

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

### AÑO XVII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 217 **SUMARIO DEL NÚMERO DE MARZO DE 1961**

#### FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El Dr. Jaso

#### ARTÍCULOS ORIGINALES

##### Trabajos doctrinales y casos clínicos

Aspectos clínicos de los factores de la mortalidad perinatal, por los doctores Carlos Botella Llusá, Luis González-Coviella, Ángel Pérez-Fernández Bousoño e Ignacio Villa Elízaga

Algunas virasis en la infancia con sintomatología imprecisa y difícil diagnóstico, por el doctor Ángel Alique Tomico

Acerca de un caso, poco frecuente, de la delincuencia infantil, por el doctor Santiago Benito Arranz

Oligofrenia, paraplejía espasmódica (tipo Little) e ictiosis congénita en un pequeño prematuro. Síndrome de Sjögren-Larsson, por el doctor M. Schachter

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicaba, en el mes de marzo de 1961, diversos trabajos doctrinales y casos clínicos.

El primero de ellos se debió a los Dres. Botella Llusá, González-Coviella, Pérez-Fernández Bousoño y Villa Elízaga, que trataba sobre «Aspectos clínicos de los factores de la mortalidad perinatal».

A continuación, el Dr. Alique Tomico describió «Algunas virasis en la infancia con sintomatología imprecisa y difícil diagnóstico».

En tercer lugar, el Dr. Benito Arranz publicó un interesante trabajo «Acerca de un caso, poco frecuente, de la delincuencia infantil».

Por último, el Dr. Schachter también presentó una nota clínica en francés sobre «Oligofrenia, paraplejía espasmódica (tipo Little) e ictiosis congénita en un pequeño prematuro. Síndrome de Sjögren-Larsson».

La figura del mes estuvo dedicada al Dr. Jaso, que recientemente había sido elegido presidente de la Asociación de Pediatras Españoles.

En el primer trabajo, «Aspectos clínicos de los factores de la mortalidad perinatal», los Dres. Botella, González-Coviella, Pérez-Fernández Bousoño y Villa Elízaga presentan una comunicación basándose en los niños nacidos en el Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología de Madrid, durante los años 1957-1959, que sumaban un total de 25.989, cifra considerable si se compara con las de otras clínicas obstétricas.

Para su labor de estadística, y con el fin de simplificarla lo más posible, dividieron las causas de mortalidad perinatal en

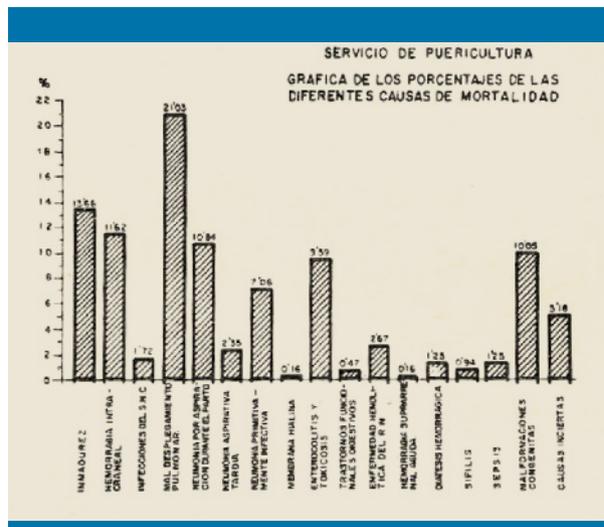


Figura 1

17 apartados, siguiendo para ello un criterio clínico según el número de casos habidos (figura 1).

La mortalidad bruta era del 4,29%, y la mortalidad perinatal corregida, estimada con arreglo a los acuerdos internacionales, de un 2,75% (figuras 2 y 3), cifra que, comparada con las norteamericanas, resultaba considerablemente elevada (tabla 1), pero que estaba a la altura de las clínicas alemanas.

Esto se explica, según los autores, porque mientras en Estados Unidos no existía la obstetricia domiciliaria y todos los

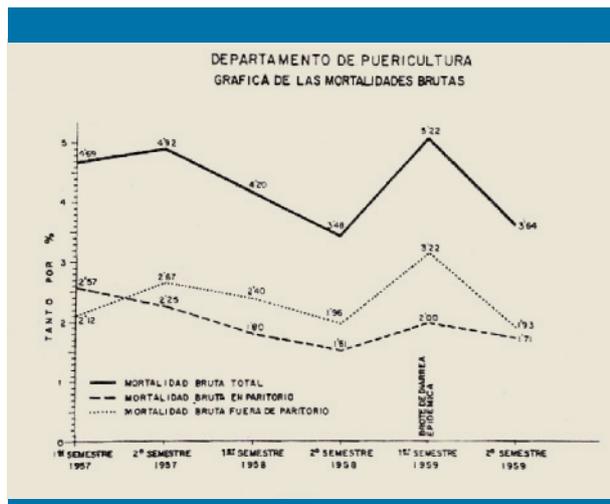


Figura 2

partos se atendían en la clínica, en Europa, en el año 1961, y sobre todo en nuestro país, las clínicas eran todavía colectores de distocias, lo que propiciaba una mayor mortalidad perinatal.

A pesar de ello, se consiguió un descenso de las tasas de mortalidad bruta (como puede apreciarse en las figuras anteriores), que se acentuó en el año 1961. La subida que se aprecia en el primer semestre de 1959 se debió a una diarrea epidémica por bacilo piocianico, demostrado en los análisis de laboratorio.

A continuación, los autores realizan un sucinto comentario de los apartados que, a su juicio, tienen un mayor interés:

1. Inmadurez.
2. Hemorragia intracraneal.
3. Mal desplegamiento pulmonar y neumonía por aspiración.
4. Neumonía aspirativa tardía.
5. Neumonía primitivamente infectiva.
6. Enterocolitis y toxicosis. (En este apartado las otitis medias sobresalen en los prematuros, por lo que será motivo de un trabajo más extenso por su parte.)
7. La sífilis es una causa poco frecuente de muerte en esta estadística (0,94%), incluso después de realizar un gran número de test de Nelson en los que se basaba el diagnóstico, junto con la clínica, el estudio radiográfico, la serología ordinaria y los hallazgos anatomopatológicos.
8. La discrasia sanguínea representa un 3,92% de todas las causas de mortalidad.

Tras lo expuesto previamente, los autores establecen las siguientes conclusiones:

1. Importancia de la labor prenatal: en 1961 se encontraba en España escasamente desarrollada.
2. Actuación del obstetra para rebajar lo más posible el índice de prematuridad.
3. Mayor atención del obstetra para evitar el sufrimiento fetal.
4. Colaboración estrecha del pediatra en la reanimación del recién nacido. Los autores creen que en las maternidades importantes debería existir un equipo de reanimación de guardia.

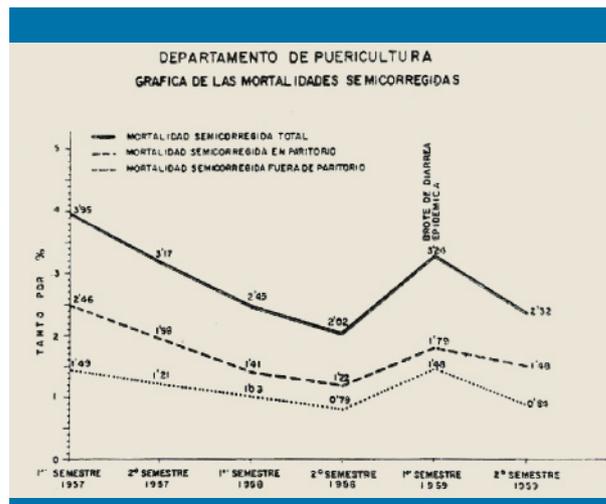


Figura 3

PAIS	AUTOR	AÑO	MORTALIDAD %	
			Bruta	Corregida
ALEMANIA. ( Berlín-oeste ) ( Oettingen ) ( Tubingen )	Miculies	1959	3.3	2.2
	Rosenann	1956	5.0	2.1
	Bickenbach	1955	4.8	2.6
AUSTRIA. ( Viena )	Fink	1955	4.2	1.9
BELGICA.	de Paeppe	1959	2.6	1
ESPAÑA. ( Sucesite ) ( Sevilla ) ( Madrid ) ( Madrid )	Badaya	1959	5.3	?
	Badaya	1959	4.9	2.8
	Botella	1956-59	4.3	2.7
	Botella	1959	3.6	2.3
ESTADOS UNIDOS. ( Toda la Nación ) ( Baltimore ) ( Tennessee ) ( Chicago )	Madison	1955	2.8	?
	Hesbitt	1956	3.8	?
	Diddle	1956	2.5	2.0
	Sobnitz	1956	1.7	1.0
SUECIA. ( Coteborg )	Kjessler	1949	3.4	2.8

Tabla 1

5. De las cifras expuestas se deduce la importancia vital de crear centros de prematuros lo suficientemente amplios y dotados para atender a estos niños, tan lábiles pero, a su vez, tan recuperables con una asistencia correcta.

El segundo trabajo se debió al Dr. Alique Tomico, de Albacete, sobre «Algunas virasis en la infancia con sintomatología imprecisa y difícil diagnóstico». El estudio se realizó tras la aparición de una epidemia gripal en el primer trimestre de 1959 en la ciudad de Albacete, que afectó a toda la población en general, pero sobre todo a los niños (especialmente a los menores de 1 año), entre quienes ocasionó una gran mortalidad.

Para tener datos objetivos y concretos se recurrió a los obtenidos del Registro Civil y, tras comparar el número de defunciones con las del año anterior y por meses, se constató claramente

te que no se trataba de una falsa alarma, como fue calificada por algunos, sino de un hecho real.

La mayor parte de las enfermedades producidas por virus confieren una inmunidad permanente, a excepción de la gripe epidémica y las enfermedades gripales. Las siguientes características generales son propias del comportamiento de dos grupos de virus, adenovirus y enterovirus:

1. Su distribución es universal.
2. Se difunden por contagio directo.
3. Producen infecciones esporádicas y epidémicas.
4. Muchas infecciones son clínicamente inaparentes.
5. Producen entidades clínicas características o bien formas *minor*, simplemente definidas por un síndrome febril indeferenciado.
6. Algunos de estos virus pueden causar la muerte si se combinan factores especiales que disminuyan las defensas del individuo, como la susceptibilidad del lactante.
7. Son más habituales en la infancia.
8. Los anticuerpos específicos de cada virus se encuentran con mucha mayor frecuencia en los adultos que en los niños.
9. Los adultos presentan anticuerpos frecuentes frente a un mayor número de virus que los niños, como corresponde a las múltiples infecciones sufridas durante la infancia y la adolescencia.
10. Los métodos de diagnóstico son lentos, y los resultados no se conocen generalmente hasta que el enfermo está convaleciente. El aislamiento del virus es el camino más rápido y seguro para confirmar el diagnóstico, pero puede no ser concluyente, particularmente en casos esporádicos, debido a la frecuencia de portadores sanos de algunos de estos virus.

Entre las enfermedades más comunes producidas por adenovirus podemos distinguir las siguientes:

- Enfermedad respiratoria aguda.
- Neumonía.
- Faringitis y fiebre faringoconjuntival.
- Virus asociado a crup CA.
- Virus de hemoadsorción.
- Virus 2.060.
- Virus JH.
- Virus Sendai HVJ gripe D.
- Agente de la coriza del chimpancé.

El autor explica a continuación la patología de los enterovirus, para terminar con un resumen y una serie de conclusiones:

1. Varios cuadros clínicos respiratorios, de etiología infecciosa, que con gran frecuencia se observan en los niños, sobre todo en la primera infancia, y que no obedecen a los antibióticos y tratamientos actuales, son producidos por virus distintos a los virus gripales.
2. Aunque no es fácil el aislamiento de estos nuevos virus, el equipo de pediatras, el virólogo y el epidemiólogo podrían determinar y comprobar en nuestro país algunos cuadros perfectamente conocidos en otros países, para los cuales incluso se preparan vacunas con adenovirus con un resultado favorable.
3. La mortalidad por virosis, sobre todo en la primera infancia, es en muchos casos superior a la producida por gérmenes que pueden erradicarse con los antibióticos actuales.

4. La tasa de mortalidad infantil por etiología infecciosa estimada en Albacete en 1959 fue más del doble de la observada en el año anterior.
5. Se confirma, una vez más, que las defensas del niño en las afecciones por virus son mucho menores que las del adulto, quizá porque éste ha tenido contacto con ellos en su infancia y adolescencia.
6. Debemos revisar la patología respiratoria del niño, ya que, como en esta epidemia, han fracasado los tratamientos empleados habitualmente con buenos resultados, cuando no se deben a una etiología virásica.
7. Dada la incertidumbre ante la etiología de esta epidemia, los clínicos y virólogos que nos asesoraron, aun recurriendo a la colaboración de laboratorios extranjeros, no pudieron determinar el agente etiológico.
8. Las características de la epidemia, el hecho de no encontrar lesiones anatomopatológicas, radiológicas, electrocardiológicas ni por los medios de laboratorio usuales, la benignidad en los mayores de 1 año, etc., llevaron al autor a sospechar (coincidiendo con la opinión de los competentes clínicos y virólogos que le asesoraron) que la epidemia debió producirse por un virus distinto a los virus gripales, probablemente un adenovirus.

A continuación, el Dr. Benito Arranz publica la nota clínica «Acerca de un caso, poco frecuente, de la delincuencia infantil».

El autor se detiene en la clínica de una paciente y, tras hacer unas consideraciones acerca del robo infantil, concretamente sobre su psicogenia, presenta un caso clínico de una paciente de 12 años de edad cuya única alteración consistía en la realización de robos repetidos. La exploración electroencefalográfica permitió comprobar un foco epiléptico temporal. Por este motivo se hacen comentarios acerca de las formas psíquicas de la epilepsia temporal y el mecanismo de las impulsiones de los epilépticos temporales.

El último trabajo del número de este mes es el realizado por el Prof. Schachter, miembro afiliado de la Royal Society of Medicine de Londres: «Oligofrenia, paraplejia espasmódica (tipo Little) e ictiosis congénita: un caso de un pequeño prematuro. Síndrome de Sjögren-Larsson».

Tras exponer el caso clínico, termina su aportación con una observación clínica correspondiente a una niña de 5 años y 9 meses, nacida prematuramente (8 meses), que presentó después de su nacimiento una ictiosis generalizada, una alteración mental y un síndrome de Little. El examen ocular fue normal. Los padres, no consanguíneos, tenían buena salud.

El autor incluye a continuación la bibliografía de la clínica, y se puede concluir que esta esporádica observación es probablemente la primera aparecida en la bibliografía médica francesa.

Ante los trabajos y notas clínicas que se presentan en este mes, me ha venido a la memoria lo que dijo Novalis, poeta alemán del siglo XVIII: «un niño es un amor hecho visible». (Nota del Editor: Yo insistiría en decir que el niño, desde el momento de la concepción, es un amor hecho visible.) ■