

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

AÑO XX ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 234 **SUMARIO DEL NÚMERO DE JULIO DE 1962**

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El Dr. Jaime de Cárdenas

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Sarcoleucosis en la edad neonatal. Aportación de dos casos, por el Dr. J. Toscano Montes de Oca

Klaumatografía pediátrica: un procedimiento original para el estudio semiológico del llanto infantil, por el Dr. Jesús Martínez Fernández

Hace 50 años, en el mes de julio de 1962, se publicaron en *Acta Pediátrica Española* diversos trabajos doctrinales y notas clínicas. El primero de ellos, del Dr. J. Toscano Montes de Oca, trató sobre «Sarcoleucosis en la edad neonatal. Aportación de dos casos».

A continuación, el Dr. Jesús Martínez Fernández publicó su experiencia sobre «Klaumatografía pediátrica: un procedimiento original para el estudio semiológico del llanto infantil».

La figura del mes estuvo dedicada al Dr. Jaime de Cárdenas, de Madrid.

En el primer trabajo, «Sarcoleucosis en la edad neonatal. Aportación de dos casos», el Dr. Toscano comienza justificando el gran interés de los dos casos clínicos presentados: en primer

lugar, por la edad de presentación (recién nacido) y, en segundo lugar, porque en uno de ellos el diagnóstico exacto no se realizó hasta conocer el estudio histológico de la biopsia de un ganglio mesentérico (figuras 1 y 2).

A continuación va relatando la clínica de cada caso, e indica que clásicamente se ha dividido el linfosarcoma, desde el punto de vista anatomopatológico, en tres formas:

1. Linfosarcoma linfoblástico, o de células gigantes.
2. Linfosarcoma linfocítico: las células de tamaño y dimensiones más reducidas se asemejan a los linfocitos.
3. Reticulosarcoma: las células proliferantes son células reticulares.

Sin embargo, a veces es difícil encajar la neoplasia en un tipo determinado.

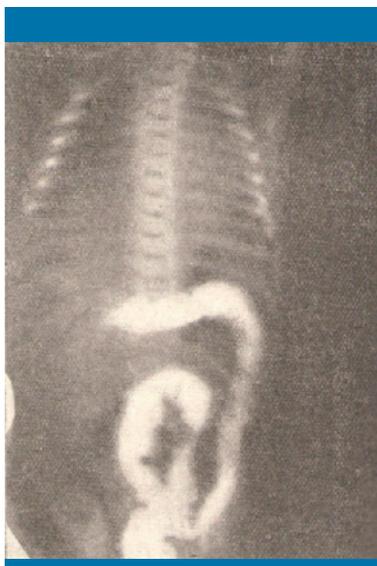


Figura 1

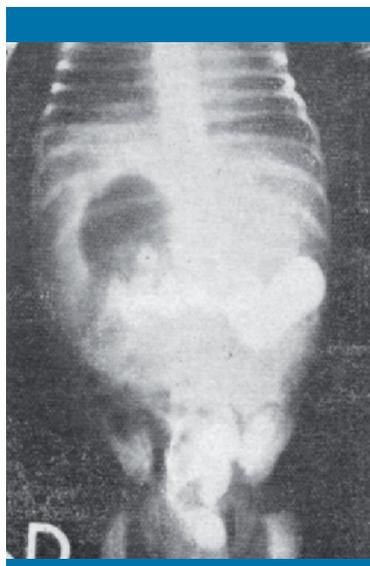


Figura 2

La frecuencia varía según las estadísticas de los diferentes autores. Entre otros, Custer señala que el 50% de las neoplasias infantiles son linfosarcomas (por tanto, las más frecuentes), Carletti indica que lo son el 19,4% de todas las neoplasias, Stransky lo cifra en un 31% y Dargeon en un 7,4%. En general, se debe admitir la opinión de que el linfosarcoma es uno de los tumores malignos más frecuente de la infancia, según señala Custer al recoger la estadística del Philadelphia General Hospital, referida a niños menores de 12 años de edad (el más pequeño de 13 meses).

La localización predominante del linfosarcoma en la infancia es también controvertida. Existen tres regiones que se reparten la primacía: cadena linfática cervical, abdomen y mediastino.

Asimismo, cabe recordar que la clínica del linfosarcoma es muy variable, según su localización: pueden observarse adenopatías, tumoración en el abdomen, anorexia, palidez de la piel y las mucosas, cuadros de obstrucción intestinal, fiebre irregular, mal estado general, leucocitosis con aumento de las células mononucleares, etc. A menudo puede cursar con un cuadro totalmente atípico, que dificulta su diagnóstico, lo que obliga a la realización de diversos exámenes complementarios.

En el primer caso de este trabajo la afección se manifestó con un cuadro de obstrucción intestinal y, muy probablemente, de invaginación intestinal, lo que llevaría al autor a considerar que estaba asentado en el colon. Algunos autores han descrito esta variedad de linfosarcoma, como Cutler, Murphy, Stark, Mosquera, Rivarola, Carrasco Marco, Garrido Lestache, etc. El mecanismo de producción de esta invaginación sería a través de las fuertes contracciones del intestino delgado, que intenta vencer el obstáculo y se introduce en el sector caudal relajado. Guilleminet afirma que en el 40% de los casos se produce una invaginación intestinal aguda crónica, también intermitente en algunos pacientes, cuando el linfosarcoma tiene esta localización abdominal. En este mismo caso no existen metástasis fuera de la cavidad abdominal, lo que confirmaría en parte la teoría de Ehrlich y Geber, quienes creen que los linfosarcomas primitivos intestinales tienden a localizarse en este órgano y en sus ganglios satélite, sin extenderse fuera de la cavidad abdominal.

El segundo caso planteó inicialmente un diagnóstico diferencial con las infecciones otorrinofaríngeas del lactante pequeño y, posteriormente, con los procesos hepatolíneales y sépticos.

En resumen, se presentan dos casos de linfosarcoma abdominal, iniciados ambos en el periodo neonatal y con brote leucémico final (sarcoleucosis).

El segundo trabajo, del Dr. Jesús Martínez Fernández, sobre «Klaumatografía pediátrica: un procedimiento original para el estudio semiológico del llanto infantil», empieza con una valoración del llanto infantil: el venerable maestro de la pediatría española, el Dr. Carlos Sáinz de los Terreros, subrayaba hace 12 años (1950), en el prólogo de su libro titulado *El llanto infantil*, la importancia de una valoración correcta y detenida de dicho fenómeno psicoorgánico para entender al niño pequeño y adentrarse por esta vía «en la complejidad de su alma». Su calidad de factor expresivo y de recurso comunicativo convierten al llanto en el único lenguaje de las

primeras etapas del niño, confiriéndole un valor excepcional en el este sentido. Y, manifestándose tantas veces como síntoma cardinal, llamativo y alarmante de ciertas dolencias somáticas o de determinados conflictos emocionales, cobra para el pediatra un valor definitivo que obliga a no perderlo de vista al ponderar los datos proporcionados por la observación o por la anamnesis.

Atraído siempre por este tema, el autor estudia en los últimos años una infinita variedad de llantos en niños sanos y enfermos, llegando a la conclusión de que la diversidad de matices individuales captados siempre presentaba puntos similares de contacto en relación con la edad, la constitución, el temperamento, las causas desencadenantes o la enfermedad sufrida por el niño.

Al archivar magnetofónicamente los diferentes tipos de llanto con las correspondientes historias clínicas, le fue posible analizar las modulaciones y periodos de cada acceso y repetir reiteradamente los estudios, a la vez que verificar exámenes comparativos. Y obsesionado con la idea de obtener una realidad más objetiva de cada archivo sonoro, emprendió la tarea de transformar éstos en representaciones gráficas. Después de varios meses de aplicación, logró un aparato registrador que colmó su esfuerzo al demostrar que los trabajos en marcha concordaban con toda la teoría que había venido edificando.

Existen diferentes denominaciones. Al autor le pareció apropiado el nombre de klaumatografía (de *Klaumatos*, llanto, y *Graphos*, escribir) para este tipo de experiencias. Por tanto, llamaría «klaumatógrafo» al aparato inscriptor y «klaumatograma» a la gráfica que se obtiene de él. El prototipo experimental se diseñó y empezó a construir en octubre de 1961.

El autor va desgranando los componentes del llanto y el estudio gráfico, la manifestación vocal del llanto, hablando sobre cualidades no registrables, como la modulación o el tono afectivo, el tono, el timbre y, entre las cualidades registrables, la duración y la intensidad. Pero no siendo el llanto un fenómeno biológico periódicamente rítmico, como los movimientos cardíacos, ostentará una gama infinita de variables que obligan a introducir diversos conceptos previos para la identificación de los valores constantes, como la duración y la intensidad.

A continuación habla sobre el eje gráfico (figura 3), para pasar al klaumatograma (figura 4) y al klaumatograma tipo (figuras 5 y 6).

El autor se dedicó desde el año 1949 al estudio del llanto infantil y, después de realizar múltiples registros magnetofónicos, tanto de niños sanos como de enfermos, consiguió obtener, por medio de un aparato registrador original, tiras gráficas de cada uno de los casos que estudió. Aunque las investigaciones estaban aún en su fase inicial, el Dr. Martínez Fernández creyó que el procedimiento era de un valor excepcional para coadyuvar al diagnóstico de ciertas enfermedades.

Asimismo, expone la nomenclatura adoptada y la forma de expresar por medio de número y letras los diferentes tipos de llanto.

Ofrece su colaboración desinteresada a todos los compañeros que deseen obtener estudios gráficos de tipos particulares de

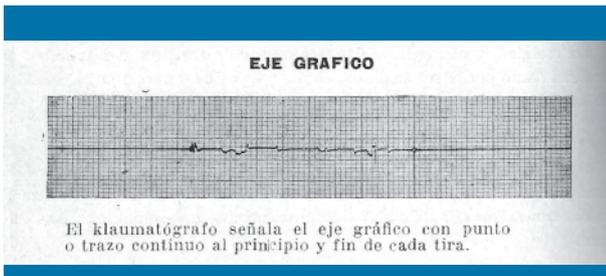


Figura 3

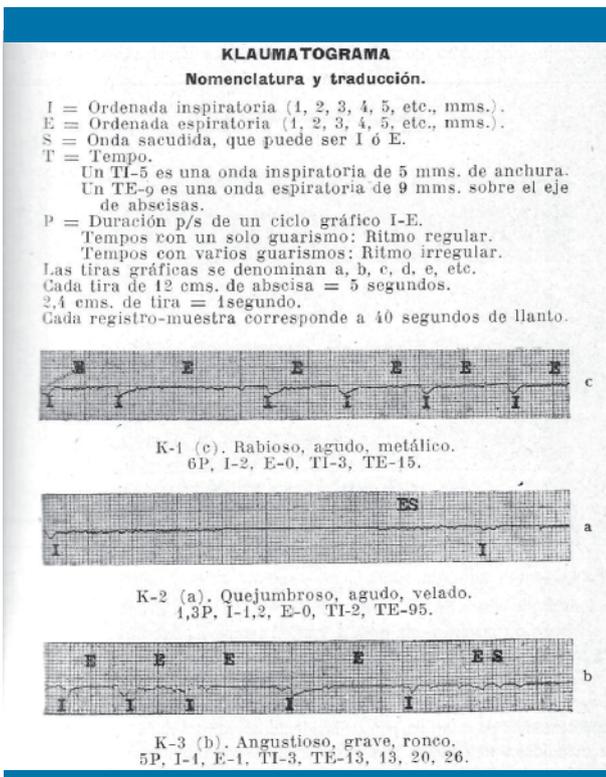


Figura 4

llanto, a quienes enviaría detalles acerca de la forma de recoger las grabaciones y las condiciones tipo de experimentación.

En cuanto al mes de agosto de 1962, ya que actualmente la revista no se publica en este mes, voy a transcribir aquí los enunciados de los trabajos realizados en el mes de agosto de hace 50 años, entre los que destaca la «Contribución al estudio electroencefalográfico de las ictericias neonatales», por el Prof. Manuel Cruz Hernández, el Dr. B. Esteban Velasco y el Dr. A. Torralbo Moreno. En el mismo mes se publica un trabajo muy interesante sobre «Perturbaciones en el desarrollo de la dentadura producidas por hábitos viciosos», por el Dr. Manuel Guzmán Seseña, para terminar con la «Amigdalectomía con anestesia general», a cargo del Dr. Ramón del Valle García.

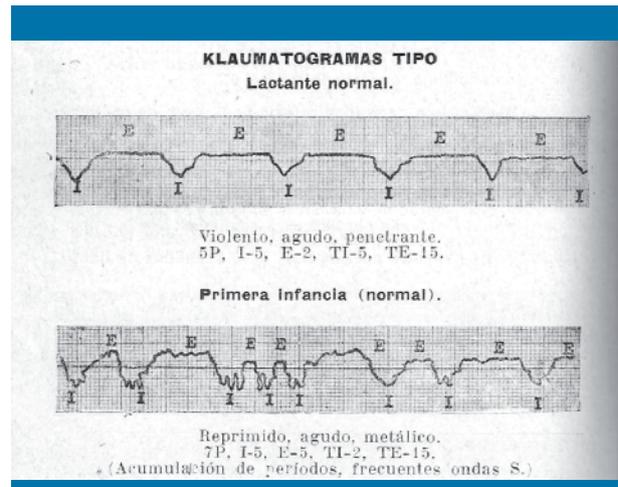


Figura 5

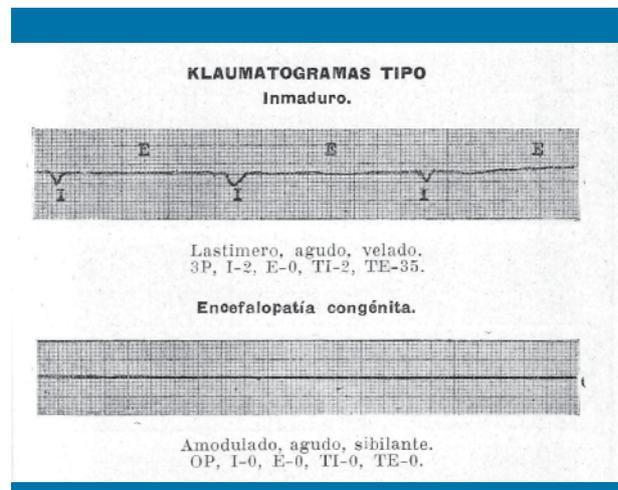


Figura 6

La figura del mes estuvo dedicada al Prof. Suárez Perdiguerro, de Sevilla.

De este número de agosto —ya que, como es lógico, no dispongo de espacio para resumirlo— subrayo el trabajo dirigido por el Prof. Cruz sobre «Contribución al estudio electroencefalográfico de las ictericias neonatales», y la original publicación del Dr. Guzmán, «Perturbaciones en el desarrollo de la dentadura producidas por hábitos viciosos».

El segundo artículo del mes de julio, «Klymatografía pediátrica: un procedimiento original para el estudio semiológico del llanto infantil», me hace recordar lo que Bunyan, escritor místico inglés del siglo XVII, afirmaba: «El sueño es un dulce placer para el hombre activo». Y quiénes más activos que los lactantes y niños pequeños. ■