



# Anales de Medicina y Cirugía

AÑO XXXIV — II EPOCA  
VOL. XXXVIII — NÚM. 146

PUBLICADOS BAJO LA DIRECCION DE LA  
REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

## SUMARIO

MARZO-ABRIL 1958

### ORIGINALES

Septicemia a estafilococos en el recién nacido.-Dr. L. Torres Marty . . . . . 75

La baja por tuberculosis pulmonar en los últimos 15 años.-Dr. M. González Ribas . . . . . 89

Terapéutica endobronquial.-Dr. J. Nolla . . . . . 97

Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de conducta en el niño.-Dr. J. Solé Segarra . . . . . 105

Comentario a los datos estadísticos recogidos en 1.956 en la especialidad de pulmón y corazón y deducciones de

índole práctica que nos sugiere.-Dr. F. Bartolomé . . . . . 117

### ACTAS CLINICAS

Epitelioma traqueal de evolución rápida con síndrome asfíctico.-Dres. M. González Ribas y J. Sanglas . . . . . 127

### SESIONES CIENTIFICAS DE LA R. A. M. B.

Aumento de la eficiencia de la ventilación en el enfisema pulmonar.-Dr. A. L. Barachi . . . . . 131

RESUMENES BIBLIOGRAFICOS . . . . . 133

INFORMACION . . . . . 139

CRITICA DE LIBROS . . . . . 143

**NUEVO!!**

**ESPECIFICO CONTRA LA ANOREXIA Y RETRASOS DEL CRECIMIENTO**

# HUBERAMIN

GRANULADO Y JARABE

L - LISINA + TRIPTOFANO

**LABORATORIOS HUBBER, S. L.**

REDACCION  
Y  
ADMINISTRACION

EDITORIAL DE PUBLICACIONES MEDICAS  
F. GALLARDO

SAN ELIAS, 10  
TELEF. 28 23 26  
BARCELONA

**ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA** es una publicación bimestral bajo la dirección de la Real Academia de Medicina de Barcelona. Presenta trabajos originales, Actas clínicas, Sesiones académicas, Novedades terapéuticas, Varias, Resúmenes de actualidad, Referatas e Información médica general.

**Colaboración.** — Todos los médicos pueden aportar sus trabajos originales; deben ser inéditos, no muy extensos y con un resumen del mismo. Deberán estar escritos a máquina a doble espacio y ser remitidos a la Redacción de la revista. Serán publicados en la sección de Actas clínicas los casos clínicos que, teniendo un interés práctico, sean expuestos brevemente, con un máximo de cinco cuartillas.

Es conveniente seleccionar los grabados para limitarlos al mínimo necesario. La Editorial de la revista se hace cargo de tres grabados, de tamaño máximo  $6 \times 9$  centímetros, por trabajo. El exceso correrá a cargo del autor del trabajo. Debe procurarse que, tanto las fotografías como los esquemas, dibujos y gráficos, sean lo más claros y demostrativos posible, y estos últimos dibujados en tinta china para su mejor reproducción. Esta Redacción se reserva el derecho de confeccionar de nuevo los dibujos, de acuerdo con el original del autor, cuando la mejor presentación de los mismos así lo exija. La Dirección y Redacción de **ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA** no se hacen responsables de los puntos de vista expuestos en los trabajos publicados. Los originales, publicados o no, quedarán en poder de esta Redacción.

**Intercambio.** — Se establece intercambio con revistas nacionales y extranjeras. Los trabajos de actualidad que aparezcan en las mismas serán resumidos, y los de más utilidad técnica, diagnóstica y terapéutica serán referidos por redactores especialistas. En todos los casos se hará constar la procedencia del trabajo.

**Crítica de libros.** — La cita de los libros que se reciban en la Redacción de la revista irá acompañada de una crítica efectuada por un especialista.

**Información.** — Las noticias, programas y guiones referentes a Congresos, Cursos, Concursos e Información legislativa recibidas, serán publicados con la mayor prontitud.



*La Real Academia de Medicina de Barcelona, bajo cuya dirección se publican estos ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA, no se hace solidaria de las opiniones expresadas en sus artículos, cuya responsabilidad corre por entero a cargo de sus respectivos autores.*

# ORIGINALES

## SEPTICEMIA A ESTAFILOCOCOS EN EL RECIEN NACIDO

Dr. L. TORRES MARTY

**H**EMOS asistido recientemente a la evolución de un caso de pénfigo estafilocócico de un recién nacido; hemos tenido la suerte de que haya sido sólo un caso y que la infección haya podido eliminarse sin consecuencias de extensión de la misma y con la completa curación del recién nacido.

En el presente trabajo estudiamos este problema y revisamos la copiosa literatura existente, que creemos de interés clínico, especialmente en maternidades y guarderías de recién nacidos y lactantes.

### Historia clínica

Niño P. L. S., nace el día 20 de mayo del corriente, de parto a término, sin ninguna anomalía ni antecedente digno de mención. Su peso fué de 4 kilos.

Dos días después se observa que en las extremidades digitales de manos y pies aparecen unas vesículas turbias que crecían rápidamente, por lo cual nos lo traen.

En la inspección todas las puntas de los dedos de manos y pies se hallan materialmente desprendidas, uñas inclusive, por unas flictenas de color amarillo, además en ambas plantas y en palma de las manos aparecen otras.

Se diagnostica pénfigo estafilocócico. Se abren las vesículas, se curan localmente con pomada de cloromicetina y recubiertas de

vendaje no adherente. Se pide al laboratorio hemocultivo y cultivo del líquido extraído, así como de faringe de la madre.

Se instaura tratamiento del niño, con: supronal, tetraciclina, transfusión de sangre fresca compatible (100 c.c.) y prednisona.

Día 23:

En peor estado, la infección progresa, se extiende por los miembros tanto superiores como inferiores, así como en boca, donde múltiples vesículas se abren en labios y paladar. Se añade eritromicina 50 mg./k. vía oral. Se continúa con los otros antibióticos, prednisona y nueva transfusión 150 c.c. Vitaminoterapia y hepatoterapia. Cuidados locales. Aislamiento riguroso, una sola enfermera para el niño.

Día 24:

Ya no avanza la infección, la noche anterior tuvo un brote en región cervical derecha y los miembros inferiores están comprendidos en una gigantesca llaga que cubre casi todo el pie, dedos y llega hasta el tercio proximal de la pierna (ver figuras 1 y 2 hechas a los 10 días de enfermedad). Se continúa el mismo tratamiento y tercera transfusión. Alimentación forzada, rechaza el pecho.

Día 25:

Idéntico estado, algo mejor las heridas, una nueva pero pequeña vesícula en pie derecho. Conjuntivitis en ambos ojos.

En este día recibimos los siguientes análisis:

El frotis del primer día de líquido de flictenas da escasa flora bacteriana integrada por escasos diplococos gram negativos y bacilos gram positivos.

En la madre del niño se observan en los frotis faríngeos, bacilos gram positivos, di-

plococos gram positivos y gram negativos tipo catharralis.

Por fin el 28 nos dicen: Hemocultivo negativo.

Coprocultivo en medio de Chapman: no se aislan gérmenes patógenos.

Cultivo membrana velo paladar: se aislan estafilococos.

Cultivo vesícula dedo: se aislan estafilococos. (Dr. PUMAROLA.)

Los días 26, 27 y 28 sigue en grave estado, sin succionar, aunque mejorando las lesiones.

observado ningún otro caso en nuestro servicio lo cual creemos es digno de mención.

\* \* \*

Recuerdan SMITH y cols. que en 1919 YLPPÖ al hacer un estudio bacteriológico de la sangre y órganos postmortem, de 29 cultivos he-



Figura 1



Figura 2

El día 29 de mayo comienza a succionar, siendo excelente su estado general, que va acentuándose. Curas diarias. Se añadieron en tres días penicilina y estreptomycin. Mejorando, haciéndose curas alternas.

El 3 de junio nueva pero pequeña vesícula hemática en un dedo. Se suspende el 8 de junio todo tratamiento.

El día 14 de junio con excelente estado general. Nueva vesícula en otro dedo del pie. Cura local y estreptomycin durante cuatro días más.

Tras unos meses de observación el niño no ha vuelto a presentar novedad.

Debemos añadir que no hemos

máticos, crecieron 12 y en 6 de éstos encontró el bacilo coli; concluía YLPPÖ que los hemocultivos inmediatos a la muerte podían dar indicación fehaciente de la existencia de los gérmenes invasores.

DUNHAM analiza los casos de septicemia neonatorum anteriores a 1933; encuentra el estreptococo hemolítico en 15 casos de 39, el estafilococo en otros 11 y el coli en 10. Insistía en la falta de manifesta-

ciones específicas y la consiguiente dificultad diagnóstica, observando que tanto la meningitis como los abscesos metastáticos múltiples eran frecuentes complicaciones de la sepsis.

Años ha, la gravedad era notoria, CHIAPPA en 1945, de 51 casos, de ellos 12 con hemocultivos positivos, tratados con penicilina y sulfamidas tiene 25 muertes. TODD en el mismo año con idéntico tratamiento de 15 niños, de éstos 8 con hemocultivos positivos, sufre 7 defunciones. SILVERMAN y HOMAN (1949) con 25 casos, encuentran en 17 origen enteral, en 4 en estreptococo, en otros 4 el estafilococo, y cuadros de pielonefritis en 12, de empiema en 6, meningitis en 5 y onfalitis 2. Igual tratamiento que los anteriores, con 14 defunciones. En 1950. DEBRÉ y col. publican 41 casos; los 32 hemocultivos realizados dieron 27 positivos, tuvo meningitis en 25 (con o sin sepsis), mortalidad en 21 y 16 casos de septicemia con 4 fallecidos.

CLIFORD (1947), ya describe cuadros de septicemia en la madre y en el neonato originados por el mismo germen. OBRINSKY y colaboradores (1950), publicaron un caso de septicemia a *Klebsiella pneumoniae*. FOTHERGILL y SWEET en 7 casos de meningitis neonatorum encontraron el mismo germen en sangre y en líquido cefalorraquídeo en 6. Igual observación anteriormente hecha por CRAIG (1936).

RENTERÍA en casos comprobados

con hemocultivo en vida o en el examen postmortem da como índice de morbilidad el de 0,025 %, pero de mortalidad el 100 %, en 17 enfermitos de sepsis neonatorum. Como etiología el coli en el 35,3 % y el estafilococo en el 29,4 %. FRAZER recuerda que en sus casos el 84,1 % de todas las infecciones fueron debidas al estafilococo áureo, figurando como fuentes de infección:

Indeterminadas ...	49,4 %
Enfermera .....	20,6 %
Madre .....	15,8 %
Intrapartum .....	7,9 %
Trauma .....	6,3 %

#### Infección estafilocócica

Es un hecho bien sabido que se ha observado un aumento de las infecciones estafilocócicas en maternidades, guarderías, etc., a menudo de carácter epidémico o del tipo de infección cruzada, de grave evolución y elevada letalidad.

La forma septicémica que era del 80-90 % en 1920-1940, desciende al 10-20 % de 1940-1950 y a partir de tales años empieza a elevarse, siendo ahora del 50-60 % (GERBEAUX, 1954). Se ha observado también que la meningitis estafilocócica, que no es muy frecuente, sí lo es — relativamente — cuando se asocia de entrada con la meningitis tuberculosa (FORNARA, SWISHER, DEBRÉ, etc.).

Respecto a la forma pulmonar,

ya nos hemos ocupado en precedentes trabajos (v. bibliografía). Cada día se tiende a dar mayor importancia a la forma gastroentérica (VOLPATO, DRAPER, BROWN, etcétera). Porque como señalan COUTEL y GERBEAUX, la práctica sistemática de coprocultivos en las diarreas del lactante demuestra o enterobacterias (especialmente *Escherichia coli*) o menos frecuentemente los estafilococos. Estos últimos autores dan dos formas de la diarrea estafilocócica pura, la primitiva o brusca, sin causa aparente (absceso de la madre, o desconocida, alguna vez otitis concomitante) y diarreas episódicas en el curso de estafilococias difusas, por ejemplo, neumopatías, otocantitis.

Pero cerca del 50 % de las estafilococias del lactante lo componen la forma cutánea (VANDENWEIDT). Según QUARTI la defensa está representada por el estrato córneo, la cual está relacionada con su espesor, su estado de equilibrio coloidal local ligado a su vez a la concentración hidrogeniónica, a la inhibición del estrato y al tenor de éste en grasas y jabones. Además existe un manto defensivo químico constituido por lípidos (de origen sebáceo y córneo), ambos están en relación con el pH del revestimiento lipídico y de los primeros estratos de células epiteliales, formando parte de la defensa la lisozima y la hialuronidasa.

El estafilococo es el germen que ha demostrado ser el más fuerte en

la batalla que el hombre ha emprendido merced al arma antibiótica, contra los gérmenes. Patogénicamente se atribuye a su capacidad de elaborar exotoxinas y a estar dotado del poder de superar las defensas orgánicas y a su capacidad, secundariamente a la de multiplicarse *in vivo*, de hacer surgir un estado de alergia apto por sí de disminuir la no muy elevada potencia defensiva, peculiarmente en lo que respecta a la estafilococia del lactante (BURKY, BURNET, RAMÓN, etc.). CISLAGHI se inclina a admitir sin reservas que esta patogenicidad sea la admitida para la forma accidental, hiperaguda que se desarrolla en sujetos no alérgicos e independientemente de cualquier intervención de la alergia modificadora en algún modo de la defensa. La mayor parte de los estafilococos patógenos pertenecen a la variedad áurea (VOLPATO).

La infección estafilocócica representa uno de los problemas más actuales de la patología pediátrica por la notable difusión del estafilococo en el ambiente hospitalario y por la resistencia de la mayoría de sus cepas a la acción de gran parte de los antibióticos (PELEGRINI y colaboradores).

Frecuentemente en el neonato se han encontrado tasas séricas de anticuerpos más elevadas que en su madre; estos anticuerpos descienden rápidamente según una curva logarítmica; al fin del primer mes se han reducido a la mitad y al se-

gundo mes al cuarto. Es muy difícil decir cuándo han descendido, porque ya desde la tercera semana comienzan a aparecer anticuerpos en virtud de la inmunidad activa (MORRISON).

El estafilococo elabora una toxina dotada de propiedades necróticas, hemolíticas y letales. Las hemolisinas son: *alfa*, la más importante, constituida por dos componentes antigénicos que se combinan diferentemente con la antitoxina; es excepcional en el estafilococo humano la *beta* y SMITH y PRICE aislaron la *gamma*. Además la toxina contiene la leucocidina capaz de alterar los leucocitos. Los títulos de antiestafilosina sérica tienen una disminución continua desde el nacimiento al tercer mes de la vida. Luego en los niños sanos van incrementándose a un título de 0'80 U.A.

### Resistencia y sensibilidad

Como otros, FRONTALI señaló la posibilidad de convertir cualquier caso, en una maternidad, en una epidemia. Y diversos autores americanos y franceses escriben sobre la recrudescencia cuantitativa y cualitativa con acentuación de su carácter septicémico y con graves complicaciones secundarias sostenidas por cepas de estafilococo áureo resistentes.

Tal resistencia es de tipo genético, ya que tal carácter es transmitido de generación en generación,

no siendo reversible al cambiar el ambiente en el cual se encontraba el germen. Según TIZZANO, el hecho que las cepas resistentes se hayan encontrado sobre todo en el bacilo de Koch, el estafilococo y el enterococo depende de la diferente velocidad de mutación de cada especie.

El esquema de BLOCKER muestra que sólo entre 1946 y 1951 el 100 por 100 de cepas de estafilococos se hicieron resistentes a una concentración de penicilina de 50 microgramos por c. c. La resistencia se estableció primero a la penicilina, PLOUGH (1945), BERGER (1949) y FINLAND (1950); luego fué apareciendo a la estreptomycin en el 15 por 100, a la cloromicetina en el 27 % y a la aureomicina y a la oxitetraciclina en el 4 %; a las sulfamidas, igual que a la penicilina, en el 100 % (ROTTINI y DI-GIACOMO).

BERGER también señaló cómo entre los años 1947-1948 sólo el 19'4 por 100 de los estafilococos eran penicilinresistentes, mientras que un año después se elevaba al 32 %. En otra institución ya era en tal época del 40 %.

FORFAR y cols., en 1951, hacen un análisis de la sensibilidad a antibióticos de 56 infecciones estafilocócicas, dando:

Penicilinresistentes . . . .	76,6 %
Estreptomycinresistentes .	12,5 %
Cloromicetinresistentes . .	17,4 %
Aureomicinresistentes . . .	4,5 %

La sensibilidad encontrada por SHAFER y cols. ha sido:

Penicilinresistentes	a 250 u./ml.
Clorotetracilinres.	a 20 mcg./ml.
Estreptomycinresist.	a 10 mcg./ml.
Bacitracina	sensible
Cloromicetina	sensible
Eritromicina	sensible
Carbomicina	sensible
Neomicina	sensible
Tipo fago	42B, 47C, 44A, 52.

Según DEBRÉ y cols., en 1953 encuentran el siguiente orden de mayor a menor acción de los antibióticos sobre el estafilococo:

Eritromicina. (Téngase en cuenta que dos años después, en 1955, el 7 % de todos los estafilococos son resistentes a cualquier antibiótico, excepto a éste.)

Aureomicina

Terramicina. (Aunque el 6,7 % son resistentes a ésta.)

Bacitracina

Estreptomicina

Cloromicetina

Neomicina

Polimixina

Penicilina.

#### Clasificación de las estafilococias cutáneas (Quartí)

##### I. Infección epidérmico dérmica:

a) Impétigo vulgar. b) Pénfigo del recién nacido. c) Ectima.

II. Infecciones de los anexos cutáneos:

a) Osteofoliculitis o impétigo de Bockhardt (anexos pilosebáceos). b) Periporitis o abscesos miliares. Poritis o abscesos múltiples cutáneos (glándulas sudoríparas).

##### III. Infecciones dermoepidérmicas:

a) Paroniquias. b) Perionixis. c) Absceso de la mamila. d) Celulitis difusa.

En el pequeñín las lesiones se extienden sin localización precisa y tienen tendencia a afectar inicialmente los estratos cutáneos más superficiales, los epidérmicos con formación de elementos bullosos, asumiendo sólo un carácter invasor en ciertas condiciones, profundizando con formación de abscesos y flemones. También acostumbra a partir de las glándulas sudoríparas porque a esta edad son las de mayor funcionalismo y por ser los poros cutáneos más amplios y cortos, siendo más fácilmente penetrables y colonizables por el estafilococo.

Merced a las nuevas técnicas de tipificación fágica y serológica se ha podido establecer la presencia de estafilococos en las fosas nasales del lactante y de su madre, así como establecer cierta relación entre la forma clínica y tipo de estafilococo.

La colonización del estafilococo es tan rápida en el recién nacido que COVENTRY e IBSISTER que han estudiado a fondo este asunto han

podido establecer el horario de in-  
vasión; copiamos un cuadro suyo.

La citada tipificación fágica y se-  
rológica es, según GAIRDNER, el me-  
jor método de trabajo para juzgar  
del papel morboso del estafilococo  
en el recién nacido; téngase en  
cuenta que se calcula que el 50 %  
de los adultos son portadores, en el  
tractus respiratorio superior, de es-  
tafilococos piógenos penicilinresis-  
tentes.

Ello comporta que *inmediata-  
mente después del nacimiento* los

del método profiláctico antigonocó-  
cico de Credé, por el mayor peligro  
hoy día de la infección estafilocó-  
cica con las manipulaciones en las  
conjuntivas del neonato que por la  
improbable infección gonocócica  
que, en todo caso, es mucho mejor  
curable en la actualidad que la es-  
tafilocócica.

Como vías de infección se acu-  
san: madres, personal de cuidado  
del recién nacido, otros niños, pol-  
vo de la habitación (v. más ade-  
lante).

Edad en días	Núm. de tomas	Núm. de niños portadores de Stf. piógenos	Núm. de niños portadores de Stf. piógenos en ombligo
0 - 2	31	8	6
3 - 4	50	17	27
5 - 6	36	18	21
7 - 14	58	32	33

estafilococos comienzan a colonizar  
en la nariz del neonato. CUNLIFFE  
en 1949 ya había insistido en que  
el 96 % de los neonatos eran por-  
tadores nasales a la segunda sema-  
na; en su estudio siguió día por  
día el proceso de una maternidad.  
LUDLAM, 1953, dice que tal proceso  
es algo menor en los hogares pri-  
vados, alrededor del 36 %.

Otro punto de iniciación infecti-  
va es la conjuntiva (no así en los  
adultos por la lisozima), recuérdese  
que autores calificados no vaci-  
lan en recomendar la suspensión

**Síntesis clínica**

Expresada la sintomatología en  
tantos por ciento (SMITH), da:

Síntomas precoces:

- Fiebre . . . . . 47 %
- Aparato gastro intestinal . 30 %
- Ictericia . . . . . 29 %
- Lesiones cutáneas. . . . . 24 %
- Alteraciones respiratorias . 21 %
- Sistema nervioso central . 15 %
- Onfalitis . . . . . 9 %

Cuadro constituido:

Fiebre. . . . .	51 %
Hepatomegalia. . . . .	33 %
Ictericia . . . . .	32 %
Meningitis . . . . .	26 %
Lesiones piel . . . . .	21 %
Signos neurológicos . . . . .	13 %

FORFAR los valora así, teniendo en cuenta la frecuencia: conjuntivitis, el 64 %; lesiones cutáneas, el 14 %; onfalitis, el 9 %; celulitis local y paroniquia, el 6 %.

El cuadro clínico difiere considerablemente del visto en niños mayores o en adultos; la fiebre es alta y característica (BRENNEMANN) aunque son excepcionales las convulsiones, puede haber diarrea, pérdida de peso; la *ictericia* es signo prominente según LEOPOLD y BRENNEMANN, hemorragias varias, corrientemente esplenomegalia y leucocitosis. Y además, como dijo PARSONS en 1944, este cuadro clínico es tan diferente de lo corriente en una enfermedad aguda infecciosa que puede pasar inadvertido por médicos, pediatras, etc., sin experiencia en él.

#### Estudio de las vías de infección y profilaxis

Debe recordarse el interesante trabajo de CAMPBELL que sitúa el problema de la infección en una maternidad en los siguientes puntos de vista:

I. La infección puede introducirse por:

- a) Por franca lesión en médico, enfermera, etc.
- b) Por portador en tractus respiratorio superior.
- c) Vía de la ropa lavada, cestos, lavadoras de dicha ropa.
- d) Lactancia artificial o utensilios en ella empleados.
- e) Leche infectada de la madre por mastitis (contradice opinión de DUNCAN y WALKER).

II. Una vez introducida puede transmitirse por:

- a) Las manos de las enfermeras, asistentes, etc.
- b) Las tinas de baños.
- c) Los lienzos usados en las tomas de los alimentos.
- d) Las ropas de camas y cunas.
- e) Lactantes portadores.
- f) El polvo de las habitaciones.
- g) Equipo de los nidos, por ejemplo, termómetros, etc.
- h) Toallas, cepillos, estetoscopios, etc.

ABBA, en la profilaxis, discrimina los siguientes puntos:

- 1.º Esterilización de los alimentos (en especial leche y derivados).
- 2.º Esterilización del ambiente (aire, efectos personales, baños, lienzos, etc.).
- 3.º Descubrimiento y separa-

ción del portador sano de estafilococos cutáneos (examen de rinofaringe, piel, vulva, vagina, etc.).

4.º Crear una inmunidad activa o pasiva del lactante.

DENTON y cols., en un detenido estudio realizado en un brote epidémico en una maternidad, tipificando los cultivos, etc., llegan a la conclusión que la infección por contacto directo de portadores es la más probable vía para los lactantes y la fuente más segura son las enfermeras. Es también una posibilidad la infección aerógena derivada de portadores y asimismo de los niños infectados. Y que por la incidencia observada, *las madres eran contagiadas por sus hijos, más bien que al contrario.*

ALLISON y HOBBS han demostrado que en una epidemia de pénfigo estafilocócico el mismo germen existía en el tractus respiratorio de un número de enfermeras no sólo cuando la epidemia estaba en su apogeo, sino desde su principio, hecho que los autores consideran substancial a su teoría de la infección acarreada por las enfermeras; se ha demostrado también que personas con infecciones purulentas cutáneas tienen frecuentemente los mismos gérmenes en los tractus respiratorios, haciéndolas enormemente contagiosas (MILES, WILLIAM y CLAYTON. COOPER, 1944; LAURELL, 1948; MELIN, 1949).

En cambio, PARKER y cols., estudiando una epidemia de pénfigo y de conjuntivitis a estafilococos toman-

do muestras de enfermeras, madres y de niños, estiman que al menos durante la última parte del brote los adultos no fueron la fuente de infección y sugieren que la diseminación amplia del germen lo fué *por niño a niño.*

MELIN y WALLMARK establecen una noción de importancia y es que *cuando se han encontrado estafilococos patógenos en la leche materna*, ha sido posible demostrar con toda probabilidad que *habían sido originados por los niños* (DUNCAN y WALKER, 1942).

Veintidós niños, de ellos 15 con pénfigo y 7 con conjuntivitis aguda estafilocócica fueron estudiados por MILLER, con mortalidad del 9 %, encontrando que los niños no enfermos fueron portadores de estafilococos áureos en proporción creciente desde el 66 % al 88 %, descendiendo luego hasta 0 en los siguientes meses, cuando había desaparecido la infección. Concluye, pues, que el *tractus respiratorio de tales niños sanos constituía el principal reservorio de infección.*

WEBB ha estudiado en Winnipeg una incidencia desusada de infecciones estafilocócicas de recién nacidos y de mastitis de madres lactantes entre 1947 y 1951; como pudo comprobarse que el aumento de infecciones de los recién nacidos era anterior a la aparición de tales mastitis a las madres, era lógico concluir en que aquéllos eran la fuente de infección de sus madres y administrando cloromicetina a título profiláctico consiguió apre-

ciables resultados. La investigación bacteriológica, la tipificación del germen demostró la existencia de 14 portadores que fueron eliminados del personal de guarderías.

Tal observación es de gran importancia en la profilaxis de las mastitis de las madres lactantes, contribuyendo con la de MELIN y WALLMARK a permitir sostener que lo primario es la *infección del lactante* y secundaria *la de la madre* y no al revés como se ha escrito y sostenido con todas las consecuencias profilácticas y terapéuticas lógicas.

El papel de la eritromicina en la profilaxis de las estafilococias del recién nacido ha sido estudiado por SHAFFER y cols., que dan dosis de 40-50 mgs./kg./día administradas en seis fracciones, cada 4 horas. En otro trabajo insisten en darla también a las enfermeras durante una semana, término medio, con buen resultado. Además, en vez de la técnica «seca» instauraron el baño diario a los niños con líquidos detergentes (3 % de hexaclorofeno) que encontraron muy útil; pero en aquella ocasión aun con todo tuvieron algún caso de piodermia de 3 a 7 días después de la salida del niño de la guardería, lo cual no encuentran sorprendente ya que alrededor de la tercera parte de todos los lactantes mantenían cultivos nasales positivos.

Entre los aspectos de la profilaxis y con carácter especulativo, MONCRIEF menciona la administración de vacunas antiestafilocócicas

y de antibióticos a la madre para reforzar la inmunidad del hijo, sobre todo en casos de ruptura prematura de las membranas y parto prolongado.

### Tratamiento

Debe dominar antes que todo un perfecto conocimiento de las reglas de asepsia y de la responsabilidad que se tiene de evitar a toda costa la propagación de la enfermedad y conseguir al mismo tiempo la curación del o de los casos iniciales. *Aislamiento e higiene es lo primario.*

Si es pénfigo, débense incindir las flictenas asépticamente con guantes y material estériles. Toda enfermera debe siempre llevar blusa especial para el cuidado del niño, guantes estériles y mascarilla que deben ser dedicados sólo a tal cometido.

El uso local de pomadas de antibióticos lo consideramos adecuado.

El antibiograma, cuando sea posible, es lo indicado; luego administración del o de los antibióticos a que se haya manifestado sensible el germen. Pero si ello no es posible, conviene utilizar:

Eritromicina, tetraciclina, no olvidando que la conjunción de penicilina (que es bacteriolítica) con estreptomocina puede ser muy útil, tanto más cuanto que la eficacia de la penicilina no depende ya de la muy baja intervención de las defensas del lactante. Además, según SORICE y ORTONA, cepas resistentes

a la penicilina se han manifestado sensibles cuando se ha unido ésta a la cloromicetina.

Respecto a las sulfamidas (que nosotros hemos utilizado), su desuso ha sido un error, según MULLER, y se deben emplear. Tanto más cuanto que MERLE añade que al no haberse utilizado antes habrán disminuído las cepas a ellas resistentes y así HOWELL refiere excelentes resultados.

Insistimos en que además deben usarse las transfusiones sanguíneas en número y cantidad adecuados al cuadro clínico del enfermito; estimamos que son de gran utilidad y forman parte principal de nuestro cuadro terapéutico.

Nosotros empleamos, además, como en casi todas las enfermedades infecciosas y otras, la glucocorticoides de síntesis, medicación de una importancia suma precisamente en este grupo de afecciones, y creemos que con buenos resultados.

En cuanto a otros antibióticos, como lo cloromicetina y la estreptomycinina, ya hemos hablado de usarlos en conjunción con otros. En realidad, débense emplear ampliamente los antibióticos más adecuados. LEPPER, por ejemplo, ha encontrado tras un mes de uso corriente de eritromicina en un hospital, como aparecían cepas de estafilococos resistentes en la garganta del personal al cuidado de los enfermos; al cabo de 5 meses tales portadores eran el 75 %. Las mismas cepas fueron descubiertas en los lactantes, demostrando que la

*cross-infection* era corriente. FINLAND también asocia dos, tres o más antibióticos, entre ellos la estreptomycinina para disminuir la resistencia, pudiéndose así reducir el tiempo y grado necesarios para que surja. GRIBSBY, CHAPPELL y PEACOCK sólo utilizan la eritromicina en casos de clara indicación y a dosis eficaces, susceptibles de producir rápidas curaciones; pero no siempre puede conseguirse esa rapidez y así NATHENSON tiene un caso de sepsis estafilocócica curado a los 5 meses de tratamiento aureomicínico.

ROTTINI aconseja asociar anatoxina estafilocócica a dosis elevadas para elevar rápidamente la inmunidad humoral según el método de Bentivoglio.

Capítulo aparte merece la cuestión de las recidivas, con una latencia de 2-20 días. ROTTINI tiene un caso después de 60-120 días. Recuérdese que en el nuestro aparecieron pequeños elementos a los 13 días y otro a los 24.

Un tratamiento bien dirigido debe continuarse, dando un margen de seguridad de al menos una semana, después de la curación aparente de las lesiones.

Las recidivas secundarias aparecen en el 75 % de los casos con la latencia arriba indicada; pueden ser:

- 1.º Recidivas del pénfigo en su asiento primitivo o en otros (menos frecuente).

2.º Flemones subcutáneos, ade-nopáticos de los tributarios de la primera infección.

3.º Septicemia con forúnculos diseminados y en órganos internos como pulmón, huesos, empiema (LELONG y ALISON tienen un 80 % en sus casos), absceso cerebral, pudiendo presentarse en cada enfermo una u otra eventualidad o varias en períodos sucesivos.

En resumen, LAPORTE dice que la duración del tratamiento no se ba-

sará sobre la sedimentación, leucocitosis, apirexia, etc., los cuales no son criterios de curación; es preciso prolongar la medicación antibiótica, tener siempre nuevas agresiones y, sobre todo, intensificar al máximo el tratamiento general, no considerar jamás a un enfermo como perdido, nutrirle lo mejor posible, estimular su tono, hacer transfusiones conservadoras; se llega así, con constancia, a curaciones inesperadas. No considérase eficaz la vacunoterapia.

#### BIBLIOGRAFIA

- BERGER. Wien. Medz. Über die Häufigkeit-szunahme penicillinresistenter pathogener Kokken. Wochsft. n.º 45/46. 19-XI-1949.
- CAMPBELL. Nursery Infections. T. Med. J. of Australia. 27 enero 1951, vol. 1. n.º 4.
- COUTEL y GERBEAUX. Le Nourrisson, Marzo-abril 1956. Año 44, n.º 2. Staphylococci fecales du nourrisson.
- COVENTRY e ISBISTER. A bacteriological and clinical study of infection in newborn babies in a maternity hospital nursery. T. Med. of Australia. 23-IX-1951.
- DENTON, KALZ y FOLEY. An investigation of an outbreak of staphylococcus folliculitis (pemphigus neonatorum) by the use of bacteriophage typing of staphylococcus pyogenes. T. Cand. M. A. J. vol. 62, marzo 1950, n.º 3.
- FELSEN, J., LAPIN J., WOLARSKY, W., WEIL, A. y FOX, I. Staphylococci Infections in Hospital Nurseries and Pediatric Wards. Am. J. Dis. Child. 81: 534-540, 1951.
- FORFAR, MACCABE, BALF, WRIGHT y GOULD. Staphylococci Infection in Newborn Treated with Erythromycin. Lancet. 584-587. Mar. 19, 1955.
- FORFAR, BALF, ELIAS-JONES y EDMUNDS. Staphylococcal infection of the newborn B.M.J. 25 julio 1953.
- FRAZER. A study of neonatal infections in the nurseries of a maternity hospital. Arch. Dis. Child. vol. 23. n.º 114, junio 1948.
- GAIRDNER. Progressos recientes en Pediatría. 1957. pág. 97.
- McLAREN TODD. Septicaemia of the newborn. Arch. Dis. Child. vol. 23. n.º 114, junio 1948.
- MELIN y WALLMARK. Pemphigus neonatorum in maternity hospitals. Act. Paed. Stockholm, suppl. 75, 1949.
- MILLER. An outbreak of pemphigus neonatorum in the maternity department of a general hospital: with special reference to the source of infection. T. J. of Obst. and Gynaec. vol. LVII. n.º 3, junio 1950.
- Minerv. Pedt. a. VIII, n.º 29-30. 28-VII-1956. Cong. Interegional de Pediatría. (7-8 mayo 1955) Gardone Riviera.
- MONCRIEFF. Infections in the Newborn. Brit. Med. J. 1; 4, 800, 1953.
- PARKER, CAMB, KENNEDY. The source of infection in pemphigus neonatorum. T. J. of Hygiene. vol. 47, 1949.
- PELLEGRINI MAZZEO CASOLI. Il titolo di anti-tossina stafilococcica nella madre, nel neonato a termine e prematuro, nel lattante e nella prima e seconda infanzia. Il Lattante. n.º 4, abril 1957.
- PIRONNEAU. Sur les Staphylococci. Pres. Med. 19 marzo 1955. págs. 425-426.
- RAVINA. Developpement de la resistance du staphylocoque doré a l'erythromycine en milieu hospitalier. Pres. Med. 1955. n.º 58. pág. 1190.
- RENTERÍA. Septicemia del recién nacido. Re-

- visión de 17 casos. Bol. Méd. del Hosp. inf. de México. 11. 17-23. 1954 (n.º 1).
- ROTTINI, DI-GIACOMO. Il problema del trattamento delle sepsi stafilococciche del neonato. Il Lattante, a. 25, n.º 9, sepbre. 1954.
- SHAFFER, BALDWIN, RHEINS, SYLVESTER. Staphylococcal infec. in newborn infants. Pediatrics, vol. 18, n.º 5, nbre. 1956.
- SHAFFER y cols. Pediatrics, 18 : 750. 1956.
- SMITH, PLATOU, GOOD. Septicemia del recién nacido. (Estado actual del problema.) Pediatrics, vol. 17, n.º 4, abril 1956.
- TORRES-MARTY, CLARIANA y LEÓN. Tratamiento de la pleuresia del lactante. Arch. de Ped., julio-agosto 1957.
- TORRES-MARTY, CLARIANA, MEDIR y GUTIÉRREZ, F. Contribución al estudio de las neumopatías bullosas. Arch. de Ped., marzo-abril, 1956.
- TORRES-MARTY, MEDIR y GIMÉNEZ SAFONT. Estado actual de la terapéutica de los empiemas a neumococos y estafilococos. Arch. de Ped., novbre.-dicbre. 1956, n.º 39.
- WEEB. Newborn infections and breast abscesses of staphylococcal origin. Canada M.A.J., abril 1954, vol. 70.
-

**Anales de Medicina y Cirugía**

Marzo-Abril 1958 - N.º 146

Jefe del Servicio de Patología Respiratoria de la Facultad de Medicina de Barcelona  
(Clínica Médica B. Prof. Dr. M. Soriano)  
y de la C. A. Hilaturas de Fabra y Coats

## LA BAJA POR TUBERCULOSIS PULMONAR EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

Dr. M. GONZALEZ-RIBAS

LA tuberculosis ha sido siempre una de las causas más importantes de baja en el trabajo, tanto por su frecuencia como por su duración.

Por ello, las Empresas, atentas a los problemas que pesan sobre el obrero, como individuo socialmente afectado y como factor de producción, han procurado acudir a solucionar, con todos los medios posibles, el trastorno social que tal enfermedad ha venido desencadenando.

El valor de los estudios efectuados en una Empresa Industrial, sobre este tema, sube de nivel si se tiene en cuenta que al tratarse de un sector limitado, completamente controlado, da cifras que son fiel expresión de la realidad, expresada en los datos de morbilidad, mortalidad, curso clínico, duración, recuperabilidad, etc.; constituyendo un verdadero tubo de ensayo o pequeño observatorio de la enfermedad.

En el conjunto de nuestra observación se aprecian las modificaciones sufridas por la enfermedad en su evolución, estableciéndose un hecho diferencial entre la época preantibiótica y la antibiótica, de gran repercusión económico-social y constituyen un claro reflejo de conjunto de las cifras expuestas por GODIAS, DROLET y LOWELL de carácter mundial, las de MORALES, ABELLO, NAVARRO FIGUEROA y GARCIA DEL BARRIO del Patronato Nacional Antituberculoso con carácter Nacional y las de SAYE mundiales, nacionales y locales.

### Número de bajas por año

Las observaciones efectuadas por nosotros durante 15 años, nos permiten dar las cifras que a continuación exponemos, para su comentario.

En un contingente de unos 6.000 productores, el número de bajas

anual en los últimos 15 años es el que exponemos en la fig. 1.

La curva de bajas por primera manifestación sigue un curso descendente a partir del año 1943 hasta el año 1947, para elevarse hasta el 1949 como manifestación de un brote maligno de tuberculosis, con todas las características epidemiológicas, cual veremos en el gráfico próximo influenciado, seguramente, por la época de bloqueo exte-

ca, se eleva más en algunos años últimamente, coincidiendo con la época antibiótica, posiblemente debido a que la acción antibiótica priva la formación de reservas inmunitarias suficientes para evitar el desarrollo de brotes ulteriores de la enfermedad.

El total de bajas anual, suma de primeros brotes y recaídas, sigue en líneas generales este curso descendente a partir del año 1943, épo-

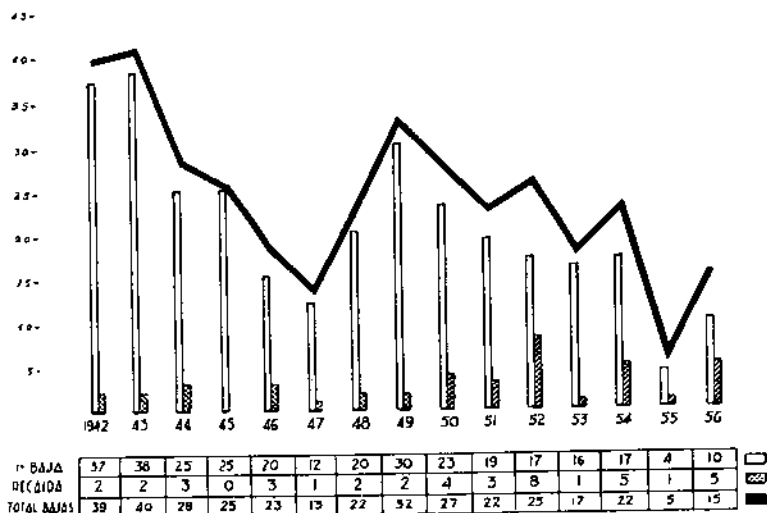


Figura 1. — Cifras anuales de baja por 1.ª vez, recaídas y curva de total de bajas.

rior, restricciones, dificultades de transporte, falta de alimentos proteicos, etc. A partir del año 1950 se produce un nuevo descenso que va continuando hasta el año 1955 para elevarse nuevamente en 1956. Sobre esta segunda fase de descenso no creemos haya influido la presencia de los antibióticos.

La curva de recaídas que se mantenía baja en la primera épo-

ca de post-guerra, hasta el 1947, con la elevación hasta el 1949 y el descenso hasta la actualidad.

El porcentaje de bajas entre el total de obreros, con un descenso de un 87 y medio por 100 entre 1943, la cifra más alta, y 1955 la cifra más baja, representa un 60 por 10.000 en la primera fecha y un 8 por 10.000 en la última.

No hemos podido precisar nin-

gún carácter especial en la Industria textil, que pudiera considerarse como factor desencadenante que, colaborando con otros factores, pudiera contribuir ha aumentar el número de bajas anual.

**Formas clínicas causantes de la baja**

Las formas clínicas causantes de

conceptos en curvas casi paralelas que muestran un descenso en el tanto por ciento de formas abiertas que de un 71,79% en 1942 baja a un 41,75% en 1947, para elevarse a un 73,73 % en 1949 y descender luego hasta la actualidad con 23,52 % en 1954 y subiendo a un 30 % en 1956.

Las formas malignas, de 10,25 por 100 en 1942 bajaron a 0 en

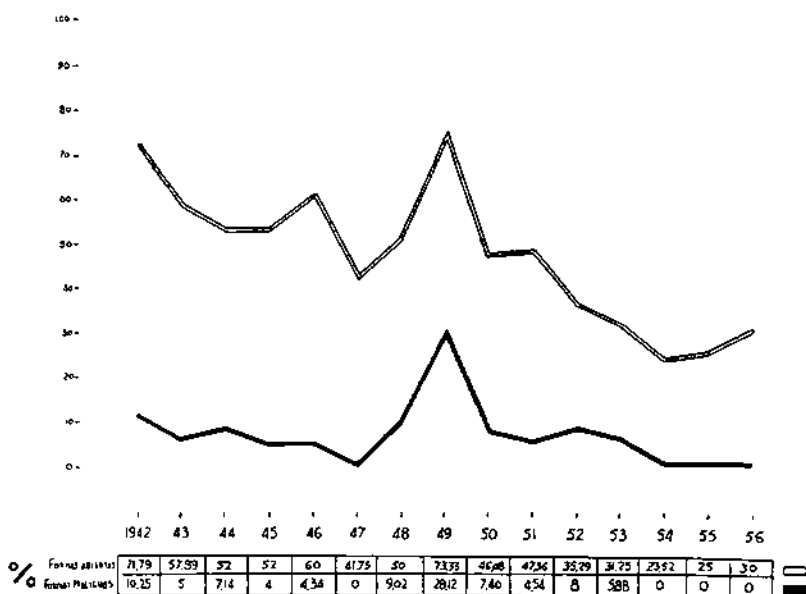


Figura 2 -- Porcentaje de formas abiertas y formas malignas.

la baja, han sido distintas, con predominio variable según las épocas, tanto en las primeras manifestaciones como en las recaídas. Para esquematizar las hemos clasificado en benignas y malignas y en lesiones abiertas y cerradas, según el resultado de las baciloscopias.

En la fig. 2 se registran ambos

1947, sufrieron una gran elevación hasta 28,12 % en 1949 y descendieron hasta el 0 en los 3 últimos años.

Apreciamos gráficamente como después del descenso de benignización apreciado después del brote de post-guerra se ha producido otro brote maligno en 1949, con la característica antes dicha de

aumento brusco del número de bajas, con el gran aumento del porcentaje de formas abiertas y, paralelamente, de formas malignas bronconeumónicas y neumónicas caseosas en 1949, para producirse después de una nueva fase de benignización.

### Tiempo de baja

El tiempo de baja viene influen-

de bajas en ciertas épocas, también ha producido un alargamiento de la duración de la enfermedad por la gravedad imprimida en el conjunto de los casos. El factor terapéutico ha demostrado su gran influencia tan pronto como a los procedimientos clásicos de la cura de reposo y la colapsoterapia, se han añadido las medicaciones antibióticas, que tanto iban a transformar las características de

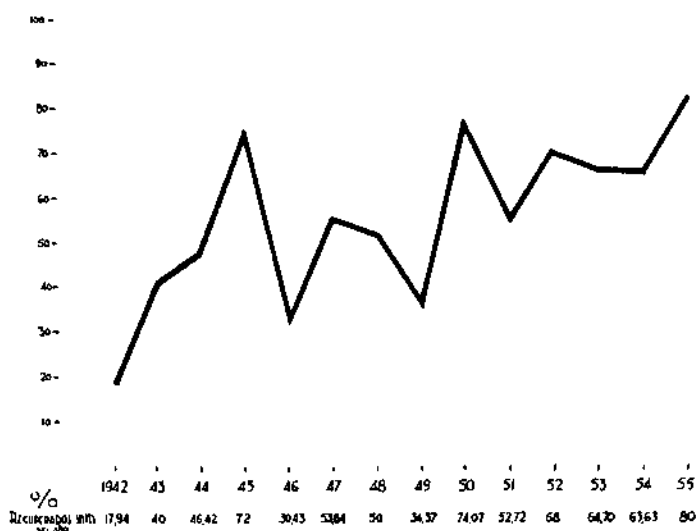


Figura 3. — Porcentaje de recuperados antes de un año de la baja

ciado por un lado por los caracteres epidemiológicos de la enfermedad, por su forma clínica y evolutiva y, por otro lado, por la acción terapéutica desarrollada en el conjunto de los casos según las posibilidades y progresos médicos de cada momento.

El factor epidemiológico, si ha influido aumentando en el número

gravedad iniciales en las formas malignas, como la evolución de todas las formas, tanto acortándola en caso favorable, como interrumpiendo la evolución y reduciendo al mínimo la mortalidad en los casos cuyo terreno orgánico y cronicidad lesional impiden la curación.

Esta reducción del tiempo evo-

lutivo en cifras y promedios anuales, la apreciamos claramente desde distintos puntos de vista.

En la figura 3 el tanto por ciento de recuperados antes del año de la baja, describe una curva oscilante, pero progresiva, que de 17,94 en 1942 pasa a 80 en 1955, obedeciendo las oscilaciones intermedias precisamente a la aparición de mayor número de recaídas que reportan una mayor duración

nidad de la época precedente, y se eleva nuevamente en el año 50, a consecuencia de la malignidad del año 49 y desciende nuevamente a consecuencia de dos factores: inicialmente por un aumento de mortalidad y a continuación por la acción de los antibióticos. En esta curva pueden diferenciarse dos épocas distintas: el descenso después de la post-guerra que se produce, con el retraso consiguiente, paralelamente a la curva de bajas.

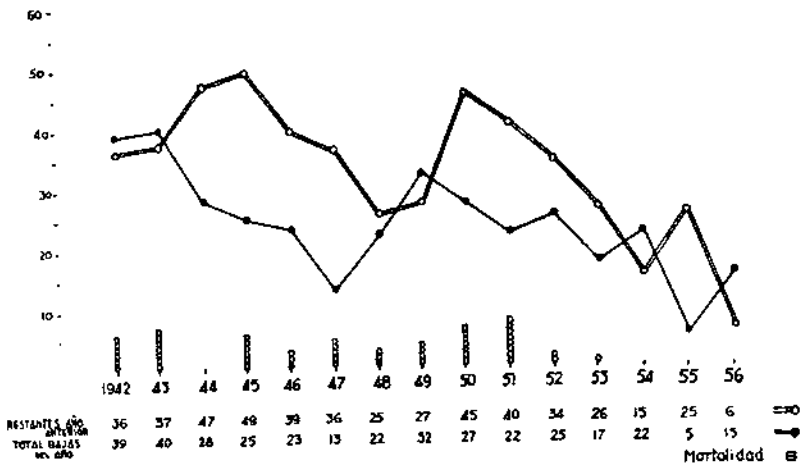


Figura 4. — Curva de casos restantes del año anterior en comparación con la de bajas

del proceso por encima de un año.

En la fig. 4 registramos el número de casos restantes del año anterior, o sea el arrastre que debemos sumar al número de bajas del año, para calcular después la cifra total de días de baja anuales. Las cifras de los restantes del año anterior, describen una curva que asciende a partir del año 1943 hasta el 1945, para descender hasta el 1948 y 1949, reflejo de la benignidad

La 2.ª época, después del brote maligno de 1949 en que, de una manera decidida, a consecuencia de los dos factores antes apuntados, llega a cruzarse en la curva de bajas para seguirla, en forma paralela y oscilante, con el retraso de un año,

La cifra del total de días baja por cada año, suma de las bajas por primer brote, por recaída y de los enfermos procedentes del año

anterior, describe una línea que prácticamente podría superponerse a la curva de bajas, solamente con la diferencia de marcar los niveles correspondientes con un año de retraso a aquella. Como en aquella, después de un descenso de la época preantibiótica y la elevación ulterior del brote maligno, viene otro descenso, más expresivo aún, en la época antibiótica. El total de 18.240 días baja el año

miológico de la enfermedad y de la acción de los medicamentos antibióticos sobre el acortamiento de la evolución de la enfermedad, expresada tanto en las cifras de recuperación antes del año de baja como en las de restantes del año anterior.

### Conclusiones

1.º Deducimos un descenso en

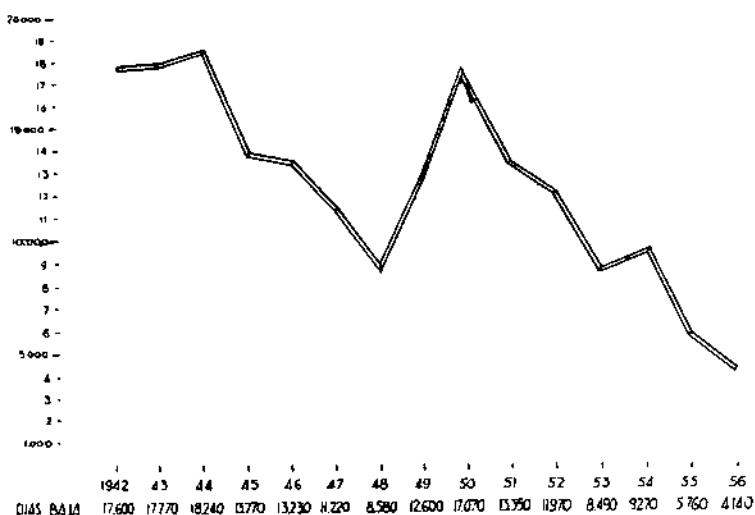


Figura 5. — Curva del total de días baja por un año.

1944 y después de la agravación del año 1950 a consecuencia del brote maligno de 1949, desciende rápidamente hasta 4.140 días en 1956, que representa una disminución de un 77%; descenso, que traducido en su valor económico, representa un ahorro que huelga detallar. Este gran descenso es la expresión de unas mejoras de carácter higiénico y profiláctico que repercuten sobre el factor epide-

el número de casos y tiempo de baja después de la post-guerra, que asciende nuevamente en 1948-49 por un brote de malignidad, caracterizado por un aumento en el número de bajas, mayor duración de la enfermedad y aumento de la malignidad de las formas clínicas, y un nuevo descenso hasta 1955; últimamente se produce una elevación en el número de bajas

cuya trascendencia no podemos presumir.

2.<sup>o</sup> También es muy apreciable y francamente decisiva la influencia de la acción antibiótica sobre la reducción de la fase bacilífera, duración del tiempo de enfermedad, con reducción del tiempo de baja y la reducción extraordinaria de la mortalidad.

3.<sup>o</sup> La observación de los distintos aspectos y factores que influyen en el tiempo de baja, permite llegar al registro gráfico de lo antes dicho y a una gráfica demostrativa del enorme descenso del coste producido por la tuberculosis, de 18.240 días en 1944, cifra máxima, hasta 4.140 días en 1956.

---

**Anales de Medicina y Cirugía**

Marzo-Abril 1958 - N.º 146

## TERAPEUTICA ENDOBRONQUIAL

Dr. J. NOLLA

**E**NUMERAREMOS los quimioterápicos y antibióticos más usados en la terapéutica endobronquial, así como sus dosis comúnmente empleadas.

Las *sulfamidas*, tanto por vía oral como tópica, son elementos valiosos, empleándose asociadas a otros fármacos.

La *penicilina* es muy utilizada por su satisfactoria acción terapéutica en la lucha contra los gérmenes grampositivos, responsables de la mayoría de infecciones y supuraciones pulmonares.

La *estreptomicina*, activa contra los gérmenes grampositivos y negativos, particularmente sobre el *mycobacterium tuberculosis*, tiene un lugar destacado en el orden de preferencia y frecuencia de usos.

La *cloromicetina* disuelta en propilenglicol al 10 %.

La *terramicina* en suspensión de 0,25 a 0,50 gr. en 5 c. c. de solvente.

La *H.A.I.* en solución al 2 %, 5 centímetros cúbicos para instilaciones endobronquiales. Cuando la usamos en forma de aerosol, em-

pleamos 2,5 c. c. de la solución indicada.

Se debe tener en cuenta al elegir los medicamentos, que no sean irritantes de la mucosa bronquial (aureomicina), que tengan un pH cercano a la neutralidad, y que la solución no exceda de unos 5 c. c.

### Aerosoles

Mediante ellos, dispersamos en el aire sustancias sólidas o líquidas en pequeñas partículas que por la fricción violenta con la atmósfera adquieren cargas eléctricas que les permiten eludir, durante un cierto tiempo, las leyes de la gravedad; además, de este modo las sustancias tardan más en dejarse disolver, adoptan los movimientos del aire penetrando en las vías respiratorias y no se depositan en bronquios y alvéolos hasta perder su carga eléctrica.

Tienen una acción general, si se respiran durante cierto tiempo, hallando en la sangre la sustancia dispersa que actúa sobre diversos

órganos, modificando su funcionamiento.

La acción local es la que más nos interesa por actuar sobre las vías respiratorias directamente. Los aerosoles con sustancias neumodilatadoras actúan favorablemente en todos los estados en que está dificultada la hematosis normal.

Están indicados en el preoperatorio para preparar médicamente el tractus broncoalveolar. Se utilizan en el postoperatorio para prevenir la atelectasia pulmonar. También son tratados con inhalaciones periódicas, los procesos crónicos, particularmente los estados asmátiformes.

Por último, trataremos las lesiones tuberculosas dispersando los antibióticos indicados en cada caso, asociándolos frecuentemente a otras sustancias que modifican de un modo favorable la acción del medicamento o que facilitan su difusión.

En general practicaremos dos inhalaciones diarias durante 20 minutos. Pudiendo usarse la sal sódica de la tiosemicarbazona, 200 mgr. de polvo puro disuelto en 5 c. c. de agua bidestilada por sesión.

H.A.I., 2,5 c. c. de una solución al 2 %.

P.A.S. y estreptomina, 1 gr.

Si añadimos hialuronidasa favorecemos la absorción de los antibióticos por vía aérea y su penetración dentro del tejido pulmonar. A la solución medicamentosa antes

indicada añadiremos, pues, 10 unidades de Kinaden (hialuronidasa comercial) por cada 10 c. c. de carga.

El tratamiento de las obstrucciones bronquiales, no tuberculosas mediante aerosoles de tripsina, constituye un recurso valioso, eficaz y no perjudicial, para asegurar la desobstrucción rápida de los bronquios en los broncorreas purulentas; realizando una verdadera «broncoaspiración química». La actividad de la tripsina, es óptima en un pH de 6,8 a 7,5. La tripsina está también indicada en las atelectasias agudas: médicas o quirúrgicas; bronquiectasias y bronquitis infecciosas asmáticas.

*Técnica de su uso:* A 250 mgr. de tripsina en solución de fosfato tamponado a pH 7, añadiremos 4 gotas de aleudrina al 1 %, que mejorará la permeabilidad bronquial. Con un aparato de nebulización dispersaremos 5 c. c. de la solución, mañana y tarde. Basta, en general, dos días de tratamiento para poder prescindir de la broncoaspiración; en caso de que fuese necesaria, la nebulización practicada la facilitaría enormemente. La tripsina, enzima proteolítica, líquida en pocos minutos los exudados purulentos endobronquiales y hace desaparecer la flora microbiana, respetando la integridad de los tejidos sanos. Su uso puede dar lugar a una reacción histamínica fácil de prevenir tomando por vía oral un antihistamínico de síntesis.

### Abcesos de pulmón

En aquellos casos de cavidades pequeñas y de forma plurifocal, suelen obtenerse curaciones con la terapia general. Los de forma gangrenosa difusa, no son tributarios de la endobronquioterapia.

En los casos agudos no iniciamos la broncoscopia hasta tres semanas después de su comienzo. Mientras, haremos tratamiento con antibióticos a grandes dosis para ver si regresan los síntomas, tanto clínica como radiológicamente. Si continúa el mal estado general, la presencia de cavidades con nivel y las vómitas se repiten, entonces es el momento de actuar y evitar que se haga crónico abocando a procesos pioscleróticos, de mal pronóstico y tributarios de medidas quirúrgicas.

#### *Técnica*

Previa radiografía de frente y de perfil, para su localización topográfica y orientación broncoscópica, se hace anestesia faringo-laríngea con pantocaína al 1 % y 1/2 %, respectivamente. Se recomienda, a medida que se va progresando con el broncoscopio, realizar repetidas pulverizaciones anestésicas, ya que la tos, en estos casos, está exacerbada. Con el aspirador se eliminan las secreciones bronquiales. A continuación, toques con privina o adrenalina al 1 por 1.000, del orifi-

cio lobar o segmentario tributario del absceso, seguidos de nuevas aspiraciones con sonda adecuada, introducida en el bronquio de drenaje. Esta misma sonda, desconectada del aspirador, sirve para introducir el fármaco elegido, según el paradigma de sensibilidad de la flora que hayamos encontrado en el laboratorio. A los tres días se cateeteriza el bronquio con sonda de Metras de punta opaca a los R. X., previa anestesia, como si fuéramos a practicar la broncoscopia, inyectando a su través 2 c. c. de pantocaína al 1/2 %, colocando de paso al enfermo en los decúbitos más adecuados para que el líquido por acción de la gravedad alcance el segmento enfermo. Seguidamente inyectaremos por la sonda de una manera lenta, para evitar el reflejo tusígeno, 5 c. c. de solución medicamentosa; una vez instilado el fármaco, extraemos la sonda suavemente y mantendremos al paciente acostado sobre el lado afecto durante media o una hora. Cada ocho días se repite la broncoscopia hasta conseguir ver desaparecer el edema de la mucosa; conseguido lo cual seguiremos efectuando dos instilaciones a la semana mediante la sonda, sin broncoscopio. Si a los dos meses no hay mejoría notable, es inútil seguir el tratamiento. Si no hemos logrado la curación, habremos obtenido una mejoría del enfermo que le pondrá en mejores condiciones para ser intervenido.

### Bronquiectasias

Para su tratamiento no pueden establecerse reglas terapéuticas absolutas, por no tratarse de una enfermedad definida, cuya etiología, patogenia y evolución sean conocidas perfectamente, sino de un síndrome en el que se confunden diversas afecciones.

Las bronquiectasias quísticas, frecuentemente congénitas y generalizadas, no pueden tratarse igual que las bronquiectasias consecutivas a un cuerpo extraño endobronquial, a una compresión ganglionar, o a una atelectasia postoperatoria, ni tampoco con las bronquiectasias comunes.

El tratamiento parenteral y tópico no cura la afección una vez establecida, porque la lesión bronquial anatómica es irreversible. Sólo puede modificarse la infección sobrevenida en los exudados en ellas estancados, mediante los antibióticos podemos prolongar los períodos de estabilización de la afección, así como lograr la esterilización de los focos existentes, a veces, responsables de las agudizaciones.

La técnica de la terapéutica endobronquial es la misma que hemos expuesto anteriormente para los abscesos pulmonares. En realidad es un medio paliativo; es un tiempo previo a la exéresis. El tratamiento médico, prepara favorablemente a los futuros operados. Su campo de acción es mucho más vasto, no sólo en el aspecto preventivo

de la enfermedad, sino en el terapéutico de los pacientes que no pueden ser intervenidos.

### Tuberculosis

Va encaminada a curar las lesiones específicas bronquiales, que dificultan el aireamiento y circulación de secreciones, intentando vencer el edema bronquial y conseguir el aporte de concentraciones útiles y suficientes de los fármacos activos, hasta los segmentos distales. Sabemos que el endobronquio es muy rico en receptores sensitivos y que las maniobras endoscópicas y las aspiraciones originan una irritación nerviosa que por vía refleja provoca modificaciones tisulares a nivel del parénquima pulmonar, favoreciendo y coadyuvando a la normalización del pulmón (POLICARD y GALY).

Es útil en atelectasias y cavernas insufladas en muñones colapsados por pneumotórax terapéuticos. El factor mecánico tiene un papel importante en estos casos, por crear un mecanismo valvular, cosa que hemos tenido ocasión de observar algunas veces, al practicar la broncoscopia, estando todo ello condicionado al sufrimiento del bronquio tributario. De aquí que consideremos obligado, en los casos de indicación de colapsoterapia gaseosa, primero mirar el estado bronquial, y en caso de ser patológico, practicar previamente un tratamiento parenteral y tópico antes

de instaurar el colapso. Hemos observado en la práctica que las complicaciones del pneumotórax, así como los resultados terapéuticos son más satisfactorios si se tiene en cuenta esta norma.

La técnica es la misma que en las supuraciones pulmonares, sólo cambiamos la medicación usando estreptomocina a la dosis de 1 gr. en 5 c. c. de solvente. Hidracida soluble (al 2 % 5 c. c.). Armazal o T.B.1 soluble (al 2 %). Este tratamiento se seguirá practicando a razón de dos a tres instilaciones semanales, durante dos o tres meses. De esta forma hemos logrado hacer desaparecer cavernas en muñones que, a pesar de la colapsoterapia, no curaban.

En la primoinfección tuberculosa, la broncoscopia permite en determinados casos evacuar el caseum que proviene de los ganglios que han perforado la luz bronquial. Otras veces asegura la permeabilidad del bronquio por «morcellement» de los granulomas bronquiales que dan con frecuencia estenosis bronquiales.

El diagnóstico broncoscópico precoz y la actitud agresiva del broncoscopista delante de los elementos obstructivos, son los dos factores que deben mejorar los resultados lejanos de las complicaciones bronquiales de la primoinfección tuberculosa en la infancia.

Se han descrito casos de curación de cavernas residuales post-toracoplastia mediante la inyec-

ción, a través de la sonda dirigida al bronquio de drenaje, de sustancias del tipo de quinina urea, al parecer con buenos resultados. Nos limitamos a citarlo, porque carecemos de experiencia personal.

En casos de *atelectasia postoperatoria*, el método de elección es la broncoaspiración. El mecanismo por el cual obra es múltiple, al introducir el broncoscopio, se produce un intenso reflejo tusígeno que llega a expulsar las secreciones; esto, asociado a las aspiraciones intensas, son los factores principales para conseguir el cese de la atelectasia.

#### Quiste hidatídico

No nos extenderemos hablando sobre él, porque sólo en los casos en que el quiste hidatídico aboca en el bronquio y es visible en la luz del mismo, está indicada la broncoaspiración intensa, llegando a curarse, por favorecer el mecanismo natural de curación espontánea como es la vómica. En la práctica se ven casos de curación completa, sobre todo si se expulsa la membrana al exterior. No es pues de extrañar los buenos resultados de este método; pero de esto, a propugnar sistemáticamente el provocar la apertura del bronquio para que el quiste pueda ser aspirado, hay cierta diferencia. Nosotros, seguimos creyendo que la terapéutica del quiste hidatídico de pulmón es quirúrgica, salvo en los casos mencionados.

### Tumores

El hallazgo de la neoplasia pulmonar ha aumentado en los últimos años. Ello está condicionado al alargamiento de la «edad cancerosa» y a los mejores medios de exploración y diagnóstico. Tanto es así, que en la actualidad, y en el hombre, la frecuencia del cáncer de pulmón va en cabeza de las localizaciones, rebasando a la localización gástrica del cáncer, que era la que predominaba antes.

Prácticamente puede afirmarse que todo cáncer primario de pulmón es broncogénico; el 75 % de las veces se inicia en los bronquios principales o de primer orden, y el 25 % restante, en los bronquios pequeños o periféricos.

En el orden terapéutico no se pueden formular reglas absolutas; todo depende de la localización del tumor, de la edad del paciente y del tipo histológico. Algunas neoformaciones pueden ser extirpadas por broncoscopia; otras, necesitan una intervención quirúrgica.

Es en los adenomas bronquiales, donde se obtienen mejores resultados, abordándolos por vía bronquial y de un modo particular en los tumores pediculados. A tal fin, se hace presa con las pinzas de biopsia en el pedículo, retirando la formación tumoral a través del broncoscopio si el grosor lo permite, o retirando el broncoscopio junto con la pinza y el tumor si el tamaño es mayor.

Se describen casos de expulsión del adenoma de pedículo débil, a través del broncoscopio sin haber tenido tiempo de extirparlo. Como consecuencia de un acceso de tos, son lanzados al exterior con notable fuerza.

En aquellos enfermos que se ha practicado la extirpación tumoral a través del broncoscopio, es indispensable una vigilancia periódica endobronquial, para ver a tiempo una posible recidiva.

En casos de epistomas bronquiales, desaconsejamos todo tratamiento endobronquial («morcellement», coagulación). La exéresis pulmonar lo más económica posible, o cuando las condiciones técnicas son factibles, resección del tumor previa broncotomía con conservación del parénquima pulmonar, son las indicaciones terapéuticas de elección.

### Cuerpos extraños

La fisiopatología de los órganos huecos enseña que los procesos obstructivos que entorpecen el libre tránsito del contenido de los mismos, favorecen en alto grado la aparición y desarrollo de la supuración y esta última no cura mientras persiste tal situación. El pulmón, órgano hueco por excelencia, sigue esta ley, por lo que la indicación princeps de broncoscopia, tanto exploratoria como terapéutica, es en los casos de cuerpo extraño. La naturaleza de los mismos

puede ser: *contenido caseoso de ganglios* que han fistulizado y abocan a la luz bronquial; *moldes bronquiales de fibrina* en determinadas neumonías; *cuerpos aspirados*, prótesis dentales, huesos, alfileres, etc. Los cuerpos extraños metálicos son mejor tolerados y más fácilmente extraídos; sucede lo contrario con los de naturaleza orgánica, sobre todo los de origen vegetal, que ofrecen grandes dificultades. La judía, es particularmente temible porque provoca muy pronto accidentes de sofocación que obligan a maniobras rápidas de un modo especial en la infancia.

La exploración radiológica nos muestra atelectasia pulmonar; ésta y el enfisema obstructivo son dos aspectos opuestos de la obstrucción bronquial que se pueden imbricar y superponerse. Estas imágenes radiológicas en el niño nos harán sospechar la presencia de fragmentos vegetales que sólo por la reacción secretante que producen pueden explicar los trastornos de la ventilación. Puede ser completada la localización del cuerpo extraño, mediante la exploración de los bron-

quios con inyección de lipiodol hallando las características imágenes en stop; a pesar de todo, el hallarlos y extraerlos no siempre se consigue.

La técnica en cada caso se modificará según el material de que dispongamos y la naturaleza del cuerpo extraño. Usaremos pinzas especiales para hacer presa o emplearemos las mismas pinzas de biopsia. Se hará uso de aspiraciones e instilaciones de adrenalina, seguidas de aplicación local de penicilina. Siempre la intervención se realizará cuanto antes, para evitar que las lesiones bronquiales que el cuerpo extraño pueda producir, lo hagan inabordable por vía endobronquial.

El pronóstico actual de los cuerpos extraños ha variado. Según el doctor SOULAS, la mortalidad que presentaba era de 6,09 %; a partir del año 1945, ha bajado a 0 %. Esta mejoría tan satisfactoria es debida a tres factores: 1.º Mejor educación familiar y médica. 2.º Técnicas más perfeccionadas, y 3.º Los antibióticos que yugulan con frecuencia las complicaciones pre o postoperatorias.

**Anales de Medicina y Cirugía**

Marzo-Abril 1958 - N.º 146

## DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN EL NIÑO \*

Dr. J. SOLE SAGARRA

**T**EMA amplísimo el de los trastornos de conducta en la infancia, que abarca poco menos que todos los capítulos de la paidopsiquiatría. Hasta tal punto se ha valorado en distintas épocas la conducta en psiquiatría, que autores de diferentes escuelas y países han hecho de ella el centro de sus investigaciones. Así, el francés DEVINE definió la psiquiatría como la rama médica que estudia los trastornos de conducta; los norteamericanos WATSON y A. MEYER han creado, respectivamente, la llamada teoría conductista de la psiquiatría y la ergasiología, que estudia la conducta total del individuo, desde sus tendencias innatas hasta los más insignificantes detalles ambientales, y los austríacos FREUD y ADLER fué observando la conducta de los neuróticos como descubrieron el subconsciente humano a base del psicoanálisis. La influencia de tales autores y sus epígonos en paidopsiquiatría es enorme. Sin ellos no existirían los magníficos estudios psicológicos sobre el desarrollo infantil de GESELL-AMATRUDA, para citar un ejemplo, así como la ma-

yoría de los tests mentales. Ello dejando aparte las doctrinas reflexiológicas rusas de PAVLOV, basadas en el estudio de los hábitos adquiridos, que tanto auge tienen actualmente en todos los ámbitos de la medicina eslava, especialmente en psiquiatría infantil.

Puede definirse la conducta humana o comportamiento como el despliegue de la personalidad hacia el ambiente para alcanzar determinados objetivos. Según LERSCH, hay dos tipos genéricos de conducta: la interna, que no se manifiesta al exterior (impulsos, afectos emotivos, variaciones de la homeostasis, de la función cardíaca, etc.), y la externa o explícita. Pero cuando corrientemente se habla de conducta, nos referimos siempre a la conducta explícita o sea la traducida en actos personales fácilmente captables desde el exterior. En realidad hay muchos tipos de conducta, que enumerados de mayor a menor antigüedad filogenética pueden resumirse en conducta refleja, automática, instintiva (impulsiva), emotiva (afectiva), racional, técnica, moral y religiosa; unos co-

\* Conferencia correspondiente al Curso sobre Progresos en Pediatría de 1957, pronunciada en la Cátedra de Pediatría de Barcelona.

munes al hombre y a los animales, y otros específicamente humanos. En la génesis del comportamiento humano es difícil en cada caso saber cuál es el porcentaje de lo innato y lo ambiental que lo determinan; lo importante es tener siempre en cuenta el contrajuego entre temperamento y ambiente, intentando precisar cuánto hay de uno y cuánto de otro en los trastornos de conducta; de lo contrario es imposible llegar a un diagnóstico y tratamiento correcto de los mismos.

Desde el punto de vista práctico, que es el que aquí nos interesa, debemos tener en cuenta que los trastornos de conducta en el niño pueden deberse, desde fácilmente corregibles causas externas (trastornos alimenticios, enfermedades orgánicas, actitudes equivocadas de los padres con respecto al hijo) hasta irreparables enfermedades neuropsiquiátricas (esquizofrenia, oligofrenia, encefalitis, etc.). Recordemos que el avance de la *neurología* en los últimos años ha permitido establecer la relación causal zurdaría - tartamudez, entre otras importantes adquisiciones en el campo de las afasias y apraxias, lo que ha permitido comprender mejor las dificultades de determinados niños en hablar, leer y escribir, así como las consiguientes repercusiones emocionales inherentes a tales actos automáticos, causa de trastornos de conducta de diversa índole psicomotriz. Esto aparte de

la grave conducta postencefalítica, que estudiaremos más adelante y de los fugaces trastornos de conducta en el corea minor, que carecen de importancia. En todos los capítulos de la psiquiatría infantil encontramos trastornos de conducta; pero es en las neurosis, psicopatías, oligofrenias epilepsias y esquizofrenia donde adquieren generalmente importancia patológica suficiente para que tenga que intervenir el pediatra o el psiquiatra especializado. El esclarecer de antemano si un determinado trastorno de conducta pertenece a uno de tales grupos psiquiátricos es el primer paso para un diagnóstico correcto de su dinámica etiológica, única posibilidad de aplicar la terapéutica adecuada. Para ello es imprescindible tener conocimientos y experiencia psiquiátrica general; de lo contrario, se actúa más intuitivamente que científicamente y los resultados obtenidos apenas sirven para curar el enfermo y para el progreso de la paidopsiquiatría, que si bien tiene su cometido propio, no por ello deja de ser una rama de la psiquiatría. En la imposibilidad de estudiar, casi diríamos de enumerar tan sólo, los numerosos trastornos de conducta que pueden presentarse en la infancia, nos limitaremos a considerar los más importantes y frecuentes en nuestra práctica profesional encuadrados en los grupos psiquiátricos anteriormente mencionados,

deteniéndonos por excepción en el estudio completo de un caso de nuestro dispensario hospitalario, para que sirva de paradigma de cómo debe llegarse actualmente al diagnóstico y tratamiento de un determinado trastorno de conducta infantil.

Entre la normalidad psíquica y la enfermedad mental propiamente dicha o psicosis, existe el amplio grupo de enfermos del carácter simplemente, las personas raras o lunáticas del vulgo, que científicamente llamamos *psicopatías y neurosis*, según que en el anteriormente mencionado contrajuego causal constitución - ambiente predominen los factores genéticos o los psicogenéticos. En realidad, tanto en las psicopatías como en las neurosis, están siempre presentes los factores etiológicos innatos y ambientales, muchas veces en proporciones equiparables. Fanatismos de escuela han desvalorado la importancia de la herencia y constitución en el origen de muchos trastornos de conducta a primera vista puramente psicógenos, causados por mecanismos inconscientes. Pero la experiencia enseña que en casi todos los casos de enuresis nocturna, mitomanía, terrores nocturnos, cleptomanía, sonambulismo y desviaciones sexuales, o sea los trastornos de conducta infantil más genuinos de psicopatía y neurosis, la exploración clínica cuidadosa (no sólo la psicológica,

como se hace con demasiada frecuencia) descubre a la vez importantes factores etiológicos ambientales, psicológicos y genético-constitucionales; ello aparte de los puramente orgánicos, como ocurre en la enuresis nocturna, en la que puede existir una espina bífida o una enfermedad urogenital como base patológica. Si el estudio detenido de tales factores evidencia la preponderancia de las causas exógenas de origen psíquico o ambiental, diagnosticamos como neurótico el trastorno de conducta correspondiente, y en esos casos la terapéutica de elección y más eficaz es la psicoterapia, que modernamente tiende a hacerse en grupos reducidos de niños y muchas veces también en grupos de padres, dada la importancia creciente que adquieren los factores etiológicos del vínculo entre padres e hijos, especialmente del estrecho nexo madre-hijo. Cuando predomina la herencia de personalidades o caracteres raros (podríamos decir deformaciones caracterológicas) en los casos de trastorno de conducta infantil que estudiamos, los etiquetamos como psicópatas, neurópatas o caracterópatas, como quiera llamarse; aquí el pronóstico es peor, puesto que el tratamiento psicoterápico, que nunca debe dejar de hacerse, rinde menos beneficios que en las simples reacciones vivenciales de la personalidad que son las neurosis, siempre más psi-

cogenéticas que las psicopatías en sentido estricto.\*

Muchos trastornos de conducta en la infancia son debidos a la combinación de dos o más rasgos acusados psicopáticos, sobre los cuales la psicogenia neurótica, sea histeriforme, ansiosa u obsesiva, prende fácilmente. Los niños por temperamento débiles de voluntad, inconstantes, hiperemotivos, hipersensibles, labil - reactivos, insensibles, recelosos, deprimidos, exaltados y «nerviosos» en general, o sea los que han heredado un tipo o más de psicopatía (en las psicopatías hay tipos, no diagnósticos), dan un gran contingente de trastornos de conducta, que pueden manifestarse de muy diversa manera, pero que generalmente adoptan las formas comunes de lo que se llama *niño difícil* o *niño problema*. En muchos de estos casos debería hablarse en realidad también de padres o maestros problema, puesto que no debe dirigirse exclusivamente al niño nuestra atención diagnóstica y terapéutica, sino también al ambiente más inmediato que lo rodea. Problemas sociales, culturales y morales tales como el barraquismo, las inclusas, los hijos adoptivos, el padrastro, la madrastra, los hijos ilegítimos, las guerras y postguerras, el absentismo del campo, la carencia de amor maternal, planes pedagógicos

equivocados, etc., entran también en la consideración etiológica de los trastornos de conducta que estudiamos, en el polo opuesto, al parecer, al mencionado anteriormente, pero en realidad no tan lejos de la psicopatía, que es el terreno abonado a todas las lacras sociales (prostitución, alcoholismo, delincuencia) y de los desvíos individuales o colectivos del quehacer humano, en los cuales adquiere cada día más importancia la higiene mental.

Los déficits caracterológicos y temperamentales que vienen a ser las psicopatías en su gran proporción etiológica y las neurosis en menor grado (piénsese en las personalidades poco evolucionadas hipobúlicas e hiponoicas de KRETSCHMER, base común de reacciones histéricas y psicopáticas diversas), van muchas veces unidos a déficits intelectuales congénitos u *oligofrenia vera*, que es la verdadera oligofrenia-enfermedad, diferenciable de la oligofrenia sintomática o exógena, secundaria a lesiones o malformaciones cerebrales groseras. De tal patológica unión suelen derivarse los trastornos de conducta más frecuentes, tanto en el niño como en el adulto, de la clientela ambulatoria; en los burdeles, cárceles y demás antros de miseria social y moral, abundan los tarados congénitamente con déficit in-

\* Téngase en cuenta que etimológicamente psicopatía quiere decir enfermedad de la psique, pero que actualmente en psiquiatría se entiende por tal nombre sólo el grupo reducido de enfermos caracterológicos entre la normalidad y la psicosis. El decir psicopatía a todo enfermo psíquico es anticuado y se presta a confusiónismo.

cogenéticas que las psicopatías en sentido estricto.\*

Muchos trastornos de conducta en la infancia son debidos a la combinación de dos o más rasgos acusados psicopáticos, sobre los cuales la psicogenia neurótica, sea histeriforme, ansiosa u obsesiva, prende fácilmente. Los niños por temperamento débiles de voluntad, inconstantes, hiperemotivos, hipersensibles, labil-reactivos, insensibles, recelosos, deprimidos, exaltados y «nerviosos» en general, o sea los que han heredado un tipo o más de psicopatía (en las psicopatías hay tipos, no diagnósticos), dan un gran contingente de trastornos de conducta, que pueden manifestarse de muy diversa manera, pero que generalmente adoptan las formas comunes de lo que se llama *niño difícil* o *niño problema*. En muchos de estos casos debería hablarse en realidad también de padres o maestros problema, puesto que no debe dirigirse exclusivamente al niño nuestra atención diagnóstica y terapéutica, sino también al ambiente más inmediato que lo rodea. Problemas sociales, culturales y morales tales como el barraquismo, las inclusiones, los hijos adoptivos, el padrastro, la madrastra, los hijos ilegítimos, las guerras y postguerras, el absentismo del campo, la carencia de amor maternal, planes pedagógicos

equivocados, etc., entran también en la consideración etiológica de los trastornos de conducta que estudiamos, en el polo opuesto, al parecer, al mencionado anteriormente, pero en realidad no tan lejos de la psicopatía, que es el terreno abonado a todas las lacras sociales (prostitución, alcoholismo, delincuencia) y de los desvíos individuales o colectivos del quehacer humano, en los cuales adquiere cada día más importancia la higiene mental.

Los déficits caracterológicos y temperamentales que vienen a ser las psicopatías en su gran proporción etiológica y las neurosis en menor grado (véanse en las personalidades poco evolucionadas hipobulbicas e hiponolicas de KAERSCHEMER base común de reacciones histéricas y psicopáticas diversas), van muchas veces unidos a déficits intelectuales congénitos u *oligofrenia* vera, que es la verdadera oligofrenia enfermedad, diferenciable de la oligofrenia sintomática o exógena, secundaria a lesiones o malformaciones cerebrales grosseras. De tal patológica unión suelen derivarse los trastornos de conducta más frecuentes, tanto en el niño como en el adulto, de la clientela ambulatoria; en los burdeles, cárceles y demás antros de miseria social y moral abundan los tarados congénitamente con déficit in-

\* En la infancia, como en la vida adulta, el diagnóstico de psicopatía en sentido estricto, debe reservarse para los casos en que se trata de una psicopatía que ha sido heredada de los padres, o sea de una psicopatía que ha sido transmitida por vía genética. En los demás casos, en que se trata de una psicopatía que ha sido adquirida, el diagnóstico debe reservarse para los casos en que se trata de una psicopatía que ha sido adquirida por vía ambiental, o sea de una psicopatía que ha sido transmitida por vía ambiental.

telectual y desviaciones caracterológicas. En estos casos el diagnóstico debe apoyarse en los llamados tests psicométricos o de medida de la inteligencia, de los cuales los más usados son el de Binet-Terman y el Raven; mientras que en los trastornos de personalidad predominantemente psicogenéticos subconscientes el diagnóstico se apoya en los tests proyectivos (Rorschach, T.A.T. y su correspondiente C.A.T. en la infancia) y en la investigación psicoanalítica. El tratamiento de los trastornos de conducta sobre fondo oligofrénico es esencialmente pedagógico especializado, en establecimientos de pedagogía terapéutica dirigidos por un médico psiquiatra. Desgraciadamente escasean en nuestro país tales servicios medicopedagógicos en sentido moderno, puesto que no consideramos como tales algunos de los anacrónicos Reformatorios y servicios de los Tribunales Tutelares de Menores existentes en España. La medicación sedante y narcotizante (luminal, largactil) ayuda a calmar ciertos trastornos de conducta de índole hiperkinética, tanto oligofrénica como neurótico-psicopática. El ácido glutámico, tan usado en el tratamiento de los déficits intelectuales, obra como excitante en muchos casos de trastorno de conducta infantil, por lo que debe darse con suma cautela; digamos de paso que tal medicamento no aumenta la inteligencia en sentido estricto, sino que sola-

mente aumenta el rendimiento escolar y psíquico en oligofrénicos hipobúlicos y apáticos.

La *epilepsia* genuina o idiopática produce también un buen contingente de trastornos de conducta en la infancia, especialmente en su forma clínica de distimias crepusculares y equivalentes psíquicos de petit mal. Como en la oligofrenia, en la epilepsia debe distinguirse también la epilepsia enfermedad, de origen hereditario o criptogénico y la epilepsia sintomática o secundaria a diversos procesos patológicos, en especial encefálicos. No pocas veces una y otra forma de epilepsia se presenta junto a la oligofrenia y la psicopatía hereditaria, constituyendo formas graves de trastorno de conducta, con características altamente impulsivas y de máxima peligrosidad. En la epilepsia genuina, aparte de las manifestaciones convulsivas o sus equivalentes de petit mal, suele haber un fondo caracterológico explosivo, causante de muchas violencias y agresividades, que a veces se toman de origen situacional y se pretenden explicar psicológicamente. En todos los casos de trastorno de conducta impulsivo (poriomanía o impulso irrefrenable a la huida del hogar paterno, piromanía o tendencia impulsiva incendiaria, sonambulismo agresivo, paroxismos violentos en corto circuito) está indicado practicar un electroencefalograma (EEG), aun que no siempre nos pondrá sobre

la pista de que estemos ante un trastorno de naturaleza epiléptica. pues es discutida la nosotaxia de los síndromes que acabamos de citar, e incluso en el caso frecuente de que el EEG sea francamente patológico en el sentido epiléptico (especialmente entra aquí en consideración la llamada epilepsia temporal y centroencefálica) el tratamiento anticonvulsivo no suele dar resultados convincentes sino que la terapéutica eficaz acostumbra a ser la psicoterapia. En las formas graves de trastorno de conducta epiléptico se requiere muchas veces la asistencia frenocomial, especialmente cuando hay estados crepusculares de larga duración. En los países más adelantados médicamente existen establecimientos especiales para epilépticos, con su correspondiente sección infantil. Recuérdese que incluso en los niños epilépticos con ataques de gran o petit mal es factor curativo importante la psicoterapia, junto con la medicación y dieta atóxica correspondiente; psicoterapia y orientación médico-social que deberá extenderse a los padres y maestros, causantes muchas veces con su ignorancia y falsos extremismos de que un niño epiléptico corriente se convierta además en inválido social, al privarle por el miedo a los ataques a que realice una vida escolar y de juego normales. Algunos trastornos de conducta que hemos observado en niños epilépticos (terrores nocturnos,

enuresis, encopresis, hurañería) sólo eran sobreestructuras patógenas producidas por un ambiente nocivo psicológicamente.

En el grupo de las psicosis o enfermedades mentales propiamente dichas es la *esquizofrenia infantil* la que más graves, duraderos y frecuentes trastornos de conducta produce, puesto que la otra psicosis endógena (psicosis maniacodepresiva) y las psicosis exógenas crónicas (toxifrenias, neurolues, etc.) apenas se ven en la infancia. Entre las psicosis exógenas agudas, el delirio febril es el más frecuente en la infancia, trastornando la conducta de un modo ostensible pero pasajero. El diagnóstico de un trastorno de conducta infantil esquizofrénico requiere mucha preparación paidopsiquiátrica, puesto que la esquizofrenia infantil suele comenzar de un modo solapado, con cambio paulatino de la personalidad del niño y extravagancias en su comportamiento que frecuentemente se toman por rarezas y vicios de poca monta. El pronóstico de la esquizofrenia infantil es infausto, pues los tratamientos biológicos modernos (electrochoque, comas insulínicos) apenas obran beneficio alguno en tales desgraciados enfermitos, que muchas veces deben pasar toda su vida en un frenocomio. Sobre esta enfermedad en la infancia hemos escrito varios trabajos, algunos de ellos publicados en esta revista, a los que remitimos a los interesa-

dos en ampliar detalles en tal sentido.

Réstanos hablar del gran papel etiológico de las *encefalitis* en los trastornos de conducta de la infancia. Los niños más profundamente ineducables, en casa y en la escuela son los postencefalíticos. Por suerte no en todos los casos de *encefalitis* primaria o epidémica se produce un trastorno tan profundo de la personalidad capaz de provocar la conducta francamente psicopática que presentan los casos intensamente afectados por la neurovirosis *encefalítica*. Las *encefalitis* secundarias para o postinfecciosas (gripales, sarampionosas, tosferinosas, etcétera) acostumbran a dejar más secuelas neurológicas que caracterológicas. En algunos casos de grave sintomatología impulsiva hiperkinética que recuerda la post-*encefalitis* es difícil establecer el diagnóstico exacto de tal enfermedad por carecer en la anamnesis del antecedente *encefalítico* evidente. Es probable entonces que ligeros procesos infecciosos al parecer banales, de la primera infancia hayan sido en realidad neurovirosis localizadas en los ganglios basales del cerebro, en los cuales radica el substrato somático fundamental de la personalidad. Incluso muchos comportamientos patológicos en el niño que se toman por esquizofrenia infantil se comprueba mediante anamnesis cuidadosa o eventualmente por la necropsia en caso de muerte del niño por una enferme-

dad intercurrente que eran debidos a un proceso *encefalítico* previo. Tales comprobaciones necrópsicas han aclarado también los profundos cambios de conducta acaecidos en niños de diversas edades, acompañados de discretos o evidentes síntomas neurológicos, habiéndose demostrado padecían una *leucoencefalitis* primaria o sea un proceso desmielinizante difuso y progresivo de naturaleza infecciosa solapada. VAN BOGAERT y F. LIERMITTE han descrito sendos casos clínica e histopatológicamente de la llamada *leucoencefalitis esclerosante subaguda juvenil*, responsable de síntomas a la par neurológicos y demenciales, que motivan conductas patológicas irreversibles. En algunos países se han creado incluso establecimientos especiales para la asistencia de los llamados psicópatas postencefalíticos, lo que demuestra la peculiaridad del tratamiento de estos inválidos neuropsiquiátricos, que no puede ser otro que el puramente asistencial, pues la psicoterapia y la pedagogía terapéutica moderna son impotentes para corregir la trastornada conducta de estos enfermos, que en tantos aspectos psicopatológicos (impulsividad, incorregibilidad, asocialidad) se parecen a los psicópatas hereditarios que hemos estudiado páginas atrás; hasta el punto de hacer pensar en una alteración común (hereditaria en los psicópatas y adquirida en los post-*encefalíticos*) de los centros ce-

rebrales de la personalidad. El EEG puede ser valiosa ayuda diagnóstica para diferenciar una post-encefalitis de otro trastorno grave de conducta sin causa orgánica cerebral, esquizofrénico o psicopático-neurótico.

Para terminar, veamos la historia clínica biográfica de un enfermito de nuestro dispensario de esta Cátedra de Pediatría, cuyo diagnóstico oscila al principio entre comienzo de esquizofrenia infantil y simple trastorno de conducta de naturaleza neurótica o psicopática, y el estudio detenido del caso no ha podido aclarar aquí todavía con exactitud el diagnóstico diferencial entre neurosis y esquizofrenia, aunque todo inclina a pensar en la psicopatía - neurosis. Agradecemos a nuestra colaboradora, enfermera visitadora psiquiátrica Señorita Vázquez, los datos extensos y valiosos, familiares y psicológicos de este enfermo.

### *Historia clínica*

Diego de I., ingresado en nuestro Servicio en 16-XII-56. Edad, 9 años. Natural de N. (Huelva), residente en Tarragona. Procede de su domicilio, pero hace poco pasó 3 meses en un Campamento juvenil.

*Impresión diagnóstica causante del ingreso:* Trae diagnósticos de diferentes médicos. Son varios los que dicen padece una esquizofrenia; uno, demencia precocísima.

*Enfermedad actual:* Hace dos meses, después de regresar de un campamento juvenil, está nervioso, irritable, desobediente, autista; conducta rara, tics faciales y movimientos coreiformes de manos, extravagancias diversas, habla menos claro, «atontado»...

*Antecedentes fisiológicos:* Embarazo y

parto eutócicos. Hijo deseado por los padres. Lactancia materna hasta los 11 meses. Dentición normal (6 meses). Deambulación (a los 11 meses), y lenguaje sin datos patológicos. Regulación de esfínteres temprana. No sueña ni tiene pesadillas. De pequeño tuvo tendencia durante el llanto a las crisis de apnea.

*Antecedentes patológicos:* Sarampión, tosferina. Una bronconeumonía a los pocos meses de nacer.

*Inmunizaciones:* Antivaricólica y antitífica.

*Esbozo psicológico del enfermo:* Ha sido siempre normal según sus padres. Se ha mostrado siempre más vinculado afectivamente a su madre, si bien no da nunca muestras de excesivo afecto hacia ningún miembro de la familia.

No es pendenciero. Retraído. No protesta porque lo castiguen. Cuando lo hacen considera que tienen razón y se siente culpable.

Tiene una gran «respeto» (miedo) a su padre, que significa para él el summum de la autoridad, creyendo plenamente las proezas que le explica de sus antepasados, a los que trata de imitar. El padre se queja de que con él no es cariñoso.

En el colegio es dominante. A pesar de ello no es amigo de buscar camorra, si bien en los juegos adopta siempre el papel de caudillo o jefe, lo cual consigue jugando con niños más jóvenes que él. Los juegos acostumbra a ser guerreros. La madre justifica esto debido a que los ascendientes eran militares.

*Círculo familiar:* Toda la familia es de Andalucía. Se trasladaron aquí hace 8 años y han vivido siempre en los alrededores de Tarrasa. Actualmente en un barrio de las afueras poco edificado aún, con escasas condiciones higiénicas. La casa está en un terreno comprado a plazos, y construida a medida que van teniendo posibilidades económicas. Viven en ella 5 personas: los padres del enfermo, su abuela materna y un hermanastro de 17 años, hijo único del primer matrimonio del padre.

*Padre:* Tiene 43 años. Más bien bajo de estatura y delgado.

No es agradable en el trato. Comportamiento de suficiencia y superioridad. Habla continuamente de sus cualidades. Subraya constantemente que es de «sangre azul», que pertenece a una gran familia.

Considera que todo lo que hace es digno de admiración. Cree que es él el único que sabe cumplir con sus deberes de familia (los cuales no considera por lo visto como obli-

gación) ya que para ello ha de privarse de sus pequeños vicios, por lo cual, además, ha de soportar en ocasiones las burlas de sus compañeros de trabajo, que lo tachan de «poco hombre» por no estar con ellos en el bar gastando el dinero. También dice que estos mismos compañeros le envidian su cultura (?) y las atenciones que para él tienen sus superiores, a pesar de lo cual gana lo imprescindible para vivir muy modestamente.

En el hogar es dominante y brusco. Sus deseos son órdenes que no se discuten. Se irrita con facilidad. Castiga brutalmente a su hijo menor (el enfermo), propinándole serias palizas; la última hace unos meses. Esta paliza preocupó a la madre porque el niño recibió un golpe en la cabeza que según ella podría tener parte de culpa en la enfermedad actual. Fué un castigo injusto, ya que el que había cometido la falta había sido su hermanastro. Según parece, el padre se siente también culpable, pues ha prometido cambiar y no volverle a pegar, dejándole hacer lo que quiera.

Es natural de Jaén. Desde muy joven trabajó en la marina mercante. Viajó por varios países. Hace unos 17 años dejó la marina para hacer transporte de pescado en el norte de España. Hace 8 años que se instaló en Cataluña y siempre ha vivido en los alrededores de Tarrasa. Los primeros tiempos fueron muy difíciles por la falta de trabajo, agravada por una enfermedad del estómago que le obligó a una intervención quirúrgica. Vivieron del trabajo de la esposa; según él, duró esto un año y medio; según ella, 4 años.

Según su esposa le gusta mucho la bebida, pero «las bebidas finas». Ha llegado a casa varias veces «mareado»; verdaderamente embriagado sólo un par de veces. También dice que en la juventud no llevó una vida «muy tranquila».

Insiste en que es él quien «mantiene a la familia», aunque a pesar suyo reconoce que es gracias a la constante ayuda de su esposa (que también trabaja fuera de casa) que han podido construir su vivienda.

Se ha casado dos veces. Del primer matrimonio tiene un hijo de 17 años. Se volvió a casar cuando este niño tenía unos 5 ó 6 meses.

*La madre:* Es de Córdoba. Tiene 41 años, pero aparenta físicamente tener más. Aspecto y trato agradable. Sencilla. Temperamento nervioso, aunque lo disimula. En su juventud padeció una corea menor. Teme mucho a su marido, que la tiene completamente dominada.

De su matrimonio tuvo un primer hijo que murió a las pocas horas de nacer. El parto había sido con fórceps.

Tardó después unos 6 años en tener su segundo hijo, que es nuestro enfermo.

Quiere mucho a su hijastro, al cual ha criado como si fuera propio, ya que cuando al casarse se hizo cargo de él era muy pequeño (6 meses). Vive preocupada por su situación social y procura darles a sus hijos todo cuanto merecen. Cree como su esposo en su «categoría», que no está en consonancia con la situación económica actual.

Parece que no obra nunca por voluntad propia, debido al gran respeto y temor que de su marido tiene.

*Hijo mayor:* Es de Andalucía, como sus padres. Tiene 17 años y trabaja.

Parece ser una persona indiferente y fría. Quiere a su madrastra como si fuera su propia madre, pero no se preocupa por su padre. Es callado y poco comunicativo, no cuenta nunca nada: ni sus proyectos ni sus preocupaciones. Su hermano es a veces castigado duramente en su presencia por faltas que él ha cometido, pero eso no le preocupa y permanece inmutable.

*Antecedentes hereditarios:* La abuela paterna murió «loca» y parece ser que la abuela materna, que ahora vive con ellos, se encuentra en las mismas condiciones. La madre tuvo ataques convulsivos, al parecer histéricos.

*Informe escolar* (facilitado por el profesor) en lo que se refiere a la aplicación y rendimiento del niño: Empezó a ir a la escuela a los 4 años. A los 6 cambió de colegio, y otra vez a los 7. Va al mismo desde entonces y este curso cambió de clase y, por lo tanto, de profesor. El niño dice que cuando lo castigan le hacen estar de rodillas con los brazos en cruz, sosteniendo una bolsa con piedras en cada mano. Si se le cansan los brazos y los baja, le pegan en ellos para que los suba.

Durante las vacaciones del verano pasado asistió a un campamento del Frente de Juventudes, y fué a su regreso, al empezar las clases, que los padres empezaron a notar un cambio radical en su conducta.

Dice el profesor que está atrasado en todo. No muestra ningún interés por el estudio. Le falta atención, parece vivir pensando en algo. Tiene poca memoria y debe ser por la poca atención que pone. Su razonamiento es escaso. No tiene ninguna habilidad. Le cuesta mucho aprender todo: tanto la lectura y escritura, como las cuentas. Siempre está entre los más atrasados, aunque asiste con regularidad a la escuela. Los deberes pocas veces los lleva hechos, aunque si muy bien preparadas las excusas para justificarse. Es obediente, nada tímido, travieso e indisciplinado. Muy decidido, pero

sólo en las cosas que le gustan. Siempre intenta hacer prevalecer su voluntad, aunque no tenga el la razón y por los medios que sea: casi siempre la violencia. Es de carácter excesivamente dominante.

*Diagnóstico y terapéutica social:* La diferencia de comportamiento del individuo en casa y en la escuela, hace pensar en que existen problemas etiológicos inconscientes, lo cual hace que el enfermo tenga a veces rasgos hiposociales.

La terapéutica ha de ir encaminada no solamente al tratamiento del individuo, sino también al del ambiente, por medios psicoterápicos.

En el ambiente es interesante averiguar qué hay de cierto en cuanto a los medios coercitivos que puede usar el profesor en la escuela y qué orientación pedagógica siguen los cursos.

*Exploración orgánica y neurológica:* Negativa.

*Datos de laboratorio:* Velocidad de sedimentación, fórmula hemática y reacción de Wassermann, normales.

*Radiografía lateral del cráneo:* Normal.

*E. E. G. (Dres. SAMSÓ y VILA BADÓ):* Trazado en estado de reposo: actividad fundamental de base constituida por ritmos bien integrados, preferentemente por actividad alfa de 8 c.s., regular, en forma de trenes de ondas que adquieren un marcado aspecto irritativo puntiforme. En ambas áreas temporales, con cierto predominio en hemisferio izquierdo, se localizan ritmos lentos de 4-5 c.s. sinusoidales con frecuencias rápidas sobrepuestas y actividad de puntas irritativas. Activación con hiperventilación: inestabilidad. Frecuentes descargas hipersincrónicas generalizadas de corta duración, constituidas por ondas de 4-6 c.s. de elevado potencial. Impresión: descargas hipersincrónicas generalizadas de origen centroencefálico.

### Informe psicológico

El día de su ingreso en el Servicio se le aplicaron las pruebas de Goodenough y el test de Raven en su forma de niños. Los cocientes intelectuales resultaron deficientes: 0.62 con el primero y un percentil de 25, Rango IV con el segundo. La actitud del sujeto ante el material de las pruebas fué al principio de franco rechazo, no por antipatía, sino por falta de interés. Su manera de trabajar era intuitiva y rápida y a la vez desinteresada.

### Resumen del C. A. T.

Las historias no se producen espontáneamente. El examinado muestra desasosiego o aparentemente fatiga, aunque da la impresión de que ésta no es tal, sino falta de interés: «ganas de que no le importunen pi-diéndole una tarea determinada».

En la mayoría de las láminas se limita a decir simplemente el nombre de los animales que en ellas se representan, sin atribuirles acción ni situación, lo cual hace únicamente cuando se insiste preguntándole, pero no generalmente de propia iniciativa, salvo en las láminas 7, 9 y 10.

El contenido de la lámina 7 parece reflejar un cierto contraste entre lo que él quisiera ser (admiración por la pantera) y su situación real, lo cual hace proyectando sobre «la mona» el deseo de huida con un sentimiento de culpabilidad.

Esta misma situación, añadiéndole un fondo de angustia, sigue reflejándose en las láminas 9 y 10.

Parece como si temiera siempre el castigo, pero a la vez creyera merecerlo, y estuviera coartado siempre, hasta el punto de que no exhibe nunca sentimientos de defensa, sino de huida

### Resumen del test de Rorschach

R=11 G=2 F+=7 A=7 V=5 T=35'  
D=6 F=2 Ad=1 t=3'10" DS=1 FC=1  
H=1 G\*=2 M=1 Hd=1

*Sucesión:* Suelta.

*Tipo de Apercepción:* D, G, G\*, DS.

*Tipo de Vivencia:*

$$\frac{M}{C} = \frac{1}{\frac{1}{2}} \% \text{ Coartativo}$$

*Formas positivas:* 77 %.

*Índice de Estereotipia:* A= 727 %.

El enfermo no colabora espontáneamente en la administración del test. Produce la impresión de que el escaso número de respuestas no es sincero. El tiempo es lento (t=3'10"). Parece como si al presentársele las láminas reaccionara rápidamente, pero se reprime y no dice lo que ve y lo que piensa en su totalidad; y ello sucede, no por falta de capacidad de aprehensión, sino por temor a las críticas que sus contestaciones pudieran tener. Esta manera de reaccionar está de acuerdo con el tipo de vivencia, que resulta coartativo (M=1; C=1/2). El hecho del poco número de respuestas, así como la ausencia total de las mismas ante las láminas

1 y 4, sirven para reforzar esta idea, así como también la demostración de un fondo de angustia.

Por lo demás, tanto el tipo de apercepción como la vulgaridad absoluta del contenido de las respuestas, hacen pensar en una buena integración de las facultades mentales.

Al cabo de un mes y una semana de ingresar en el Servicio se le hace un Terman-Merrill, dando como resultado una edad mental de 9 años 3 meses, lo cual corresponde a un cociente intelectual de 1,02 (normal).

Dos días más tarde, con el Raven nos da un percentil de 50; Rango III+ en dos minutos menos de tiempo que el del día en que ingresó; lo cual diagnostica una capacidad completamente normal, acercándose a la calidad inmediata superior (III+).

*Resumen final:* Del resultado de los test de proyección, así como del mejoramiento del rendimiento intelectual durante este mes aproximado que el niño está alejado de su ambiente familiar se puede deducir que es un individuo inhibido, con problemas emocionales profundos que pueden ser caracterológicos o de tipo neurótico, los cuales le han producido un cuadro de tipo autista.

#### *Epicrisis*

Ante las hipercinesias coreiformes de ambas manos y los tics faciales, desaplicación y torpeza del lenguaje, cabía pensar en un comienzo de corea minor, y así fué tratado por un pediatra que vió al enfermito unos días antes que nosotros. Aunque apreciamos ligera hipotonía en ambos brazos, el cuadro clínico no era típico de corea; no obstante, hicimos descansar en cama 15 días al enfermo y lo sometimos a cura sedante y narcobiótica (fenical, largactil) para asegurarnos del diagnóstico, descartando, en vista del fracaso terapéutico, el diagnóstico de corea. Pensamos entonces en una reacción

neurótica sobre fondo psicopático o en un comienzo de esquizofrenia infantil de forma hebefrénica. Hay antecedentes hereditarios suficientes para abonar una y otra suposición diagnóstica, psicopática por parte de las abuelas. El hecho de sobrevenir en gran parte el trastorno de conducta que estudiamos inmediatamente después de reingresar el paciente en su medio familiar, al parecer más nocivo psicológicamente que el que tuvo durante los tres meses anteriores que permaneció muy a gusto en un campamento del Frente de Juventudes, da gran valor al factor exógeno ambiental para aceptar una reacción neurótica de protesta. Ante estos dilemas diagnósticos, optamos por ingresar el enfermito en la Sala de Medicina de la Cátedra de Pediatría, para poderlo estudiar detenidamente fuera de su constelación ambiental habitual. Estuvo tres meses en nuestro Servicio, siendo sometido a las diversas exploraciones somáticas y psicológicas expuestas anteriormente, así como a psicoterapia individual, que extendimos a ambos padres separadamente. Se obtuvo franca mejoría en su conducta patológica, hasta el punto de haber desaparecido el autismo, la indocilidad y casi todas las extravagancias que presentaba a su ingreso en el Hospital. Actualmente está sometido una vez por semana a psicoterapia de grupo, bajo la dirección del doctor MONTSERRAT VALLE, que reali-

za irregularmente él por poca colaboración paterna. Los informes que tenemos últimamente de los padres y maestros no son satisfactorios del todo en cuanto a su comportamiento en casa y en la escuela, apareciendo de vez en cuando extravagancias incomprensibles, que bastan para que no abandonemos del todo la suposición esquizofrénica, aunque nos inclinamos más a considerar a D. de I. un psicópata con sobreestructuras neuróticas que un esquizofrénico. Por otra parte, la existencia de un EEG bastante patológico puede hacer pensar en un proceso desintegrativo encefálico activo, del tipo de las leucoencefalitis primarias de naturaleza neuroviral o degenerativo tipo esclerosis difusa o síndromes similares. Las hipercinesias mencionadas al principio de la enfermedad y el cambio de conducta abonan este supuesto, así como la ineducabilidad escolar del niño en todo el curso de 1956-57, que es el tiempo de duración de su trastorno. Quizá todavía otras consideraciones diagnósticas cabría hacer en este caso, pero creemos que las que acabamos de exponer son las prin-

cipales desde el punto de vista práctico.

Hemos querido presentar con detalle el anterior caso clínico, para demostrar que bajo el denominador común de trastorno de conducta en la infancia se esconden a menudo difíciles problemas diagnósticos y terapéuticos, que sólo el curso evolutivo de la enfermedad resuelve muchas veces. Es aventurado en todo caso de trastorno grave de conducta en la infancia pronunciarse rápidamente por un diagnóstico y tratamiento unilaterales; el proceder así es premisa segura de muchas rectificaciones. Por esto es de aconsejar un diagnóstico pluridimensional de los trastornos de conducta, valorando debidamente todas las causas posibles endógenas y exógenas, y dentro de éstas las somáticas y las psicogenéticas. Sólo a base de tal análisis estructural de los síntomas que concurren en cada trastorno de conducta, sospeando por igual su somatodinamia que su psicodinamia, es posible establecer un tratamiento somático y psicoterápico con las máximas probabilidades de éxito.

# COMENTARIO A LOS DATOS ESTADISTICOS RECOGIDOS EN 1.956 EN LA ESPECIALIDAD DE PULMON Y CORAZON Y DEDUCCIONES DE INDOLE PRACTICA QUE NOS SUGIERE

Dr. FERNANDO BARTOLOME

Inspector Médico de los Servicios Sanitarios del Seguro de Enfermedad

**C**REYENDO de interés conocer, cuántas visitas del total de las realizadas por los especialistas de Pulmón y Corazón, corresponden a procesos pulmonares y cuántas a los de aparato circulatorio. Durante el año 1956 recogimos a cada uno de los siete facultativos que de esta especialidad visitan en el Ambulatorio, los datos proporcionados por la estadística mensual, separando los correspondientes a enfermos de pulmón, de los afectos de procesos del aparato circulatorio. Decimos aparato circulatorio porque el especialista no sólo trata las lesiones de corazón, sino otras del sistema circulatorio.

Los datos obtenidos por cada médico figuran en el cuadro de la página siguiente, en el que se hallan totalizados los de todo el año, habiéndose anotado en tipo corriente las cifras correspondientes a pulmón y en negritas las de aparato circulatorio, con lo que es fácil poder compararlas.

Hemos de hacer constar que de los siete especialistas que visitan

en el Ambulatorio sólo comentaremos los datos proporcionados por seis de ellos, que hacen la especialidad de Pulmón y Corazón completa, pues el Dr. P., con autorización de la superioridad, tiene distribuido el trabajo de la especialidad con el Dr. M., visitando el Dr. P., que es un especialista de aparato respiratorio, solamente los enfermos de pulmón de ambos facultativos y el otro compañero, Dr. M., que es especialista de corazón, sólo los pacientes de aparato circulatorio de los dos.

En cuadro aparte, exponemos los porcentajes de cada médico y los totales de cada uno de los conceptos que vamos a tratar, así como los datos unificados de los Dres. P. y M.

Veamos los comentarios que la observación comparativa de estos datos nos sugieren:

*Datos globales de la especialidad:* El 80 % de las consultas realizadas por los seis especialistas,

PULMON Y CORAZON		Dr. A. F.	Dr. G. R.	Dr. L. S.	Dr. M.	Dr. P.	Dr. S.	Dr. V.	TOTALES
1956									
Promedio mensual cupo asegurado	11.722	2.972	10.099	11.784	8.862	11.609	10.699	67.747	
Visitas nuevas	73-779	11-110	53-437	66-638	548	102-1.571	113-698	418-3.781	
Visitas sucesivas	50-1.695	89-724	369-1.074	385-1.913	2.960	621-1.244	531-1.568	2.496-11.198	
Total consultas efectuadas	574-2.474	100-834	472-1.511	431-2.551	3.503	723-1.833	644-2.266	2.914-14.979	
Recetas retiradas Servicio de Farmacia	500	3.500	1.000	2.250	3.500	1.650	1.250	13.650	
Recetas retiradas Servicio Farmacia por el sustituto	100	50	300	400	250	100	150	1.350	
Recetas prescritas en Ambulatorio	293-422	94-649	476-291	537-1.349	2.659	643-635	406-658	2.449-6.663	
Porcentajes de morbilidad	470	270	274	337	349	327	428	3.36	
Porcentajes de consultas	14.69	17.75	10.81	14.39	22.36	12.45	15.36	15.40	
Promedio consultas dia trabajo	20.59	6.53	13.06	20.99	23.70	17.88	20.34	17.58	
Recetas por enfermo	1.99	7.46	2.15	3.14	7.30	2.66	2.82	3.34	
Recetas por asegurado	0.051	1.119	0.127	0.724	0.423	0.150	0.130	0.294	
Recetas por consulta	0.55	0.96	0.54	0.73	1.14	0.73	0.78	0.78	
Bajas dadas	24	25	69	107	119	37	28	404	
Altas dadas	37	11	31	50	102	28	28	292	
S. E. 1.006 extendidos	107-1.142	3-231	564	715	940	118-474	72-700	300-4.766	
S. E. 1.012 extendidos	12-972	160	294	1.345	1.345	1-1.324	1-1.324	14-4.909	
Radioscopias efectuadas	1.212	139	702	1.153	1.327	1.117	1.321	6.971	

Normal: Pulmón.

Negritas: Corazón.

CUADRO DE PORCENTAJES

	Dr. A.		Dr. G. R.		Dr. L. S.		Dr. M.		Dr. P.		Dr. S.		Dr. V.		Bres. P. y M. datos globales
	%	S. E.	%	S. E.	%	S. E.	%	S. E.	%	S. E.	%	S. E.	%	S. E.	
Visitas nuevas	91.4	8.0	90.9	9.1	89.1	9.9	90.6	9.4	84.8	15.2	86	14	88.55	11.45	50.13 % 49.87 %
Visitas sucesivas	77.1	22.9	89	11	74.4	25.6	83.2	16.8	67	33	74.1	25.5	76.74	23.26	44.73 % 55.27 %
Total consultas	81.1	18.9	89.2	10.8	78.1	21.9	84.9	15.1	71.7	28.3	77.8	22.2	79.70	20.30	45.10 % 54.90 %
Recetas prescritas	82.04	17.96	89.5	10.5	55.1	44.9	75.7	24.3	65.4	34.6	52.2	47.8	75.44	24.56	54.44 % 45.56 %
Recetas por enfermos	6.56	0.53	0.97	0.94	0.39	1.12	0.65	1.09	0.66	0.88	0.83	0.85	0.65	0.84	1.14 % 0.79 %

cuyos datos comentamos, fueron por pacientes afectos de procesos pulmonares y el 20 % restante por enfermos de aparato circulatorio.

*Visitas nuevas:* El 88'5 % de las visitas nuevas realizadas correspondieron a enfermos de pulmón y el 11'5 % a los de corazón y vasos.

*Visitas sucesivas:* El 76'7 % de las visitas sucesivas fueron motivadas por procesos de aparato respiratorio y el 23'3 % por enfermos de aparato circulatorio.

*Recetas prescritas:* El 75'5 % de las recetas prescritas, tanto normales como de envase clínico, fueron hechas a enfermos de pulmón y el 24'5 % restante a los de corazón y vasos. Estos datos nos permiten hacer las siguientes observaciones:

1.<sup>o</sup> Que el número de enfermos visitados y diagnosticados de enfermedades de pulmón es muy superior a los de aparato circulatorio; naturalmente que las afecciones pulmonares que diariamente asisten los especialistas ofrecen una gama muy diversa, yendo desde la simple bronquitis aguda, pasando por aquellos que solamente presentan algún dolor torácico, a la neoplasia de pulmón. En un trabajo que estamos preparando daremos cuenta de los diagnósticos hechos a los enfermos que fueron enviados a esta consulta durante el año 1957 y la proporción de ca-

da proceso en el total de enfermos vistos.

Algo parecido ocurre en los enfermos de aparato circulatorio, pues también hay una variedad muy diversa de causas que llevan al paciente a la consulta de la especialidad de pulmón y corazón, sin que en muchos casos exista afección orgánica alguna que lo justifique.

2.<sup>o</sup> Que aun cuando existen muchos más enfermos de pulmón que de aparato circulatorio, éstos acuden para ser visitados periódicamente, con más frecuencia, por lo que en proporción dan un mayor número de visitas sucesivas que los enfermos de pulmón.

3.<sup>o</sup> El hecho de que el 25 % de las recetas prescritas lo hayan sido a los enfermos de corazón y vasos, confirma lo dicho anteriormente, puesto que del total de consultas sólo el 20 % correspondieron a enfermos de aparato circulatorio.

¿Qué causa puede motivar que los enfermos de corazón y vasos proporcionen un mayor número de visitas sucesivas que los de pulmón, y por qué motivo se les receta proporcionalmente más que a los pacientes afectos de procesos pulmonares? Hemos de pensar que ello puede ser debido a los siguientes factores:

a) Porque a muchos de los enfermos de pulmón, se les prescriben tratamientos de larga duración y

se les hace medicación para todo este tiempo, por lo que no tienen que acudir a la consulta, para visita y tratamiento, con tanta frecuencia como los pacientes de aparato circulatorio.

Entre los enfermos de pulmón, hay que tener en cuenta los efectos de procesos tuberculosos, ya que éstos, en muchos casos, dejan de acudir a la consulta, porque ingresan, para su tratamiento, tanto higiénico-dietético y climático como medicamentoso, en instituciones sanatoriales.

b) Porque los enfermos de corazón y vasos precisan una vigilancia más frecuente, tanto para conocer la evolución del proceso, como por saber la respuesta a la medicación que se les ha hecho y porque la prescripción que se les hace dura a veces unos pocos días.

c) Porque las afecciones de aparato circulatorio preocupan más a los enfermos, por lo que éstos acuden al médico con más frecuencia.

d) Porque los seis especialistas de pulmón y corazón que visitan en el Ambulatorio, antes de implantarse el Seguro de Enfermedad, sólo hacían la especialidad de A. R., por lo que ello puede influir, aumentando el número de veces que un enfermo de A. C. ha de acudir a visitarse; por cuanto al no dominar (por no haberla practicado) esta parte de la especialidad, como dominan la de pulmón, los enfermos,

quizá no bien orientados, tanto en su diagnóstico como en la terapéutica, se ven precisados a acudir a la consulta con más frecuencia para ser visitados y medicados.

En qué cuantía influyen cada uno de los factores a), b), c) y d) que hemos expuesto, para que se produzca esa mayor asiduidad en acudir a visitarse por parte de los enfermos de A. C., así como para que se les haga una mayor proporción de prescripciones que a los de pulmón, es algo que no podemos imaginar, pero creemos sería de interés comparar estos datos estadísticos con los obtenidos en la labor realizada por otros facultativos que, siendo ahora especialistas de pulmón y corazón, antes del Seguro ejerciesen la especialidad de corazón; de este modo podríamos comparar los datos estadísticos de visitas nuevas, sucesivas y total, así como el de recetas prescritas, y ver si existen o no diferencias en los datos proporcionados por unos y otros.

Esto, naturalmente, no es factible efectuarlo, porque no creemos se pueda dar la circunstancia de que en un Ambulatorio haya seis especialistas que dominen más la especialidad de corazón que la de pulmón.

Pero de todos modos podemos asegurar que si importantes son las causas enunciadas en los apartados a), b) y c), también lo es para justificar los hechos discutidos la del apartado d), por cuyo moti-

vo sería deseable desdoblar la especialidad de pulmón y corazón, al menos en aquellas provincias y regiones en las que de siempre se viene haciendo separadamente, estas dos especialidades; ya que ello redundaría no sólo en beneficio de la mejor asistencia a los pacientes, fin primordial a perseguir, sino también porque, pudiéndose hacer mejor las cosas, se curen o alivien antes los enfermos y se consiga ahorrar trabajo al médico y dinero al Seguro de Enfermedad.

Además, esta medida que propugnamos no haría otra cosa que dar estado oficial a una situación que en muchos casos viene dándose de un modo incluso oficioso, pues lo mismo que hacen los doctores P. y M., repartiéndose los pacientes y visitando uno de ellos los enfermos de corazón y vasos y otro los de pulmón, así hacen todos aquellos especialistas que han podido encontrar algún compañero que ha deseado realizar este intercambio de enfermos.

La separación de la especialidad en especialistas de A. R. y A. C., sería factible de realizar actualmente, al menos en aquellas provincias en que se tenga por costumbre el hacerse separadamente, sin necesidad de que tuviesen que ser nombrados más facultativos que los que actualmente actúan, ya que con los existentes sería factible realizar la puesta en marcha de los dos servicios, asignando a los especialistas de A. R. y los de A. C., que

así podrían denominarse estas dos especialidades, el cupo que se estime conveniente.

Si comparamos entre sí los datos de cada especialista, nos encontraremos con los siguientes hechos:

*Visitas nuevas.* — El porcentaje de visitas nuevas que proporcionan los enfermos de A. R. son casi idénticas en los seis especialistas, variando entre el 85 % y el 91 % del total de consultas nuevas.

Las visitas nuevas que ocasionan los enfermos de A. C. guardan también una parecida proporción en todos los especialistas, variando entre el 8,6 y el 15 %; aquí la variación es más ostensible y en algunos el porcentaje de visitas es casi el doble que en otros; sin embargo, en todos ellos las cifras son bajas.

*Visitas sucesivas.* — Los porcentajes de visitas que proporcionan, tanto los enfermos de A. C., como los de A. R., no son tan uniformes en todos los médicos, como los de visitas nuevas, pero de todos modos, aunque con unas mayores variaciones en los porcentajes, éstos mantienen cierta uniformidad y permiten reafirmar lo ya dicho de que los enfermos de A. C. dan una mayor proporción de visitas sucesivas que los de A. R.; sin embargo, debemos mencionar que los doctores G. R. y M. dieron unos porcentajes de visitas sucesivas que se apartan bastante de los obtenidos por el resto de los especialistas, sin que nos sea factible opi-

nar sobre la causa que lo motiva, puesto que éstos, al igual que los otros, son más especialistas de pulmón que de corazón.

*Recetas prescritas.* — Al porcentaje de recetas hechos a los enfermos de A. R. le ocurre algo parecido que a las visitas sucesivas, varía de uno a otro médico y aun cuando en conjunto guarda cierta uniformidad, en dos facultativos sus porcentajes se apartan algo de los del resto.

En el caso de los enfermos de A. C. ocurre exactamente igual que en los de A. R. y en términos generales se puede decir que la mayoría de los médicos recetan más a sus enfermos de A. C. que a los de A. R.

Por considerarlo de interés, hemos incluido en el cuadro final de estos comentarios los porcentajes unificados de los doctores P. y M., pues en ellos se dan las siguientes circunstancias:

Uno de ellos es exclusivamente especialista de aparato respirato-

uno de ellos domina perfectamente su especialidad.

Los dos han unido los cupos de asegurados a ellos asignados, para realizar la asistencia de los enfermos en la especialidad de pulmón y corazón del Seguro de Enfermedad, y uno de ellos visita a los pacientes que aquejan procesos de aparato respiratorio y el otro los de aparato circulatorio, así, pues, no se pueden dar mejores circunstancias para que la asistencia de los enfermos sea perfecta. Por deferencia del doctor OÑORBE, nuestro estimado compañero de la Inspección de S. S. del Seguro y director del Ambulatorio de la calle Nueva de San Francisco, 42, nos han sido proporcionados los datos estadísticos de la labor realizada por el doctor M. en dicho Ambulatorio durante el año 1956. Estos datos, unidos a los del doctor P., que visita en el Ambulatorio de la calle Marqués del Duero, nos han dado las cifras y porcentajes que figuran en el cuadro adjunto.

	Visitas nuevas	% del total	Visitas sucesivas	% del total	Total visitas	Recetas prescritas	R. por enfermo
Dr. P. . . . .	548	15'63	2.960	84'32	3.508	4.004	1'14
Dr. M. . . . .	545	13'16	3.658	86'84	4.203	3.350	0'79
Totales. . .	1.093	14.17	6.618	85.83	7.711	7.354	0.95

rio; el otro sólo practica la especialidad de aparato circulatorio.

La categoría profesional de ambos está fuera de toda duda y cada

Estos datos son de gran interés porque, aun cuando constituyen el fruto de la labor asistencial de dos médicos, ambos actúan sobre el

mismo cupo de asegurados y, por lo tanto, en la misma zona asistencial y ambos ejercen estas dos especialidades que propugnamos, es decir, uno hace la especialidad de aparato respiratorio y otro la de aparato circulatorio.

El estudio comparativo de los datos estadísticos de la labor realizada por los doctores P. y M. nos permite apreciar que los porcentajes de visitas nuevas y sucesivas que han tenido son casi idénticos, ligeramente superior el porcentaje de visitas nuevas de los enfermos de aparato respiratorio del doctor P. sobre los de aparato circulatorio del doctor M. y viceversa, algo más elevado el porcentaje de visitas sucesivas de los pacientes de aparato circulatorio, sobre los de aparato respiratorio; esto confirma lo dicho anteriormente de que los enfermos de aparato circulatorio acuden a consulta con alguna mayor asiduidad o frecuencia que los de aparato respiratorio, por las causas que indicamos en los apartados *a)*, *b)* y *c)*, no siendo de aplicación aquí lo expuesto en el apartado *d)*, por cuanto hemos partido del hecho fundamental de que queda descartada la gran competencia profesional por parte de los especialistas, en cada una de las especialidades que ejercen.

Llama la atención el distinto porcentaje de recetas por enfermo, que hacen a los pacientes de las dos especialidades, siendo muy superior el número de prescripciones

hechas a los de aparato respiratorio que a los de aparato circulatorio; claro que esto no tiene mucho valor, por cuanto pueden influir consideraciones de índole personal.

Si sumamos los datos de ambos facultativos y hallamos los porcentajes de cada uno de los conceptos, tendremos entre los dos un magnífico y completo especialista actual de pulmón y corazón; si ahora comparamos estos porcentajes obtenidos con los de los seis especialistas que, sin ser más que una cosa, hacen la doble especialidad de aparato respiratorio y circulatorio, veremos que los datos, tanto parciales como globales, no sólo no coinciden, sino que son totalmente diferentes.

*Visitas nuevas.* — En el caso de los doctores P. y M., son prácticamente el 50 % de cada especialidad, mientras que las cifras globales del resto de los especialistas es del 88'5 por 100 de las visitas de enfermos de aparato respiratorio y el 11'5 por 100 de aparato circulatorio.

*Visitas sucesivas.* — Aquí las visitas de los enfermos de aparato respiratorio de los doctores P. y M. dan un 44'7 %, mientras que las de aparato circulatorio llegan al 55'2 %, por lo que se deduce que los enfermos de corazón dan un mayor porcentaje de visitas sucesivas que los de pulmón.

La diferencia de estas cifras con las de los otros seis médicos es también ostensible: 76'7 % para los de

aparato respiratorio y 23'3 % para los de circulatorio, sin embargo, la disparidad de estas cifras con las de los doctores P. y M. no es tan grande como en las visitas nuevas y en ellos también se puede apreciar que los enfermos de corazón y vasos acuden a visitarse con mayor frecuencia que los de aparato respiratorio.

*Total consultas.* — En el total de consultas, en el caso de los doctores P. y M., como es lógico, resulta ser ligeramente superior el número de visitas hechas a los enfermos de aparato circulatorio, 54'5 % que a los de aparato respiratorio (45'5 por 100), mientras que los otros seis especialistas el porcentaje de enfermos de aparato respiratorio (79'7 %) es muy superior al de los de aparato circulatorio (20'3 %).

*Recetas prescritas.* — El porcentaje de recetas, tanto normales como de envase clínico, que los doctores P. y M. hicieron a los enfermos de aparato respiratorio, fué del 54'4 %, y a los de aparato circulatorio el 45'5 %; la diferencia, aunque a favor de los enfermos de aparato respiratorio, es pequeña. En los otros especialistas esta distinta proporción en la prescripción a favor de los enfermos de pulmón se mantiene, pero es mucho más acusada, ya que a los pacientes de aparato respiratorio se les hizo el 75'4 % de las recetas y a los de aparato circulatorio sólo el 24'5 %. En el caso de los seis especialistas

el promedio de *recetas por enfermo* es superior en las prescripciones que se hacen a los enfermos de aparato circulatorio (0'84) que a los de aparato respiratorio (0'65); por el contrario, los doctores P. y M. dan unos promedios de recetas por enfermo superiores en los enfermos de aparato respiratorio (1'14) que en los de aparato circulatorio (0'79).

Ante la disparidad de las cifras de visitas nuevas y sucesivas proporcionadas por los seis especialistas y los datos que en estos mismos conceptos dan los doctores P. y M., es necesario comparar los porcentajes que hemos obtenido y comentado, con los que proporcionen otros Ambulatorios, a fin de poder conocer con certeza cuáles son los que pueden considerarse como más reales.

De todos modos, pensamos que quizá deban conceptuarse como más lógicos y, por lo tanto, cercanos a la realidad, los datos proporcionados por los doctores P. y M., puesto que trabajando con el mismo cupo de asegurados, los enfermos les son enviados a ellos por los mismos médicos de familia y, sin embargo, pasando la consulta en Ambulatorios distintos, el número de visitas nuevas fué el mismo y muy parecido el de las sucesivas.

Por todo lo anteriormente expuesto, insistimos en la conveniencia de separar en dos la especialidad de pulmón y corazón, creando

las especialidades de aparato circulatorio y aparato respiratorio, asignando a cada médico el cupo que se estime oportuno y que bien podría ser el del doble que actualmente tienen, pues en visita diaria y disponiendo la consulta el tiempo necesario, es factible atender a los enfermos que proporcionaría una y otra especialidad.

Si suponemos que no son ciertos de modo absoluto los datos de los doctores P. y M., también podemos pensar que no lo sean, y en este caso en mayor proporción, los de los otros seis doctores, puesto que no dominan por igual las dos especialidades; por cuyo motivo creemos que, aun cuando se den en una mayor cuantía las visitas nuevas y sucesivas, por los enfermos de aparato respiratorio, la diferencia con las proporcionadas por los de aparato circulatorio, no serían tan grandes como las que dan los seis médicos y aunque fuese algo superior el número de enfermos vistos por los especialistas de aparato respiratorio que el visitado por los de aparato circulatorio; como estos últimos precisan para su diagnóstico y tratamiento un más detenido estudio y una mayor dedicación, una cosa compensaría a la otra y, por lo tanto, seguiría siendo posible hacer de dos especialistas actuales de pulmón y corazón, uno de aparato respiratorio y otros de aparato circulatorio.

No creemos necesario hacer constar que en la diferente proporción

de procesos de A. R. y A. C. que diagnostican los seis facultativos, en comparación con los doctores P. y M., hemos de descartar cualquier influencia ocasionada por el ambiente en que viven los enfermos de unos y otros especialistas, porque éste es idéntico en todos ellos; lo mismo que la naturaleza del trabajo que el enfermo realiza; el nivel medio de vida que tienen; la salubridad de la vivienda en que habita; el grado de educación social; los problemas económicos e higiénicos sanitarios, etc., etc., pues como es lógico, el cupo de asegurados de todos los facultativos especialistas es una mezcla de gentes de diversos niveles sociales, dentro de la clase obrera y media española, que constituyen la masa de beneficiarios del Seguro de Enfermedad en nuestra nación.

A la vista de los datos proporcionados por las cifras estadísticas recogidas en el Ambulatorio durante el año 1956 y en la que queda reflejado el trabajo médico-asistencial realizado por cada facultativo especialista, creemos son evidentes los beneficios de índole asistencial e incluso económica que representaría para el Seguro de Enfermedad la separación de estas dos ramas de la actual especialidad de pulmón y corazón.

Pero, además, es necesario reconocer que hoy en día cada una de estas dos especialidades, sin tener en cuenta la faceta quirúrgica de ambas, tienen extensión y compleji-

dad para que su dominio por parte del especialista le exija una dedicación total de su tiempo, a fin de considerarse un buen especialista.

Es indudable que hay procesos que pueden ser juzgados tanto de la incumbencia del especialista de pulmón como de la del cardiólogo; sin embargo, la preparación y conocimientos que uno y otro deben tener de la otra especialidad que no ejercen, hacen sea factible la posibilidad de que estos procesos de dudosa etiquetación puedan ser atendidos por cualquiera de los dos, pero aunque así no fuera, sólo be-

neficios se obtendrán para el enfermo de una consulta sobre el caso entre ambos especialistas.

Al hacer de esta especialidad dos, no sólo mejoraría la asistencia médica que se presta a los enfermos, sino que permitiría a los médicos dominar más la especialidad y al mejorar la formación profesional del especialista, los diagnósticos serán más certeros y los tratamientos más eficientes, con lo que las bajas por enfermedad, dadas a los asegurados, serán de menor duración y la terapéutica menos costosa al estar mejor orientada.

# ACTAS CLINICAS

## EPITELIOMA TRAQUEAL DE EVOLUCION RAPIDA CON SINDROME ASFICTICO

Dres. M. GONZALEZ-RIBAS y J. SANGLAS CASANOVAS \*

L. B. de 51 años, varón, sin antecedentes de interés. A últimos de noviembre de 1953 a consecuencia de un enfriamiento intenso sufre un proceso neumónico atípico con localización en el lóbulo superior

cho, mientras que la 2.<sup>a</sup> radiografía de control 20 enero del 54 (Fig. 2), demuestra su completa desaparición. Con tal cuadro y evolución, fué su proceso etiquetado de neumonía vírica.

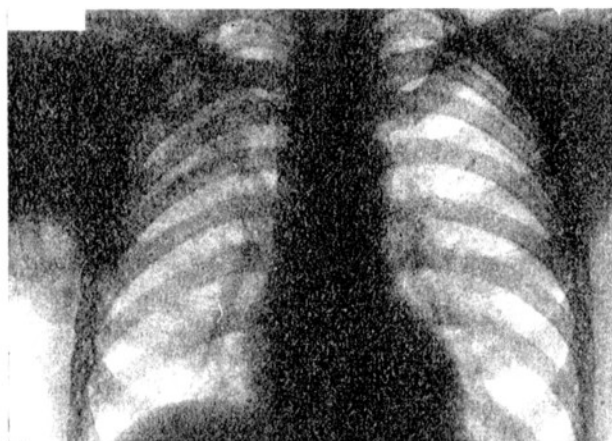


Figura 1. Radiografía 28-11-1953.

derecho que resolvió en tres semanas.

En las radias adjuntas, la primera de 28 de noviembre de 1953 (figura 1), nos muestra una zona de condensación en 1/3 superior dere-

Transcurre bien el enfermo, hasta mediados de abril de 1955, cuando nota una sensación opresiva traqueal con tos y carraspera, que desaparece con fluidificantes y sedantes.

\* De la Clínica Médica B de la Facultad de Medicina. Prof. Dr. M. Soriano.

El día 20 de mayo del mismo año, aparece un síndrome tóxico, con fiebre elevada, escalofríos, dolor general y anorexia. Iniciada la regresión el 31 mayo de 1955, se le practica una exploración radiográfica (Fig. 3) que muestra una imagen infiltrativa paramediastínica derecha sin desviación traqueal alguna. Ante la presencia de tal imagen radiográfica en un individuo con dichos antecedentes y cuadro

de la expectoración hemática se sienta la indicación de la práctica de una broncoscopia. Esperando poderse la practicar el día 20 de junio aparece un estridor respiratorio brusco, con intensa disnea progresiva, asfíctica y que no cede a los antiespasmódicos habituales, por cuya causa se le practica urgentemente, en su propio domicilio una broncoscopia, que nos demuestra estar producido dicho cuadro

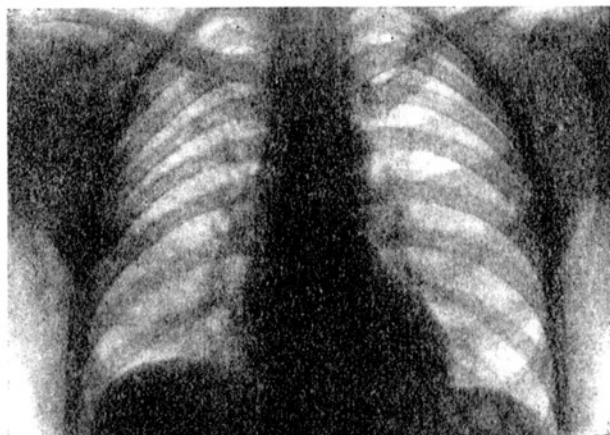


Figura 3. Radiografía 2-1-55.

actual suponemos un proceso neumónico con igual localización.

El 1. de junio se produce una hemoptisis en bocanada seguida de expectoración hemoptoica. El tratamiento penicilina, estreptomina, tónico y antihemorrágico, no priva la febrícula ni mejora la depresión general. La imagen radiográfica 4 junio del 1955 persiste sin modificación alguna. (Fig. 4.)

Ante la invariabilidad del cuadro y sobre todo por la persisten-

por una gruesa tumcración intra-traqueal, que reduce la luz de la misma, en 4 quintas partes, situada en la pared derecha y 1/3 inferior de la traquea. Dicha tumcración es redondeada, sesil, sin infiltración del resto de la pared, irregular, mamelonada y fácilmente sangrante. La biopsia practicada (doctor SÁNCHEZ LUCAS), demuestra tratarse de un epiteloma espino celular.

Dada la localización baja de la

Figura 1. Radiografía  
2V Erso.

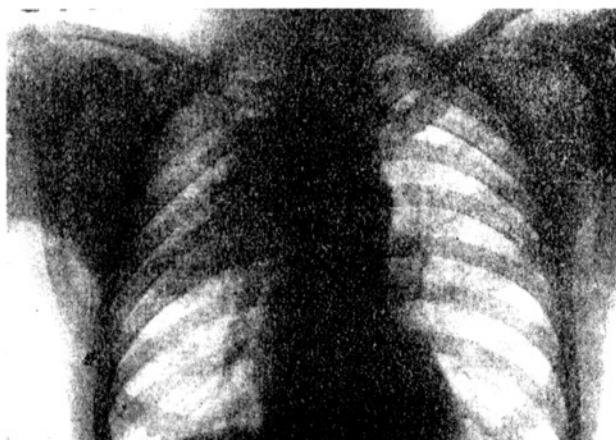
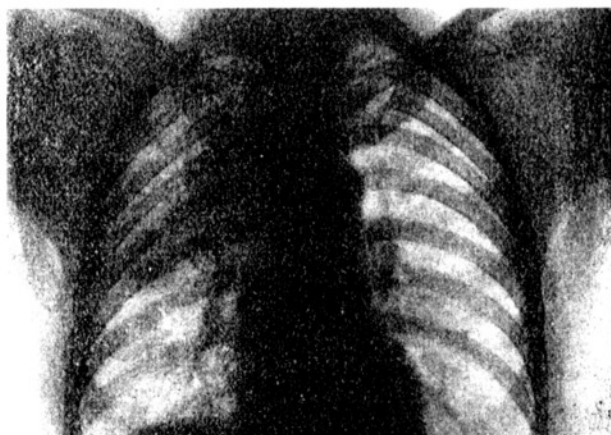
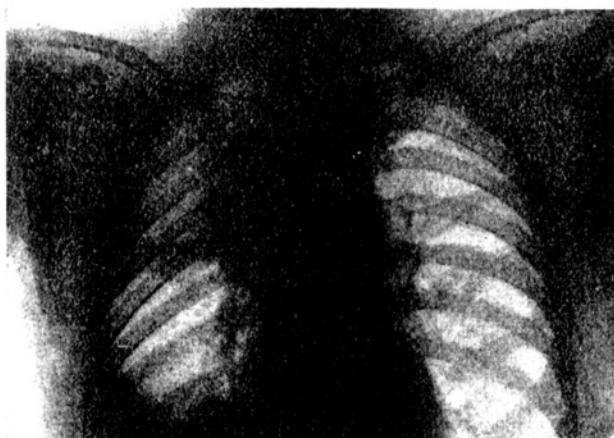


Figura 2. Radiografía  
4V Erso.

Figura 3. Radiografía  
3V Erso.



tumoración, ante la ineficacia de una traqueotomía, se procede urgentemente a la radioterapia de la misma (Prof. CARULLA) que logra facilitar la respiración a partir de la segunda sesión. La continuación de la radioterapia, permitió la desaparición completa de las molestias respiratorias que el enfermo acusaba y logra una gran mejoría del estado general del mismo.

El 2 de septiembre aparece una disfonía por laringitis edematosa, con paresia de cuerda derecha. Reaparece la intensa disnea, el estridor, una gran depresión general, derrame pleural derecho (Fig. 5) y éxitus por asfixia a principios de octubre.

Se trataba pues de un caso de neoplasia broncopulmonar de implantación rara, de historia clínica breve, con manifestaciones hemoptoicas y a los pocos días asfícticas, (que obligan a una exploración pre-

cipitada, que precisamente nos descubre la implantación atípica) y que ceden con la radioterapia profunda, para reaparecer al poco tiempo en la fase final del proceso.

Ante este caso nos quedamos en la duda de si la manifestación respiratoria de dos años antes, fué ya un avance del cuadro clínico definitivo o sólo un proceso neumónico intercurrente.

Por otro lado nos sorprende la brevedad del curso clínico que precedió al cuadro asfíctico, lo que prueba el crecimiento lujuriente de la masa tumoral en su porción endotraqueal.

Nos queda por descifrar si la tumoración primitiva era traqueal o si se trataba de una expansión, de una neoplasia primitiva del bronquio lobar superior derecho; el tratarse de un caso particular nos privó de la enseñanza necrópsica.

## SESIONES CIENTIFICAS

### REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

#### AUMENTO DE LA EFICIENCIA DE LA VENTILACION EN EL ENFISEMA PULMONAR

Dr. ALBAN L. BARACHI (New York)

En estudios recientes en nuestra clínica, llevados a cabo en colaboración con Gustav J. Beck y Hylan A. Bickerman, se demostró que se producía una mayor disminución del volumen minuto de la respiración, en pacientes afectos de enfisema pulmonar, cuando se instituía la respiración diafragmática, como resultado de la colocación en la posición cabeza abajo, que lo que se producía cuando estos pacientes sustituían el oxígeno por aire en la posición vertical.

La ventilación pulmonar está característicamente rebajada del 51 al 25 % cuando se respira 100 % de oxígeno en lugar de aire en los casos de enfisema pulmonar, y es por ello, una prueba excelente del llamado enfisema pulmonar hipertrofico crónico o enfisema pulmonar obstructivo difuso. Sin embargo, esta reducción de la ventilación, que se obtiene eliminando la hipoxia, no da por resultado una eliminación adecuada de  $CO_2$ . Si el oxí-

geno se administra terapéuticamente, la concentración primeramente utilizada es baja, es decir, 25 %, con un aumento gradual durante un período de 7 a 10 días, al 40 %. Bajo estas circunstancias, la tensión del  $CO_2$  de la sangre arterial está elevada, pero el aumento compensador en la base (ampliamente bicarbonato) impide la acidosis en el sentido del cambio del pH hacia el lado ácido, e igualmente se impide el coma.

Cuando está rebajada la ventilación como resultado de la respiración diafragmática, en lugar de la costal, se produce un intercambio eficiente de ambos, oxígeno y  $CO_2$ .

La disminución de la respiración no da por resultado ni la retención de  $CO_2$ , ni la desviación del pH hacia el lado ácido. La razón de este cambio beneficioso es que partes del pulmón cerca del hilio, próximas al corazón, se ventilan por respiración diafragmática y, en casos de enfisema pulmonar, estas áreas

de parénquima del pulmón son más normales, en lo que se refiere a la perfusión de sangre, capilares y tejido alveolar, que el tejido pulmonar hiperextendido de la periferia.

Las figuras presentadas ilustran el valor de la bronco-dilatación, el alivio del bronco-espasmo, los de la tos natural y mecánicamente inducida (exsuflación), ejercicios respiratorios y compresión del tórax lateral. Esta última se lleva a cabo

ambas manualmente al igual que con un nuevo aparato respiratorio, llamado la «ayuda respiratoria neumática» o «exprimidor cotal», que aumenta el volumen periódico, y, por ello, la eficiencia de la ventilación alveolar.

He apreciado debidamente el privilegio de poderme dirigir en mi conferencia a los Miembros de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

— — —

## RESUMENES BIBLIOGRAFICOS

### EL QUISTE HIDATIDICO DEL HIGADO ABIERTO EN LAS VIAS BILIARES. . . Resumen Tesis Doctorado.

I. — Se expone el concepto de quiste hidático de hígado abierto en vías biliares (Q. A. V. B.). Se entiende por tal, a las condiciones que se crean cuando la vesícula hidática ha horadado la pared de un canal biliar estableciendo una simple comunicación, manifestación mínima; hasta cuando el contenido quístico ha pasado a la vía biliar provocando un síndrome obstructivo, manifestación máxima. En todas las etapas de este proceso patológico evolutivo, se considera que existe un Q. A. V. B. De acuerdo con este criterio, clínicamente hay dos grandes grupos: Q. A. V. B. sin obstrucción coledociana y con obstrucción coledociana.

II. — En el capítulo de Anatomía Patológica se estudia el complejo lesional que constituye el Q. A. V. B. Se dedica particular atención a la adventicia quística y sus modalidades patológicas evolutivas: la exfoliación, la calcificación y la cirrosis perihidática, las que constituyen en conjunto la «enfermedad adventicial». Se describen las lesiones biliares y hepáticas de origen infeccioso y alérgico. Se presenta la frecuencia relativa de esta complicación, en relación a la topografía hepática del quiste.

III. — En el capítulo de Patogenia se analizan los fenómenos dinámicos que determina el crecimiento expansivo del quiste, que llevan a su apertura en la vía biliar. Al síndrome de obstrucción hidática coledociana, que constituye la etapa más llamativa en el Q. A. V. B., se agregan otros dos factores patológicos: la infección y la alergia, esta última adquiriendo cada vez más jerarquía en la entidad nosológica que presentamos.

IV. — Se hace una agrupación sintomatológica en síndromes, basada en la patología de la enfermedad.

Se reconocen los siguientes síndromes: tumoral hepático (clínico-radiológico), de sufrimiento biliar, de migración hidática, de infección biliar, de obstrucción coledociana y biológico.

V. — Se analizan los principios que rigen las conductas quirúrgicas.

Se esquematizan los planes quirúrgicos generales:

Intervenciones bipolares o hepatobiliares que tratan el quiste y las vías biliares.

Intervención unipolar, hepática, trata solamente el quiste.

Intervención unipolar, biliar, trata la obstrucción coledociana.

Se hacen algunas puntualizaciones sobre conductas quirúrgicas particulares referentes al colédoco, a la vesícula y a la comunicación quisto-biliar.

Dr. MUZIO S. MARELLA

ESTADO ACTUAL DE LA TERAPEUTICA MEDICA DE LA POLIARTRITIS CRONICA PROGRESIVA. — L. J. Michotte, Rev. du Rhum. 24, 1, enero 1957, p. 35.

Comienza el autor exponiendo los hallazgos de BAUER y RAGAN de que en el 50,6 % de enfermos de P. C. P. se detiene su evolución sin que conozcamos la causa. Sobre este hecho pretende enjuiciar los modernos tratamientos esteroides, fenilbutazona, oro y derivados salicílicos.

Examina la corticoterapia basándose en un trabajo de la Asociación Americana de Reumatismo que agrupa 546 enfermos y observa que los resultados de esta terapéutica son sensiblemente iguales a los de los 624 de BAUER y RAGAN, que no siguieron tratamiento alguno. Al no influenciar sobre la evolución de la enfermedad la cortisona, por proporcionar articulaciones indolentes, hace que éstas sean sometidas a mayor trabajo, produciéndose destrucciones con mayor facilidad. Se pregunta el autor si viendo que únicamente alcanzamos un alivio del dolor estamos autorizados a utilizar esteroides, mas teniendo en cuenta que aun con la prednisona se han hallado cifras del 44 % de accidentes graves cuando se administra continuamente durante períodos de un año.

Respecto a la fenilbutazona aun cuando por cifras absolutas parece tener una influencia discretamente mejor sobre la evolución de la enfermedad, se demuestra estadísticamente que tampoco es así, por lo que rechaza esta terapéutica a la que imputa casos de grave toxicidad e incluso mortales.

En cuanto a la crisoterapia compara los resultados obtenidos en 571 enfermos a los que se trató durante períodos de uno a cinco años,

con un grupo de 618 testigos sin tratamiento alguno y con las citadas series de Bauer y Ragan, demostrando con ello que el oro es capaz de influir favorablemente sobre la evolución natural de la P. C. P., siendo además mínimos sus efectos tóxicos, razón por la que cree que es éste el medicamento de elección.

Finalmente, examina los salicilados, a los que atribuye un mecanismo periférico desconocido capaz de disminuir la congestión articular y calmar los dolores de la P. C. P. Según un trabajo del Empire Rhumatism Council, su efecto es superponible al de la cortisona y por lo tanto, igual que ella, no influye sobre la evolución de la enfermedad, facilitando asimismo las destrucciones articulares por sobrecarga.

Concluye, pues, el autor que de entre los agentes terapéuticos conocidos sólo el oro es capaz de influenciar beneficiosamente la evolución de la P. C. P., por lo que debe ensayarse en todo enfermo de esta naturaleza, al que aparte de toda otra clase de medidas higiénico-dietéticas y ortopédicas, estará sólo permitido el uso de la asociación de salicílicos y cortisona y aun fenilbutazona cuando fracase la crisoterapia, no pretendiendo jamás alcanzar con esas terapéuticas un resultado espectacular, sino la acción sedativa mínima compatible con una actividad proporcionada a las necesidades sociales del enfermo.

Dr. C. ALEGRE-MARCET

OSTEOPOROSIS Y NEURO-ARTRITIS. — Y. Piette, Jour. Belg. Med. Phys. et de Rhum. 11, 4, julio-agosto 1956, p. 135.

El autor ha clasificado en tres grupos las alteraciones osteoarticulares según el síntoma neurológico predominante, abarcando el primero aquellas complicaciones del aparato locomotor secundarias a afecciones del sistema nervioso sensitivo, incluyendo en el segundo a las que acompañan a enfermedades del sistema nervioso motor, y, finalmente, en el tercero se agrupan las resultantes del sistema nervioso vegetativo aun cuando en la mayoría de ocasiones la sintomatología neurológica es mixta. Los tres grupos de alteraciones osteoarticulares poseen clínica y aspecto radiológico claramente diferenciables entre sí. En el primero se encuentran las artropatías de la tabes y de la sirin-gomielia, en el segundo las alteraciones articulares de la hemiplegia, de la enfermedad de Parkinson, de la poliomielitis y de las lesiones

nerviosas periféricas. El tercer grupo comprende un conjunto de afecciones de etiología diversa caracterizadas principalmente por la desmineralización ósea, rigidez articular, dolor, edema y alteraciones vasomotoras habiendo recibido los nombres de algo-distrofias simpáticas, reumatismo neutrófico, síndrome fisiopático post-traumático de Babinski y Froment, algias post-traumáticas de Sudeck-Leriche e incluso causalgia de Weir-Mitchell.

Se hace un breve resumen de las artropatías tabética y siringomiélica y de su explicación patogénica, así como de las del segundo grupo en las que es característico hallar un grado mayor o menor de osteoporosis. Respecto a las afecciones encuadradas en el tercer grupo hace notar el autor que son aquéllas en donde más se aprecian los síntomas osteoarticulares que predominan francamente sobre los neurológicos como ocurre en el síndrome hombro-mano y en la osteoporosis post-traumática.

Fisiopatológicamente se ha querido explicar la alteración osteoarticular por lesiones o trastornos del sistema nervioso vegetativo y realmente así parece ser en las afecciones del tercer grupo, pero no en los otros dos donde si así fuera debieran verse las mismas lesiones osteoporóticas, observando por el contrario cómo en el primer grupo hay verdaderas lisis de una cabeza femoral o humeral, pero a su alrededor osteoesclerosis y en el segundo una osteoporosis simple, pero jamás con las vacuolas características del tercero. El criterio del autor es que en la aparición de las imágenes del primer grupo intervienen de forma esencial los traumas y microtraumas con ausencia de reacción defensiva debido a la indolencia articular, mientras que en las del segundo sería la causa la parálisis de la neurona motora al inactivar el tono muscular y por ende disminuir la actividad osteoblástica.

Dr. C. ALEGRE-MARCEY

LOS CANCERES SECUNDARIOS DEL PULMON Y DE LA PLEURA (Tratamiento médico). --- Ch. Mattei, P. Lavat, J. Vigne, P. Balozet. Journal Français de Médecine et Chirurgie Thoraciques, 1956. t. X, n.º 6. pag. 638.

Basándose en su experiencia de 67 casos, los autores hacen una revisión de los métodos terapéuticos y de sus indicaciones.

A) *Agentes físicos*. --- Pueden ser utilizados con dos intenciones diferentes:

a) Acción local sobre el tumor: ante todo con la radioterapia centrada y la cicloradioterapia o la cobaltoterapia. Este tratamiento se aplica en las metástasis de tumores radio-sensibles: tumores de los órganos linfo-hemopoyéticos, tumores genitales, tumores poco diferenciados y ciertos tumores glandulares. A pesar de que las metástasis de los tumores muy diferenciados son en principio poco radio-sensibles, los A. A. han obtenido algunas mejorías importantes utilizando dosis elevadas.

b) Acción general sobre el organismo: utilizando la teleroentgenoterapia. Los tumores linfo-hemopoyéticos, los tumores ganglionares y sus metástasis pueden ser mejorados con recuperación importante del estado general, cuando la difusión de las localizaciones no permite una acción limitada.

B) *Quimioterapia.* — Hacen una distinción entre quimioterapia pura (mostazas nitrogenadas, H 365) y quimioterapia hormonal (estrógenos andrógenos y hormonas corticotropas).

a) Mostazas nitrogenadas. La utilizan en perfusiones I. V. asociando al tratamiento hormona corticotropa que mejora la tolerancia al producto. Se prescriben en los tumores linfoides, en las metástasis de los cánceres bronquiales cuando se asocian a metástasis ganglionares mediastínicas, en las metástasis pleurales exudativas. Una excelente indicación es la linfangitis carcinomatosa.

b) H 365 (para-oxi-propiofenona). Señalan los autores un resultado mediocre en un caso de corio-epitelioma metastásico y fracasos en 3 observaciones de cánceres de mama y en 1 de sarcoma conjuntivo.

c) Estrógenos (hexoestrol o dietilestilboestrol). El tratamiento se hará por vía parenteral, a dosis suficientes, fraccionadas y prolongadas. Su acción parece extremadamente favorable, pero de manera inconstante, en las metástasis pulmonares de los cánceres prostáticos, en los tumores seminales y en los cánceres de mama después de los 60 años.

d) Andrógenos, esencialmente el propionato de testosterona. La tendencia actual es de utilizarlos a dosis altas progresivamente decrecientes. Durante el tratamiento se controlará el equilibrio hídrico, el estado del corazón y la tensión arterial. Su acción es nula en las metástasis de las neoplasias de seno.

De una manera general, la acción favorable de la hormonoterapia

no es continua. Este agotamiento terapéutico puede aparecer precozmente o, excepcionalmente, al cabo de algunos años.

e) Hormonas corticotropas: se utiliza la cortisona, la hidrocortisona y la  $\Delta$  I-hidrocortisona. Los A. A. las emplean para facilitar la tolerancia a otros medicamentos y como terapéutica estimulante sobre el estado general.

### C) *Isótopos.*

a) Yodo 131. La indicación del tratamiento con el I 131 se dirige esencialmente contra las metástasis de los tumores de tiroides, a condición de que estas metástasis fijen el yodo. Si éste es demasiado absorbido por el tumor tiroideo inicial, se impone su exéresis previa.

b) Oro 198: ha sido exclusivamente utilizado por vía endopleural. Está indicado en las metástasis pleurales confirmadas o no cuando el derrame tiene tendencia a recidivar después de la punción.

c) Fósforo 32: su acción selectiva se sitúa sobre los órganos linfo-hemopoyéticos.

d) Cobalto 60: los A. A. no tienen ninguna experiencia.

D) *Tratamiento reconstituyente general.* — No debe ser negligido nunca. Los antibióticos son indispensables para luchar contra las asociaciones morbosas; acostumbra tener una acción eutrófica. Para sostener el estado general son muy útiles las transfusiones pequeñas y repetidas, la vitaminoterapia A, B y C y las hormonas corticotropas.

*Resultados.* — A pesar de las dificultades de apreciación de los resultados obtenidos en lo que se refiere al alargamiento del plazo de sobrevivencia y a la relatividad de las mejorías terapéuticas en general, las asociaciones terapéuticas permiten en un 60-70 por 100 de casos de ciertas metástasis pulmonares bien definidas (tumores mamarios, prostáticos, glandulares) obtener una mejoría objetiva válida.

DR. R. CORNUDELLA



# INFORMACION

## HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO

### CURSO DE EXPLORACION FUNCIONAL PULMONAR EN EL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO

Dentro de la serie de cursos monográficos para postgraduados que anualmente organiza el Servicio de Aparato Respiratorio que dirige el Prof. J. Cornudella, tendrá lugar, con carácter extraordinario, un curso dedicado a la

#### EXPLORACION DE LA FUNCION PULMONAR,

la parte teórica del cual estará a cargo de las Dras. D. Brille y C. Hatzfeld, jefe y jefe adjunto, respectivamente, del Laboratorio del Hospital Saint Antoine, de Paris. Diariamente, además, se realizarán sesiones prácticas sobre enfermos.

Este curso tendrá lugar en la primera semana del mes de mayo de 1958. Siendo limitado el número de alumnos, se aceptarán por riguroso turno de inscripción cuyo importe es de 1.000 pesetas.

Para informes e inscripciones dirigirse al organizador del Curso

Dr. R. CORNUDELLA.



## AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS

### Capítulo de Barcelona

El lunes 31 de marzo y martes 1 de abril de 1958, se celebrará la I Reunión del Capítulo de Barcelona del A.C.C.P., en Zaragoza. El Panel versará sobre el tema

#### QUISTE HIDATIDICO PULMONAR

que, dirigido por el Dr. Frouchtman, Governor de este Capítulo, tendrá el siguiente reparto:

*Dr. E. Bieto Reiman* (Barcelona): **Anatomía patológica.**

*D. F. Tello Valdivieso* (Zaragoza): **Diagnóstico diferencial.**

*Dr. Luis de Velasco* (Barcelona): **Clinica.**

*Prof. Dr. R. Lozano:* **Cirugía.**

Los compañeros que tengan intención de participar en la discusión de estos temas, podrán comunicarlo a esta Secretaría, Córcega, 393, Barcelona. Para cada una de éstas se concede un tiempo máximo de 3 minutos.

Aunque no lo hayan solicitado previamente, todos los asistentes podrán participar en la discusión, con la venia de la Presidencia de la Mesa. Un resumen de esta Mesa de Discusión será publicado y repartido a todos los que lo soliciten. Quedan invitados todos los compañeros interesados.

*El Secretario,*

Dr. M. GONZÁLEZ RIBAS.

## UNION MEDICA MEDITERRANEA

La Sección de Medicina Interna de la Unión Médica Mediterránea celebrará en Barcelona, durante los días 15, 16 y 17 de mayo de 1958 (jueves, viernes y sábado, su

## IV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA

al que cordialmente invita a participar a todos los médicos españoles.

La organización y desarrollo del Congreso se efectuarán según las siguientes normas:

Las sesiones de estudio se celebrarán en forma de «symposiums» y coloquios, admitiéndose únicamente comunicaciones y breves intervenciones directamente relacionadas con los temas de los mismos. Podrán presentarse films científicos de tema libre.

Los temas de estudio y sus respectivos directores serán los siguientes:

1. Prof. L. ANTOGNETTI (Génova).  
Las alteraciones musculares en las endocrinopatías.
2. Prof. P. BASTAI (Turín):  
Las proteinurias.
3. Prof. M. BELTRAN BAGUENA (Valencia):  
Enfisema senil y preesenil.
4. Dr. F. GALLART (Barcelona):  
Rectocolitis muco-hemorrágica (colitis ulcerosa grave).
5. Prof. G. GIRAUD (Montpellier):  
Aplicaciones clínicas de la electrocardiografía intracavitaria.
6. Dr. J. GUASCH (Barcelona):  
Hemopatías por inmunización.
7. Prof. J. OLMER (Marsella):  
Indicaciones médicas de la esplenectomía.
8. Prof. A. PEDRO-PONS (Barcelona).  
Las colagenosis.

El discurso inaugural correrá a cargo del Prof. N. PENDE, de Roma

Serán idiomas oficiales del Congreso el español, el francés y el italiano. - - El texto de las comunicaciones, cuya extensión máxima no debe ser superior a tres cuartillas corrientes, deberá entregarse al Secretario de la Sección Española de Medicina Interna de la Unión Médica Mediterránea, Dr. J. M. CAÑADELL, Plaza de Adriano, 13, Barcelona, antes del 1.º de marzo próximo, a fin de proceder a su publicación conjuntamente con todo el material presentado en las sesiones científicas. En la primera página deberá indicarse claramente a qué tema corresponde la comunicación que se presenta. - - Los derechos de inscripción serán de 800 pesetas para los congresistas y de 500 pesetas para los agregados. - - Con el apoyo de los organismos oficiales y la colaboración de la industria químico-farmacéutica española, se celebrarán diversos actos sociales que contribuirán a hacer más agradable la estancia en Barcelona de los congresistas. Se suplica traje de noche. - Para todo lo que atañe a la reserva de hotel, viajes, excursiones, etc., los congresistas deben dirigirse a C.Y.R.S.A., Trafalgar, 2, Barcelona, y a sus agencias y representantes. - Para el domingo día 18 de mayo se organizará una excursión, reservándose también localidades y entradas preferentes para los espectáculos públicos y típicos que se celebren.

**PREMIO «SINERGIA» DE NOVELA**

La Revista paramédica «Sinergia», que se distribuye a todos los médicos de España, ha convocado un interesante Premio de Novela, exclusivamente para médicos, patrocinado por la «Asociación de Médicos Escritores y Artistas», al que pueden participar, con novelas inéditas, cuantos profesionales de la medicina lo deseen.

El Premio «Sinergia» de Novela está dotado con 25.000 pesetas en metálico, y la obra premiada la publicará la prestigiosa Editorial Luis de Caralt.

El plazo de admisión de originales termina el 30 de julio de 1958, y el Premio se otorgará el día 1.º de octubre siguiente.

Dada la gran cantidad de médicos que dedican sus pocos ratos de ocio a la literatura, es de prever que serán muchos los que participen en el citado certamen, cuyas Bases ya se han hecho públicas.

Madrid, diciembre de 1957.

**Anales de Medicina y Cirugía**

Marzo-Abril 1958 - N.º 146

## **CRITICA DE LIBROS**

**COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA. — Autor: Dr. Th. Hornykiewytsch. Editorial Alhambra, Madrid, 1.ª edición, 1957. Traducción Dr. F. Ruiz Torres. 156 págs. 110 figuras.**

Tenemos la satisfacción de comentar un libro que, digámoslo por delante, nos gusta; porque trata de un tema que nos interesa extraordinariamente y porque su contenido nos enseña muchas cosas nuevas.

La exploración radiológica de las vías biliares extrahepáticas se consiguió con la introducción de un nuevo contraste llamado Biligrafín, el año 1952, con lo que se han abierto grandes horizontes en el conocimiento de la fisiología y patología biliar. Para llegar a obtener frutos en el diagnóstico de las afecciones, especialmente funcionales e inflamatorias de las vías biliares extrahepáticas, se necesita una experiencia y observación inteligente y dilatada. El doctor TH. HORNYKIEWYTSCH ha realizado un profundo estudio de la anatomía, histología y fisiología biliar normal y patológica, y con esta preparación reúne tres mil exploraciones radiológicas de las vías biliares extrahepáticas, utilizando como medio de contraste el Biligrafín por vía endovenosa. De estas exploraciones, 1.800 corresponden a individuos normales. Era necesario conocer el colangiograma endovenoso normal. Practica 1.200 exploraciones con Biligrafín en enfermos biliares, consiguiendo la comprobación anatómica en 238. Es natural, y hasta obligado, que el autor divulgara estos formidables conocimientos a través de un libro. Y lo ha hecho magistralmente, pero no sin documentarse antes revisando 300 trabajos que forman la bibliografía del libro. Bibliografía en la que reúne todas las publicaciones referentes al tema aparecidas hasta la fecha en la literatura mundial.

Las radiografías reproducidas son de tamaño casi natural y ocupan un espacio equivalente al texto. Hay también algunas tablas y esquemas muy útiles. Es importante, y lo ha conseguido, que la reproducción de las radiografías de colangiografía endovenosa, de contrastes siempre débiles, ofrezcan una visión clara que sin necesidad de esquema aclaratorio permita encontrar los detalles que se describen al pie de la figura. Ello es debido, no sólo a una reproducción impecable, sino a la calidad de la radiografía original y a la sabia selección de las imágenes.

La lectura de *Colangiografía endovenosa* interesará en primer lugar a digestólogos y a radiólogos, porque aprenderán a practicar la técnica corriente con todas sus variantes, a orientar en el curso de la exploración el camino a seguir y a confrontar sus resultados para llegar a un buen diagnóstico. Y en este sentido también interesará al internista para poder interpretar con criterio propio los colangiogramas intravenosos, e incluso le servirá para solicitar determinadas particularidades en la técnica radiológica a seguir con sus enfermos.

La obra está presentada con la pulcritud propia de la Editorial Alhambra y honra a la misma.

Dres. F. MANCHÓN y A. MODOLELL.

**KNOCHENBRUCHE BEI KINDERN** (Título original: *Fractures in Children*). — Walter Putman Blount. Traducido al alemán por K. H. Muller. 250 págs. y 311 figs. Ed. Georg Thieme. Stuttgart, 1957.

El aumento del número de traumatismos debido al incremento en el tráfico de la vida moderna, el perfeccionamiento de la técnica roentgenológica, pero sobre todo, la distancia dinámica de las fracturas en los niños, y el que aquéllas tengan lugar en el esqueleto en desarrollo, a veces en las zonas epifisarias, o cerca de éstas, lo que origina repercusiones ulteriores, son motivos suficientemente poderosos para justificar la aparición de la presente monografía.

El Prof. BLOUNT, jefe del departamento de ortopedia del Hospital Infantil de Milwaukee (U.S.A.), ha escrito la obra basándose en la experiencia que supone más de veinte años dedicado a la especialidad.

El libro está dividido en diecisiete capítulos. En el primero, a modo de introducción, se expone la finalidad del libro y se dan una serie de reglas generales. En los catorce capítulos siguientes se describe toda clase de fracturas en los diversos segmentos del esqueleto infantil en particular. Finalmente, los dos capítulos últimos están dedicados a las fracturas abiertas y a las fracturas patológicas, respectivamente.

Muestra un especial interés en las fracturas acaecidas en las regiones epifisarias y en sus inmediaciones, así como al diagnóstico exacto y, sobre todo, a las normas terapéuticas consiguientes, rechazando todos aquellos tratamientos complicados y con frecuencia erróneos.

El texto, breve y preciso, está intercalado por una iconografía muy completa, compuesta de numerosos roentgenogramas, dibujos y caricaturas muy expresivas, ridiculizando los tratamientos erróneos y nocivos.

Por su claridad y precisión el libro cumple perfectamente el cometido que el autor se ha propuesto, lo que hace que lo consideremos como una valiosa ayuda para el especialista. Esto, unido a su excelente presentación, nos hace predecir que la obra tenga un buen éxito.

Dr. J. C. SALVO LEGARRE.

**DIE HEUTIGE BEHANDLUNG DER SKELETT-TUBERKULOSE DES KINDES UND DES JUGENDLICHEN** (El tratamiento de la tuberculosis del esqueleto del niño y del adolescente). — Georg Glogowski. Editorial Georg Thieme. Stuttgart, 1957, 61 páginas y 54 figuras.

Pocos temas son tan interesantes hoy en Ortopedia como el título que encabeza la presente monografía.

Es tradicional de la Clínica Ortopédica Universitaria, de Munich, ya desde los tiempos de Fritz LANGE, el dedicar un especial interés al estudio de la tuberculosis osteoarticular y a su tratamiento. Hoy GLOGOWSKI, con quien hemos tenido el honor de trabajar al servicio del profesor Max LANGE en la mencionada clínica, fiel a su escuela, ha escrito esta monografía aprovechando la experiencia reunida en estos diez últimos años con el tratamiento antibiótico y tuberculostático. La obra está exclusivamente dedicada al tratamiento de la tuberculosis osteoarticular en el niño y en el adolescente. Plantea en cada caso la terapéutica a seguir precisamente en estas edades en que la elección entre el tratamiento conservador y quirúrgico se hace a veces tan difícil.

La monografía consta de una parte general breve a modo de introducción y una parte especial dedicada a cada segmento osteoarticular en particular. Al final contiene una bibliografía muy extensa y una colección de roentgenogramas muy bien reproducidos en papel couché con una amplia explicación de los mismos.

Dr. J. C. SALVO LEGARRE.

**MANUAL DE LAPAROSCOPIA Y GASTROSCOPIA.** — H. Kalk, W. Brühl. — Traducción del alemán por el Dr. J. Bartolomé Iraeta. X-174 páginas con 82 figuras en negro y color. Editorial Alhambra. Madrid, 1957.

Este manual comprende dos partes independientes por el tema y por el autor. La primera y más extensa es debida a KALK, que modestamente

la titula «Introducción a la laparoscopia». Su elogio, en realidad, no es necesario. Con los años transcurridos desde la aparición de la edición alemana (en 1951) se ha convertido ya en una obra clásica e imprescindible. Dice el autor en el prólogo que, esperando publicar algún día un gran tratado y un atlas que reflejen cumplidamente la experiencia que posee sobre aquel método exploratorio, ha querido proporcionar desde ahora los fundamentos técnicos del mismo al gran número de médicos interesados por él. Esta finalidad la ha alcanzado plenamente. No puede pedirse más a un manual que comprende desde la descripción de los aparatos y los ejercicios para aprender a manejarlos, a los más mínimos detalles de la técnica de su empleo en los enfermos y la descripción, con magníficas figuras, de las imágenes normales y patológicas observadas. Todo está expuesto de una manera perfecta. Da idea de la ecuanimidad del autor el hecho de que, a pesar de ser él mismo uno de los iniciadores del método, no deja de reconocer sus limitaciones y afirma que «por principio, sólo era empleado en aquellos casos en que los otros métodos exploratorios, incluyendo los radiológicos, no hayan servido para aclarar la cuestión, y en los que se pueda esperar un éxito diagnóstico al utilizarla teniendo en cuenta la localización de la zona que haya que observar y las posibilidades propias del procedimiento». Naturalmente, también menciona los numerosos casos en que la laparoscopia está indicada, e insiste en que no cabe diagnóstico exacto para el hígado sin laparoscopia y punción hepática.

BRÜHL expone los «Fundamentos de la gastroscopia» y dada la extensión relativamente corta que se le concede, el título está justificado. El autor muestra preferencia por el gastroscopio rígido de pequeño calibre de Korbsch, aunque reconoce que el aparato flexible de Schindler tiene también algunas ventajas y es, desde luego, el único recomendable a los principiantes. En la fecha en que fué publicada la obra no existían todavía los gastroscopios con dispositivo para la biopsia y no todos los lectores estarán conformes con la afirmación del autor de que este perfeccionamiento resulta superfluo.

En conjunto la exposición de BRÜHL constituye un excelente resumen para iniciarse en este método exploratorio.

Debemos felicitar al traductor y a la Editorial Alhambra. Al primero porque nos ha dado una versión de la obra en cuya lectura nos olvidamos que se trata de una traducción y a la Editorial porque la presentación material del libro puede parangonarse perfectamente con el original alemán.

DR. F. BROGGI.