

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

### AÑO XXII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 258

### **SUMARIO DEL NÚMERO DE OCTUBRE DE 1964**

#### **FIGURA DE LA PEDIATRÍA**

*Dr. Vicente Jiménez, presidente de la Sociedad Valenciana de Pediatría*

#### **ARTÍCULOS ORIGINALES**

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

Un nuevo síndrome constituido por escafocefalia, sordera, micrognatismo..., por el doctor Ángel Peralta Serrano  
Alcaptonuria, por el doctor López-Linares

Higiene infantil y plan de desarrollo, por el doctor Rodríguez-Pedreira

Las diarreas infantiles en general, tratadas con sulfamidas retardadas, por el doctor D.A. Montero Rodríguez

Salud materno-infantil y organismos internacionales, por el doctor J. Bosch Marín

Hace 50 años, en el mes de octubre de 1964, *Acta Pediátrica Española* publicó diversos trabajos doctrinales. El primero de ellos corrió a cargo del Dr. Ángel Peralta Serrano, de Madrid, sobre «Un nuevo síndrome constituido por escafocefalia, sordera, micrognatismo...».

A continuación, el Dr. López-Linares, también de Madrid, publicó un trabajo sobre «Alcaptonuria».

En tercer lugar, el Dr. Rodríguez-Pedreira publicó un extenso trabajo sobre «Higiene infantil y plan de desarrollo».

Y este número finalizaba con un artículo del Dr. Montero Rodríguez sobre «Las diarreas infantiles en general, tratadas con sulfamidas retardadas».

Hay un artículo reproducido por el Dr. Bosch Marín sobre «Salud materno-infantil y organismos internacionales».

La figura de la pediatría de este mes estuvo dedicada al Dr. Vicente Jiménez, presidente de la Sociedad Valenciana de Pediatría.

Para comenzar este número, el Dr. Peralta Serrano desarrolla un exhaustivo trabajo sobre «Un nuevo síndrome constituido por escafocefalia, sordera, micrognatismo, hemihipertrofia, anomalías dentarias, nanismo intrauterino, pseudohipertelorismo».

El autor comienza afirmando que la serie de síntomas que se han descrito en el enunciado traen a la memoria un conjunto de síndromes ya conocidos por los pediatras; así, la tríada «sordera, micrognatismo e hipertelorismo» recuerda, en cierto modo, el síndrome de Waardenburg. También el nanismo intrauterino, junto con la discrania y el micrognatismo e hipertelorismo, evoca el tipo de nanismo intrauterino descrito por



**Figura 1**

Russell. El síndrome de Silver tiene como síntomas fundamentales la hemihipertrofia, el nanismo y el aumento de las gonadotropinas urinarias.

El síndrome del hasta ahora denominado «del primer arco», así como los diversos tipos de nanismo, se incluyen en este nuevo síndrome que se describe. Sin embargo, el autor quiere hacer constar que en la bibliografía por él consultada no ha encontrado ningún caso con características semejantes, y de ahí su atrevimiento en el enunciado «un nuevo síndrome».

Continúa con la observación clínica de una niña de 11 años de edad (figura 1).



Figura 2

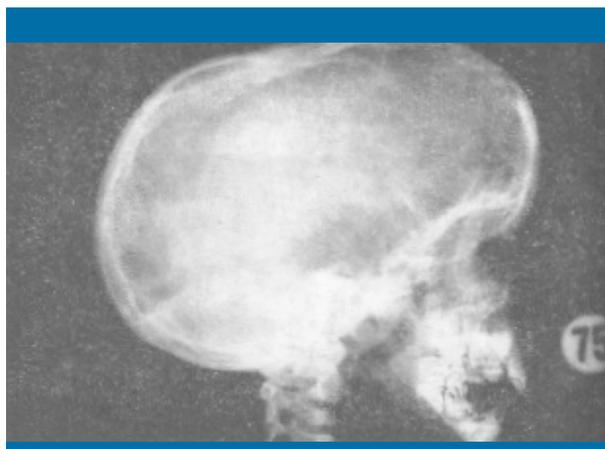


Figura 3

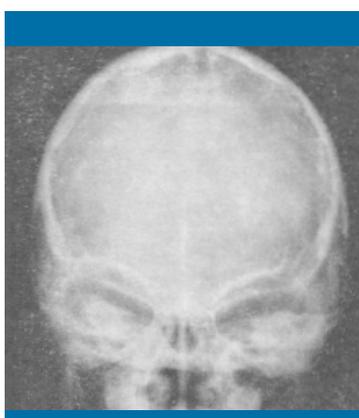


Figura 4



Figura 5



Figura 6

Después pasa a resaltar los antecedentes gestacionales, el peso al nacer y el desarrollo psicomotor de la niña, que presentaba un retraso moderado, lo que hace pensar que perdiera su agudeza auditiva durante los primeros años de vida. Su inteligencia era normal, aunque se mostraba huraña e introvertida, rehuyendo el contacto.

El motivo de la consulta era la sordera y el retraso ponderoestatural.

El Dr. Peralta Serrano continúa posteriormente con su estudio morfológico (figuras 2-6).

El resumen de la exploración biológica es el siguiente: probable hipofunción hipofisiaria, deducible sólo a través de pruebas indirectas, cifra de fósforo inorgánico muy baja, fosfatasa alcalina muy baja, 17-cetosteroides bajos y 17-hidrocorticoides igualmente disminuidos; muestra una respuesta positiva a la prueba de estimulación de las suprarrenales con ACTH, lo que pone de manifiesto una insuficiencia del lóbulo anterior hipofisario, de modo indirecto; presenta también una insuficiencia suprarrenal.

Se prescribió el ingreso de esta paciente en un colegio de sordomudos; al no disponer de hipófisis humanas, o mejor de la hormona del crecimiento en estado puro, y siendo ineficaz el tratamiento con extractos hipofisarios de bóvidos, sólo se pudo administrar tiroidina en pequeñas dosis y cortisona; el tratamiento quirúrgico de su craneostenosis fue descartado por el neurólogo.

El autor finaliza su trabajo con un resumen, en el que indica que se presenta un complejo cuadro clínico, constituido por escafocefalia, sordera, nanismo-infantilismo, hemihipertrofia, clinodactilia, etc. Se hacen comparaciones con su semejanza con los síndromes del primer arco branquial y con el nanismo intrauterino. Se da especial valor a la presentación de esta embriopatía a la edad avanzada de la madre. La discrania (dolicoescafocefalia) es una alteración morfogenética no descrita hasta ahora en ninguno de los síndromes citados. Tampoco se encuentran asociadas tantas anomalías morfológicas en los casos descritos hasta la fecha. Se considera que el papel de los núcleos diencefálicos en la morfogénesis debe ser muy importante y, según la extensión de su alteración, así como su

diversa localización, aparecen cuadros clínicos distintos, aunque haya cierto parecido en algunos síntomas; de ahí el sinfín de síndromes que se han descrito encasillables dentro del primer arco, así como los diversos síntomas asociados a los nanismos embriopáticos. Por último, expresa las pocas esperanzas que se tienen de encontrar un tratamiento eficaz en estos pacientes. Este caso hace el número 14 en la bibliografía consultada por el autor, el primero en España, si es que se trata de encuadrarlo en el síndrome de nanismo intrauterino tipo Russell.

El segundo trabajo, del Dr. López-Linares, trata como anteriormente decíamos, sobre la «Alcaptonuria» (observación de un niño de 7 años).

El autor comienza afirmando que la alcaptonuria es una enfermedad generalmente no diagnosticada en la edad infantil, y tan poco frecuente que toda nueva observación merece ser publicada, aun a sabiendas de que tal posibilidad, gracias a su clínica elemental, está siempre presente en la mente del médico que detecta una orina crónicamente oscura.

El Dr. López-Linares continúa con la descripción de esta enfermedad, y la resume diciendo que se trata de una comunicación de un caso de alcaptonuria en un varón de 7 años de edad, que posiblemente tenía también ocronosis. El interés de la observación radica, sobre todo, en haber sido diagnosticado el caso a una edad tan temprana. A continuación el autor considera brevemente algunos aspectos de la enfermedad.

Seguidamente, el Dr. Rodríguez-Pedreira publica un extenso trabajo sobre la «Higiene infantil y plan de desarrollo», como anteriormente enunciábamos.

Comienza afirmando que nuevamente nos permitimos insistir en la necesidad de limitar los campos de acción dentro del mismo ámbito de la Sanidad Nacional, de la higiene infantil y de la pediatría, partes de la puericultura con la misma importancia para la formación del hombre como la educación, la instrucción, la orientación profesional, la asistencia y un hogar en donde encuentre el hijo todo lo necesario para su normal crecimiento psíquico y somático.

Según el Plan de Desarrollo Económico de 1964-1967, «en la asistencia sanitaria han de distinguirse los dos grupos principales: medicina preventiva y medicina curativa», técnicas, como se sabe, con conocimientos específicos y funciones claramente limitadas, dentro de la Sanidad Nacional. El profesional sanitario debe salir de la cabecera del enfermo para no ser considerado por el terapeuta como un rival, cuando sus funciones están coordinadas, con trabajo en equipo, para conseguir una perfecta salud.

Posteriormente, el autor habla de las «necesidades sanitarias y pediátricas», «necesidades culturales» y «necesidades asistenciales», para terminar con una breve referencia sobre «hombres e instituciones»: para un plan de protección a la infancia y juventud se necesitan hombres técnicos y centros en

donde materializar sus conocimientos. Sin hombres no hay instituciones.

Si pretendemos recuperar el tiempo perdido respecto a la protección de la salud del niño, en su más amplio aspecto, consideramos indispensable la dedicación plena del servicio de higiene infantil, con trabajo en equipo, evitando el pluriempleo.

Después de una guerra, las vacantes de muertos y desaparecidos son ocupados por los supervivientes del bando vencedor, en ocasiones sin la suficiente preparación, hecho previsto por el legislador al dictar el Decreto de 25 de septiembre de 1936 (BO 28): «Dadas las circunstancias del momento, permite el desempeño de cargos incompatibles, siempre que se ejerzan en el mismo lugar de residencia del funcionario, y manteniéndose, no obstante, la prohibición del percibo de duplicidad de sueldos». En la Dictadura del General Primo de Rivera, tras el golpe militar del 13 de septiembre de 1923, el legislador con fecha de 29 de octubre (G 30), al reorganizar la sanidad, recoge los posibles intereses creados por la continuada permanencia en un puesto de tanta responsabilidad como el de Jefe de Sanidad. Ninguna de estas disposiciones fue cumplida.

Para el héroe, el estadista, los máximos honores con pensiones de la mayor cuantía, pero un puesto técnico para el que carece de conocimientos, es una arbitrariedad. Un cargo no es un punto de llegada, sino un punto de partida.

El Decreto 499/63, de 28 de febrero (BO 16 de marzo), Orden de 18 febrero de 1964, Art. 12 (BO 9 marzo), con la Ley de Funcionarios Civiles, 7/II/64, hará posible la incorporación de los Servicios de Higiene Infantil a la Sanidad Nacional y la vigilancia periódica de la salud del niño, prevista en el Plan de Desarrollo Económico de 1964-1967.

Sin higiene infantil, en forma de equipo, no hay sanidad.

Finaliza este número de la revista con un trabajo del Dr. Montero Rodríguez, de las facultades de medicina de Granada y Zaragoza, sobre «Las diarreas infantiles en general, tratadas con sulfamidas retardadas».

El autor llevaba casi 20 años publicando sus impresiones personales del tratamiento de las diarreas infantiles, inicialmente con sulfamidas solubles, luego con las insolubles, más tarde con la asociación de sulfamidas, para seguir con la era antibiótica, con penicilina-estreptomicina en las de etiología infecciosa parenteral, y siguiendo más tarde con neomicina, cloromicetina y sus derivados y colimicina, asociación de diversos antibióticos, sulfamidas retardadas y asociación de sulfamidas retardadas.

Todas ellas, en su experiencia, han influido tan extraordinariamente en su curación, que en el transcurso de estos trabajos se ha adquirido la experiencia sobre estos trastornos.

Completando su experiencia en diarreas infantiles, emplea una sulfamida retardada, en el tratamiento de 50 casos, supe-

rando las alimentarias de las infecciosas. Este preparado (sulfuno) es un derivado sulfamídico, llamado sultadimetiloxazol, cuya fórmula química es d2-(p-amino fenil-sulfonamida) – r.5-dimetiloxanol, que actúa sobre los gérmenes provocadores de diarreas (grupo *coli*, enterocococs, estafilococias y del grupo *klebsiella*) y posee una absorción rápida y capacidad de difusión por todos los líquidos del organismo.

De su estudio de los 50 casos tratados, destaca los siguientes: enteritis infecciosas, diarreas de etiología alimentaria, gastroenteritis agudas, diarreas de tipo crónico sin distrofia y colitis disintérica.

Concluye su extensa experiencia con las siguientes conclusiones:

1. La tolerancia ha sido perfecta, tanto del sulfuno como de su dosificación, que se ha empleado según la edad, el peso, el estado nutritivo y las circunstancias propias del cuadro diarreico.
2. Con la dosificación empleada de sulfuno no se han producido casos de reacciones tóxicas o alérgicas, ni trastornos en relación con ningún tipo de anemia, agranulocitosis, resistencias bacterianas o ulceraciones bucales.
3. Se ha empleado una medicación sulfamídica asociada al alimento y dieta hidrante, con lo que se ha reducido el periodo curativo, se ha evitado la deshidratación y, sobre todo, la alteración de la nutrición (lo cual es de una importancia vital extraordinaria). Por ello, se inicia la realimentación entre el cuarto y el quinto día (sólo se observaron 2 casos de deshidratación).
4. Todos los casos infecciosos se curaron en un periodo de 24-48 horas, y en algunos casos asociados o salmonelosis, o por no llevar un régimen alimenticio apropiado, se dio 6 días, con un periodo de 3 días a la mitad de la dosis en los 3 primeros días, acortándose a veces el periodo de realimentación en un 50%, y otras en un 75% en relación con las pausas de realimentación empleada antes de la era sulfamídica.

5. El tiempo de curación de la diarrea ha sido:

- Lactancia natural con diarreas de etiología alimentaria: entre 24 y 36 horas.
  - Lactancia natural con diarrea de etiología infecciosa enteral: entre 24 y 36 horas y la infección entre 48 y 72 horas, especialmente la de tipo salmonelósico, que se puede prolongar hasta 5 días.
  - En las de etiología infecciosa tipo salmonelósico o resistentes al grupo *coli*, se asocia cloranfenicol y, en todos los casos, una medicación elevadora de la inmunidad.
6. En la alimentación artificial se ha empleado babeurre inicialmente en los lactantes muy pequeños. La dosificación del sulfuno ha sido en estos casos máxima cuando la diarrea cursaba violentamente, debido al estado disérgico propio de los pacientes o de su alimentación, especialmente en los casos en que se les ha administrado preparados vitamínicos antiinfecciosos o se ha elevado por otros medios la inmunidad.
7. La dosificación que se ha empleado, que se indica como de un cuarto a un medio cada 8 o 12 horas, según la edad, el peso y el curso clínico de la diarrea, dio el siguiente porcentaje de curaciones: en las diarreas alimenticias, el 100%; en las diarreas infecciosas, el 26% a las 24 horas y el 72% a las 48 horas siguientes, quedando un 2% que se curaron entre 3 y 5 días, que eran de tipo salmonelósico; en las colitis disintéricas, el 100% a las 48 horas, y en las de tipo crónico el 100% a los 3 días de tratamiento.

En esta sección de «Hace 50 años», aunque los trabajos nos parezcan algo antiguos, yo recordaría la frase de Bacon, filósofo inglés del siglo XVII: «El que no aplique nuevos remedios, debe esperar nuevos males; porque mayor innovador es el tiempo». Por supuesto que actualmente aplicamos nuevos remedios, si no, ¿qué sería de la pediatría? ■