

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

### *AÑO XVII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 215*

### **SUMARIO DEL NÚMERO DE NOVIEMBRE DE 1960**

#### **FIGURAS DE LA PEDIATRÍA**

*El doctor Garrido-Lestache*

#### **ARTÍCULOS ORIGINALES**

##### *Trabajos doctrinales y notas clínicas*

El insomnio de causa exógena en la infancia, por los doctores V. Giménez, J. Martínez Costa y J. Gil Barberá

La intoxicación del lactante por barbitúricos, por el doctor J. Martínez Costa

Patología neurovegetativa grave del lactante, por el doctor J. Martínez Hernández

Fiebre Q, por el doctor B. Pérez Moreno

El Hospital del Niño Jesús: su historia, su evolución y su influencia en el desenvolvimiento de la pediatría española, por el doctor Garrido-Lestache

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicó, en el mes de noviembre de 1960, los siguientes trabajos doctrinales y notas clínicas: el primero de ellos se debió a los doctores V. Giménez, Martínez Costa y Gil Barberá, sobre «El insomnio de causa exógena en la infancia». A continuación, el doctor Martínez Costa presentó un estudio sobre «La intoxicación del lactante por barbitúricos». En tercer lugar, el doctor Martínez Hernández redactó una nota clínica sobre «Patología neurovegetativa del lactante». El doctor Pérez Moreno presentó una nota clínica sobre «Fiebre Q». El doctor Garrido-Lestache ofreció una amplia historia sobre «El Hospital del Niño Jesús: su historia, su evolución y su influencia en el desenvolvimiento de la pediatría española». La figura del mes estuvo dedicada al doctor Garrido-Lestache, decano del Hospital del Niño Jesús.

El primer trabajo, «El insomnio de causa exógena en la infancia», a cargo de los doctores V. Giménez, J. Martínez Costa y J. Gil Barberá, se divide en tres apartados. El primero se refiere al sueño: trastornos del sueño; insomnio y fisiología; insomnio y maduración; insomnio y sueño; insomnio y vigilia; insomnio y tiempo; la cama del niño; insomnio y pronóstico. En el segundo se habla sobre el insomnio y su etiología: alteraciones patológicas del aparato digestivo; insomnio y técnica dietética; hipovitaminosis D; alteraciones patológicas del aparato respiratorio; insomnio y enfermedades infecciosas; inversión en el ritmo del sueño; tóxicos habituales y medicamentos; acrodinia; enfermedades de la piel; vacunaciones; algias; alteraciones de la herida umbilical; insomnio y ambiente; influencia de la personalidad materna; influencia de la personalidad paterna. El tercer apartado es un resumen de todo lo expuesto

Como es lógico, tendré que resumir este amplísimo capítulo de la pediatría (cuya lectura recomiendo), que podría sintetizarse en varios puntos.

Comienza hablando sobre el sueño, que en su acepción más corriente y extendida designa el acto de dormir, que consiste en la inacción o suspensión de los sentidos y de todo modo de movimiento voluntario (según el Diccionario de la Real Academia).

Desde el punto de vista clínico, el sueño se caracteriza por una serie de fenómenos biológicos, de los que los autores destacan los siguientes:

1. Modificaciones de la respiración.
2. Pulso más lento y rítmico, aunque con alguna arritmia fisiológica.
3. Miosis.
4. Hipotonía de los músculos de fibra estriada.
5. Aumento de la secreción sudoral.
6. Liberación relativa de los reflejos de automatismo regular.
7. Modificaciones metabólicas de menor interés.
8. Por último, el sueño normal tiene un carácter funcional que lo define: su periodicidad, con establecimiento del ritmo nicotameral, y su reversibilidad, o facultad de despertar fácil y espontáneamente.

En el tercer apartado, los autores van desarrollando todos los puntos a los que anteriormente se referían, concluyendo, por todo lo descrito previamente, lo siguiente:

1. Cada día es más frecuente la preocupación de las madres por los trastornos del sueño de sus hijos y, por tanto, éste es un motivo cada vez más corriente en las consultas médicas.

2. Los factores psiconeuróticos no son causa unívoca del insomnio infantil.
3. Los más variados estados patológicos del niño pueden acompañarse de insomnio, y muchas veces ser su causa.
4. El insomnio infantil puede servirnos de «síntoma conductor» para el descubrimiento de ciertas afecciones cuando se presenta como síntoma inicial o primordial dentro de un cuadro clínico.
5. Es preciso dar al insomnio la importancia que tiene en clínica infantil y no desdeñarlo, pues de su acertada solución depende muchas veces la salud del niño, la tranquilidad de los padres y el crédito del médico.

La segunda publicación, del doctor Martínez Costa, trata sobre «La intoxicación del lactante por barbitúricos». El autor comienza afirmando que su etiología puede deberse a diversos factores:

1. En pediatría, la intoxicación barbitúrica aguda suele ser accidental, por ingerir el niño unos comprimidos puestos imprudentemente a su alcance.
2. La intoxicación terapéutica es rara, puesto que tales fármacos son inocuos cuando se manejan con pleno conocimiento de la posología infantil, ya que entre las dosis terapéuticas usuales y las dosis tóxicas el rango es muy amplio.
3. Hoy es conveniente prestar atención a la potenciación de los efectos de los barbitúricos al utilizarlos asociados a la clorpromazina y los antihistamínicos, puesto que en tales casos es más fácil provocar la intoxicación aguda. Esta circunstancia puede darse, por ejemplo, cuando se prescribe una posición espasmolítica sedante buscando una acción antiemética, y después se quiere reforzar su acción con largactil.
4. Hay que llamar la atención sobre otra modalidad etiológica que cabe tener en cuenta, como algunos preparados barbitúricos, que se presentan en comprimidos para su uso infantil de 1 centigramo de sustancia activa, y también en comprimidos para adultos de 10 centigramos de la misma sustancia, por lo cual hay que abogar por la distinta preparación de los fármacos para su uso infantil.

Continúa con la clínica presentando su casuística de cuatro pacientes. Entre las formas clínicas destacan las siguientes: leve, de mediana gravedad y grave.

Tras insistir en la profilaxis y la dosificación, el autor termina afirmando que, de todos modos, los preparados especiales de barbitúricos destinados a un uso infantil deben ser registrados con denominación claramente diferenciable de aquellos cuya dosificación es más apropiada para la terapéutica del adulto (estamos hablando de 1960).

El doctor Martínez Hernández escribe una nota sobre «Patología neurovegetativa grave del lactante».

Afirma que las publicaciones de Marquezy y Debray (1950), las de Pérez Moreno (1952), etc., permiten diferenciar cuatro modalidades clínicas en la patología neurovegetativa grave del lactante:

1. Forma generalizada maligna.

2. Toxicosis maligna de forma comatosa.
3. Trastorno total respiratorio.
4. Encefalitis fulminante.

Todas ellas constituyen una patología peculiar y exclusiva de esa edad y, si su carácter sindrómico implica teóricamente una causalidad múltiple, lo corriente, en los casos estudiados por el autor, es poder asignarles una evidente etiología gripal. La existencia de un medio epidémico específico se da con gran asiduidad, y otros autores han investigado la positividad de la reacción de Hirst, aportando pruebas concluyentes con el aislamiento de los virus gripales.

El autor describe a continuación la clínica y, desde el punto de vista anatomopatológico, afirma que la toxiinfección del sistema nervioso vegetativo repercute sobre los órganos, produciendo en ellos cuadros lesionales de mecanismo vascular, con hiperemias generalizadas, congestión, edemas, sufusiones mucosas y serosas, hemorragias puntiformes y necrosis asépticas.

Describe las lesiones anatomopatológicas, la forma generalizada maligna o síndrome maligno, la toxicosis maligna de forma comatosa, el trastorno total respiratorio y, por último, la encefalitis fulminante.

Termina afirmando que hay muchos aspectos comunes en los lactantes gravemente enfermos, comentados sucintamente para que se piense con cierta seguridad en la existencia de un nudo patogénico común, la encrucijada diencefálica, cuyos hilos funcionales tenderían un puente de tangencias entre los grandes síndromes neurovegetativos, que llenan sombríos apartados de su patología particular.

El doctor B. Pérez Moreno ofrece una nota clínica sobre «Fiebre Q», enfermedad inaparente con abortos repetidos y recién nacidos muertos por procesos rápidamente mortales.

Inicia su nota clínica afirmando que la fiebre Q no es una enfermedad rara en Europa, y constituye la causa de gran parte de las neumonías atípicas; sin duda, puede decirse lo mismo de nuestro país, en el que ya ha sido comprobada la existencia de esta afección por el doctor J. de Prada.

Es determinante la influencia que tiene en la desnatalidad, tanto en la especie humana como en otras especies, por ser causa de abortos repetidos, según ha puesto de relieve Paul Giroud en África central, Francia y otros países; además, su transmisibilidad por leche cruda, y hasta pasteurizada, le confiere un gran interés para los maternólogos y pediatras.

Fue designada fiebre «Q» no por ser ésta la primera letra de Queensland, en donde Derrick la observó por primera vez en 1937, sino porque entre los anglosajones equivale a nuestra «x», por ser la primera letra de *query* (problema que resolver).

Burnet aisló en 1939 la *Rickettsia* causal, que fue identificada posteriormente.

*Rickettsia burnetti* mide un cuarto de micra y es filtrable, por lo que se incluyó entre los virus, y los americanos la designan

«diapótica», ya que el virus vive en el interior de las células y es cultivable en embrión de pollo.

El autor continúa con la clínica, el diagnóstico y la observación en los recién nacidos, para luego plantear una pregunta obvia: ¿en qué momento y por qué vía se efectuó la infección en los recién nacidos?

Hay que considerar varios factores posibles: a) infección intrauterina por aspiración de líquido amniótico infectado en los «movimientos respiratorios» fetales; b) infección natal por aspiración de productos vaginales o fecales, y c) infección por la leche de la madre, ya que, tras haberse comprobado la presencia de *R. burnetti* en la leche de otras especies, ello no imposibilita que este patógeno exista también en la de mujer.

En los últimos supuestos, el hecho de que el periodo de incubación sea de 10 días, algo menor que el señalado por diversos autores, se explicaría porque en estos casos, además de haber recogido la primera manifestación levisima (un estornudo), la mayor vulnerabilidad de las mucosas del recién nacido permite admitir el pequeño acortamiento.

Termina este número de la revista con la descripción por parte del doctor Garrido-Lestache del «Hospital del Niño Jesús: su historia, evolución e influencia en el desenvolvimiento de la pediatría española».

Comienza por el año 1876, con la fundación del hospital en Madrid.

- En 1877 nace la Asociación Nacional para el cuidado del niño en España.
- En 1881 se inaugura el gran Hospital General Pediátrico.
- En 1883 se publica la primera revista en el hospital.
- En 1885 el doctor José Ribera se convierte en decano del hospital.
- En 1889 pasa a formar parte de la Excelentísima Junta Provincial de Beneficencia.
- En 1897 se constituye el Asilo y Hospital del Niño Jesús.

- En 1914 se crean nuevas especialidades y un nuevo pabellón para infecciosos.
- En 1917 se lleva a cabo el primer curso de damas enfermeras de la Cruz Roja española.
- En 1923 se organiza el segundo Congreso Nacional de Pediatría.
- En 1933 se realizan las estadísticas de las asistencias prestadas.
- En 1951 se produce su incorporación a la Beneficencia General del Estado.
- Entre 1876 y 1959 se registra la labor del cuerpo facultativo.
- En 1959 se da cuenta de que el 12 de febrero se aprobaba un nuevo reglamento, cuyo encabezamiento decía así: «Por decreto del 26 de enero de 1951 se dispuso que la institución de beneficencia particular Hospital del Niño Jesús, de Madrid, se incorporase a la Beneficencia General del Estado y constituyera un establecimiento dependiente de ésta, y en su artículo tercero se autorizó al Ministerio de la Gobernación para acordar el Reglamento por el que haya de regirse».
- En 1961 se inauguran nuevos pabellones con 600 camas.

Puedo decir que fui de los primeros jefes clínicos de dicho Hospital, con los pediatras ya fallecidos M. Sánchez Puelles, A.G. Crespo Santillana, Elordi y tantos otros que me vienen a la memoria.

Nota histórica: de este número de *Acta Pediátrica* se podrían sacar muchas conclusiones, pero la descripción de la historia del Hospital del Niño Jesús me ha traído a la cabeza el viejo Romance-ro, ya que continúa siendo ejemplo de muchos hospitales infantiles:

«Mis arreos son las armas,  
mi descanso es pelear,  
mi cama las duras peñas,  
mi dormir siempre velar.»

El Hospital del Niño Jesús siempre ha estado peleando por la salud de los niños y velando por su bienestar, y desde su inauguración hasta hoy, gracias a Dios, continúa siendo uno de los mejores ejemplos de los hospitales infantiles españoles. ■