

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

AÑO XIV ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 160

SUMARIO DEL NÚMERO DE ABRIL DE 1956

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El Dr. Calafell, de Barcelona

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

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

La tos ferina enclaustrada. Dr. M. González-Álvarez

Con motivo de un caso de cuerpo extraño en tubo digestivo en una niña de seis meses. Dr. C. Sáinz de los Terreros

El tratamiento de las diarreas de los distróficos con la asociación penicilina-estreptomocina-gammaglobulina. Dr. A. Montero-Rodríguez

Estudio sobre el empleo de la terramicina en el tratamiento de las diarreas infantiles. Dr. A. Montero-Rodríguez

En el número de abril de 1956 *Acta Pediátrica Española* publicó los trabajos expuestos en el sumario y dedicó «La figura de la pediatría» al Dr. Calafell de Barcelona.

En el primer trabajo publicado el Dr. B. Pérez-Moreno continúa con sus observaciones acerca de 30 casos que él denominó «Casuística del trastorno total respiratorio del lactante» y que hemos ido viendo en varias ocasiones en esta publicación.

Tos ferina enclaustrada

El Dr. M. González-Álvarez, médico jefe del Hospital «Niño Jesús» de Madrid, inicia su trabajo sobre «La tos ferina enclaustrada» afirmando que las épocas de primavera y otoño son propicias para los brotes epidémicos más o menos extensos de tos ferina; por ello, teniendo en cuenta la estación del año en que vivía en ese momento, resultaba oportuno criticar ciertas prácticas que con estos enfermos se llevaban a cabo, sin duda, juzgándolas beneficiosas. Por ejemplo, la más antigua y generalizada era la creencia de que la tos ferina se curaba más pronto y mejor con la permanencia al aire libre de los niños que la padecían. Era frecuente ver y oír ferinosos en calles, paseos y jardines a todas horas del día y algunas de las noches, sin tener en cuenta el tiempo, la época, los vientos y las condiciones del enfermo. «El médico —decía— necesita imponer su autoridad constantemente para hacer comprender a las familias los peligros a que se exponen los niños afectados de seguir tales prácticas.» Además, afirma que en el Hospital «Niño Jesús» veían con demasiada frecuencia congestiones pulmonares, bronquitis generalizadas, hilitis bilateral y, especialmente, bronconeumonías graves, adquiridas como complicación de la

tos ferina en las salidas intempestivas al exterior; también observaban la duración extraordinaria del proceso inicial, aunque no presentara complicaciones.

«Hoy en día (1956) está demostrado que el *coqueluche* es una infección inespecífica producida por *Haemophilus pertussis*, por virus, cuyas lesiones radican en la mucosa del aparato respiratorio, desde la laringe hasta los bronquios, que se encuentra congestionada, edematosa e inflamada. Si sobre ella actúa el aire viciado, el polvo con su detritus, las ráfagas de viento, el enfriamiento y el cansancio general del niño, no es extraño que, por alguno de estos motivos, se exalte la virulencia de los gérmenes que, a millones, hacen vida saprofítica en el árbol bronquial.»

«Es oportuno —decía el autor— preguntar aquí como lo hizo el célebre clínico francés, Dr. M. Perrin, en la Sociedad de Medicina de Nancy: ¿Se sacan a pasear los enfermos atacados de laringitis agudas, de bronquitis, de sarampión, de anginas o de gripe?» (Hoy en día creo que quizá se deberían recordar estas cuestiones ¿no creen? Nota del Editor.)

Y continúa: «Todavía habrá quien, entre desdeñoso y escéptico, preguntará: entonces, ¿no puede salir al aire libre el niño ferinoso? No, ni es conveniente ni necesario, pues, por mediana que sea su posición económica, siempre en su hogar y más con el consejo médico, el niño tendrá un mínimo de ambiente higiénico y de fácil reposo que no tienen la calle ni los parques públicos, evitándose además con el aislamiento el peligro de contagio al exterior y las diseminaciones epidémicas.»

El autor también aconseja, siempre que sea posible, dos habitaciones: una para dormir, y otra, con buena orientación, limpieza, ventilación, etc.

Respecto al apetito, señala que el niño con tos ferina suele tener poco y sería erróneo forzarle a comer «porque generalmente se le provoca una quinta de tos con el consiguiente vómito de los alimentos». Destaca la administración de alimentación líquida o en pequeñas porciones.

Finalmente, concluye: «Después de todo lo expuesto anteriormente se comprende que seamos opuestos a otros dos mitos que tienen sus partidarios en esta infección, y son: las ascensiones en aeroplano y los llamados cambios de aire.» (Todo lo que afirmaba en 1956 el Dr. González-Álvarez era frecuente y, por fortuna, prácticamente ha pasado a la historia. Nota del Editor.)

Cuerpo extraño en tubo digestivo

El Dr. C. Sáinz de los Terreros, de Madrid, inicia su nota clínica «Con motivo de un caso de cuerpo extraño en tubo digestivo en una niña de seis meses» afirmando que «la existencia de cuerpos extraños en el tubo digestivo de los niños es frecuente y en la inmensa mayoría de los casos resulta inocua. Por ello, puede su observación reputarse de intrascendente y no merece, en realidad, los honores de su publicación. Pero como en el caso que aportamos se dan ciertas circunstancias relativas a coincidencia y a conducta terapéutica, hacemos una excepción y lo damos a la publicidad. La coincidencia reside en que constituye una observación casi idéntica a la que ha motivado una comunicación muy reciente (1956) en la Sociedad de Pediatría».

Expone a continuación el caso clínico de una niña de seis meses que ingirió un imperdible abierto, con perlitas y barra fija y con una medalla sujeta por una argolla a uno de los extremos. La imagen de cuerpo extraño se observó al día siguiente de la ingestión.

De la nota clínica expuesta deduce:

«1. No dejarse guiar por un criterio rígido, sea de orden médico o quirúrgico.

2. Que, a menos que exista una prueba fehaciente de que el cuerpo extraño, de la naturaleza, forma y disposición de nuestra observación, se ha enclavado en cualquier parte de la cavidad gástrica, debe apurarse la conducta médica, naturalmente, con observación clínica escrupulosa del paciente y con verificación radiológica relativa a su situación, movilidad, etc., dentro del estómago.

3. Se debe conceder un relativo margen de eficacia —como protector y como favorecedor de expulsión— al empleo de las papillas de miga de pan con trozos *ad hoc* de espárragos.

4. No juzgamos inapropiadas, siempre que se realicen con cuidado, las prácticas posturales (posición péndula y de Trendelenburg) y el amasamiento suave de la región abdominal. Ellas pueden, tal vez, evitar el enclavamiento del objeto punzante.

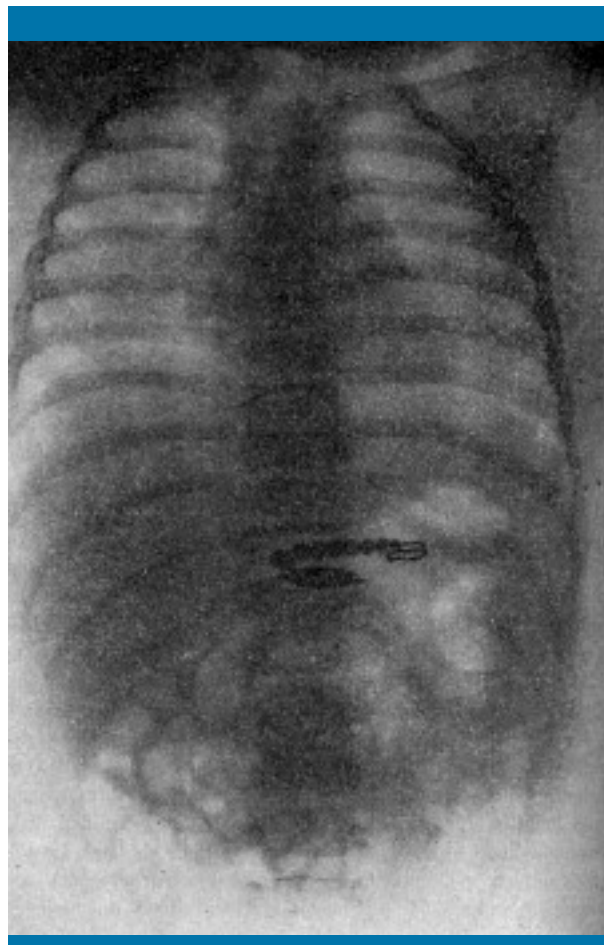


Figura 1. Cuerpo extraño en el tubo digestivo de una niña de 6 meses

5. Parece ser que en cuerpos extraños de la clase del referido en esta historia, la mayor dificultad de expulsión reside en el píloro, no ofreciéndola apenas, en comparación, al ángulo duodeno-yeyunal Treitz ni la válvula de Bauhin.»

(Recientemente publicamos un *abstract* con recomendaciones exactas a las que en 1956 redactó el Dr. Sáinz de los Terreros. Nota del Editor.)

Diarreas de los distróficos

A continuación, el Dr. A. Montero-Rodríguez publica su experiencia sobre «El tratamiento de las diarreas de los distróficos con la asociación penicilina-estreptomicina-gammaglobulina». Comienza afirmando que «el tratamiento de las diarreas infantiles va tomando desde la era quimioterápica, con las sulfamidias, unos derroteros específicos que el tiempo ha ido deslindando, especialmente cuando contamos con armas tan potentes en el campo de los antibióticos, como la penicilina y la estreptomicina, y en el campo inmunitario, con la gammaglobulina».

Tras exponer sus observaciones resume: «Se hacen unas consideraciones sobre el tratamiento de las diarreas infantiles de foco otítico en distróficos tratadas con Hubermicina® (penicilina, estreptomocina y gammaglobulina, asociadas y administradas cada doce horas a la mitad de las dosis indicadas). Se justifica su empleo por la baja inmunidad de los distróficos, especialmente agravados por focos infecciosos parenterales, como las otitis, por lo cual, su tratamiento con antibióticos para actuar sobre los gérmenes sensibles a ellos queda refrendado e influenciado por la gammaglobulina, que refuerza sus asociaciones bacteriostáticas y bactericidas, sumada a la elevación de la inmunidad en estos lactantes distróficos. El porcentaje de curación obtenido en una casuística de 20 casos ha sido la siguiente: el primer día el 45%, el segundo día el 40%, el tercer día el 10% y el cuarto día el 5%. Se reseñan, además, ocho casos clínicos entresacados de esta casuística.»

Terramicina en las diarreas infantiles

También el Dr. A. Montero-Rodríguez, en este mismo número, realiza un «Estudio sobre el empleo de la terramicina en el tratamiento de las diarreas infantiles». Inicia su exposición disertando sobre la evolución del concepto de diarrea infantil. «La primera definición de las diarreas infantiles es la conocida de Dewwes y Billard en 1830, que las dividió, según el criterio anatomopatológico de la época, en cuadros clínicos donde sobresalía la inflamación. Luego siguieron las de Bouchat en 1835 y Parrot en 1877, basadas en el mismo criterio. Más tarde, Wiederhofe, en 1880, resumió todas estas ideas y publicó la clasificación de: dispepsia con lesiones irritativas de la mucosa (catarrales e inflamatorias) y afecciones no irritativas, donde incluía afecciones hoy conocidas como congénitas. Como se puede comprobar —continuaba el autor (1956)—, se le daba gran importancia a las lesiones anatomopatológicas, olvidándose de la alimentación y las infecciones, como, asimismo, de las alteraciones y modificaciones de la nutrición. Estas definiciones tenían como graves inconvenientes el no distinguir las diarreas de origen funcional de las inflamatorias. Debido a este inconveniente, se fijó la atención en las causas etiológicas que desencadenaban esas diarreas, llegando al año 1906, o sea, hace 50 años (1956), a fijar la atención de Czerny y Keller en las causas infecciosas (alimenticias y constitucionales). Ya en esta época se conocían ampliamente las investigaciones firmes de Pasteur sobre la presencia de gérmenes en el intestino grueso, en la ingestión de gérmenes con los alimentos y agua, y los que se hallan en los objetos de uso personal. Ello dio lugar a su magistral clasificación de las causas ya señaladas. A esta clasificación, a pesar de su claridad etiológica, se le achacaba lo difícil que era la presentación de cuadros típicamente infecciosos puros, pues estos trastornos en la práctica se presentaban entremezclados. En cambio, la escuela alemana defendía, en esta misma época etiológica, las causas alimenticias con Finkelstein a la cabeza. Se señalaron como causas de diarreas infantiles las sustancias tóxicas de los alimentos, los tóxicos que se producían en el tubo diges-

tivo, los tóxicos de los gérmenes. Como se puede comprobar, se hacía hincapié en las sustancias tóxicas elaboradas por microbios. Se defendía que los diversos productos de la leche y su desintegración en el metabolismo eran la causa principal de su desencadenamiento, lo cual dio lugar a la clasificación de Heubner y a la de Fischl. Entonces fue cuando nació la elaboración de las diferentes leches, que tenían en esa época una tendencia, por decirlo así, profiláctica de las diarreas, pero que no respondían a las causas defendidas por los pediatras de prestigio.

«Casi seguidamente se inició la época clínica (1911), fijándose la atención hacia los síndromes clínicos, que fueron defendidos por la escuela francesa, a la cabeza de la cual estaba Marfan (1918), quien los clasificó por vómitos, diarreas, estreñimiento y desnutrición, olvidándose de los factores constitucionales, las alteraciones del metabolismo y la frecuente asociación de síntomas en la práctica.

«La escuela alemana publicó, en 1922, una nueva clasificación de Finkelstein, siendo encuadrados en trastornos nutritivos de los alimentados con lactancia artificial con distrofia, con y sin diarrea, cuyo final era la descomposición y las toxinas, con la intoxicación como final.»

También se refiere a Arce, «quien, en 1946, manifiesta que los trastornos nutritivos alimenticios (TNA) se ven influidos posteriormente por la infección, porque una alimentación inadecuada favorece el *coli*, que predispone a la dispepsia, o sea, lo que se ha llamado disbacteriosis».

El Dr. A. Montero-Rodríguez expone diversas teorías de una forma muy pormenorizada y reúne veinte casos de diarreas infantiles, de los que doce eran de etiología infecciosa enteral y los restantes eran claramente de origen alimentario inicial.

Para finalizar, señala la posibilidad del tratamiento con terramicina, y termina su publicación con los siguientes comentarios:

«En nuestra experiencia del tratamiento de las diarreas infantiles con terramicina, observamos que, en los casos alimentados con lactancia materna, el empleo de la medicación fue más breve, primeramente porque en estos casos el TNA era leve, y en algunos casos se amplió más por aparecer de forma más tardía. Dentro de ellos, curaron más rápidamente los que iniciaron el tratamiento precozmente y en los que el TNA era leve. A ello, se sumó la reglamentación del peso y el alimento materno, que hacía que el índice de inmunidad estuviese poco modificado. Las alteraciones funcionales, en el sentido de diarrea, también se hallaban menos modificadas, lo cual hacía que la disbacteriosis fuese prácticamente poco alterada por tener a su favor pocas diarreas, alimentación materna, reglamentación de ésta y empleo del antibiótico pocos días.

«En cambio, los alimentados con lactancia artificial tardaron más en curar, por ser más desfavorable su estado nutritivo. O sea, que en estos casos el alimento artificial, la sobrealimentación, la infección (más rápidamente instalada que en los

lactados a pecho), la dieta hídrica más amplia y el empleo del antibiótico más tiempo hicieron que la disbacteriosis fuese más amplia. En todos estos casos empleamos complejo B para eliminar el factor disbacteriosis, pues éste de por sí provoca diarreas que, sumadas —si se producen— a la primitiva, pueden crear un estado vicioso, que puede ampliarse y sostenerse por ese empleo abusivo de los antibióticos.

»Deducimos de ello que el empleo de terramicina en las diarreas infantiles se encuentra sensiblemente influenciado, cursando más rápidamente los casos que se tratan. Insistimos en el empleo de la dieta hídrica, alimento, medicamentos curativos, dosificación correcta de ellos y reglamentación del tiempo de su administración, para emplear el complejo B o lisados de *B. coli*.

»Insistimos en tres hechos: suspensión rápida de la terramicina tan pronto como el cuadro cure, empleo de un alimento-medicamento que se halle indicado para favorecer la curación y paso lo más rápido posible a un alimento completo, por ser éstos pobres en grasas y calorías, y en casos rebeldes se asociarán sulfamidas.

»Aclaremos que la terramicina se empleará en infecciones localizadas en el intestino y que cursan con diarreas. Cuando existan focos parenterales, es obligatorio investigar el germen causal y determinar si es sensible a este antibiótico o a sulfamidas, no cayendo en los errores del abuso de su empleo, en dosis excesivamente altas o, por el contrario, excesivamente bajas, que producen resistencias o mutaciones de los gérmenes.»

Revisar este número del mes de abril de hace 50 años, con algunas cosas que nos parecen actualmente obsoletas, me trae a la memoria la frase de Séneca: «Natural es que nos causen mayor admiración las cosas nuevas que las grandes», aunque no por ello hay que olvidarse de que muchas cosas de hace 50 años son hoy en día todavía de gran actualidad, como hemos podido comprobar con el trabajo sobre la ingestión de un cuerpo extraño del Dr. Sáinz de los Terreros. ■