

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

**El concepto cambiante de la Pediatría
desde Nils Rosen von Rosenstein
hasta finales del siglo XX**

Su repercusión sobre la enseñanza

DISCURSO

leído por el Académico Electo
Dr. ANGEL BALLABRIGA AGUADO
el día 3 de marzo de 1974
en el acto de su recepción

DISCURSO

de contestación del Académico Numerario
Dr. LUIS TRIAS DE BES Y GIRO

BARCELONA

1974

El concepto cambiante de la Pediatría
desde Nils Rosen von Rosenstein
hasta finales del siglo XX.
Su repercusión sobre la enseñanza.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

**El concepto cambiante de la Pediatría
desde Nils Rosen von Rosenstein
hasta finales del siglo XX**

Su repercusión sobre la enseñanza

DISCURSO

leído por el Académico Electo
Dr. ANGEL BALLABRIGA AGUADO
el día 3 de marzo de 1974
en el acto de su recepción

DISCURSO

de contestación del Académico Numerario
Dr. LUIS TRIAS DE BES Y GIRO

BARCELONA

1974

SR. PRESIDENTE,
DIGNISIMAS AUTORIDADES,
MUY ILUSTRES SRES. ACADEMICOS,
SEÑORAS Y SEÑORES:

Creo es mi estricto deber y pecaría de desagradecido de no hacerlo, expresar en primer lugar mi satisfacción y reconocimiento por haber sido elegido miembro numerario de esta Docta corporación. Me doy perfecta cuenta de la responsabilidad que adquiero con ello y la acepto gustoso desde este momento, en el sentido de comprometerme a dedicar el máximo esfuerzo a mantener su libertad inviolable y contribuir a la potenciación de sus vastos conocimientos.

Creo asimismo, que antes de entrar en el tema fundamental de esta presentación, debo expresar una serie de reconocimientos a personas, que a lo largo de mi vida han contribuido poderosamente a facilitar los caminos que han hecho posible que hoy me encuentre en este lugar ante sus señorías.

En este capítulo me parece indiscutible situar en primer lugar a mi madre, la cual con su esfuerzo, comprensión y ausencia de todo egoísmo, hizo posible en medio de circunstancias particularmente desfavorables, que yo pudiese llegar a ser médico. Hasta el fin de mi existencia estaré reconocido a su ayuda.

Luego a lo largo de los estudios vino el contacto con los maestros. Dos hombres fundamentalmente, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona me hicieron sentir el deseo de llegar a ser más y mejor en el campo de la Medicina. Me estoy refiriendo al Profesor Ferrer Solervicens del cual me impresionó el juicio crítico, la cautela en el diagnóstico, la minuciosidad en la interpretación y la humanidad en el trato del doliente y el Profesor Ramos Fernández, el cual me despertó el interés por la rama de la Medicina que luego

iba a seguir. Su actitud dinámica y abierta influyó decisivamente en mi polarización al campo de la Pediatría.

Los contactos posteriores con mis maestros profesores Eduard Glanzman de Berna, Emil Freudenberg de Basel y Arvid Wallgren de Estocolmo, durante el tiempo que realicé mis estudios de postgraduación me llevaron a vislumbrar la evolución cambiante que estaba iniciando la pediatría en los años de la Segunda Guerra Mundial y que alcanzaría su plena evolución en los años inmediatos siguientes y me permitieron iniciarme y profundizar en los nuevos aspectos hacia los cuales la Pediatría se dirigía, es decir, hacia los aspectos metabólicos, bioquímicos y de investigación. Vaya mi agradecido recuerdo hacia estos maestros ya desaparecidos.

El posterior contacto con la Pediatría norteamericana me sirvió de estímulo para adentrarme más en el conocimiento de los nuevos aspectos de la neonatología y el influjo del profesor Clementh Smith de Boston, fue factor decisivo para mi polarización preferente hacia este campo, posteriormente confirmada al realizar nueva estancia de estudios con el Profesor Marcel Lelong de París y obtener su inestimable apoyo, cristalizado en el nombramiento de la dirección del Centro Provincial de Prematuros de Barcelona cuando fue fundado.

No puedo olvidar citar y agradecer al exministro, Sr. Romeo Gorria y altos dirigentes de la Seguridad Social e Instituto Nacional de Previsión, por la confianza que en mí depositaron al confiarme la dirección del Hospital Infantil de la Ciudad Sanitaria Francisco Franco de Barcelona, y con ello, poner a mi disposición un extraordinario instrumento de trabajo. Su comprensión y generosidad han permitido desarrollar en muy pocos años una Institución, creo yo, no sólo extraordinariamente eficaz desde el punto de vista de obtener una buena asistencia para los niños de nuestro país, sino también ser el vehículo para practicar una eficiente docencia, desarrollar el espíritu de trabajo en equipo tan necesario en nuestro país y contribuir a fomentar la investigación pediátrica disponiendo de unas bases inimaginables tan sólo hace pocos años.

No querría cerrar este capítulo sin referirme a dos hombres, que no han sido mis maestros, pero cuya ayuda, consejo y consideración me han facilitado seguir adelante en una evolución que no era precisamente fácil, y me estoy refiriendo al Profesor Manuel Suárez Perdiguero, catedrático de Pediatría de Sevilla, que creyó en mis posibilidades y capacidad docente y al Dr. Christian Zbinden de Suiza, el cual, me introdujo en la ciencia de la nutrición neonatológica que ahora constituye mi interés y dedicación más profunda.

Asimismo, tengo que mostrarme agradecido a todos aquellos, pocos, pero bien situados en su momento, que estando afectados de mediocridad obsesiva, enfermedad terrible, que anestesia la conciencia y anula el corazón, dedicaron su única actividad a poner

masivas y potentes barreras a mi evolución pediátrica retrasando al máximo mis posibilidades y proyección docente. Ellos me permitieron confirmar la verdad de la afirmación de Nietzsche: «El enemigo que no te destruye te hace más fuerte.» Fueron estímulo y acicate en mi camino de tratar de conseguir para mi país una pediatría más moderna, menos convencional y más científica. Ahora, con una perspectiva ya larga que permite mirar al pasado sin ira, sería imperdonable no estarles agradecido.

Quiero también en este momento rendir homenaje a mi predecesor en el sillón de numerarios de esta Real Academia, al Profesor Dr. Pedro Martínez García y antes de cualquier consideración de índole científico profesional, quiero señalar en este momento que aun sin tener puntos de contacto estrechos en nuestra actividad pediátrica, me unió con él una muy buena amistad desde mis tiempos de joven postgraduado, que me permitió apreciar a lo largo de los años su vasta cultura médica y extramédica, su fina ironía y su peculiar modo de estar de vuelta de muchas cosas.

Catedrático de Pediatría en Salamanca desde 1933 a 1936, luego Director del departamento de Pediatría del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de nuestra Ciudad, nuevamente Catedrático de Pediatría en ejercicio en 1952 en la Facultad de Medicina de Cádiz, y posteriormente de nuevo en su servicio de Pediatría en Barcelona hasta su jubilación, creo yo que el Profesor Martínez García fue una víctima más de una época de rigideces y estrecheces de miras de nuestro vivir universitario, que impidió que pudiese ejercer la docencia en nuestra Ciudad con la plenitud de dotes que tenía. No obstante ello, los discípulos que actualmente tiene entre nosotros son testigos permanentes de su valer y maestría.

EL CONCEPTO CAMBIANTE DE LA PEDIATRIA
DESDE NILS ROSEN VON ROSENSTEIN
HASTA FINALES DEL SIGLO XX.
SU REPERCUSION SOBRE LA ENSEÑANZA

Al pretender fijar un punto concreto para estudiar la evolución conceptual referente a la pediatría especialidad, no podemos limitarnos a establecer un criterio basado únicamente en el momento de la creación de cátedras de pediatría en diversas escuelas de medicina, o bien, a la creación de hospitales dedicados especialmente a la asistencia de la infancia, sino que ambos fenómenos fueron la consecuencia lógica del establecimiento de un clima médico que mostraba la necesidad de que tales hechos se produjeran.

Coincidiendo con el descubrimiento de la imprenta —lo cual empezó a favorecer enormemente la difusión de la información—, se habían hecho varios intentos de condensar los conocimientos referentes a enfermedades de la infancia y sus remedios, en diversas publicaciones que constituían un esbozo de separación de los conocimientos puramente pediátricos, de los obstétricos con los cuales andaban mezclados.

Así, puede considerarse la aparición de los libros de Paulus Bagellardi de Flumen en su «Liber de aegritudinibus et remedii infantium» editado en 1472; la obra de Bartholomeus Metlinger «Ein vast nutlich regiment des junges kindes» en 1474, y el «Opusculum aegritudinum puerorum» de Cornelius Roelans, editado en 1484. Aunque posteriormente aparecieron otras obras como «De custodienda puerorum sanitate» de Jacobus Tronconius en 1593 y la primera descripción del raquitismo en la infancia en la obra de Glisson «De rachitide sive morbo puerili tractatus» en 1650, debemos llegar a la segunda mitad del siglo XVIII para poder hallar un punto de arranque de un concepto global de lo que será el esbozo organizativo de una pediatría independiente. Y en este momento, segunda mitad del siglo XVIII, surgen tres libros de pediatría en pocos años. Las obras:

«BARN Sjuttdomar», en 1764, del sueco Nils Rosen von Rosenstein, la obra de Underwood «A treatise of the disorders of childhood and menagement of infants from the Birth, adapted to domestic use», en 1784 y la obra de Girtanner, en 1794, «Abhandlung uber die krankheiten der kinder und uber die physische Erziehung».

De estos tres libros, el de Rosen, dividido en 28 capítulos, recoge información muy completa en relación a los conocimientos de aquella época, y lo consideramos la principal fuente de conocimiento pediátrico hasta aquel momento.

Las descripciones pediátricas hasta entonces habían sido muy fragmentarias; las obras citadas hasta el libro de Rosen, constituían aspectos parciales de lo que iba a ser la pediatría y muchas de las descripciones estaban integradas dentro de libros de obstetricia, así los 18 capítulos sobre el recién nacido de la obra de Mauriceau, publicada en 1668, «*Traite des maladies des femmes grosse*» o en España la obra de Damián Carbon «*Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*» en 1541; o el de Lobera de Avila en 1551 «*Libro del regimiento de la salud y de la esterilidad de los hombres y mujeres y de las enfermedades de los niños*»; o la obra de Gerónimo Soriano, «*Método y Orden de curar las enfermedades de los niños*» en 1600 y reimpreso en 1690.

Estos libros tenían una finalidad primordial en establecer o describir nuevos remedios, y la preocupación descriptiva diagnóstica era menor. Las fiebres, viruela y epilepsia eran cuestiones tratadas más in extenso y se puede decir que el conocimiento de las enfermedades de los niños se hacía a través de la influencia de la obstetricia, especialmente en lo referente al recién nacido y con una notable preocupación por parte de los gusanos y dentición como presuntos agentes etiológicos de múltiples trastornos.

Naturalmente que las descripciones de Sydenham entre 1670 y 1686 sobre sarampión, escarlatina y corea y otras publicaciones como la de Sylvius en 1682 en su «*Children's diseases*» o la publicación de Astruc en su «*Traite françois sur les maladies des enfants*» en 1761, o el libro de Sauvages en 1760 «*Tractatus duo Pathologici*» constituyeron también buenas fuentes de información, pero la llegada de la obra de Rosen supone el intento de establecer una doctrina más sistematizada con referencia a publicaciones anteriores y con particulares puntos de vista del autor tanto en lo referente a nuevos remedios como a la preocupación diagnóstica y diagnóstico diferencial. El libro de Rosen contiene más capítulos, más nuevos tratamientos y especialmente más aspectos preventivos sobre las afecciones de la infancia que cualquier otro libro aparecido hasta entonces y podemos decir constituyó un verdadero libro de texto de la época.

En 1776 es traducido al inglés por A. Sparrman de la tercera edición sueca aparecida en 1771 y editado en Londres bajo el título «*The diseases of children and their remedies*».

Rosen que se había doctorado en la Universidad de Sarderwijk en Holanda y había estudiado clínica con Boerhaave en Leyden, viajando posteriormente por Alemania y Ginebra, obtiene la cátedra de

anatomía y botánica sucediendo a Olof Rudbeck en Upsala en 1740 y luego permuta su cátedra con Linneo por la de medicina teórica y práctica al propio tiempo que es director del Nosocomium Academicum de Upsala y empieza la enseñanza al lado de los enfermos: La medicina de aquella época seguía desde hacía tiempo la influencia anatómica de Vesalio desde «De fabrica corporis humani» y había ido pasando lentamente de un concepto estático morfológico hacia conceptos más dinámicos bajo la influencia de Harvey, de la física de Galileo y del arte de Miguel Angelo.

Cuando en 1746 Rosen es elegido presidente de la academia de ciencias, en su discurso «Las tareas más importantes de un médico imparcial y racional», señala la necesidad de establecer hospitales para la enseñanza, creación de laboratorios de química para un estudio más racional de la farmacia y propugna el establecimiento de bibliotecas médicas.

De 1753 en adelante empieza la publicación de sus célebres almanaques para introducir mejores conocimientos a los médicos y a las madres para cuidar sus hijos así como ofrece normas para los cuidados y alimentación de los niños sanos y tratamiento de los niños enfermos. Un compendio de estos almanaques en volumen separado constituyó el libro al cual nos hemos referido.

La pediatría tenía desde entonces una base de conocimiento doctrinal escrito y una base asimismo sobre medicina preventiva de la infancia.

Empieza su capítulo I con la selección de nodrizas para la lactancia y señala «Que en sitios pobres, con falta de higiene, abundancia de contagios e ignorancia de las más elementales reglas, la lactancia materna llega a ser de gran importancia para salvar la vida».

Aunque sigue la tónica general imperante de las enfermedades condicionadas por la dentición, duda en el capítulo VII del valor de los trastornos que aparecen en la época de la dentición atribuíbles a la misma y dice «Que se debe hacer una diligente encuesta para ver la real causa de la enfermedad y si ésta es ocasionada o no por la dentición». También sería el primero en describir el empleo de leche de vaca y cabra diluida y suplementada para la alimentación del lactante.

El capítulo XI sobre la diarrea trata de establecer mecanismos de la misma y distingue nada menos que 14 tipos distintos. No es de extrañar este aspecto dada la extraordinaria mortalidad infantil existente en aquella época. (Entre 200 a 500 por 1000 nacidos vivos fallecían durante el primer año de la vida, según datos de Wangrtin sobre 1749).

El avance después de Rosen va a ser más rápido y la explosión bibliográfica pediátrica tendrá lugar en el siglo XIX.

De una pediatría sobre una base empírica y más dedicada a los remedios externos e internos que a los diagnósticos se iba a pasar

a una etapa de observación descriptiva que iba a durar casi 100 años.

La obra de Jahn en 1803, en su libro «Neues sistem des kinderkrankheiten nach erfahrung und brownischin grundsätzen» debe citarse. En el prefacio de dicha obra critica a Rosen y a Girtanner. Posteriormente aumentará la bibliografía pediátrica, que se había iniciado con la obra de Rosen de un modo extraordinario y así en la compilación de Meissner en 1850 se llega a unos 7.000 trabajos bibliográficos sobre enfermedades de la infancia; de ellos sólo 16 corresponden al siglo XVI, 21 en el XVII y 75 en la primera mitad del siglo XVIII, anteriores a Rosen.

En España, donde ya se habían publicado las referencias citadas anteriormente, la literatura pediátrica del 700 no recoge ningún texto que exponga de un modo sistemático la patología infantil aunque sí participa en descripciones monográficas como la de Juan Antonio Pascual y Rubio sobre el garrotillo maligno ulcerado.

El criterio que predominará desde el 1800 será el descriptivo basado en la observación y será de predominio francés y alemán, especialmente el primero conducirá a las descripciones magistrales de algunas enfermedades de los niños, como la difteria; los tratados franceses se multiplican, aparece el de Capuron, el de Bannier, el de Fabre y D'lluc y como obras fundamentales el «Traite des maladies des enfants nouveau-né» en 1828 por Billard. Es asimismo importante la obra de Rilliet y Barthez «Traite clinique et pratique des maladies des enfants» en 1844, que 22 años más tarde será traducido al español. Las lecciones clínicas sobre enfermedades de Bouchut y el tratado de Comby y en la bibliografía alemana la obra de Bednar «Über die krankheiten des neugeborenen und sauglinge» en 1850.

Desde los principios del siglo XIX había tenido lugar un hecho que iba a tener gran trascendencia para la constitución de la pediatría como especialidad independiente separada de la obstetricia y me refiero a la fundación de hospitales pediátricos ya reclamados por Rosen. Y así surge en 1802 el Hôpital des Enfants Malades en París, el de la Charité de Berlín en 1830, en 1831 la Clínica Infantil de Leningrado y en 1837 el Santa Anna Kinderspital de Viena. Lo que hasta entonces eran sólo dispensarios para consultas externas como el Dispensary for sich children de Londres creado por Armstrong en 1769 se iban convirtiendo años más tarde en Hospitales dando una personalidad a la naciente pediatría.

Sin embargo, el hecho dominante desde Rosen hasta comienzos del siglo XX era la gran mortalidad infantil existente. En España, que produce en esta época poca bibliografía pediátrica, refleja sin embargo la preocupación por la mortalidad infantil en varias de sus publicaciones como la de Santiago García en 1794 «Breve instrucción sobre el modo de conservar los niños expósitos». Xavier de Uriz en 1801 publica «Causas prácticas de la muerte de los niños expósitos»

y Arteta en 1802 publica «Disertación sobre la muchedumbre de niños que mueren en la infancia».

Los conocimientos básicos pediátricos siguieron en la primera mitad del XIX centrados en una tendencia a separarse de la obstetricia y una preocupación por la mortalidad infantil y la lactancia, así como por las enfermedades infecciosas y las diarreas.

Se consideraba que el estudio del niño debía constituir una especialidad distinta pero era visto como un adulto en miniatura.

En la segunda mitad de este siglo XIX, la pediatría naciente no podría sustraerse a la influencia de los nuevos conocimientos que dos hombres aportaban al saber médico y me estoy refiriendo a Virchow con la «Biología celular» y el «Democrático estado celular» y a Pasteur con sus hallazgos bacteriológicos. La medicina en general y la pediatría dentro de ella girarán en torno al microscopio óptico. Era inevitable que el concepto de Pediatría se viera bajo la influencia de la lesión celular y del agente causal y se iba a entrar en una etapa etiológica.

La etapa descriptiva había durado casi 100 años y había sido especialmente fecunda en los últimos 50, había sido de un gran predominio francés, y se habían perfilado los grandes síndromes de las enfermedades infecciosas y de los trastornos de la nutrición que tanto contribuían a la elevada mortalidad infantil existente, pero era todavía una etapa enormemente estática.

En la segunda parte de este siglo XIX tendrá lugar otro hecho importante que va a suponer un gran avance para la pediatría y matizará más su concepto, me refiero a la consideración de la pediatría como materia independiente en la enseñanza de la medicina. Henoch, Heubner, Parrot y Jacobi, ocupan ya sus cátedras de pediatría. España pese a que la producción bibliográfica había sido escasa es uno de los pocos países en seguir este movimiento y en 1886 se consagra definitivamente la enseñanza separada de las enfermedades de la infancia y Criado Aguilar ocupa la primera cátedra de pediatría en España en 1887.

Dos años después se inician los ciclos de oposiciones a cátedras de la especialidad que a nuestro juicio iba a constituir un precedente funesto para el porvenir científico de la especialidad. Anteriormente en 1877 se había inaugurado en Madrid el hospital del Niño Jesús, lo cual suponía la individualización en la asistencia al niño y con ello, aunque con notable retraso, se seguía el movimiento europeo iniciado en París en 1802.

La creación de los hospitales infantiles planteó de un modo muy claro el problema de las infecciones. De «mazmorra» calificó Letamendi la clínica de niños anexa a la primera cátedra de pediatría de Madrid, y en la Charité de Berlín la mortalidad por diarrea entre los hospitalizados era tan alta que Henoch, el predecesor de Heubner

sugirió a éste que la sección de lactantes de dicha clínica fuera abolida.

Con la influencia de la bacteriología, la anatomía patológica a nivel celular y la aparición de la escuela de Breslau, el concepto de pediatría iba a cambiar.

Czerny ocupa desde 1894 la cátedra de Breslau y contrariamente al criterio prevalente de patología orgánica llama la atención sobre lo funcional. Este cambio presidirá toda la obra de Czerny, a quien debemos considerar como uno de los grandes precursores de la moderna pediatría. Se crea el concepto de disturbio nutricional y se establece una clasificación etiológica en relación a los trastornos de la nutrición. Ello obedece a su formación especialmente versada en química y fisiología. Se preocupará ya de las fluctuaciones del agua en el organismo y del contenido mineral del cuerpo, introduce el concepto de turgor, añade el concepto de shock circulatorio, señala que el cuadro de intoxicación alimentaria no es una entidad clínica, estudia los problemas de fermentación de los hidratos de carbono por las bacterias intestinales y desplaza el concepto anatómico de pediatría e incluso el puramente de patología para introducirse más y más en el concepto de lo funcional. Destaca la importancia de las alteraciones metabólicas en el curso de los trastornos de la nutrición en la infancia y crea los conceptos de constitución y diátesis aplicados a la infancia así como asocia la idea del trastorno de la nutrición con la resistencia a la infección. Con una clínica instalada en una casa privada de Breslau y sólo 16 pacientes junto a un pequeño laboratorio ha sentado las bases de lo funcional y de los trastornos nutritivos en la infancia.

Paralelamente a la escuela de Breslau empezaba a surgir pujante justo al comienzo del siglo xx la escuela de Viena. Escherich había ocupado la cátedra de Viena en 1901, empezaba una etapa bacteriológica de la pediatría. Los trastornos intestinales, hasta entonces —aparte las aportaciones de Czerny sobre lo funcional ya referidas y las nuevas tendencias que se iniciaban con Filkenstein en Berlín, que había sido discípulo de Heubner y había sido nombrado profesor en 1899—, los trastornos intestinales, repito, se habían interpretado sobre la base de la patología gracias a los trabajos de Rokitansky y a la legislación imperante en Viena que facilitaba que cada paciente que fallecía en el hospital fuera autopsiado; con Escherich el criterio puramente patológico se transforma en etiológico, descubre el grupo Coli y precisa la distinta agresividad de diversas cepas así como señala también cómo el Coli habitante intestinal normal se podía volver patógeno y resistente. Con ello se da un gran impulso a la tipificación de los procesos gastrointestinales.

El concepto de pediatría va variando otra vez. Los niños empiezan a no ser considerados como adultos en miniatura sino como seres afectos de sus específicos problemas. La pediatría se va afianzando

como especialidad, aunque con fricciones con los internistas, debido a que los pediatras eran considerados únicamente como «Alimentadores de niños» según frase de Bela Schik que vivió los momentos iniciales de la escuela vienesa, mientras que los internistas se ocupaban de los niños mayores. Es decir, el campo de la pediatría era fundamentalmente centrado a los niños pequeños y sin embargo ello planteaba grandes problemas en materia de hospitalización. Al tratar de abrir una sección para lactantes en la clínica de Viena fallecieron todos, incluso el hijo de la nodriza. Ello mostraba que los procesos gastrointestinales y la alta mortalidad infantil seguían siendo los caballos de batalla dominantes. La escuela Vieneses muy unida con Escherich, Moll, Knofelmacher y Von Pirquet se desarrollaba muy rápidamente. Pirquet descubre la sensibilización a la tuberculina en 1902 y en 1906 cita la palabra alergia.

Otro hecho importante a considerar es la actuación de Reuss, que como delegado de Escherich visita como pediatra a los recién nacidos de la clínica obstetra del prof. Schauta. Los estudios conducidos con esta colaboración llevan a la publicación de un libro sobre el recién nacido que fue clásico.

Entretanto se había iniciado el desarrollo de la pediatría americana. A partir de 1870, Jacobi que había llegado a Inglaterra salido de la cárcel de Alemania, su país natal, por su actitud revolucionaria y posteriormente se había trasladado a América, había alcanzado el título de profesor parcial en pediatría de la Columbia University y después de rechazar 3 años más tarde la oferta de volver a Berlín para ocupar una cátedra, sienta las bases de lo que en pocos años sería el impulso arrollador de la pediatría americana empezando sólo con 16 camas en 1898 en lo que será el «Jacobi ward for clinical instruction» y luego con 70 camas. Será su sucesor en 1901 Luther Emmet Holt que profundizará extraordinariamente en las cuestiones de alimentación. Por otra parte la simultánea influencia de Filkenstein en Berlín y de la escuela de Breslau, de Czerny, pese a las rivalidades existentes entre ambos, conducen a un progreso rápido en las cuestiones de alimentación. La «Milchkuche» (Cocina de leche) es el símbolo de la pediatría de los clásicos alemanes. Estamos todavía en una etapa de pre-industrialización y cada clínica prepara sus propias complicadas fórmulas. Biedert a fin de siglo en su obra «Die kindernahrung im sauglingsalter und die plege von mutter und kind» señala las dificultades de digestión de la caseína, se utilizan ya fórmulas predigeridas como la leche de Backhaus, entra en escena el alimento de Moll, la sopa de malta y los cocimientos de mantequilla y harina y Kassowitz señala que el problema debe centrarse fundamentalmente en la higienización de la leche. Al propio tiempo Luther Emmet Holt empezaba en América con lo que era el esbozo de humanización de la leche con el empleo de la fórmula «3-6-1» que ya había descrito en su obra «Care and feeding of chil-

dren» en 1894 y que en la edición de 1900 había establecido 5 modificaciones según las edades.

La idea de las fórmulas complicadas llega a su máximo con Rotch y sus discípulos de Boston; se ha creado el concepto referente a la alimentación láctea del «Percentage movement». Sirva de ejemplo del grado de complicación alcanzada el que en la cuarta edición del libro de Rotch «Pediatrics» editada en 1903, 4 páginas están dedicadas a las ecuaciones para el cálculo de los porcentajes de las preparaciones lácteas. Pero este continuo investigar en busca del sustituto ideal de la leche de mujer había contribuido grandemente a la delimitación de la pediatría especialidad y contribuyó ciertamente a crear la idea del «Patrón ambiental fijo para el niño» con dietas prefijadas rigurosamente calculadas, horario fijo de sueño y comidas y ello conlleva la aparición de una puericultura que podríamos definir de reglas higiénicas para el cuidado del niño sano, que iba a ser fundamentalmente mensurativa y pitagórica con multitud de reglas y condicionamientos más o menos espartanos. En España, entre tanto, la orientación pediátrica había sido fundamentalmente higiénica-puericultora: ya en 1890 Vidal Solares en Barcelona había iniciado su consultorio para cuidado de los niños que 2 años más tarde se convertiría en el hospital de Niños Pobres y en 1904 en Madrid se funda el primer consultorio de niños de pecho «La gota de leche», con Rafael Ulecia.

Asimismo, los españoles en 1905 asisten al Congreso de París de las «Gouttes du lait» organizado por Variot y en 1907 al de Bruselas. Junto a este desarrollo de los problemas de alimentación, Czerny y Filkenstein habían cambiado también el concepto sobre los trastornos diarreicos atribuyéndolos no sólo a causas ligadas a cambios en las condiciones locales del intestino sino predominantemente a alteraciones parenterales; de ahí se iban a derivar los conceptos de fiebre alimentaria, hidrolabilidad y tratamiento parenteral con fluidos para los deshidratados; también Holt en 1901 había señalado ya el concepto de intolerancias aisladas a las grasas, proteínas e hidratos de carbono que se puede considerar como una premonición de lo que años más tarde serán los déficits intestinales enzimáticos. Podemos decir que en este momento la pediatría ha pasado plenamente al estudio de lo funcional y etiológico, se perfilan en más detalle las descripciones magistrales clásicas anteriores de los Brentoneau, Trousseau, Roger, Parrot, aunque desplazándose de un criterio anatomoclínico hacia un criterio funcional y etiológico.

En estas circunstancias suceden dos hechos que a nuestro juicio influyen enormemente el desarrollo de la pediatría y dan un especial impulso al progreso de la pediatría norteamericana; me refiero concretamente al establecimiento del status de «Full time» en el John's Hopkins Hospital de Baltimore en 1913 y al desencadenamiento de la primera guerra mundial de 1914 a 1918. Esta guerra

detendría una parte importante de la evolución de la pediatría europea, especialmente la alemana y del imperio Austro-Húngaro y la aparición de la plena dedicación iría paralela a la tendencia bioquímica de la pediatría que marca una etapa muy importante de su evolución y que ya nunca abandonará.

Esta etapa bioquímica es iniciada por hombres como Holt o como Czerny, que no tenían formación de laboratorio, pero que creían en él y esta proyección bioquímica es lo que más acentúa el paso de lo estático a lo dinámico, de lo morfológico a lo fisiopatológico. La literatura pediátrica subsiguiente a esta etapa está integrada por los trabajos que iniciarán el concepto de pediatría-investigación y va a servir de base al conocimiento de los disturbios químicos que se producen en los trastornos nutritivos agudos. La pediatría que hasta entonces estaba centrada en los problemas graves, urgentes y numerosos, condicionantes de alta mortalidad infantil, se va a volver más fina, más sutil, más complicada y más científica.

El potencial económico diferente en los distintos países iba a marcar ya una etapa de diferenciación importante. Unos países estaban bajando más rápidamente su mortalidad infantil e implantando racionalmente más amplios programas de pediatría preventiva con lo cual el esfuerzo pediátrico iba a ser dedicado en mayor profundidad a una especialización selectiva. Otros países, entre ellos el nuestro se seguirán debatiendo para tratar de bajar la amplia mortalidad infantil existente, siguiendo un criterio de puericultura preventiva que juzgamos muy correcto en aquella etapa evolutiva y económica del país y un tercer grupo de países quedarían en situación de marcado retraso constituyendo el grupo actual de países subdesarrollados.

La pediatría entre las dos guerras mundiales iba a progresar rápidamente aunque con profundas modificaciones en Alemania en donde la subida del nacionalsocialismo al poder iba a conllevar profundos cambios, al desaparecer un importante grupo de los clásicos fundadores de origen judío o emigrar hacia otros países. El desarrollo de los hospitales infantiles permitía crear importantes escuelas pediátricas surgidas en torno a figuras individuales y sería imperdonable no citar en este momento los nombres de los Debre, De Toni, Fanconi, Glanzman, Wallgren, Ilpoo entre otros. El standard de desarrollo económico de algunos de sus países les permite situarse a la cabeza.

Algunas enfermedades antes clásicas y que contribuían fuertemente a la mortalidad infantil están disminuyendo en número si no desapareciendo gracias a las medidas higiénicas, vacunaciones y control de la alimentación.

La etapa de desarrollo bioquímico de la pediatría va a entrar en su auge más esplendoroso.

En esta misma época se producen dos hechos que influyen

los conocimientos existentes sobre los trastornos nutritivos agudos de la infancia. Por una parte el criterio establecido por Filkenstein y Czerny de trastorno nutritivo de origen parenteral se polariza hacia el papel de la infección ótica en el origen del trastorno y aunque la frecuencia de otitis en lactantes muertos por diarrea no era un hecho nuevo por haber sido observado ya por Parrot en 1869 y por Hartmann en 1898, será desde los años 1917 hasta el 45 que estará el problema en su auge, fruto especialmente de trabajos franceses de Comby en 1917, Renaud en 1921, Lemee en 1925 y la escuela de Rhomer de considerar la etiología ótica en un 30 a 40 % de los casos con diarrea. Paralelamente a este hecho se había producido dentro de esta etapa bioquímica que se iniciaba un mejor conocimiento de algunos de los fenómenos químicos que se producen en el curso de la deshidratación. Aunque este hecho no era propio de esta pediatría de entre las dos guerras mundiales sino que ya se había iniciado muy anteriormente por la escuela americana, así en 1915 se habían publicado trabajos sobre «The chemical composition of diarrheal as compared to normal stools in infants» y se hablaba de las pérdidas de magnesio y de potasio, aunque va a ser a partir de 1920 cuando el conocimiento de estos problemas va a llegar a su máximo. Estos hechos sin embargo, se apoyaban sobre bases estudiadas ya en el siglo XIX y que habían sido básicas para la comprensión de los conocimientos modernos del metabolismo del agua, electrolitos e hidrogeniones, y me refiero con ello a los trabajos de Van'thoff en 1874 que constituyeron la base de la estereoquímica que actualmente conocemos, los trabajos de Arrhenius sobre la disociación de las moléculas en solución que presentó en su tesis de Upsala señalando que los electrolitos se encontraban completamente disociados, y entre ambos investigadores demuestran la dinámica química y una teoría racional de las soluciones que luego en el libro de Ostwald «Lehrbuch der allgemeinen Chemie» en 1891 se van a confirmar añadiéndose las leyes de las soluciones, la teoría de la ósmosis y de las presiones osmóticas. Posteriormente la doctrina de Claude Bernard sobre «Medio interno» servirá para clarificar que la finalidad de la mayor parte de los procesos fisiológicos existentes en el organismo era mantener la constancia de dicho medio interno frente a lo conocido hasta entonces basado en la doctrina de Darwin según la cual el medio externo en última instancia condicionaría la naturaleza y la conducta del organismo y que los mecanismos de regulación se harían con miras a la supervivencia en un mundo hostil y para adaptarse a él. Con la visión posterior de Cannon creando el término homeostasis y señalando los equilibrios dinámicos constantes en términos de fenómenos termodinámicos en circuito cerrado existentes en el organismo, se habían establecido las bases para que surgiera su aplicación pediátrica a través de los trabajos de Darrow, Gamble y McCance entre otros.

La llegada de la segunda guerra mundial marcará profundas diferencias. Por una parte un colapso de la pediatría alemana y la lógica disminución de la producción científica pediátrica de los países envueltos en la guerra y junto a ello un rápido e imparable progreso científico y tecnológico de la pediatría americana.

La pediatría-investigación había tenido su origen en una pequeña habitación del Massachusetts general hospital de Boston, al fundar un grupo de jóvenes pediatras con espíritu investigador la Society for Pediatric Research, ya en 1923. Desde entonces hasta la década de los años 40 había un neto predominio norteamericano sólo seguido en parte por algunas escuelas europeas dado que éstas estaban más involucradas a programas de asistencia clínica y docencia que a programas de investigación.

El colapso de la segunda guerra mundial trae consigo un incremento de la pediatría suiza y sueca, países no involucrados en la guerra y los grupos de Fanconi, Glanzman y Wallgren serán ejemplares a citar.

Pero entre tanto permítaseme que nos detengamos en lo que era en aquel momento el concepto de pediatría.

Estamos en los años 40-45. La pediatría era el estudio «Total y dinámico de la propia edad evolutiva del hombre». Era una medicina integral del niño subdivisible en multitud de ramas y aspectos y no se podía considerar fuera una especialidad en el sentido estricto del término, ya que no se limita al conocimiento de la medicina o cirugía de un órgano, de un sistema o de una enfermedad sino que era la medicina que afecta a un sujeto cambiante en rápida evolución; es una ciencia básica de una edad del hombre y de la cual arranca además una muy importante parte de los procesos que años más tarde pueden conducir a la enfermedad y la muerte.

Es pues una ciencia que estudiará íntegramente al niño desde su nacimiento hasta que el proceso de crecimiento y desarrollo lo conducirá a la edad adulta, y podremos preguntarnos: ¿Qué es realmente el sujeto de esta ciencia? ¿Qué es el niño? El niño no es solamente una parte de un momento evolutivo de la especie humana, sometido a unas especiales circunstancias cronológicas y respondiendo a unos determinados standards de peso y talla y con unas constantes químico-biológicas, sino que es algo más. Es la resultante de estos datos sometidos a una dinámica de orden físico y químico y a una maduración psicológica de aquel sujeto en evolución y sometido todo ello a las circunstancias del perimundo individual donde se está desarrollando, es decir, su familia, su medio socio-económico, y su medio geográfico, cultural, nutricional y político.

La necesidad del conocimiento de la patología de la infancia se tenía que hacer forzosamente no a través del conocimiento de la enfermedad individual, sino de una patología considerada como la

resultante de la acción de la enfermedad sobre el niño y su perimundo y la respuesta de éstos ante tal situación.

Al propio tiempo surgió la necesidad de conocer cuál es el límite entre lo normal y lo patológico y de que es aquello que se debe considerar todavía como normal en el niño; de ahí arrancan todos los estudios sobre el conocimiento de los diversos patrones de desarrollo y la necesidad del perfecto conocimiento del niño sano y de sus canales de desarrollo nos lleva a fijar un criterio unitario de pediatría y prevención. No se puede mantener un criterio dualista de conocimiento del niño sano o puericultura por un lado y conocimiento del niño enfermo o pediatría por otro, sino que debemos considerar el todo como un círculo que pasa por tres puntos: el niño sano, el niño enfermo y la prevención de la enfermedad.

La pediatría de estos últimos 28 años que van desde la terminación de la segunda guerra mundial hasta nuestros días y que hemos tenido ya la oportunidad de vivirla directamente ha tenido una evolución vertiginosa y en un tan corto tiempo subdivisible en varias etapas; desde los años 40 cada clínica pediátrica fue desarrollando más y más sus laboratorios de rutina clínica y de investigación al compás de disponer de mayores medios económicos y al compás del grado de permeabilidad mental a las nuevas ideas por parte de sus jefes. La aparición de los quimioterápicos y antibióticos revolucionó la terapéutica y contribuyó a que en muy poco tiempo variasen los porcentajes de distribución de algunas enfermedades infecciosas. Venía la época del diagnóstico precoz y la terapéutica etiológica.

Algunas enfermedades clásicas de la infancia como la difteria, las llamadas toxicosis y la meningitis tuberculosa estaban desapareciendo en muchos países y otras de diagnóstico complejo hacían su aparición en el campo de la pediatría y me refiero a la multiplicación diagnóstica de diversos errores innatos del metabolismo. El pediatra y el puericultor ya no es sólo el médico que tiene que tratar los vómitos y las diarreas y ordenar una lactancia, ya no era simplemente un «alimentador de niños» sino que el campo de su acción se ensanchaba y cada mes se descubría una enfermedad metabólica nueva. La orientación bioquímica se acentuó en la década de los 40 de un modo formidable y los países que no lo supieron así comprender ya no han podido ser competitivos en el terreno de la investigación. Esta tendencia bioquímica en pediatría iba a seguir la influencia de la medicina en conjunto presidida por la tecnificación y la disponibilidad de mejores y más sofisticados bienes de equipo.

Se pasará a una etapa de predominio enzimático que estudiará preferentemente los déficits enzimáticos ligados a errores metabólicos y la maduración enzimática post-natal del ser humano. De esta etapa se va a pasar muy rápidamente a la etapa actual de concepto de enfermedad molecular. Los patrones de desarrollo en

sus aspectos somáticos y psicológicos también van a ser fuertemente influenciados por las nuevas formas de vida y los nuevos conceptos de sociedad que están surgiendo en el mundo tras la segunda guerra mundial. Nuevas condiciones de alimentación, de vivienda, de patrones culturales y ruptura de tradiciones y nuevas circunstancias geo-políticas que surgen en los distintos países.

En la década de los 50 se produce un gran avance en el campo de la genética con la posibilidad de identificación de los cromosomas y como consecuencia de estas investigaciones se puede aplicar el lema «Nuevos cromosomas para viejos síndromes» y algunas de las descripciones malformativas de la época pediátrica de la observación pura se ven apoyadas ahora en su diagnóstico por la identificación cromosómica.

En 1958, en Berna, un pequeño grupo de entonces jóvenes pediatras fundamos el Club Europeo para la investigación pediátrica, con al principio menos de 30 personas que en unos pocos años se convertirán en la actual «Sociedad Europea para la investigación pediátrica», con más de 400 miembros.

La tecnificación progresa a pasos agigantados, facilitando continuamente nueva instrumentación y nuevas aplicaciones a la pediatría en particular. Se ha pasado a la patología del pH, del enzima y de la mitocondria, al estudio de la ultraestructura y de la estructura molecular. Hace un siglo el salto había sido del conocimiento de la lesión celular, ahora el salto ha sido del microscopio óptico a lo que podríamos llamar la «visión de las grandes moléculas» con las técnicas cromatográficas y físicas.

El campo de la pediatría se va ensanchando más y más y engloba la coordinación de programas de salud pública que ya no son sobre la lactancia o la prevención de las diarreas sino sobre la detección precoz del retraso mental y su profilaxis y la detección de heterocigotos para consejo genético. Paralelamente y con mayor intensidad en algunos países, entre ellos el nuestro, la medicina pediátrica va adquiriendo un carácter marcadamente sociológico. Se va a entrar asimismo en una crisis conflictiva entre una medicina liberal para la cual habían estudiado la mayor parte de sus ejercitantes y una medicina de tendencias socializantes que la creciente industrialización, el aumento de masa de población y la carestía de la medicina en función de su compleja tecnificación está imponiendo. Junto a ello la separación ideológica-política entre amplias áreas del mundo está conduciendo a la existencia de zonas de predominio de medicina-pediatría en su sentido liberal clásico y el gran bloque de medicina socializada en su sentido más amplio de pediatría estatal-socializada-preventiva-educativa.

Ningún país podrá sustraerse a este nuevo influjo ante las amplias necesidades sociales y surgen cada vez más potentes las diversas organizaciones de bienestar y seguridad social en los diversos

países con tendencia ya no sólo preventiva, sino también asistencial que irán sustituyendo a la clásica medicina liberal en amplias capas de la población. Como todo cambio importante, ello no será instantáneo, sino que requerirá más de una generación y forzosamente habrá sido traumatizante y conflictivo.

Junto a esta tecnificación y socialización progresiva surge cada vez más importante la preocupación por el desarrollo psicológico del niño. Se hace marcha atrás en el exceso de organicismo que esta nueva pediatría surgida en los años 40 pudiera tener y el pediatra cuya misión fundamental es ayudarlo a crecer física, mental y moralmente y ayudarlo cuando está enfermo, tiene que reconocer que la patología de la emoción y de la conducta va a ser trascendental y nuevos y grandes problemas se agregan.

La integración de la pubertad y adolescencia dentro del campo puro de la pediatría, hoy día reconocida en todas partes, lo va a situar frente a nuevos problemas como la drogadicción y la delincuencia juvenil. Asimismo cambian muchas de las facetas que hasta el momento se habían considerado clásicas de la pediatría preventiva; ya no habrá reglas, ya no habrá nurses espartanas ni complicados cálculos de alimentación, ha surgido la libre expresión del niño, la alimentación a la autodemanda y las nuevas normas de educación sexual.

La pediatría ha entrado en una tarea extraordinariamente compleja, ya que integrada en la medicina antropológica es la responsable de la vida del futuro adulto y como tal fecunda a la medicina entera.

Un peligro creemos ha surgido dentro de esta marcha rápida de la pediatría y ha sido su propia rapidez evolutiva.

De una medicina de pura impresión clínica y de muchas hipótesis deductivas en poco más de 70 años se ha llegado a grandes series de hechos concretos de fundamentación casi matemática en una ciencia como la medicina fundamentalmente inexacta. Esta rapidez a que nos referíamos nos muestra la extraordinaria dificultad de seguir esta evolución sin caer dentro de una subespecialización fragmentaria que conduciría al pediatra del «todo» del niño a una sola parte del mismo perdiendo la visión de conjunto. Por ello estamos en la difícil posición de tener que conocer más y más porciones cada vez menores del organismo sin que la ciencia del niño se fragmente en multitud de ramas inconexas que nos harían ver del proceso patológico del niño solamente su cardiopatía, su metabolismo o su riñón sin conservar la noción de enfermedad dentro de su «todo», de su soma y de su psiquis, de su familia y de su medio ambiente.

Pero al propio tiempo debemos practicar esta nueva pediatría no considerando al niño como un standard biológico de 0 a 18 años, con unas determinadas constantes sino teniendo presente su

reacción ante su propia enfermedad y no cayendo dentro de un exceso de tecnificación que nos haría llegar a una pediatría sin calor humano. Ya no queremos entretenernos en hablar de mediocridad obsesiva de la cual tan extraordinariamente nos han hablado Pickering y Rof Carballo y mucho menos entretenernos en la discusión sobre la burocratización de la práctica pediátrica; pero debemos señalar que es de vital importancia que conservemos por encima de todo el criterio de la humanización en el diagnóstico y trato del niño. Somos médicos que estamos frente a un niño sano o enfermo, no técnicos frente a una máquina en revisión o estropeada. El no tener en cuenta este importante aspecto supondría que dentro de unos años deberíamos considerar un amplísimo capítulo de problemas psicológicos ligados a la práctica de una pediatría exclusivamente tecnificada.

Decíamos al principio que en su origen la pediatría estuvo fuerte y favorablemente potenciada con la creación de hospitales para niños, que luego pudieron observarse los inconvenientes de los mismos ligados a la alta mortalidad por infecciones cruzadas. Vencida rápidamente esta etapa surgió una fase de enorme desarrollo pediátrico hospitalario con rigurosas medidas de aislamiento y complejas exploraciones, etapa en la cual nos estamos debatiendo en la actualidad y que habrá servido para dar paso a un nuevo concepto de hospital pediátrico que se impone ya en este momento. Situado fuera de los complejos hospitalarios mastodónticos, el hospital pediátrico futuro significará el hotel familiar para asistencia especializada en tiempo mínimo y en el cual el médico será un elemento integrante más de la relación niño-familia-medio ambiente y que pasada la fase crítica de hospitalización recibirá asistencia preferentemente bajo el concepto de hospital de día. Ello nos lleva también a considerar los cambios que se han producido en el concepto de actuación médica. A lo largo del presente siglo el concepto de «Geheimrat herr professor» o del «Patrón francés» ha ido desapareciendo en su aspecto de individualidad al ser sustituido bajo el concepto de escuela y de tipo especializado y aquí también el campo de actuación se ha ensanchado y ya no se puede concebir un gran equipo pediátrico investigador sin la ayuda del físico, del químico, biólogo, matemático e ingeniero.

¿En qué etapa se encuentra la pediatría en esta década de los 70? A nuestro juicio en una fase conflictiva. El concepto básico persiste el mismo: «Estudio integral del niño enfermo; cuidado del niño sano en su evolución de crecimiento y desarrollo y medicina preventiva en continua expansión». Pero han surgido nuevos cauces: La posibilidad diagnóstica de enfermedades antenatales y el mejor conocimiento de los complejos procesos fisiológicos que se producen a lo largo del desarrollo intrauterino y que han conducido a la paradójica situación que la pediatría, que en su origen estaba integrada en

la obstetricia y que luego se separó de ella, vuelve ahora a conectarse profundamente de nuevo con ella y penetra en su campo creándose el nuevo concepto de «Perinatología» como especialidad mixta obstétrico-pediátrica y con aparición ya estos últimos años de la primera cátedra en la universidad de Upsala.

Por otra parte el «Conocimiento integral del niño» ha llevado a la necesidad de subespecialización que si en un principio fue simplemente una diferenciación médico-quirúrgica, actualmente supone una multitud de ramas, desde el micrométodo a la alergia pediátrica, englobando todas las posibilidades médicas y quirúrgicas de la ciencia médica. Supone esta subespecialización pediátrica el estudio monográfico de un órgano, de un sistema o de una enfermedad dentro de una etapa del ciclo evolutivo de la vida del hombre pero enfocada dentro del conocimiento del conjunto del niño.

Los problemas pediátricos y el momento evolutivo actual de la pediatría ciencia en su propio concepto es variante en relación a las distintas áreas geográficas del mundo y del grado de desarrollo socio-económico-cultural alcanzado por las mismas y se pueden dividir en problemas que afectan al niño que vive en el mundo desarrollado y problemas que afectan al niño que vive en países en vías de desarrollo. En los países desarrollados los aspectos son distintos también en función del grado de industrialización y del hábitat urbano. En estos países la pediatría es ciencia-investigación por una parte, realizada en centros de alta especialización y por otra, pediatría preventiva a nivel de masa de población y comprende también la responsabilidad del pediatra en la prevención a nivel de la infancia de algunas de las enfermedades crónicas del adulto o de enfermedades que ocasionarán invalidez en la edad adulta. Una posición intermedia ha sido la de algunos países con gran población como China y Rusia en donde la pediatría-investigación es notablemente escasa mientras que la pediatría preventiva está enormemente desarrollada.

En la otra parte están los problemas que afectan al niño que vive en áreas sub-desarrolladas o en vías de desarrollo y se producen todas las gradaciones posibles. La atención pediátrica en estos países está básicamente centrada en los graves problemas de nutrición e infección, en la inter-relación entre ambos y en la influencia de la nutrición sobre la maduración y desarrollo de la inteligencia. Como se puede comprender fácilmente, los criterios en la planificación de la asistencia pediátrica son notablemente distintos en una u otra área.

Ahora, señores, me pregunto a mí mismo. ¿Seré capaz de dar un vistazo retrospectivo rápido a la pediatría que yo he vivido en mi país en estos últimos 30 años procurando hacerlo con el máximo de objetividad y valorar cuál ha sido el concepto evolutivo de la misma?

La pediatría que yo viví en los años 40 deseaba salirse de los

moldes clásicos imperantes hasta entonces, orientados preferentemente hacia aspectos sociales y asistenciales, para hacerse más científica. Al salir de la guerra civil española las infecciones, gastroenteritis, afecciones respiratorias agudas y trastornos ligados a desnutrición dominaban el panorama pediátrico.

Al no existir una reglamentación referente a la formación de especialistas, esta formación era muy polimorfa y a nuestro juicio se formaron dos grupos. Uno de ellos reducido en número, constituido con personas con formación verdaderamente pediátrica adquirida en el país o en el extranjero con grandes dificultades y a título de formación intensiva voluntaria y otro grupo mucho más numeroso de médicos que «visitaban niños» de formación superacelerada y prácticamente autodidactas orientados fundamentalmente a la gran patología del lactante y a cuidados de puericultura. Los problemas de las diversas especialidades dentro de la patología del niño eran resueltos la mayor parte de las veces por médicos especialistas de adultos que practicaban su especialidad de un modo monográfico longitudinal, es decir, englobando su especialidad desde la patología específica del recién nacido hasta la del adulto y el senecto. La pediatría era una especialidad esencialmente «digestiva y nutricional». Se seguía muy aferrado a la influencia de Czerny y Finkelstein y de la escuela francesa del primer cuarto de siglo y por otra parte el tipo de patología existente así lo obligaba, era la época de la infección enteral y parenteral.

La renovación de este criterio hacia una pediatría que comprendiera el estudio integral del niño en su todo se iba a hacer en nuestro país a través de la influencia de Ramos, Arce, Suárez Perdigüero y sus escuelas hacia una pediatría más funcional y más científica y asimismo a través de las escasas influencias que entonces pasaban nuestras fronteras procedentes del resto de Europa y Norteamérica.

Muy tímidamente se iniciaba una pediatría con tendencia hacia una base bioquímica, aplicable especialmente a los aspectos de fluidoterapia dirigida, que entonces se iniciaba. La desaparición prematura de Ramos y Arce, creemos fue un fenómeno sumamente perjudicial para nuestra evolución pediátrica de aquella época. La pobreza de medios de las dotaciones universitarias y extrauniversitarias fue otro factor que limitó las posibilidades de los pocos, muy pocos, que ocupando puestos de responsabilidad en la pediatría del país querían evolucionar, mientras que una gran mayoría concentró sus esfuerzos en mantener un inmovilismo que no sólo afectó a ellos mismos con una producción científica prácticamente nula y desde luego no competitiva a nivel internacional, sino que limitó o retrasó notablemente las posibilidades de toda una joven generación que se estaba formando, hasta que aparecieron circunstancias ambientales más propicias y la inevitable penetración a través de nuestras fronteras

de las nuevas tendencias pediátricas mundiales, frente a las cuales los inmovilistas no estaban preparados y eran incapaces de seguir. Las oposiciones, escalafones y concursos que tanto se prodigaban en el país no contribuían precisamente a favorecer una rápida evolución hacia la moderna pediatría, hasta el punto que era fácil obtener en el extranjero lo que aquí cuidadosamente se negaba. La ecuación planteada a los pequeños grupos con inquietudes por la evolución de la especialidad era, emigrar, adaptarse o esperar. Es posible que de esta larga espera en adaptarse a las normas de la moderna pediatría se haya podido adquirir una mayor profundidad hacia una formación «abierta y permeable» a las actuales corrientes que imperan en la moderna vida hospitalaria y en el actual concepto de la enseñanza. Otro hecho negativo que creemos retrasó una evolución hacia una pediatría más científica fue que de la noche a la mañana, a través de concursos se generalizó la asistencia pediátrica masiva en España con el nombramiento de varios centenares de «especialistas pediatras» sin que todo el conjunto pudiera tener el grado de formación necesario y ello no por falta de voluntad en adquirirlo sino simplemente porque no se les había enseñado. La aparición de una nueva generación de catedráticos de pediatría puede suponer un mayor margen de confianza en el futuro y asimismo una tremenda responsabilidad para ellos.

En el año 1958 se produce la inauguración de la primera clínica pediátrica de la Seguridad Social dirigida por Jaso. Creemos que esta fecha es de la mayor importancia, pues con su personal impulso se van a abrir las etapas de una pediatría hospitalaria más científica. Supone al propio tiempo un estímulo para la adaptación y mejora de otras clínicas universitarias; y la creación posterior de otras nuevas clínicas en otras grandes ciudades, no sólo ha contribuido a una mejor asistencia, sino también a un mayor afianzamiento de la pediatría como ciencia del estudio integral del niño y la posibilidad de formación de pediatras con sub-especialización en otras ramas de la pediatría. Es desde los finales de la década de los 60 en adelante cuando se perfila un movimiento mayor de inquietud científica-pediátrica y cuando las actitudes inmovilistas de pura concepción de pediatría clínica han sido depasadas. Existen sin embargo circunstancias que todavía gravitan de un modo negativo: Por un lado la carencia en nuestro país de un verdadero «Full time», es decir, de una plena dedicación aplicada a la pediatría. Este es un problema que la universidad no ha enfocado todavía con sentido de auténtico realismo y el ensayo que inició la Seguridad Social en la década de los 60 con las clínicas pediátricas y otras, está a nuestro juicio en el camino de fracasar, en primer lugar porque el propio médico no ha sabido o no ha querido adaptarse al nuevo sistema al no estar decidido al abandono de su práctica profesional privada en parte por inquietud ante el futuro y en segundo lugar porque el plantea-

miento por parte de la entidad gestora ha sido poco realista al tenerse que diluir en una serie de concesiones a anteriores estructuras. La instauración en estos recientes años de unos pocos hospitales pediátricos bien organizados ha supuesto un espectacular avance hacia el logro de una pediatría-ciencia a nivel internacional. La excelente dotación en bienes de equipo existentes hacía que no fuera esgrimible el socorrido argumento de la falta de medios, y sin embargo, si esta experiencia llega a fracasar será debida a anteriores errores en la infraestructura, falta de realismo en el enfoque, a la masividad de la asistencia y falta de éxito en la creación de un ambiente auténticamente científico entre las nuevas generaciones. Esto último citado es tal vez lo más importante y puede ser atribuido a que en España no existe tradición científica porque la universidad no forma para ello (Según resultado de la encuesta entre investigadores convocados).

En la actualidad, disponiendo de algunos pocos hospitales pediátricos bien organizados en los cuales se conjunta una disponibilidad excelente de bienes de equipo y un material clínico humano abundante, la labor investigadora realizada es ridículamente pobre y ello a nuestro juicio por dos razones: Una, la existencia de un dirigismo burocrático pseudoplanificador que entorpece la libertad de acción y de medios de financiación que el investigador necesita y la segunda porque no ha sido capaz de crearse el clima investigador necesario entre los jóvenes, al no poderles ofrecer unas perspectivas futuras intelectuales y materiales de una cierta brillantez y seguridad. Resultado de todo ello es que en la «Sociedad Europea para la investigación pediátrica» proyectada fundamentalmente a la promoción y apoyo de jóvenes investigadores pediatras y que cuenta en la actualidad con más de 400 miembros y candidatos, sólo 4 son españoles y todos ellos hemos sobrepasado los 40 años.

¿Quiénes son los responsables? Probablemente nosotros mismos al no querernos dar cuenta de cuál es el momento actual del concepto de pediatría que evoluciona preferentemente hacia la pediatría-investigación. La pediatría actual es profundizar en la biología molecular, en las ciencias de la conducta del niño y en la prevención, fundamentalmente.

Ante un concepto tan cambiante es forzoso nos preguntemos cuál es el futuro, si tenemos en cuenta que las generaciones que actualmente estamos formando alcanzarán su plenitud de ejercicio a finales de este siglo.

Where are we going?, se pregunta Norman Kretchmer en su artículo «Growth and adaptation of pediatrics», en el simposio de Viena, en 1971.

Nosotros creemos que estamos marchando rápidamente hacia una nueva pediatría. Las nuevas fronteras de esta pediatría serán

el estudio de la estructura molecular y del depósito matemático de la información genética aplicadas a la patología del niño.

Dentro de muy pocos años el concepto de pediatría tal como hasta ahora hemos tenido habrá desaparecido. La actuación del pediatra con un polimorfismo de clínico, docente e investigador será imposible de mantener dada la enormidad de conocimientos existentes. Estará definida la pediatría-investigación en enorme desarrollo hacia las fronteras que antes hemos señalado y dominará la pediatría preventiva que habrá hecho desaparecer un extraordinario número de enfermedades hasta el punto de convertir al pediatra clínico actual en un consejero de salud.

La pediatría-asistencia y la pediatría-docencia se orientarán hacia nuevos cauces que serán fundamentalmente la perinatología y medicina fetal, las enfermedades moleculares, los patrones de evolución de la adolescencia, la higiene mental y los trastornos de la conducta y los problemas ligados al medio ambiente, incluida drogas y polución.

Una nueva nutrición habrá surgido, no la nutrición ligada al síndrome carencia-infección hasta ahora clásico, sino la derivada de los efectos de los alimentos y dietas recibidas en la infancia sobre la vida futura del adulto.

La hospitalización pediátrica estará reducida a un mínimo en parte por no haber enfermos para hospitalizar, una vez superados los problemas planteados hoy día por las «new urban families», es decir, las inmigraciones alrededor de las grandes áreas industriales, y en parte porque esta hospitalización es perjudicial desde el punto de vista psicológico.

Los grandes centros pediátricos funcionarán con otras características impuestas por la influencia del género de vida de las masas de población. Sirva de ejemplo el que ya en la actualidad el mayor número de admisiones que se registran en nuestro hospital pediátrico en los fines de semana son niños traumatizados por accidentes de carretera y otros tipos de accidente.

El hospital pediátrico será fundamentalmente hospital de día y por una parte unidades de internamiento sumamente especializadas y estos elementos representarán la estación final de un programa muy amplio de infraestructura pediátrica basada en la pediatría preventiva y en la higiene mental.

Las unidades especializadas estarán dominadas por la necesidad de grandes conocimientos en bioquímica, biofísica y electrónica y a ellas vendrán a parar no sólo las nuevas enfermedades metabólicas que se vayan describiendo sino también los problemas derivados de la perpetuación y acumulación de efectos genéticos al estar impedida en cierto modo la selección natural a través de la mejor infraestructura preventiva.

Nuevas responsabilidades alcanzarán, pues, al pediatra en este momento.

Si contradictorias han sido las opiniones que se han presentado en los problemas de «Selección en el nacer» como consecuencia de la explosión demográfica mundial, enormes van a ser los problemas que se van a presentar en la «Selección en el morir»; a medida que la tecnificación, más compleja cada día y de costo más y más elevado, reduzca algunos aspectos de prolongación de vida, como prótesis mecánicas de órganos o trasplantes, a un problema ya no tecnológico, que estará superado, sino de simple economía nacional.

Este enorme cambio en la evolución pediátrica habrá llevado consigo una profunda variación de la enseñanza que se habrá ido ajustando a las necesidades de la época, al propio concepto imperante de la especialidad y a las necesidades del área geográfica y del grado de desarrollo socio-económico del país donde se ejercite la enseñanza. Esta enseñanza, como la propia pediatría estará sometida al factor dinámico-cambiante y tal vez lo único que no cambiará será la actuación del pediatra siguiendo proyectando como hasta ahora, la cortedad de su propio paso por la vida en un sentido humano al servicio de nuestros semejantes, pensando en aquellas normas que Hipócrates señala en *Amplitudo-difficultates-subsidia artis*. Sect I. aph. 1: «Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experientia fallax, iudicium difficile.»

He dicho

DISCURSO
de contestación del Académico Numerario
Dr. LUIS TRIAS DE BES Y GIRO

INGRESO EN LA REAL ACADEMIA
DE MEDICINA DEL DR. ANGEL BALLABRIGA
DISCURSO DE CONTESTACION
DEL ACADEMICO NUMERARIO
DR. LUIS TRIAS DE BES Y GIRO

Es un principalísimo precepto reglamentario regulador de las actividades de las Reales Academias que el ingreso de todo nuevo académico conlleve por su parte la obligatoriedad de leer un discurso de entrada, seguido de otro de bienvenida por parte de uno de sus miembros numerarios en representación de la Academia.

Tal es la razón de mi cometido en este solemne acto, en virtud de una obligación doblemente honrosa en cuanto significa un depósito de confianza de parte de la Corporación que represento y también en tanto se me concede la grata misión de participar activamente en la ceremonia de ingreso de un académico que reúne singulares merecimientos para ocupar uno de los sillones de nuestra docta Institución.

Séame permitido, pues, con estas palabras expresar mi gratitud por el alto honor que se me ha deparado y exteriorizar a la vez mi satisfacción en su cumplimiento.

Acabo de apuntar que el Dr. ANGEL BALLABRIGA reúne unos singulares méritos para ingresar en esta Academia y así es en efecto. Cursó sus estudios de Medicina en nuestra Universidad de Barcelona y obtuvo a los 22 años el título de Licenciado con la calificación de sobresaliente.

A partir de este momento desvela una ilusionada inclinación vocacional hacia los estudios pediátricos que se desarrollarían después según una indeclinable trayectoria. Seguidamente a su licenciatura obtiene una Beca para cursar estudios de post-graduado en la

Clínica Universitaria de Pediatría en Berna, dirigida por el gran pediatra suizo, Prof. GLANZMANN.

A su regreso, en el año 1945, se doctoró en Medicina para trasladarse inmediatamente a Estocolmo a la Clínica de Pediatría del Prof. WELLGREN donde asimismo amplió sus estudios de la especialidad.

Nuevamente en Barcelona y tras corta permanencia entre nosotros, se trasladó para otra estancia a l'Ecole de Puericulture, de París, al lado del Prof. LELONG, donde perfeccionó y amplió sus estudios sobre prematuridad.

Entre tanto dio frecuentemente en España testimonio de sus progresos en la especialidad, consiguiendo por sus trabajos —durante los años 1947-48 y 49— sendos premios de la Sociedad de Pediatría de Madrid, de la Revista Española de Pediatría en 1951 y el Premio de la Sociedad Catalana de Pediatría en 1958.

Por su reconocida competencia pediátrica fue nombrado en 1966 Profesor de la Escuela de Puericultura del Estado en Barcelona y asimismo designado Pediatra Asesor de nuestra Jefatura Provincial de Sanidad sobre problemas de prematuridad.

Fue en esta época cuando la Excma. Diputación Provincial de Barcelona reconoció la necesidad de ampliar y completar los Servicios pediátricos de su magnífica casa de Maternidad Provincial, con la creación de un moderno Servicio asistencial de prematuros y no vaciló en confiar al Dr. BALLABRIGA la difícil puesta en marcha de este nuevo Centro en cuya organización y funcionamiento demostró unas dotes directivas de excepción.

Los resultados de estas innovaciones asistenciales pediátricas se hicieron prontamente estimadas en el ámbito ciudadano y por ellas la ciudad de Barcelona puede enorgullecerse de haber sido pionera en España del tratamiento de la patología neonatal según las fórmulas más avanzadas.

Por su parte, la Seguridad Social fiel a su propósito de hacer llegar los más eficaces medios de prestación médica a muy extensos sectores sociales de modesta economía, creyó también llegada la hora de dotar a sus soberbias instituciones clínicas de aquellos servicios especializados que como la pediatría reclaman la máxima atención. Las jerarquías técnicas del Instituto Nacional de Previsión no tuvieron en Barcelona problema alguno para encontrar el hombre plenamente capacitado para organizar y dirigir un Departamento de Pediatría de la más alta calificación. Pensaron muy sagazmente en el Dr. BALLABRIGA y no se equivocaron en dar con el hombre indispensable.

Pero para ello era forzoso renunciar a la dirección del Centro de Prematuros de la Casa de Maternidad a que nos hemos referido, como solución inevitable que se produjo con hondo pesar del que fue su creador. No obstante, la semilla estaba echada y allí han quedado sus colaboradores que han dado feliz continuidad a la obra del maestro.

Con todos estos antecedentes fácil es colegir la extraordinaria labor que se ha impuesto el Dr. BALLABRIGA en el Departamento de Pediatría de la Seguridad Social en Barcelona a partir del momento en que le fue confiada su estructuración y funcionamiento, de esto han cumplido ya 8 años.

No puedo extenderme en describir las soberbias instalaciones del Departamento, ni tampoco glosar su tremenda eficacia en el triple objetivo con que fue concebido y que hoy se exige a todo Centro Clínico de categoría, a saber: la finalidad asistencial, la científica y la docente. Todas ellas se realizan perfectamente y cuantos conocemos a BALLABRIGA sabemos bien de su vocación, mejor diríamos su «pasión» docente y nos consta también lo que pueden dar de sí su germánica disciplina mental asociada a su fértil inteligencia mediterránea.

Al firme impulso de esta vocación docente y desde su puesto directivo de la Clínica Infantil de la Seguridad Social se han venido sucediendo sin interrupción desde el año 1966 numerosos **cursos intensivos** de formación para post-graduados y para los becarios y asistentes internos integrados en el nutrido equipo de colaboradores adscritos a dicha Clínica. En estos cursos que hasta hoy alcanzan la cifra de 36, se plantean monográficamente y en forma abreviada las más candentes cuestiones de la moderna pediatría y de un modo muy destacado las que afectan a la patología neonatal en unas óptimas condiciones de trabajo y estudio que esta Clínica posee en alto grado.

Con esta extraordinaria enseñanza pediátrica de post-graduados se salvan omisiones y lagunas que se hacen inevitables en nuestra actual formación universitaria.

En realidad, este superior magisterio pediátrico lo inició BALLABRIGA en 1958 en sucesivas Conferencias de especialización dictadas en las Universidades de Río de Janeiro y Sao Paulo, seguidas de las que profesó en 1961 en las Universidades de La Plata y Buenos Aires y en la Universidad de Lima en ese mismo año. En 1967 profesó nuevamente en Río de Janeiro y en Reiberão Preto. Y finalmente citaremos el «ciclo de Conferencias» sobre especialización pediátrica que desarrolló en Lausanne y Ginebra en 1972 y las dic-

tadas en el presente año en 6 Universidades suecas. Sirvan estas referencias como testimonio de la elevada calidad científica y docente del conferenciante que se acrecientan más y más repasando atentamente el **curriculum vitae** presentado a esta Real Academia en función de un imperativo reglamentario para aspirar a su ingreso en nuestra Corporación.

Tengo ante mis ojos el indicado documento informativo de una ejecutoria ciertamente brillante y tras su meditada lectura advierto la parvedad de mi exposición en buena parte impuesta por la limitación de tiempo, pero así y todo no puedo silenciar dos datos que me siento obligado a citar. Uno de ellos se refiere al número de los Congresos internacionales en los que ha participado personalmente el Dr. BALLABRIGA desde el año 1950 y que alcanza la cifra de 32. Estos Congresos tuvieron efecto en Zurich, Lisboa, Argel, Venecia, Miami, La Habana, Lausanne, Brazzaville, Copenhague, Berna, Montreal, Bonn, Ferrara, Buenos Aires, Lisboa, Barcelona, París, Manchester, Tokio, Jerusalén, París, Caracas, Sao Paulo, Río de Janeiro, Berlín, México, Atenas, Interlaken, Londres, Teherán y Viena, presentando en todos ellos trabajos científicos. El otro dato que deseo citar concierne precisamente a los trabajos científicos presentados a los anteriores congresos, y en las distintas sociedades médicas y los publicados en revistas nacionales y extranjeras desde el año 1945. Dichos trabajos alcanzan la impresionante cifra —no encuentro otro calificativo— de 73 que se reparten en 48 publicados en lengua española y 25 publicados en revistas de la especialidad pediátrica en países extranjeros. En aras a la brevedad renuncio a la lectura de los temas de dichos trabajos, muchos de ellos de gran originalidad y todos relacionados con las más candentes cuestiones de la ciencia pediátrica.

Resumiré esta exposición señalando una faceta, acaso la más característica de la personalidad de BALLABRIGA cuando se adhirió hace 16 años a la idea de fundar con otros nueve destacados pediatras europeos la Sociedad Europea de Investigación Pediátrica actualmente en pleno auge y finalmente su entrada en la Universidad Autónoma como catedrático de pediatría contratado.

Una vez expuestos los muy sobresalientes merecimientos que se concitan en la relevante personalidad científico-médica de nuestro recipiendario que sólo abreviadamente he relatado, es también de rigor que comente algunos pasajes del documentado discurso que nos acaba de leer. Desde sus primeros párrafos se advierte el propósito de resaltar los momentos culminantes que han jalonado la porten-

tosa evolución de la asistencia pediátrica en el breve plazo de dos siglos hasta alcanzar su total y definitiva consagración como especialidad perfectamente diferenciada.

El hito histórico inicial de esta trascendental singladura lo sitúa BALLABRIGA a mediados del siglo XVIII a partir de la obra extraordinaria llevada a cabo por el sueco Nils Rosen Von Rosenstein al enfrentarse con decisión al empirismo de la medicina de la época al que, naturalmente, no podía sustraerse la asistencia médica de la infancia estrechamente vinculada entonces a la obstetricia. Las ideas renovadoras de Rosen se plasmaron en un notabilísimo Tratado que fue estimado desde el primer momento como la mejor expresión del pensamiento pediátrico de la época, en tanto planteaba una doctrina médica bien objetivada que comprendía el diagnóstico clínico, la terapéutica y la misión preventiva esencial de la asistencia al niño.

La obra de Rosen no sólo fue decisiva en el nacimiento de una nueva modalidad asistencial sino también por los horizontes que dejó abiertos cara al futuro. La difusión de sus ideas fue facilitada por la versión a varios idiomas de su excelente Tratado.

Pese a la clarificación de muchos falsos conceptos sobre la lactancia y alimentación del niño en los primeros meses de la vida, la mortalidad infantil continuó siendo elevadísima, cifrándose entre un 300 a 500 defunciones ocurridas dentro del primer año de la vida sobre 1.000 nacimientos.

Este terrible azote se mantuvo, con pocas variantes, durante varios decenios y como señala muy justamente BALLABRIGA en su disertación, la medicina decimonónica se debatió angustiosamente hasta fines de siglo contra una implacable mortalidad infantil en la que se conjuraban las terribles diarreas debidas a lactancias inadecuadas, las deplorables y vinculantes secuelas raquíticas y las dificultades para luchar eficazmente contra las enfermedades infecciosas cuya etiología bacteriana y posibilidades de tratamiento estaban en sus esbozos.

La ciencia médica no permaneció, naturalmente, impasible ante esta situación que amenazaba de raíz el logro de una más sana y mejor supervivencia infantil. A principios del siglo XIX ya surgieron los primeros hospitales de exclusiva asistencia infantil, entre ellos el Hospital des Enfants Malades de París, el de la Charité en Berlín, el Santa Anna Kinder Hospital de Viena y otros que sucesivamente prestaron su asistencia especializada al niño enfermo. Al propio tiempo se organizaron por doquier bien concebidas consultas externas ya estatales, bien de iniciativa privada orientadas a aleccionar y con-

trolar las madres durante la lactancia y en la ulterior alimentación de sus hijos.

Pero el problema de la mortalidad por diarrea infantil no fue decisivamente afrontado hasta que se establecieron los auténticos fundamentos físicos, químicos y bacteriológicos de un complejo disturbio nutritivo en el que se conjugan importantes alteraciones metabólicas de diversa índole que expresan una decantada prevalencia del trastorno funcional sobre lo orgánico. La muy general aceptación de las ideas del alemán Filkenstein y de su compatriota Czerny sobre las anormales reacciones químicas de la leche expresadas por su acidez o su alcalinidad, de la deficiente digestibilidad de la caseína o de las grasas, etc., orientaron hacia la preparación de leches debidamente modificadas y susceptibles de reemplazar con ventaja las condiciones deficitarias de la leche materna.

Esta trascendental mutación de los conceptos y procederes médicos sobre la nutrición infantil ya iniciados en las postrimerías del siglo XIX y profundamente modificados y consolidados en el XX marcan firmemente el término de un largo e inquietante período adverso para la vida del niño que influía pesadamente en el acortamiento global de la vida humana y de sus índices demográficos.

Felizmente este sobresaliente hito histórico en la evolución de la ciencia médica ha coincidido con sensacionales avances en la sanidad humana. Entre ellos recordaremos rápidamente el descubrimiento y perfecto conocimiento actual de la vida bacteriana y la lucha contra su poder patógeno mediante sueros, vacunas, ciertos agentes químicos como la quinina, salvarsan, sulfamidas y finalmente con la incorporación de la terapéutica antibiótica tras el sensacional hallazgo de la penicilina por Fleming. Se descubrió asimismo todo el valor de la asepsia y de la antisepsia como medidas preventivas de los contagios. El descubrimiento de los Rayos X por Roentgen y las modernas y avanzadas técnicas de Laboratorio han permitido, en fin, perfeccionar los diagnósticos y realizarlos con una inquisitiva precocidad que son la base de una medicina preventiva de ambiciosas perspectivas.

Gracias a todos estos logros de la moderna medicina podemos afirmar que aquel promedio de la vida humana que al comenzar nuestro siglo se cifraba en 50 años que eran expresión de una senilidad que en modo alguno aceptarían los actuales cincuentones, se ha trocado en una longevidad que se cifra actualmente en torno a los 75 años de promedio. Al considerar este optimista dato estadístico es forzoso reconocer que la reducción de los altos índices de

la mortalidad infantil que jalaron el pasado han sido muy decisivos en ese alargamiento de la supervivencia humana que hoy registramos con alborozo.

Creemos de interés razonar brevemente la forma como se ha producido la revolucionaria contribución de la asistencia pediátrica para la consecución de tan trascendentes objetivos. Ante todo importa señalar que el concepto de «pediatra», es decir, de médico específicamente dedicado a la asistencia infantil es una modalidad del ejercicio de la medicina nacida en los albores de nuestro siglo que, subsidiariamente, era practicada por el médico general forzado a luchar más mal que bien contra las depauperantes diarreas y demás dolencias infantiles partiendo de la errónea apreciación de considerar al niño como un adulto en miniatura. El especialista pediatra se fue imponiendo en el ámbito médico al compás de las renovadoras ideas fundamentalmente bioquímicas sobre el metabolismo nutritivo del lactante y sus perturbaciones más destacadas.

Es comprensible que por espacio de bastantes años, este incipiente ejercicio pediátrico propiamente dicho se centrara predominantemente en la corrección de los trastornos intestinales del lactante y en dominar y paliar las ingratas secuencias de determinadas dolencias que, como el raquitismo, privaban en la patología de la infancia y cuya influencia en el ulterior desarrollo del niño era bien notoria. A paso lento y con un más amplio conocimiento de los fenómenos químicos de la deshidratación y de las íntimas alteraciones del equilibrio electrolítico, así como de los mecanismos de regulación humoral, fue configurándose una nueva pediatría indudablemente más científica e incomparablemente más eficaz.

De este modo, el médico general fue lógicamente reemplazado por el médico puericultor y éste, a su vez, en una progresiva superación de su útil, pero limitada, misión de «alimentador de niños» ha acabado protagonizando una nueva y ambiciosa pediatría en la que el niño enfermo ya no es una miniatura del adulto, sino un adulto en potencia cuya futura biología quedará irrevocablemente vinculada a los imponderables avatares de la que fue una infancia más o menos sana.

Es el propio BALLABRIGA quien abundando en este mismo criterio dice textualmente en su discurso: «La pediatría ha entrado en una tarea extremadamente compleja, ya que al integrarse en la medicina antropológica se hace responsable de la vida futura del adulto y como tal afecta a la medicina entera».

Por todas estas consideraciones, la pediatría actual ya no es a nuestro entender una rama de la medicina acantonada o sectorial; es

una ciencia que estudiará integralmente al niño en su desarrollo y crecimiento, es decir, desde su misma fase prenatal hasta su adolescencia en función de una maduración somática y psicológica que le conducirá insensiblemente a su condición adulta.

Esta visión integral de la moderna pediatría nos presenta al pediatra contemporáneo no como un simple arquiatra cuidador de la patología del niño —misión ciertamente importante— sino también como un mesurado y consciente ordenador de un prolongado ciclo evolutivo de nuestra vida de incierto futuro.

Al referirme a este proceso evolutivo he aludido a la fase prenatal hacia la que convergen muy importantes especulaciones de la moderna biología que con sus prometedores estudios genealógicos, inmersos en el mundo de la genética, se van precisando aquellos factores que pueden incidir en posibles anomalías somáticas y enmarcar susceptibilidades hereditarias de diversa índole. Para lograr un eficaz asesoramiento genético es del todo punto obligado que esta nueva trayectoria biológica se incorpore al ambicioso esfuerzo preventivo de la pediatría contemporánea en el que sobresale el problema de la mortalidad y morbilidad perinatales en buena parte previsibles con las informaciones genéticas.

La mortalidad perinatal comprende las muertes fetales ocurridas a partir del séptimo mes de la gestación, así como las muertes de niños recién nacidos ocurridas durante la semana inmediata al nacimiento. Sus causas principales son, hoy por hoy, las incompatibilidades del factor pH, las malformaciones congénitas, la anoxia intrauterina generalmente debida a una toxemia o a una hemorragia ante-partum y a la extremada insuficiencia del peso al nacer.

El pediatra moderno no puede quedar, pues, marginado de esta problemática prenatal y perinatal que le vuelve a situar en estrecha colaboración con el tocólogo y casi a confundirse con él como lo fuera antaño cuando la pediatría no había alcanzado su total personalidad.

Esta rápida visión del comportamiento evolutivo del niño desde antes de su nacimiento hasta el momento de su incorporación a la vida social en la adolescencia nos lleva a considerar las grandes e insondables dimensiones de la moderna pediatría y a calibrar las grandes responsabilidades que acechan al médico de infancia en su complejo y difícil cometido.

En su razonado discurso, BALLABRIGA plantea esta enorme problemática que conmueve el actual ejercicio de la pediatría con las siguientes palabras «El campo de la medicina y de la higiene infantil

se van ensanchando más y más y engloban la coordinación de programas de salud pública que ya no se centran sobre la lactancia o la prevención de las diarreas, sino que alcanzan también a la detección precoz del retraso mental y su profilaxis, a la interpretación del mensaje genético, a la asistencia del subnormal, etc. La medicina pediátrica, en fin, va adquiriendo un carácter marcadamente sociológico».

Ante tan conspicuas realidades, BALLABRIGA se hace esta inquietante pregunta que traduce una velada incertidumbre «¿En qué etapa se encuentra la pediatría de esta década de los 70? Su respuesta es inmediata: En una fase conflictiva». En efecto, se impone una revisión y una honda renovación de las estructuras docentes con capacidad para la misión formativa de los futuros pediatras poseedores de un polifacético bagaje de conocimientos indispensables a la difícil misión que les aguarda. ¿Dónde y cómo adquirirán este considerable caudal científico?

Las dimensiones polémicas que reviste esta cuestión son enormes.

En la última parte de su disertación, nuestro beneficiario no oculta sus inquietudes al respecto y como médico profundamente interesado en la docencia, sabe bien de sus personales esfuerzos para alcanzar una exacta y coherente visión de lo que debe ser el futuro de la pediatría y posee asimismo el cabal conocimiento —por haberlo vivido en sus propias carnes— de las ingentes dificultades que deben ser superadas para lograr tales objetivos.

Según nuestro criterio estimamos que la formación pediátrica del universitario del futuro médico ha de centrarse en una tarea de **iniciación** a la pediatría que alcance plenamente hasta sus más sólidos fundamentos. Si se consigue esta ambiciosa meta se habrá adjudicado al alumno una sólida base sobre la que podrá asentar unas mayores aspiraciones en su mañana profesional. Creemos que las venideras generaciones de profesores universitarios deberán mentalizarse con este propósito formativo, aparentemente elemental, pero de incalculable trascendencia para el adoctrinamiento y recta orientación del futuro médico.

Es previsible, mejor diría obligada una dicotomización de la pediatría en forma de subespecialización que pueda desarrollar las aportaciones científicas parciales que se insertan en el cometido integral de la pediatría en su actualizada versión. Su enorme cambio reclama una pediatría «en equipo» prácticamente imposible en la medicina privada y sólo adecuadamente factible en las grandes instituciones pediátricas dotadas de medios de trabajo casi inalcan-

zable con las parvas economías universitarias. La coordinación docente de todas las organizaciones pediátricas debidamente calificadas para la enseñanza permitirán una labor de conjunto hasta hoy lamentablemente dispersa. Es de desear, en fin, que el título de especialista pediátrico no tenga un sentido meramente formalista como hasta ahora, sino que se halle asentado sobre sólidas bases formativas solventes que garanticen una responsabilidad profesional.

He esbozado, señores, las no escasas situaciones conflictivas que dificultan la realización de una pediatría científica de amplio alcance. Estas dificultades que afloran en el medio universitario y se extienden al propio ambiente médico nacional en sus renqueantes estructuras hospitalarias y en sus organismos asistenciales privados no invitan ciertamente al optimismo ante la magnitud de la obra a emprender. Ante este clima de euforia y de confusión a la vez, que también existe fuera de nuestro país, BALLABRIGA hace suya la frase que el pediatra Norman Kretchmer formuló en el Congreso de Pediatría de Viena del año 1971, al plantear esta pregunta: *¿Where are we going?* dicho en español, ¿a dónde vamos?

Ante esta posición de desánimo que sin duda será pasajera, pues la inteligencia y el espíritu de superación no le faltan a nuestro recipiendario para superarla, acude a mi mente y quisiera referírsela al Dr. BALLABRIGA —y con ello termino mi modesto parlamento— una bella página literaria de la Andalucía oriental inspirada en las conversaciones que a menudo sostenía Boabdil con uno de sus leales políticos, el prudente Aben Comixa que fue Visir del Rey de Granada.

Corrían por aquel entonces, malos vientos para el prestigio y seguridad de la dinastía nazarita. Una mañana luminosa paseaba Boabdil, decaído y triste, por el patio de los Arrayanes en el recinto de la Alhambra y en un momento de congoja se lamenta a su Visir de que ya no le admiran sus guerreros, ni le brindan sus caudales los vasallos, ni tampoco le ensalzan los poetas de su reino y tras breve pausa le pregunta dolorido:

Dime, mi fiel confidente ¿qué nos queda?

Entonces, el sagaz Comixa medita breves instantes, repasa con su mirada el maravilloso contorno del palacio y dice, al fin, con voz reposada y serena:

Muley, Señor, ¡aún nos quedan los jardines!

Bella y delicada frase y muy oportuna a nuestro momento. A la Medicina barcelonesa, al margen de la turbación profesional y docente que nos aqueja, todavía «le quedan los jardines» y entre ellos nuestra centenaria Institución trasunto de aquel soleado y bello

jardín de Akademos en el que este noble griego, enamorado de la ciencia, fundó una esplendorosa escuela del pensamiento en la que florecieron las artes, y las ciencias. Academias se han llamado en el curso de los siglos a todos los «jardines» donde tantos hombres beneméritos —al modo de Akademos— han buscado y rendido culto a la Verdad.

Pues bien, Excmo. Sr. Presidente, yo os ruego que abráis de par en par las puertas de nuestro jardín de Akademos al Dr. ANGEL BALLABRIGA AGUADO con la esperanza de que recogeremos en él los frutos maduros de su pensamiento.

He dicho.

