

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

AÑO XVII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 227

SUMARIO DEL NÚMERO DE DICIEMBRE DE 1961

FIGURA DE LA PEDIATRÍA

El profesor Almeida Garret

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Tratamiento dietético de la gastroenteritis del lactante, por el Dr. Bernardo Pérez Moreno

Punto de vista sobre las disritmias centroencefálicas en el niño, por el Dr. Ángel Peralta Serrano

Proyecto de clasificación internacional de escolares para ser admitidos en las instituciones, por el Dr. Sáinz de los Terreros

Acta Pediátrica Española publicaba en el mes de diciembre de 1961 los siguientes trabajos doctrinales y casos clínicos: el primero de ellos, firmado por el Dr. Bernardo Pérez Moreno que versaba sobre el «Tratamiento dietético de la gastroenteritis del lactante». A continuación, el Dr. Ángel Peralta Serrano describió su «Punto de vista sobre las disritmias centroencefálicas en el niño». Para terminar, el Dr. Sáinz de los Terreros realizó un trabajo en francés sobre el «Proyecto de clasificación internacional de escolares para ser admitidos en las instituciones». La figura de la pediatría estuvo dedicada al profesor Almeida Garret.

En el primer trabajo, del Dr. Pérez Moreno, dedicado al «Tratamiento dietético de la gastroenteritis del lactante», se comienza afirmando que los partidarios de la «individualización hipocrática», entre ellos el propio autor, no utilizan esquemas prefabricados de tratamiento, sino que «basan su experiencia en la situación del niño y en las características de los alimentos-medicamentos».

El primer periodo del tratamiento dietético se dirige a la rehidratación, que tiene por objetivo la normalización del medio interno y la reordenación vegetativa vital del organismo, con restablecimiento de las funciones digestivas.

La discusión entre los partidarios de combatir primero el *shock*, la deshidratación o la intoxicación, ha sido superada por la evidencia de que todas esas cuestiones son realmente una misma cosa, y se tratan simultáneamente mediante un sistema terapéutico que constituye, en conjunto, la terapéutica anti-*shock* o reanimadora y de rehidratación, en el cual se ha transformado la antigua dieta hídrica iniciada por Luton en 1874 por la de Netter y Rémy (1893).

La normalización de las funciones vitales del organismo depende de la normalización de su situación hidrosalina, para lo cual, además del aporte de los elementos deficitarios, es nece-

saria detener las pérdidas anormales de agua, minerales y albúmina, tanto digestivas como extradigestivas.

La restitución de los elementos hidrosalinos se lleva a cabo administrándolos en cantidades suficientes y correlativas de agua y minerales, según la situación hidrosalina del enfermo, al mismo tiempo que se administran los activadores y las hormonas que intervienen en la regulación hidrosalina, de medicamentos anti-*shock* y tratamiento antiinfeccioso.

La duración de esta fase es imposible fijarla sistemáticamente, ya que varía en cada paciente:

1. Será tanto más corta cuanto menor edad tenga el niño.
2. En los pacientes distróficos será más corta que en los eutróficos, máxime si existe hidrolabilidad.
3. Cuanto más grave es el trastorno hidrosalino tanto más prolongada debe ser la dieta hídrica.
4. Según los métodos empleados que permiten las técnicas actuales (1961), la dieta hídrica puede prolongarse varios días sin ningún inconveniente, hasta que hayan desaparecido todos los trastornos funcionales y los signos tóxicos, se haya normalizado el metabolismo hidrosalino y se haya recuperado la tolerancia digestiva, e incluso vencido la infección.

Los signos para poner fin a la dieta hídrica son: desaparición de los vómitos, menor frecuencia de las deposiciones, normalización del sensorio, con cambio de expresión de la cara y la mirada; desaparición de los signos de acidosis o alcalosis, mejoría de la circulación y restablecimiento de la diuresis, a la vez que recuperación de la elasticidad de la piel, incluso con escaso turgor, es decir, fundamentalmente cuando han desaparecido el *shock* y la acidosis.

No existe ningún método de normalización hidrosalina que sea aplicable a todos los casos. Se ha de ajustar el método a

la situación fisiopatológica de cada enfermo, ya que un mismo medio (p. ej., la administración de agua) puede ser vida para unos y muerte para otros.

Por tanto, es necesario clasificar a los pacientes según su situación hidrosalina, para orientar el tratamiento adecuadamente.

El autor insiste en la necesidad de clasificar a los enfermos que llegan a la consulta en dos grupos principales, tributarios de terapéuticas opuestas: a) pacientes con hiperhidratación celular, que no tienen sed y para los que el agua es un tóxico que agrava su situación y puede ocasionar la muerte, y b) pacientes con deshidratación celular, que tienen sed, frecuentemente abrasadora, y para quienes el agua es el remedio salvador.

Dando por suficiente un resumen que se dedica al grupo B, cuyo tratamiento está completamente difundido, se dedica unos párrafos a los del grupo A (hiperhidratación celular), sobre los que ha insistido principalmente Hamburger; en estos pacientes el agua intersticial, ante la desproporcionada pérdida de sodio, para mantener la vital concentración osmótica, se filtra a las células y a la sangre.

No se tiene que administrar agua, sino sodio, junto con los medios que impedían su pérdida, Doca, etc.

El autor continúa explicando de una forma detallada la terapéutica en cada caso, para pasar a un segundo periodo de tratamiento: el de la realimentación.

Una vez desaparecido el *shock*, normalizados el sensorio y la concentración osmótica, la función hidrosalina más apremiante y el equilibrio ácido-base, restablecida la diuresis, desaparecidos los vómitos y mejorada la diarrea, rechazada la invasión endógena, logrado cierto sinergismo de las funciones motoras, secretoras y de absorción del tubo digestivo, interrumpidas las pérdidas hidrosalinas e iniciada la tolerancia a los alimentos, ha llegado el momento de la realimentación, con la que se reanuda la retención y la asimilación, además de agua y sales, de principios inmediatos, consolidándose el protoplasma y reorganizándose las células, se corrige la plasmolabilidad (que no es hidrolabilidad) y se reanuda la función plástica, y el crecimiento y la inmunidad, es decir, el periodo de reparación y normalización de las funciones vitales menos urgentes, como el crecimiento y la inmunidad del organismo.

Este periodo de tratamiento tiene una primera fase de transición, en la que se completa la rehidratación, a la vez que se van reponiendo los elementos ligados todavía al metabolismo hidrosalino, minerales e hidrocarbonados principalmente, para pasar a la segunda fase de realimentación curativa, en la que una vez ampliada la tolerancia digestiva y retenida ya el agua, aunque no fijada, se administran todos los principios inmediatos, sobre todo los más ligados a la función plástica de crecimiento y de fijación del agua retenida por las sales e hidrocarbonados, es decir, la albúmina.

El autor explica con detalle la fase de transición del periodo de realimentación, indicando que los alimentos-medicamentos en este periodo deben ser ricos en sustancias que atraigan el agua (sales e hidrocarbonados), y que tengan además una gran amplitud de tolerancia digestiva e incluso propiedades terapéuticas anesomóticas, astringentes, estriñentes y antidiarreicas, que faciliten la completa corrección de la invasión endógena, la normalización del peristaltismo y la permeabilidad intestinal y la absorción; éstos son: sopa de zanahoria, papilla de plátano, manzana cruda rallada (también la dieta de kaki, cuyos efectos, según Laffon, son muy superiores a todos los otros alimentos-medicamentos empleados, aunque el autor carece de experiencia personal al respecto), crema de arroz, suero de leche al calcio, e incluso el babeurre y la sopa de babeurre.

El autor habla de los alimentos hidrocarbonados, la glucosa, la dextrinomaltoza, el arroz o la harina de pulpa de algarrobo, discutiendo los efectos secundarios de cada uno de los alimentos-medicamentos. Asimismo, describe la alimentación con el babeurre: originariamente, el babeurre es el resto ácido que queda de la leche después de obtener la mantequilla; empleado en Holanda, por lo menos desde el siglo XVIII, se generalizó en la dietética del lactante a partir de los trabajos de Ballot, Jager y Teixeira de Mattos (1902). A continuación habla de sus características y modos de acción, pasando a describir la mezcla con la leche materna, primero descremada y más tarde entera, que «constituye el alimento ideal del comienzo del periodo de reparación» para elevar la tolerancia alimentaria y la inmunidad, a la vez que permite la reorganización celular.

En el siguiente apartado, se habla de la realimentación curativa, que tiene por objetivo la consolidación del protoplasma, fijándose el agua retenida de manera inestable en los anteriores, reanudándose la función plástica y de reposición de reservas perdidas y, además, normalizándose la inmunidad y la función digestiva.

Los alimentos de esta fase deben ser ricos en sustancias plásticas, sobre todo caseína, y tener además una amplia tolerancia digestiva (hidrocarbonados, no fermentescibles, bajos en grasa, etc.).

Se elegirá el alimento según el grado de trastorno metabólico y nutritivo que presente el niño. En los casos más graves, se recorrerán tres etapas: una primera, que podrá considerarse de transición, con un alimento curativo-hidratante (el babeurre o mezclas de alimentos hidratantes con leche materna descremada); la segunda, completando la sustitución del alimento hidratante por el curativo más adecuado (leche albuminosa, leche materna corregida con paracaseinato cálcico hasta lograr un 4% de albúmina, incluso añadiendo la alimentación complementaria correspondiente a la edad del niño); en la tercera etapa se normaliza por completo la alimentación corrigiendo la correlación de los diversos principios, y continuando la lactancia con alimentos normales.

El Dr. Pérez Moreno habla de la leche de mujer completa y modificada, indicando que es el alimento específico del lactante humano.

Explica las modificaciones de la leche de mujer para corregir sus defectos como alimento-medicamento. Pasa a indicar que la leche de burra es semejante a la de la mujer: descremada, pero con mayor riqueza en sales, constituye su mejor sustitución y tiene sus mismas indicaciones. La leche de vaca es inferior para los niños disérgicos, en los que por estar disminuida la tolerancia alimenticia y la inmunidad, es necesaria una alimentación de fácil digestión y asimilación que favorezca el restablecimiento de la euergía en todos sus aspectos, condiciones que no cumple la leche de vaca.

El autor va describiendo las leches ácidas semidescremadas y enteras, pormenorizando los principales tipos de leches ácidas.

Indica algunos puntos esenciales de la leche albuminosa, de la leche agar, para pasar al tercer periodo del tratamiento dietético, con la sobrealimentación preventiva o curativa de la distrofia secundaria a la gastroenteritis, con las siguientes leches: leche concentrada evaporada, leche condensada, alimento Dubo, de Schick, leche hipercremada, leche en polvo poco diluida, leche láctica con adición de hidrocarbonados, leche albuminosa concentrada, alimentos de grasa y harina, etc.

Como se puede comprobar, se trata de un extenso artículo en el que se indica (año 1961) cómo se debe diagnosticar y alimentar a los niños con deshidrataciones graves de una u otra clase.

El segundo trabajo se debió al Dr. Ángel Peralta Serrano: «Punto de vista sobre las disritmias centroencefálicas en el niño. Casuística personal de 104 casos».

En 1952, en Granada, y bajo la dirección del profesor Escobar, el Dr. Peralta hizo su tesis doctoral con el título *Aportaciones al estudio del área límbica de la corteza cerebral*. Se habían publicado recientemente los trabajos de Delgado y Livingston (1948), que investigaron los posibles focos que aclarasen el problema de la epilepsia esencial (encrucijada zingulo y sistema amniónico). Desde entonces ha sido una preocupación constante para el Dr. Peralta el problema de la epilepsia infantil, que aceptó la denominación de disritmia cerebral paroxística de Lennox, por ser más exacta. No todo epiléptico tiene convulsiones: en su casuística, sólo 12 las tuvieron.

Para realizar este trabajo se necesitó la colaboración de un radiólogo, un electroencefalografista y un analista. Se evaluaron 1.000 niños, muchos de ellos con sospecha de presentar una disritmia centroencefálica, y otros no; pero, de este modo, se pudo disponer de una muestra suficiente.

En 104 niños de ambos sexos se encontró el cuadro que preocupaba al autor, un 10% del total si se compara con la proporción de epilépticos en la población general, que es del 3%, por lo que se puede decir que la disritmia centroencefálica es 3 veces más frecuente que la epilepsia. Para el Dr. Peralta

el enfermo que tiene alterada la electrogénesis cerebral, como sucede en algunos casos, es un epiléptico en potencia, y sólo necesita un activador para que en un momento dado presente una crisis convulsiva.

El autor denomina «disritmia centroencefálica» al cuadro clínico que tiene, en cierto modo, una etiopatogenia y una terapéutica eficaz, y se manifiesta clínicamente por un conglomerado de síntomas, todos en relación con las alteraciones centroencefálicas, que se consideran las más constantes de todas las alteraciones observadas en el electroencefalograma. Los síntomas frecuentes son: vómitos acetónicos, anorexia, infecciones respiratorias repetidas, cefaleas, alteración de los reflejos tendinosos, convulsiones, retraso mental, síndrome de incontinencia motora, terrores nocturnos, alteraciones radiológicas de hilios pulmonares (hilitis inespecífica), silla turca en V, hipertelorismo y epicantus, leucocitosis, palidez típica, ictericias (hepatitis), síndrome onicofagia-rechinar de dientes-rascarse, y otros menos frecuentes que se detallan en la tabla final del trabajo.

En cuanto a la etiología, se quiere hacer constar que en todos los casos se descartó en primer lugar cualquier posible causa orgánica.

La causa es una disfunción; por tanto, es funcional. No obstante, se ha clasificado esta afección en disritmia centroencefálica primitiva, o hereditaria (casos con herencia dominante, recesiva y autosómica simple), y disritmia centroencefálica adquirida, o secundaria.

El Dr. Peralta se refiere luego a la edad de presentación, afirmando a continuación que el grupo de su estudio estuvo compuesto por las disritmias hereditarias y las secundarias a procesos meningoencefálicos, ya sean manifiestos o subclínicos.

Prosigue definiendo el concepto de centroencefalo. Hasta ese momento (1961), se habían descrito diversos casos:

1. Alteraciones de crecimiento. Los adenomas de la hipófisis, así como la hiperplasia eosinófila, dan lugar a gigantismo. Los adenomas cromóforos y el craneofaringioma por destrucción de las células eosinófilas dan lugar a enanismo. En ratas con intenso enanismo se observa una atrofia del lóbulo anterior de la hipófisis; este cuadro se acompaña de atrofia de los cabellos, glándulas sudoríparas, dientes y huesos, esto es, algo parecido a la progeria.
2. Acromegalia.
3. Diabetes insípida.
4. Adiposidad, síndrome de Froelich.
5. Diabetes hipofisaria.
6. Distimias hipotalámicas.
7. Alteraciones en la presión arterial y el tono capilar.
8. Precocidad sexual.
9. Alteraciones del ritmo del sueño.
10. Sialorrea y aumento de la secreción lacrimal.
11. Alteraciones en la micción y en la defecación por lesiones en la zona supraóptica y preóptica.

12. Ulceraciones del aparato digestivo en procesos intracra-neales.

A continuación, se expone la relación de síntomas por órganos y aparatos en la disritmia centroencefálica:

- **Aparato digestivo:** vómitos habituales, vómitos acetone-micos, úlcera gástrica, anorexia intensa, bulimia, encopresis, dolor abdominal recurrente, sialorrea, episodios de ictericia (¿predisposición especial para la hepatitis?), insuficiencia hepática.
- **Aparato respiratorio:** infecciones repetidas, bronquitis es-pástica.
- **Aparato circulatorio:** taquicardias, extrasístoles, labilidad tensional, labilidad vasomotora, palidez-enrojecimiento, su-doración profusa.
- **Aparato urinario:** enuresis nocturna, malformaciones (epis-padias, fimosis, etc.).
- **Aparato genital:** hiper/hipogenitalismo, onanismo, síndrome sadicoanal, malformaciones diversas.
- **Piel y faneras:** heridas de cicatrización tórpida, síndromes urticarianos, pelada en cuero cabelludo, vitíligo, displasia ectodérmica, hidrótica o anhidrótica.
- **Sistema nervioso:** tartamudez, defectos de lenguaje, zurde-ría, cefaleas paroxísticas, retinitis pigmentaria, marcha tor-pe, incoordinada, hiper/hiporreflexia, convulsiones, febriles o no febriles, retraso mental (unas veces marcado, otras veces cronopatía), alteraciones del electroencefalograma (este síntoma se considera constante en todas las disritmias centroencefálicas), síndrome de incontinencia psicomotora (inquietud durante el día y la noche con típicos movimientos hipoevolutivos o ancestrales que recuerdan los chasquidos de ciertos animales; rechinar de dientes, onicofagia, locua-cidad, etc.), automatismos motores (fugas, vagancia, sub-consciente, sonambulismo, saltos y gritos nocturnos, etc.), incontinencia afectiva con fácil paso del cariño en exceso a la perversidad extrema, incontinencia del instinto de agresividad (con impulsos criminógenos, robos), incontinencia del instinto alimenticio (hambre morbosa, incontenible), inconti-nencia de secreciones externas, hiperhidrosis, sialorrea, etc.
- **Termorregulación:** febrículas (8 niños de la estadística fueron diagnosticados de sinusitis o adenopatía hiliares por este motivo), facilidad para la elevación de la temperatura o, por el contrario, estados de hipotermia, crisis de pilorreacción con escalofríos, manos y pies fríos y sudorosos.
- **Radiología:** silla turca en V por dilatación de la región infun-dibular del hipotálamo, dilatación del tercer ventrículo por aracnoiditis basal, alterando las comunicaciones nerviosas y portovenulares hipotálamo-hipofisarias; en el tórax, hilos densos como consecuencia de los catarros de repetición.
- **Dismorfismos:** hipertelorismo, con o sin debilidad mental, epicantus, discranias, diastemia dentario, mala implantación dentaria, paladar ojival, hernia umbilical, asimetrías faciales y del resto del cuerpo.
- **Metabolismo y sangre:** tendencia a la leucocitosis, labilidad del metabolismo de los distintos principios inmediatos; con frecuencia se encuentran alteraciones de las diversas cons-

tantes hemáticas, con aumento o disminución de la tasa normal; labilidad del metabolismo hidrosalino.

El autor procede a continuación al estudio de las anomalías electroencefalográficas.

A los 18 meses de edad, el ritmo delta es reemplazado por un ritmo theta de menor amplitud, pero más estable que el ritmo delta.

El delta desaparece primero en las regiones occipitales, más tarde en las áreas cerebrales medias y, finalmente, en las regiones frontales.

A la edad de 4 años el ritmo theta es el dominante y sincró-nico en los dos hemisferios.

A los 5 años los ritmos theta y alfa están en la misma canti-dad en las áreas occipitales.

A partir de los 6 años el ritmo alfa es predominante. A esta edad, y desde los 18 meses, el ritmo delta dominante es pato-lógico.

Se pueden establecer los siguientes apartados para exponer las anomalías encontradas en el electroencefalograma:

1. Ondas delta bilaterales, sincronas y generalizadas, espontá-neas, antes de hacer la hiperventilación (24 casos).
2. Ondas delta con la hiperventilación, bilaterales, sincronas y generalizadas (68 casos).
3. Ondas delta con punta-onda, atípicas, bilaterales y sín-cronas, sin predominio en ningún hemisferio; aparecen espon-táneamente y aumentan de voltaje y frecuencia con la hiper-ventilación (4 casos).
4. Ondas delta con punta-onda, atípicas, en la zona temporal posterior del hemisferio izquierdo, que en ocasiones se pro-pagan a la zona homóloga del otro hemisferio (3 casos).
5. Ondas delta persistentes en la zona temporal posterior del hemisferio izquierdo con generalización (bilaterales y sín-cronas) en la hiperventilación en los 4 niños con el síndrome, asmo-vómitos acetone-micos (4 casos).
6. Ritmo theta difuso antes de la hiperventilación (53 casos).

El Dr. Peralta se refiere luego al diagnóstico. Para establecerlo, se consideraron la historia familiar, la historia personal, las exploraciones complementarias y la prueba terapéutica, entre otros aspectos:

- **Historia familiar.** Es la regla que en la misma familia se repi-ta el cuadro clínico del enfermo historiado. Son familias de personas muy nerviosas, que con frecuencia padecen cefa-leas, mareos, disturbios tensionales, palpitaciones, ulcus gástrico, epilepsia, esquizofrenia o dolor abdominal; es ha-bitual que los padres «padezcan de hígado», y se encuentran abundantes apendicectomizados, sonámbulos, asmáticos, anoréxicos y dismorfias.
- **Historia personal.** Es la historia propia del niño (es frecuente que la madre refiera que el niño no ha presentado desde que nació un buen estado de salud). Se encuentran toxicosis y

catarros frecuentes. Conociendo el cuadro clínico es fácil hacer la historia clínica, porque el motivo de la consulta es alguno de los síntomas citados anteriormente. Es normal que los niños inapetentes, pálidos, con catarros frecuentes y dolor abdominal ya hayan sido tratados de adenopatías fímicas sin ningún resultado. El Dr. Peralta revisó 15 de estos niños y lo único que observó en todos fue una hilitis inespecífica, tuberculina negativa, y un resultado espectacular con la prueba terapéutica. Es habitual observar casos de enfermos apendicectomizados sin ninguna mejoría.

- *Exploraciones diagnósticas y complementarias.* En primer lugar, el electroencefalograma, sin cuya positividad no se puede afirmar esta entidad clínica. El resto de exploraciones son necesarias para realizar un buen diagnóstico diferencial. Es frecuente encontrar leucocitosis, silla turca en V, hiliios densos y alteraciones inespecíficas de las constantes sanguíneas.
- *Prueba terapéutica.* A los 2 meses de tratamiento con disulfuro de piridoxina e hidantoínas, la mejoría es evidente. Los esteroides fueron utilizados en 8 casos. El electroencefalograma es una buena guía para observar la evolución de los pacientes, pero resulta costoso.
- *Diagnóstico diferencial.* Hay que hacerlo con las siguientes afecciones: adenopatías fímicas, apendicitis, infecciones urinarias, alteraciones orgánicas del sistema nervioso central (tumores, hidrocefalia, traumatismos, afecciones metabólicas, otras enfermedades heredo degenerativas del sistema nervioso central), epilepsia focal y disautonomía familiar, entre otras.
- *Disritmia adquirida.* Se diagnosticará, en primer lugar, por la carencia de antecedentes familiares y, sobre todo, por la existencia de un proceso meningoencefálico, infección grave, toxicosis o traumatismos previos entre los antecedentes personales. Se ha observado que los casos en que los resultados obtenidos han sido menos brillantes corresponden a este tipo de disritmia centroencefálica. La respuesta terapéutica es menos clara y el electroencefalograma tampoco mejora.

A continuación, el autor se refiere al tratamiento, que es fundamentalmente medicamentoso. También se han beneficiado los niños con el cambio de ambiente.

En cuanto al tratamiento medicamentoso, se empleó la hidantoína; después, la piridoxina y, sobre todo, el disulfuro de piridoxina. El autor cita también otros medicamentos, como la difenilhidantoína, la sal sódica, la vitamina B₆, la clorpromazina y la prednisona, e insiste en que el cambio de ambiente propicia muy buenos resultados.

En resumen, se presentan 104 casos de disritmia centroencefálica hereditaria o adquirida, haciendo consideraciones etiopatogénicas, clínicas y terapéuticas. Resalta la frecuencia de esta afección y, por tanto, la importancia de conocerla. Dispone de un tratamiento que ha resultado muy eficaz, el disulfuro de piridoxina. La prueba diagnóstica más importante es el electroencefalograma.

El último artículo se debió al Dr. Sáinz de los Terreros: «Proyecto de clasificación internacional de escolares para ser admitidos en las instituciones». Este trabajo era un extracto del aparecido en la *Revue d'Hygiène et de Médecine Scolaires et Universitaires* en 1961.

El autor siempre creyó muy útil preconizar la adopción de una medida de clasificación de escolares con un tipo absolutamente objetivo. Así los profesores encontrarían una clasificación uniforme y fácil de sus alumnos, sin necesidad de poseer conocimientos médicos ni tener recursos de medicina escolar para explicar con claridad los diferentes puntos que a continuación va desarrollando.

La base de su razonamiento es el siguiente: todos los escolares presentes en el examen de entrada del colegio tienen cinco tipologías distintas; algunas son más interesantes que otras para su estado actual:

1. Su herencia.
2. Su estado fisiopatológico.
3. Su estado físico actual.
4. Su desarrollo psíquico.
5. Su medio familiar cultural.

El Dr. Sáinz de los Terreros intenta que el profesor asocie, por ejemplo, la H para la herencia, la P para el estado fisiopatológico, la F para el estado físico actual, la M para su mentalidad y la C para el medio cultural que le rodea.

Va desarrollando cada uno de sus puntos, para terminar diciendo que, en resumen, se adopta el sistema de letras o de cifras como disposición a una calificación objetiva, simple y fácil, adaptable a los diferentes médicos, escolares y países. El sistema numérico evita toda dificultad de idioma. Por otra parte, la adopción de tal sistema abre camino a la uniformidad estadística internacional, con las ventajas inherentes a toda acción conjunta o semejante.

Espero que esta sección de «Hace 50 años» no cumpla la frase de T. Tusser, escritor inglés del siglo XVI: «¿Hay un delito mayor que perder el tiempo?». Espero que esta sección no haga perder el tiempo a todos los que componemos la pediatría hispánica. ■