

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

### AÑO XVII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 223

### **SUMARIO DEL NÚMERO DE JULIO Y AGOSTO DE 1961**

#### **FIGURAS DE LA PEDIATRÍA**

Julio: Dr. Prandi, de Barcelona

Agosto: Dr. Pedro Herrero, de Alicante

#### **ARTÍCULOS ORIGINALES**

*Trabajos doctrinales y casos clínicos*

Julio

Un caso de enfermedad de Meige-Milroy-Nonne, por el Dr. Ángel Peralta Serrano  
Púrpura trombopénica secundaria a infecciones, por el Dr. Bernardo Pérez Moreno

Agosto

El niño con catarros respiratorios recidivantes, por el Dr. Martínez Costa  
El niño con catarros respiratorios recidivantes-tratamiento, por el Dr. José Andani Porcar  
Las proteínas plasmáticas del feto humano, por el Dr. R. Talavera Romero  
Hospital del Niño Jesús, por el Dr. Juan Garrido-Lastache

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicaba en el número de los meses de julio y agosto algunos trabajos doctrinales y notas clínicas. Al tener que abarcar dos meses, el lector de esta sección comprenderá que debemos ser muy concisos en sus reseñas.

En el primer trabajo, del Dr. Peralta Serrano sobre la enfermedad de Meige-Milroy-Nonne, se comienza afirmando que la primera descripción de esta afección la realizó Nonne, en 1891, que encontró 7 casos en tres generaciones de una misma familia. En 1892, Milroy halló 24 casos a través de seis generaciones, y en 1898, Meige publicó los casos de aparición tardía en un total de cinco generaciones.

Actualmente (1951), las publicaciones sobre esta enfermedad no pasan de las 50. Entre los últimos trabajos podemos citar el de Schroeder y Helweg-Larsen, de 1950, en el que se lleva a cabo un detallado estudio sobre el tipo de herencia.

El autor a continuación incluye la bibliografía al respecto y comienza la descripción de su caso clínico: un niño de 10 días de edad, que acude a la consulta por presentar una hinchazón en los pies y las manos desde el nacimiento. Entre los antecedentes familiares se encuentra otro hermano con el mismo cuadro clínico, aunque localizado en las extremidades inferiores. No está afectado ningún otro miembro de la familia.

El Dr. Peralta Serrano realiza las consideraciones de la historia clínica y estima que debe hacerse el diagnóstico diferencial

con las siguientes afecciones: linfedema congénito simple, linfedema congénito por bridas amnióticas, linfedema primario de la pubertad y mujeres jóvenes, y linfedemas secundarios.

En cuanto al tratamiento (la cirugía está en desuso), propone la administración de hialuronidasa, prednisona, clorotiacida y derivados, así como la aplicación de vendajes compresivos con vendas elásticas, utilizada y aconsejada por varios autores, aunque con resultados limitados.

Para concluir, presenta una observación familiar de enfermedad de Meige-Milroy-Nonne en una primera generación, que afecta a las extremidades superiores, y hace una breve revisión al respecto sobre la anatomía patológica, el diagnóstico y el tratamiento.

La segunda publicación se debe al Dr. Pérez Moreno, de Valladolid, sobre la «Púrpura trombopénica secundaria a infecciones». El autor comienza afirmando que, aunque parece próximo a imponerse una clasificación patogénica, todavía es habitual dividir las trombopenias en idiopáticas (de etiología desconocida) y secundarias a estados adquiridos por diversas causas (intoxicaciones, infecciones, leucosis, etc.). En las primeras, la trombopenia constituye la enfermedad fundamental; en las segundas, es secundaria a otros procesos, aunque, cuando alcanza cierta gravedad, puede presentarse clínicamente en primer plano.

Se ofrece una extensa bibliografía y a continuación expone su casuística, sobre la que realiza algunos comentarios: «Es de

notar la positividad de la intradermorreacción quimioproteica con caseosán, propia de la púrpura anafilactoide o capilarotóxica, de Schönlein-Henoch, que no desorientó el diagnóstico, porque tanto la existencia de Rumpel-Leede como la prolongación del tiempo de hemorragia y la falta de retracción del coágulo, junto con la plaquetopenia, eran de una evidencia completa». Dicha positividad ha de interpretarse como una manifestación del estado inmunoalérgico del paciente.

También cabe destacar la eficacia del tratamiento antiinfeccioso específico, con el complemento hormonal y vitamínico, que en pocos días permite incluso que curse un sarampión sin perturbar la mejora hematológica.

Después de un breve «estado actual» de la púrpura trombopénica idiopática, se exponen tres casos: el primero secundario a una amigdalitis recidivante, en que el paciente estuvo a punto de morir por una anemia aguda, víctima del fatal pronóstico de ominosidad aceptada *a priori*; el segundo secundario a la incidencia del catarro estacional o gripe en la tos ferina, y el tercero secundario a una amigdalitis recidivante.

En todos los casos el tratamiento antiinfeccioso específico fue completa y rápidamente eficaz, complementándose con el hormonal y vitamínico, y en algunos casos sintomáticos con transfusión sanguínea.

En el único enfermo (con una trombocitopenia típica) en que se investigó la intradermorreacción con caseosán, ésta fue positiva, como en la enfermedad de Schönlein-Henoch.

El primero de los trabajos del mes de agosto se debió al Dr. Martínez Costa, sobre «El niño con catarros respiratorios recidivantes».

El autor comienza diciendo que va a abordar un tema pediátrico de la práctica diaria y se apresura a indicar que no se trata de una entidad nosológica definida, sino de un amplio grupo de afecciones frecuentes, cuyos límites borrosos se continúan en el campo de la otorrinolaringología, la alergología, la fisiología, la psiquiatría, etc. Por ello, no se puede tener la pretensión de agotar el estudio de tan dispares entidades, sino simplemente de sacar algunas conclusiones tras la revisión de las historias clínicas.

Se establece una clasificación de las modalidades clínicas de los catarros respiratorios recidivantes (CRR) en los niños:

1. Niños con CRR en que predominan los síntomas otorrinolaringológicos (ORL).
2. Niños con CRR en que predomina la tos, sin otros hallazgos de exploración clínica corriente, o con hallazgos mínimos.
3. Niños con CRR y fenómenos de auscultación que denotan un predominio de participación bronquial.
4. Niños con CRR y auscultación predominantemente sibilante.
5. Niños con CRR y tendencia a las flegmasías pulmonares crónicas o reiteradas.

En cuanto a los aspectos clínico-etiológicos de los CRR de las vías altas, existen numerosos grupos de alteraciones que pueden producirlos (se presenta una estadística propia):

1. Afecciones ORL infantiles.
2. Grupo de rinitis catarrales, en el que hay que tener en cuenta la rinitis catarral crónica.
3. Complejo linfático rinofaríngeo.

Posteriormente establece la clasificación entre niños tosedores y niños bronquíticos. En estos últimos incluye dos apartados:

1. Clínica:

- Niños bronquíticos agudos recidivantes.
  - Síndrome bronquítico agudo, pero con brotes prolongados.
  - Síndrome bronquítico permanente.
2. Factores de recidiva:
- Lesiones de las vías respiratorias superiores.
  - Perelman admite que las recidivas bronquíticas pueden estar desencadenadas por brotes dentarios.
  - Enfermedades previas sensibilizantes.
  - Ciertos estados patológicos que cursan con hipertensión pulmonar, como cardiopatías congénitas o adquiridas.
  - Bronquitis tuberculosa.

Resumiendo, los factores de recidiva de las bronquitis infantiles pueden reducirse a las categorías siguientes:

- Factor infeccioso.
- Polución atmosférica.
- Factor alérgico.
- Predisposición orgánica.
- Factor neurovegetativo.
- Lesiones de las vías respiratorias superiores.

El autor aborda a continuación los aspectos clínico-etiológicos de los niños con tórax sibilante. En la infancia el asma es con frecuencia infecciosa, y es muy importante realizar una detallada anamnesis para la catalogación etiológica, que en ocasiones nos permitirá distinguir las siguientes variedades:

1. Asma infecciosa o de la mala estación.
2. Asma del polen o primaveral.
3. Asma por hongos.
4. Asma ligada a la residencia.
5. Asma del medio ambiente.
6. Asma por alimentos.
7. Asma por drogas.
8. Etc.

El ponente describe también los factores de cronicidad de las flegmasías pulmonares y neumonías crónicas, la evolución en el tiempo del niño con CRR y los factores que empeoran su pronóstico: ambientales, personales y clínicos.

El Dr. Andani Porcar se encarga de hacer un resumen sobre «El niño con catarros respiratorios recidivantes-tratamiento».

En primer lugar, habla de la hidroterapia o las inhalaciones (hoy día hablaríamos de aerosolterapia), y después de los medicamentos antitusígenos, con su enorme variedad, para acabar abordando el efecto de los bronquiolíticos en la tos.

El Dr. Talavera Romero escribió un excelente trabajo sobre «Las proteínas plasmáticas del feto humano». Comienza afirmando que precisamente uno de los problemas más debatidos de la biología es el que se refiere a la génesis de las proteínas plasmáticas, sobre todo a partir de que recientemente Bergstrand y Czar hayan comunicado la existencia de una diversidad en el esquema proteico del plasma en la vida fetal.

El autor va describiendo los trabajos realizados por él para terminar su extensa publicación con las siguientes conclusiones:

1. Se demuestra por electroforesis en papel la existencia de una nueva fracción proteica específica en el suero del feto humano: la «proteína F».
2. Esta fracción aparece en el electroforegrama entre las fracciones albúmina y globulina alfa<sub>1</sub>.
3. Su intensidad decrece con el desarrollo fetal, desapareciendo totalmente en el séptimo mes de la gestación.
4. La naturaleza de dicha fracción no está identificada, pero el autor se inclina a pensar que es de tipo globulínico. Su presencia es constante y, por tanto, independiente del sexo.
5. Dicha fracción no es demostrable en el protidograma materno verificado en la misma etapa del embarazo, por lo que deducimos su origen fetal.
6. Puede demostrarse en la sangre del cordón umbilical, pero con menos intensidad.
7. Las proteínas totales del feto humano van aumentando con el desarrollo, pero su cuantía es siempre menor que en el adulto, incluso en el momento del parto.
8. La cifra del componente albúmina sufre un descenso hasta el quinto mes, a partir del cual inicia una subida hasta el término de la gestación.

9. Las fracciones globulínicas alfa y beta se mantienen sensiblemente iguales durante todo el desarrollo, con cifras más bajas que en el recién nacido.

10. La fracción gammaglobulina sufre un aumento progresivo, semejante a la curva de las proteínas totales, pero con valores máximos finales inferiores a los del feto a término.

El último trabajo es una revisión del Dr. Garrido-Lastache sobre el «Hospital del Niño Jesús» desde el año 1914, con las nuevas especialidades y el nuevo pabellón para infecciosos:

- 1917: Primer Curso de Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española.
- 1923: Segundo Congreso Nacional de Pediatría.
- 1933: estadística de las asistencias prestadas.
- 1951: incorporación a la Beneficencia General del Estado.
- 1876-1959: labor del cuerpo facultativo.
- 1961: se inauguran nuevos pabellones (600 camas).

Se trata de un excelente trabajo para comprobar lo que ha aportado el Hospital del Niño Jesús a la pediatría española.

El objetivo de esta sección de «Hace 50 años...» coincide, en mi opinión, con las palabras del novelista francés del siglo XIX, Flaubert, recogidas en su *Correspondance* 32 03: «interesar a las generaciones posteriores; es el mejor medio para ser indulgentes con los vivos y de sufrir menos». Ojalá este repaso a los últimos 50 años de *Acta Pediátrica Española* sirva a toda la familia pediátrica actual para ser mucho más indulgentes. ■