

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

AÑO XXIII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 266

SUMARIO DEL NÚMERO DE JUNIO DE 1965

FIGURA DE LA PEDIATRÍA

El Dr. Crespo Hernández, de Salamanca

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Eritrodermia ictiosiforme ampollosa congénita con hipercrecimiento ponderoestatural e inmadurez bioeléctrica cerebral, por el doctor Ángel Peralta

Creatininemia y criatininuria en niños sanos y en hepatópatas, por la doctora Nelly Guerra Córdova

Delincuencia juvenil en España, por los doctores Juan A. Ruiz Santamaría y Santiago Ruiz Company

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicaba, en el mes de junio de 1965, diversos trabajos doctrinales. El primero de ellos se debió al Dr. Ángel Peralta, de Madrid, puericultor del Estado, sobre «Eritrodermia ictiosiforme ampollosa congénita con hipercrecimiento ponderoestatural e inmadurez bioeléctrica cerebral». A continuación, la Dra. Nelly Guerra, de Lima, disertó sobre «Creatininemia y criatininuria en niños sanos y en hepatópatas». Y para terminar este número del mes de junio, los Dres. Ruiz Santamaría y Ruiz Company, de Valencia, escribieron un artículo sobre «Delincuencia juvenil en España». La figura del mes estuvo dedicada al Dr. Crespo Hernández, de Salamanca.

En el primer trabajo, sobre «Eritrodermia ictiosiforme ampollosa congénita», el Dr. Peralta inicia afirmando que en la práctica pediátrica es infrecuente la presentación de enfermedades dermatológicas, debido a que los pacientes de este tipo son dirigidos directamente al dermatólogo en la mayoría de las ocasiones; por ello, no queremos desaprovechar la oportunidad de comunicar esta observación, que para el pediatra es, evidentemente, una dermatopatía rara, a la vez queremos recordar que hay un grupo de enfermedades dermatológicas hereditarias, denominadas genéricamente «genodermatosis», que por su aparición casi desde el nacimiento es el pediatra quien tiene la probabilidad de resolverlas, si no curarlas, al menos diagnosticarlas, por ser él quien primero las ha de tratar. Las genodermatosis más frecuentes son las siguientes: ictiosis, con sus tres formas (vulgar, congénita y eritrodermia ictiosiforme), queratodermia, palmoplantar, queratodermia punctata palmoplantar, paquioniquia congénita, disqueratosis congénita, poroqueratosis de Mibelli, xeroderma *pigmentosum*, defecto ectodérmico congénito, síndrome de Rothmum, poiquilodermia congénita, progeria, epidermolisis ampollosa, enfermedad de Darier, péngigo familiar benigno crónico (enfermedad de Haley

y Hiley), acroqueratosis verruciforme, pseudoxantoma elástico, cutis hiperelástica (enfermedad de Ehlers-Danlos), urticaria pigmentosa y, por último, incontinencia *pigmenti*.

El autor finaliza su artículo con un resumen en el que presenta un caso de eritrodermia ictiosiforme ampollosa congénita, en cuyo aspecto clínico destaca el hipercrecimiento ponderoestatural, por ser el peso y la talla un 20% superiores a lo normal. Realiza consideraciones etiológicas, anatomopatológicas, clínicas y evolutivas, así como sobre el diagnóstico diferencial y el tratamiento. La forma que presenta corresponde a una genodermatosis de herencia autosómica recesiva y de evolución crónica. Destaca que la palma de las manos y la planta de los pies no están afectadas, como es habitual en esta afección.

El segundo trabajo, «Creatininemia y criatininuria en niños aparentemente sanos y en hepatópatas», a cargo de la Dra. Guerra, se comienza afirmando que la determinación cuantitativa de la creatininemia y la creatininuria en niños aparentemente sanos y hepatópatas informa sobre su funcionamiento hepático y renal.

En la exploración funcional del riñón tiene especial significación la determinación de creatinina sanguínea y creatinina urinaria y, sobre todo, el aclaramiento de creatinina.

La autora continúa ofreciendo cifras sobre la creatininemia y la creatininuria en niños aparentemente sanos y en niños enfermos, con los siguientes apartados: hepatitis infecciosa (25 casos), ictericia hepatocelular (15 casos) y neoplasia del hígado (10 casos).

Concluye su trabajo con las siguientes observaciones:

1. Se estudiaron las variaciones cuantitativas de creatininemia y creatininuria en 30 niños aparentemente sanos, en 25 con

- hepatitis infecciosa, en 15 con ictericia hepatocelular y en 10 con neoplasia hepática, empleando la técnica de Folin-Wu modificada.
- Se comprobó en 30 niños aparentemente sanos que la cifra media de creatininemia fue de 1,73 mg%, con una desviación estándar (DE) de 0,39 y un rango de 0,58-2,22. La media de creatininuria fue de 1,1536 mg% (DE= 0,32; rango: 0,85-1,66).
 - Se comprobó en 25 niños con hepatitis infecciosa que el promedio de creatininemia fue de 0,94 mg% (DE= 0,19; rango: 0,59-1,35), con una probabilidad de error de 0,0001 a 0,001, disminuyendo en un 24%. Se comprobó que en la orina, el promedio de creatininuria fue de 2,25 mg% (DE= 1,41; rango: 0,74-6,20), con un aumento del 48%.
 - Se comprobó en 15 niños con ictericia hepatocelular que la creatinina en la sangre disminuyó en un 22%, alcanzando un promedio de 0,96 mg% (DE= 0,12; rango: 0,62-1,35), con una probabilidad de error de 0,01. Se comprobó que la creatininuria aumentó un 28%, con un promedio de 1,62 mg% (DE= 0,72; rango: 0,74-2,82).
 - Se comprobó en 10 casos de neoplasia hepática que la creatinina en sangre disminuyó en un 46,9%, alcanzando un promedio del 0,79% (DE= 0,12; rango: 0,62-0,95), con una probabilidad de error <0,001. Se comprobó que la creatininuria aumentó un 30,38%, con un promedio de 0,65 mg% (DE= 0,16; rango: 0,85-2,43).
 - Se comprobó que la creatinina en la hepatitis infecciosa, la ictericia hepatocelular y la neoplasia del hígado disminuye su concentración en sangre y aumenta su eliminación por la orina, si se compara con la creatininemia de niños aparentemente sanos.

Este número continúa con la Comunicación al I Congreso Nacional de la Infancia Española, presentado por los Dres. Ruiz Santamaría y Ruiz Company: «Delincuencia juvenil en España».

En la mayor parte de los países del mundo existe una intensa preocupación por la delincuencia juvenil ante el alarmante acrecentamiento de la misma. Ese ambiente no existe en España (1965) afortunadamente, porque los casos infantiles han disminuido, y en cuanto a los juveniles, sus porcentajes son tan reducidos que prácticamente responden a los aumentos de la población, perfectamente controlables.

En España no nos coge desprevenidos, puesto que desde hace 57 años (1965) la obra de Protección de Menores viene ocupándose, en la forma más apropiada a cada época, de lo que le es propio y le encomiendan las disposiciones vigentes. Prueba de esta preocupación es el aumento del número de Tribunales Tutelares: 22, en 1936, y 53, en la actualidad (1965) (existe 1 por provincia, más el de Ceuta y el del Campo de Gibraltar). Han dado el fruto para el que fueron creados, controlando los casos que podían pasar inadvertidos al no existir estas instituciones en cada provincia.

La lucha contra la delincuencia infantil está sostenida atendiendo a la familia como núcleo, en diversas formas de protec-

ción (premios a la nupcialidad, natalidad, subsidio familiar, beneficios a la familia numerosa, con descuentos en los impuestos y en educación de sus hijos, etc.).

La acción de los Tribunales Tutelares y las Juntas de Protección de Menores, con sus instituciones de reforma, prevención y protección, han creado el clima apropiado para evitar la formación de esas bandas de niños en que, inconscientes, aterran a otros países. Son estos núcleos compactos de niños en que cada uno de sus componentes pierde sus aspectos infantiles, aumentando, en cambio, en desenvoltura y picardía, con mengua de su moralidad. En nuestro país, algunas instituciones dedicadas a la reforma de menores se han tenido que transformar en instituciones de protección debido al descenso de la delincuencia juvenil, como puede verse con la observación de las siguientes cifras:

- 1956: 12.058 casos.
- 1957: 11.634 casos.
- 1958: 10.957 casos.
- 1959: 10.112 casos.

Debemos mencionar la opinión de Ramón Sierra, corresponsal en Roma de *El Correo Español*, en el que, en una crónica referida a los *teddy-boys* y *blousons-noirs*, decía: «Una de las causas más importantes de la escasa delincuencia juvenil en España —escasísima en comparación con la de otros países— debe ser atribuida a los núcleos de resistencia al ambiente de la época, que todavía perdura en muchas familias españolas; a la educación sobre bases fundamentales cristianas, a la vigilancia del Estado sobre las publicaciones destinadas a los menores, a las restricciones que impiden la asistencia de los mismos a los espectáculos públicos y a la labor de los Tribunales de Menores, de los reformatorios e instituciones de protección de menores, especialmente en el aspecto preventivo, destinada a separar a los menores de ambientes corrompidos y peligrosos».

La causa que propicia la delincuencia es la inadaptación juvenil, originada en muchos casos por la carencia de autoridad paterna de tipo educativo.

La delincuencia juvenil está favorecida por varios factores: abandono infantil, urbanismo y elevación del estado económico de país, industrialización, migración, elevación del paro, número de divorcios y distracciones sin censura (cine, televisión, lecturas). Así, según el secretario general de la UIPE, entre los 12 países europeos en que se estudió este problema, se encuentra que en 9 de ellos (Austria, Alemania occidental, Inglaterra, Francia, Grecia, Noruega, Suecia, Turquía e Italia) ha aumentado la delincuencia juvenil, y disminuido en Bélgica y Dinamarca. En cuanto a España, se observa que la delincuencia infantil va disminuyendo aceleradamente, y la juvenil, cuyo índice es menor que el de otros países, no ha disminuido y se ha estacionado, aun cuando el hecho de mantener la misma cifra con el aumento normal que experimenta la población es, en realidad, una disminución del citado índice.

A partir de lo expuesto anteriormente, observamos que si otros países más ricos, con más medios técnicos y con organización más completa, no han logrado disminuir sino que han visto aumentar sus cifras de delincuencia infantil, debe considerarse que ésta no depende de la parte técnica ni perfección laboral, lo que nos lleva a pensar que el factor originario debe ser de tipo familiar y religioso, atendidos por la constante preocupación del Estado.

Concluye este número del mes de junio con varios artículos reproducidos, como «Trauma en niños», «Problemas en el diagnóstico de la tuberculosis osteoarticular», «Raquitismo resistente a la vitamina D», «Calcificación del disco intervertebral en la infancia», «Una guía para el tratamiento adecuado del

raquitismo resistente debido a la hipofosfatemia familiar o esencial», «Tratamiento del raquitismo con vitamina D a largo plazo», «Tratamiento del raquitismo resistente a la vitamina D», «Amputación quirúrgica en los niños» y «Osteomalacia atípica resistente a la vitamina D».

Finalmente, se incluye en el mismo número una biografía del Dr. M. Crespo Hernández.

Siguiendo la cita anónima que afirma «De noventa enfermedades, cincuenta las produce la culpa y cuarenta la ignorancia», espero que con esta pequeña ayuda de la sección «Hace 50 años» se olvide la ignorancia de lo que fue nuestra pediatría en España. ■■■