.

10. Es imprescindible una perfecta colaboración entre tocólogos y pediatras. Pare ello, cada maternidad debe contar con un pediatra especializado en el cuidado del recién nacido.

11. Es de la mayor importancia la correcta asistencia al recién nacido, sobre todo al prematuro.

12. Es necesario prevenir y tratar la anoxia del recién nacido, que ejerce un papel fundamental entre los factores que elevan la neomortalidad.

13. Se hace necesaria la declaración obligatoria del embarazo y del nacido prematuro.

14. Los prematuros serán sometidos a cuidados especiales en centros para prematuros».

He pensado muchas veces si debiera continuar con esta sección o no, pero leyendo al escritor inglés poeta y filósofo del siglo XIX, J.S. Blackit, que dice «Los errores se producen con facilidad; los errores son inevitables. Pero no existe error tan grande como el de no proseguir», ya nunca dudaré de seguir con «Hace 50 años». ■■■