

## Los ataques convulsivos en la primera infancia \*

(Capítulo de una obra futura)

Por el Dr. MANUEL ESCONTRIA

Por la forma intempestiva de presentarse, así como por lo aparatoso del cuadro que impresiona vivamente a los familiares, por regla general no es el médico habitual de la familia, sino al que se encuentra más a mano, a quien toca atender de urgencia al enfermito y cuando más tarde el pediatra continúa el tratamiento, casi siempre se encuentra con que se ha hecho una terapéutica absolutamente inútil las más veces, si no es que perjudicial, y se ha establecido un pronóstico por lo general erróneo, por no estar basado en un diagnóstico exacto.

Estas consideraciones han motivado que como tema de mi trabajo reglamentario, fuese éste el elegido, estando seguro que lo que en él diga poco de novedoso tendrá para los pediatras, pero quizá sea útil para los médicos que no cultivan esta especialidad y que, sin embargo, se encuentran con frecuencia teniendo que resolver este problema.

Es de todo punto indispensable, en mi concepto, hacer una subdivisión entre las crisis convulsivas de las tres primeras semanas de la vida y las que se presentan en el resto de la primera infancia.

Las causas que provocan el síndrome convulsivo en las tres primeras semanas de la vida, rarísima vez se presentarán más tarde y, viceversa, lo que causa el ataque convulsivo en el niño mayor de tres semanas, casi nunca será el motivo de esas convulsiones en el recién nacido. Por esta razón, dividiré mi exposición en dos partes que corresponden a esas dos divisiones cronológicas.

### Síndrome convulsivo del niño menor de tres semanas

Desde el punto de vista sintomatológico, el cuadro más frecuente que se presenta, es el de pérdida del conocimiento, acompañado de convulsiones tónicas o clónicas o ambas, mirada fija al principio, seguida después de movimientos convulsivos de los glo-

\* Trabajo de turno leído en la sesión del 17 de mayo de 1939.

bos oculares, a veces nistagmus y casi siempre dilatación pupilar. Acompaña a todo esto, un período inicial de apnea seguido después de respiraciones estertorosas y, para finalizar, un tiempo variable de respiración suspirosa.

Todo esto, que es lo fundamental, viene a veces acompañado de relajación de los esfínteres vesical y anal y en ocasiones expulsión por la boca de saliva y mucosidades, más o menos burbujeantes. La duración del ataque convulsivo es variable, por lo general de unos diez minutos, y seguido después de un estado de somnolencia o torpor que con frecuencia se interrumpe por pequeños sobresaltos de brazos o piernas o contracciones laterales de las comisuras bucal o palpebral.

Puede no volverse a presentar el ataque convulsivo o por lo contrario, después de un tiempo variable, repetirse lo anteriormente descrito.

**Diagnóstico.**—En presencia de semejante cuadro ¿qué causas de él debe de recordar el médico?

I.—Compresiones del encéfalo. Es en esta edad la causa más frecuente del síndrome convulsivo y el interrogatorio nos dará fácilmente datos para hacer el diagnóstico. Se trata de hemorragias intracraneanas, debidas a causas mecánicas del parto. En presencia de un niño menor de tres semanas, investigaremos **siempre** las condiciones en que nació y averiguaremos la duración del parto, la época de la ruptura de las membranas, si hubo o no extracción artificial, la existencia de gibas sero-sanguíneas y si se hicieron maniobras para establecer la función respiratoria del niño.

Como regla general, el estado convulsivo no se presentó como el primer síntoma y casi siempre estuvo precedido de cierto grado de cianosis de la cara y extremidades, dificultades para la deglución, inapetencia y respiración **quejumbrosa** y poco o ningún llanto franco. Es muy frecuente que las convulsiones ataquen medio cuerpo solamente y que haya desviación conjugada de la cabeza y de los ojos, pero no es forzoso que así sea. No es raro que haya fiebre desde mucho antes que se presente el ataque convulsivo y ésta es debida a las lesiones encefalomeníngeas, a la falta de ingestión suficiente de líquido, a ambas causas a la vez.

Es variable el tiempo que dura la crisis, pero por lo general es de más de 15 minutos y lo más frecuente es que no sea única

sino que se presente en serie y en los intervalos de una y otra pérdida del conocimiento persistan rigideces acentuadas de las extremidades acompañadas de pequeños sobresaltos tendinosos.

Casi siempre el niño está cianótico, hay discordancia entre la temperatura y el pulso (éste está bajo) y la mollera está tensa aun en los casos en que la ingestión de alimento ha sido baja.

II.—Fiebre de sed. Unida o no a lo anterior, podemos comprobar la escasa ingestión de alimento y la aparición brusca de fiebre alta, escasez de orina, sequedad de la piel. En este caso el niño ha estado insomne y llorando mucho, salvo en el caso de ser un débil congénito o un prematuro y que por ese motivo haya mamado poco; en esas condiciones ha habido somnolencia y ausencia de llanto, pero también ausencia de respiración quejumbrosa.

Casi siempre en este caso el ataque convulsivo es breve, 15 minutos, y corresponde a la iniciación brusca de la fiebre. La mollera está deprimida y el pulso muy frecuente.

III.—Excitación dolorosa de la piel. En plena salud, iniciándose por un grito agudo, se presenta la crisis, es breve y tiene de particular que al desaparecer las convulsiones, se recupera rápida y completamente el conocimiento y el niño vuelve a llorar desesperadamente, pudiendo presentarse o no, otro episodio convulsivo al cabo de un tiempo variable. El dolor puede ser motivado por un pliegue de la ropa, un alfiler que pica, la presencia de secreción láctea sin fácil salida al exterior, alguna escoriación dermoepidérmica especialmente en axilas o ingles, o bien una hernia inguinal.

IV.—Una enfermedad febril intercurrente. La iniciación brusca de un ascenso térmico, motiva la aparición de la crisis convulsiva. Si se toma la temperatura exterior (axilar o inguinal) y la interior (rectal), (y esto debe hacerse siempre que hay una crisis convulsiva en el niño), se verá que en este caso hay una indiferencia entre ambas que pasa de uno, dos y a veces hasta tres grados centígrados.

Esta causa de convulsiones y las dos siguientes, son raras en esta edad y sí muy frecuentes en niños de más edad, por lo que por el momento solamente las señalaré para extenderme más ampliamente en la segunda parte de mi trabajo. Las enfermedades

febriles más frecuentes en esta época de la vida, son las infecciones de punto de entrada umbilical y la neumonía.

V.—Sífilis encefalomeníngea. Rara la crisis convulsiva en esta edad, por lo general es de medio cuerpo y casi nunca faltan manifestaciones mucosas, cutáneas, viscerales (hepáticas sobre todo) y osteoperiósticas. Casi nunca es un solo ataque convulsivo y existen los signos concomitantes de un síndrome meníngeo.

VI.—Diátesis espasmofílica y tetania infantil.

Muy rara en nuestro medio y en esa edad. Tiene de particular la preexistencia de rigidez marcada de los miembros y la coexistencia con la crisis convulsiva de un **laringoespasma que por regla general marca la iniciación de la crisis convulsiva.**

VII.—Para concluir y agrupándolas en un solo párrafo, señalaré algunas causas raras de síndrome convulsivo, en las que el diagnóstico causal se impone: tales son malformaciones congénitas incompatibles con la supervivencia del niño, la ictericia grave **ingénita del recién nacido** y los traumatismos craneanos después del nacimiento.

No ha sido al capricho como he elegido esta enumeración, sino que la he basado en la frecuencia de estas causas y ello sólo tendrá que servir al clínico de guía en su investigación diagnóstica puesto que en **clínica** hay que ser simplista sin que por eso se dejen de tener presentes las causas poco frecuentes.

Pronóstico.—I.—En las compresiones encefálicas de origen obstétrico, la aparición del síndrome convulsivo es prácticamente fatal. Rara vez quedará con vida el niño y cuando así ocurra, será un tarado perpetuo por una hemiplejía o una hidrocefalia.

II.—No puede ser más benigno el pronóstico a condición de que la fiebre de sed no sea motivada por una causa de las que impiden al niño alimentarse.

III.—En el síndrome convulsivo ocasionado por una excitación dolorosa, el pronóstico, subordinado como la causa que provoca el síndrome a la causa del dolor, variará desde la mayor inocuidad (piquete de alfiler, escoriación, etc.), a una gran gravedad (hernia estrangulada).

IV.—Como en el grupo anterior, la gravedad del síndrome depende directamente de la poca o mucha gravedad de la enfermedad febril que lo provoca.

V.—Toda sífilis del encéfalo es grave y, sin embargo, no es raro ver curaciones sorprendentes a condición de hacer un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

VI.—En nuestro medio, la espasmofilia no es grave, y si se manifiesta por estados convulsivos, por lo regular, hecho el diagnóstico, no hay peligro para la vida del nuevo ser.

VII.—Muy variable el pronóstico, según la causa que lo origina.

**Tratamiento.**—I.—En las hemorragias meníngeas de origen obstétrico, el tratamiento durante la crisis consistirá en baño a 38°, de 10 minutos, **repetido si hay necesidad** cada cuatro horas. Inútil de todo punto y aun perjudicial inyectar alcanfor o toni-cardíacos. Es lo habitual, que el médico llamado de urgencia, sea esto lo primero en hacer; pero tanto en este grupo como en cualquiera otro, no hay razón para proceder así ni se obtiene ningún beneficio. Si se carece de agua en cantidad suficiente para dar el baño, se dará una fricción general de alcohol y baño de pies de agua sola o con mostaza. Fuera de la crisis, hielo a la cabeza, punción lumbar, luminal 0.005 dos veces al día y alimentar al niño con cuchara o biberón si se rehusa a tomar el pecho o si no puede mamar.

II.—Cuando es la fiebre de sed la causa de las convulsiones, el tratamiento durante la crisis convulsiva es igual al del grupo anterior y después dar el alimento en la cantidad que corresponde y proporcionar agua en cantidad de un tercio de la ración alimenticia, si se logra que tome alimento, y un equivalente de la ración alimenticia más un tercio, si no puede dársele alimento.

III.—En este grupo suprimir la causa del dolor, y, si se trata de una hernia, reducirla y contenerla de modo adecuado.

IV.—Durante la crisis convulsiva, dar baño caliente y después tratar la enfermedad febril intercurrente que produce el síndrome convulsivo.

V.—Cuando es la sífilis la causa, baño caliente durante la crisis, después punción lumbar y extracción de 10 c. c. de líquido céfalo-raquídeo y tratamiento específico por fricciones amplias de unguento mercurial dos veces al día, con dos gramos de unguento doble y 6 de vacuna para cada fricción. Por excepción se usará

arsenicales y el bismuto no produce beneficio alguno. Poner bolsa de hielo a la cabeza y alimentar al niño.

VI.—El tratamiento de la crisis es idéntico al de los grupos anteriores y el tratamiento después será hecho con rayos ultravioletas y extracto paratiroideo.

VII.—Durante la crisis, baño caliente cada cuatro horas y después tratar la enfermedad causal (si es de las que pueden tener algún tratamiento) y administrar luminal un miligramo al día, dividido en dos dosis.

### Síndrome convulsivo en niños de más de 21 días.

**Diagnóstico.**—En la primera parte de este trabajo me ocupé de tres causas de convulsiones en el niño menor de tres semanas, señalándolas como raras en esa edad y presentándose en cambio, con mucha frecuencia, en niños de más edad. De ellas me ocuparé desde luego ampliando lo que de modo somero ya había dicho.

I.—Enfermedades febriles de principio brusco. Aquí tenemos en pediatría la fuente más abundante y variada de síndromes convulsivos que pueda uno imaginar y aquí es precisamente donde la necesidad de un diagnóstico etiológico preciso del síndrome convulsivo se impone de modo categórico, porque un error diagnóstico en estas condiciones ha de variar total y absolutamente el tratamiento y el pronóstico.

Distínguense dos condiciones: (A) cuando el síndrome convulsivo se presenta al comenzar el **período febril inicial** del padecimiento y (B) cuando su aparición se efectúa después de un tiempo variable de iniciado el mal.

(A). En la iniciación. **Todo padecimiento de principio brusco y febril en la primera infancia es capaz de manifestarse por un ataque convulsivo.** Desde una simple indigestión, una rinitis o rino-faringitis aguda, **neumonía, erisipela**, toxi-infecciones intestinales, **colitis agudas, otitis medias, forúnculos**, hasta fiebres eruptivas, en particular la **escarlatina, paludismo**, estomatitis ulcerosas, meningitis por meningococos, para no hacer interminable esta enumeración, pueden tener como cuadro inicial un estado convulsivo.

Los caracteres de él no difieren en general del que se describió al principio de esta comunicación y poco o nada tienen de va-

riación aunque el padecimiento del que anuncian el principio sea tan diverso como ya antes señalé. Dos factores sí son decisivos y forzosos de tenerse en cuenta. Uno es el terreno: niños espasmofílicos como veremos muy pronto o niños de tipo de reacciones nerviosas intensas, de carácter irritable, voluntariosos o mimados y por sobre este factor domina y casi oculta a todo lo demás **el hecho de ser un ascenso térmico brusco en el que por un tiempo variable existe un desequilibrio marcado** (1, 2, 3 y aún más grados centígrados), **entre la temperatura de la superficie del cuerpo y la temperatura interna**; en tanto que subsista este desequilibrio entre la temperatura interna y la externa, habrá la posibilidad de que sigan presentándose las crisis convulsivas, las que desaparecerán al concluir ese desequilibrio térmico, aun cuando quede el niño con fiebre alta, en cuyo caso ya no seguirá habiendo ataques con pérdida del conocimiento y convulsiones tónicas y clónicas de los músculos estriados, sino simplemente algunas contracciones en los músculos de las extremidades (sobre todo de las superiores), sobresaltos tendinosos y contracciones clónicas de los músculos orbiculares (bucal y palpebral). En suma el ataque convulsivo del niño **en este grupo, no es sino el equivalente del escalofrío del adulto.**

Basta en estas condiciones tomar la temperatura axilar y la rectal (y así se debe de hacer siempre en estas condiciones) para comprobar la existencia del desequilibrio térmico, y por ende conocer el motivo de su aparición.

(B). En el curso de un padecimiento febril. Si en éste hay alzas y bajas bruscas que pongan al organismo en un estado de desequilibrio térmico, tal cual ocurriría en el grupo A, entonces las condiciones serán idénticas, pero puede ocurrir y de hecho así acontece, que el síndrome convulsivo sea una manifestación real de la participación de los centros nerviosos de la corteza; ya porque se trate de un ataque a ellos por un padecimiento que no radicaba ahí en un principio (infecciones colibacilares, neumocócicas, estreptocócicas), o bien que desde un principio el mal ahí radicara, pero que no se hacía ostensible por un síndrome convulsivo en la evolución del mal (meningo-encefalitis por diferentes gérmenes pero sobre todo los bacilares).

En este grupo el síndrome convulsivo en sí no tiene nada de

especial, y son los síntomas que precedieron ó que son concomitantes a él, los que variarán según el padecimiento de que se trate.

El diagnóstico en este grupo se basa sobre todo en la termometría. Si el acceso convulsivo se presenta habiendo el desequilibrio térmico que se señaló en el primer grupo, se tratará solamente de un equivalente del escalofrío; pero si en el curso de un padecimiento que pueda afectar los centros corticales aparece una crisis convulsiva y no hay desequilibrio térmico, puede hacerse sin duda alguna un diagnóstico de localización que se refiera a la corteza cerebral o su envoltura o a ambas.

II.—Sífilis encefalomeníngea. Señalada como causa poco frecuente en las tres primeras semanas de vida, más tarde se encuentra más seguido y su diagnóstico se hará con los mismos datos señalados en la primera parte de esta comunicación.

III.—Espasmodia y Tetania infantil. Aparte del laringo-espasma que no se presenta con estado convulsivo y sólo se manifiesta por la apnea y pérdida del conocimiento, la espasmodia puede dar lugar en su forma de eclampsia infantil a pequeños ataques con contracciones tónicas o clónicas y pérdida del conocimiento. Casi siempre las contracciones abarcan los cuatro miembros y la cabeza; la pupila está inerte. Rara vez dura más de 3 minutos el ataque y después de él queda el niño somnoliento. Pueden presentarse ataques en serie. Aquí no hay fiebre y antes de que hubiera el ataque y pasada la crisis convulsiva, existían los signos de Chvostek, Trousseau y Lust. El calcio sanguíneo está bajo, lo mismo que el fósforo; la exploración a la corriente galvánica da una hiperexcitabilidad, pues los músculos se contraen con corrientes inferiores a cinco miliamperes y, por último, en los conmemorativos del niño se encuentran datos que revelan ha sufrido espasmos (laríngeo, brónquico, pilórico), y con todo esto podrá fundarse el diagnóstico.

En la tetania no hay fiebre, la pérdida del conocimiento (si la hay) es muy breve y, en cambio, las contracciones tónicas en las extremidades (pie varus equino y mano de partero), pueden durar horas y días. Aquí como en la espasmodia, encontramos idénticos datos de hiperexcitabilidad muscular a la corriente galvánica, hipocalcemia y signos de Chvostek, Trousseau y Lust, con lo que el diagnóstico no presentará dificultades.

Cuando las dificultades aumentan y el cuadro clínico es más confuso, es en los casos en que en un terreno espasmofílico se presentan las causas que ya antes se han enumerado como capaces de producir síntomas convulsivos, y sólo la experiencia del clínico avisado, podrá dilucidar qué corresponde al terreno y qué a la causa que puede producir por sí sola el estado convulsivo.

IV.—Enfermedades agudas de los centros nerviosos. Sin ocuparme de la sífilis, por ser tema ya tratado, veré ahora las meningitis y meningoencefalitis más frecuentes.

A). Meningitis cerebroespinal. Casi siempre el síndrome convulsivo existe en ella, sea en la iniciación del mal o más adelante. Fiebre alta, signos oculares, signo de Koernig, raya meníngea, vómitos, **dolor lumbar o dorsal** intenso, herpes labial precoz y los datos obtenidos por el examen del líquido céfalo-raquídeo (que deberá de hacerse siempre que hay un síndrome meníngeo agudo, aunque no haya habido convulsiones) harán el diagnóstico.

B). Meningitis neumocócicas. El síndrome meníngeo igual que el anterior, pero predominando en las meninges altas, los antecedentes de una neumococia y el examen del líquido céfalo-raquídeo permitirán un diagnóstico exacto.

C). Meningitis colibacilares, por enterococos, etc. Como en el grupo anterior los antecedentes guiarán para hacer el diagnóstico haya o no habido síndrome convulsivo y, si éste se presenta, con mayor razón interesará fijarse en el curso anterior del padecimiento.

D). Meningitis tuberculosa. Nunca falta en ella el síndrome convulsivo pero nunca es al iniciarse el padecimiento. Es al cabo de dos, tres y aun más semanas de iniciado el mal y la mayoría de las veces, cuando ya se está en el período de la somnolencia, casi siempre sin fiebre o con fiebre moderada, cuando aparecen las convulsiones. Afectan, por lo general, los cuatro miembros y la cara y se presentan en series en cuyos intervalos, **a pesar de la somnolencia**, los miembros conservan cierta rigidez en actitud de flexión, especialmente los inferiores, contrastando con la extensión forzada de la nuca. Cefaleas, cambio de carácter, enflaquecimiento, fiebre moderada, vómitos de tipo cerebral, estreñimiento, signos oculares, han precedido al período de somnolencia y a la aparición de convulsiones y en la inmensa mayoría de los casos, con o

sin examen del líquido céfalo-raquídeo, ya por estos datos se habrá establecido el diagnóstico mucho antes de que apareciera el síndrome convulsivo.

E). Tétanos. Sólo hay convulsiones tónicas y clónicas, lo que es raro, al final del padecimiento cuando el trismus, la risa sardónica y la actitud en arco, habrán permitido hacer un diagnóstico indudable.

V.—Parásitos intestinales. Puede, y de hecho así se observa, que sean causa de convulsiones si bien la mayoría de las veces cuando a ellos se atribuye el síndrome convulsivo, no es sino cometiendo el error de que por ser el niño un parasitado y a pesar de que exista cualquiera de las causas que he venido señalando, sin hacer análisis ninguno de los signos que precedan o acompañen a las convulsiones, por el solo hecho de que durante ellas se arroje al exterior anillos de tenia o algún ascáride, se atribuye a los parásitos las convulsiones. En mi larga estancia en zonas tropicales en donde todos los niños están parasitados, no recuerdo sino dos ocasiones haber observado síndrome convulsivo por esta causa y en ambos había tenia; en cambio, sinnúmero de niños menores de dos años y medio, portadores de occiuros, tricocéfalos, ascárides y anquilostomas, no los vi tener convulsiones por ese solo hecho. En los dos únicos casos que observé, el ataque convulsivo era muy breve, en apirexia, y coincidiendo con la ingestión de alimentos que en alguna forma molestaran al parásito (yerba buena, coco o pepita de calabaza).

VI.—La dentición. Por sí sola no produce síndrome convulsivo. Si en ocasión de un brote dentario hay fiebre y ésta es de principio brusco y reúne las condiciones de desequilibrio térmico ya señaladas anteriormente, entonces sí podrá haber convulsiones con los caracteres que tienen los de ese grupo ya antes estudiado.

VII.—Intoxicaciones. A). Exógenas (alcohol, estriénina, fósforo). Pueden producir convulsiones, son apiréticas, acompañadas de los otros signos de intoxicación (pérdida del conocimiento, taquicardia, primero y después bradicardia, vómitos, aliento etílico o fosfórico en el alcohol y el fósforo).

B). Endógenas. a). Acidosis, con o sin desnutrición previa, el aliento acetónico dará el diagnóstico. b) Bióxido de carbono. Se presenta sobre todo en cardiopatías ingénitas y en el curso de

la coqueluche. Siempre vienen con pérdida del conocimiento, apnea prolongada y **cianosis** intensa de las extremidades, labios y lengua.

VIII.—Otitis media supuradas. Es de la más alta importancia tener en cuenta al aparecer un síndrome convulsivo en el curso de una otitis media supurada, diagnosticar si el estado convulsivo es debido al vaciamiento en la cavidad craneana de la colección purulenta ótica o si sólo se trata de fenómenos febriles o tóxicos debidos a la otitis.

Siempre que en el curso de una otitis coincidiendo con una alza de temperatura, dolor y edema mastoideo y con mayor razón si cesó de haber otorrea, se presentan convulsiones, debe de pensarse en una invasión meníngea como causa del síndrome convulsivo. Si esas condiciones faltan, se tratará de fenómenos tóxicos o febriles y sólo hacen excepción los casos de septicemia de origen ótico en niños profundamente intoxicados, apiréticos, en los que sin dolor ni edema mastoideo puede presentarse el síndrome convulsivo como manifestación de la invasión meníngea y, en esos casos, el deplorable estado general del enfermito no nos dejará dudar al hacer un diagnóstico.

IX.—Epilepsia. De intento he dejado casi para finalizar esta enumeración y análisis de los estados convulsivos de la primera infancia, esta causa, no por ser la más rara sino porque su diagnóstico entraña un tratamiento y un pronóstico que interesa sobremanera establecer oportunamente.

En esta edad el ataque convulsivo epiléptico es breve (generalmente un minuto) apirético, **sin apnea inicial y con respiración suspirosa al terminar**, y con gran frecuencia hay relajación de los esfínteres. Por sobre todos estos síntomas hay dos que lo caracterizan: 1o.—Aparición intempestiva y casi siempre acompañada de un pequeño grito y 2o.—(Signo patognomónico si lo hay), presentarse durante el sueño. Casi nunca faltan los equivalentes del ataque, especialmente las **ausencias** muy breves, picnolepsia, los tics malignos, sobre todo el tic de Salaam, y los parpadeos.

X.—Réstame para concluir, mencionar la crisis apneica emocional. Las crisis debidas a esta causa se caracterizan por intensas convulsiones que sobrevienen en niños de más de tres meses y menores de dos años, con motivo de la cólera o el llanto.

Principia la crisis por un llanto intenso que rápidamente se suspende, el niño echa hacia atrás su cabeza y con frecuencia todo su cuerpo, se suspende la respiración, se pone cianótico y principian las convulsiones tónicas y clónicas generalizadas, pierde el conocimiento y en un tiempo que generalmente no pasa de un minuto, se suspenden las convulsiones, brota una abundante secreción sudoral y todo el cuerpo se pone flácido, a la cianosis sigue intensa palidez y el niño queda un tiempo corto sin respirar, con aspecto exterior de muerte, pero conservando los latidos del corazón intensos y rápidos, unas cuantas respiraciones estertorosas y después se regulariza la respiración, quedando el niño en estado de sopor. Unos minutos después, la criatura despierta y reanuda, sin que nada nos recuerde la aparatosa crisis, sus juegos, la ingestión de alimento o cualquier otro acto que estuviera realizando minutos antes. Casi siempre se trata de niños de cepa neurópata, mimados, consentidos y más frecuente en el hijo único. La apirexia, la aparición de la crisis en ocasión de cólera, llanto o dolor, y el cuadro mismo de la crisis, tal como lo acabamos de describir, permitirán hacer con facilidad el diagnóstico. A diferencia de la epilepsia **nunca se presentan durante el sueño**. Nada raro es encontrar en estos niños signos más o menos marcados de espasmo-filia.

XI.—Finalmente, señalaré la crisis convulsiva de los masturbadores (rara en la primera infancia). La criatura frota su sexo con la mano, con los muslos o contra algún objeto, su rostro se enrojece, la mirada se hace vaga, principian los movimientos convulsivos cada vez más rápidos y cesan bruscamente para quedar el niño por breves segundos en un aletargamiento o postración. El diagnóstico se impone con un poco que se observe que el ataque convulsivo fué provocado voluntariamente.

**Pronóstico.** I, II, III.—Lo dicho al tratarse del pronóstico de las convulsiones por estas tres causas en los niños de menos de tres semanas, se aplica a los de más edad.

IV.—La aparición de un estado convulsivo en el curso y sobre todo en la iniciación de una meningitis o meningo-encefalitis, es signo pronóstico muy grave; en la meningitis tuberculosa en particular se puede considerar como de pronóstico fatal.

V.—Las convulsiones por parásitos son de pronóstico absolutamente benigno.

VI.—Ninguna gravedad tiene el síndrome convulsivo que a veces se presenta en ocasión de un brote dentario.

VII.—Siempre grave y casi siempre fatal es la aparición de convulsiones en las intoxicaciones exógenas o endógenas.

VIII.—Cuando en las otitis medias supuradas se presenta el síndrome que estudio, el pronóstico es muy grave.

IX.—Siendo el ataque convulsivo la manifestación mayor de la epilepsia, a mayor intensidad y frecuencia de los ataques, el pronóstico es muy grave.

X.—Ausencia absoluta de gravedad en los casos de apnea emotiva.

XI.—Sin gravedad para la vida, los ataques por masturbación.

**Tratamiento.** I, II, III.—Ya quedó señalado en la primera parte de este trabajo.

IV.—Todo estado convulsivo en el curso de una meningitis, amerita la punción lumbar, baños calientes, hielo a la cabeza y tratamiento causal, si lo hay, de la meningitis que se trate. En estos últimos tiempos se ha empleado con éxito en algunos casos, y tengo algunas observaciones formadas, la inyección intrarraquídea de solución de alguna sulfanilamida al 4% en las meningitis estreptocócicas y neumocócicas.

V.—Durante el ataque baño caliente y después administración del vermífugo o tenífugo que se juzgue pertinente.

VI.—Baño caliente, incisión de la encía, en los ataques por brote dentario.

VII.—Baños calientes repetidos, suero bicarbonatado en las acidosis; baños y administración de oxígeno en las causadas por coqueluche.

VIII.—En las de origen ótico: baño caliente, hielo a la cabeza y la intervención que el aurista juzgue oportuna.

IX.—Durante el ataque evitar las mordeduras de la lengua y los traumatismos en los miembros. La administración de luminal según en cada caso se juzgue oportuno.

X.—En la apnea emotiva. El tratamiento se hace en los familiares llevándoles al convencimiento de la inocuidad de estos ataques.

XI.—Si hay alguna causa local de irritación con los genitales suprimirla y la vigilancia del pequeño.

Larga enumeración es la que he hecho ante ustedes; pero siendo tan distintos el pronóstico y el tratamiento según lo que ocasione un síndrome convulsivo, he querido hacer la enumeración y clasificación de ellos con la esperanza de que en la práctica diaria de la profesión el médico pueda tener un criterio que le encauce su actividad para el mayor provecho de su enfermo.

## **El coeficiente Rn. de los linfocitos sanguíneos del adulto normal**

(Nota preliminar) \*

Por el Dr. IGNACIO GONZALEZ GUZMAN.

Como es bien sabido y aceptado por los hematólogos, los linfocitos de la sangre normal se originan en los órganos linfopoiéticos a expensas de células cepas fijas o móviles que reciben denominaciones diversas, según el credo hematológico que se profese. Como no es mi propósito en esta nota preliminar enumerar en qué consisten las diversas doctrinas hematológicas y cuál es el significado morfológico y ontogénico de los términos consagrados, me limito a señalar para claridad y precisión de lo que después diré, que aceptando algunos de los postulados de Maximow, Weindenreich, Downey y Bloom, profeso el credo neo-unicista y soy partidario de la terminología de la escuela italiana de Ferrata. De acuerdo con ello, recordaré que el punto de partida de la serie linfoide, es eventualmente el hemo-histioblasto, funcionalmente el hemocitoblasto folicular en función linfocitógena, que de éste deriva el prolinfocito, etapa intermedia de maduración que conduce al linfocito adulto, y finalmente que éste envejece y es destruido en los órganos linfocateréticos o eliminado por el intestino. Inicialmente Pappenheim y después la gran mayoría de los autores, consideran que los linfocitos leucocitoides son las formas más evolucionadas de la estirpe linfoide.

Así, pues, este largo fenómeno de maduración, que se inicia

\* Leído en la sesión del 15 de noviembre de 1939.