3003

328

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL SINDROMA CONVULSION

EN LAS

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDUARDO F. BELÁUSTEGUI

EX-INTERNO POR CONCURSO DEL HOSPITAL RAWSON

AÑOS 1895-96

EX-INTERNO DE LA CASA DE EXPÓSITOS

AÑOS 1896-97-98

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE A. VILLAFAÑE

San Martin 123 (altos)

1898

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL SINDROMA CONVULSION

EN LAS

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDUARDO F. BELÁUSTEGUI

EX-INTERNO POR CONCURSO DEL HOSPITAL RAWSON

AÑOS 1895 - 96

EX-INTERNO DE LA CASA DE EXPÓSITOS

AÑOS 1896 - 97 - 98

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE A. VILLAFAÑE

San Martin 123 (altos)

1898

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor D. Enrique E. del Arca.

Vicedecano

Doctor D. Pedro Mallo

Académicos titulares

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca
" " José T. Baca
" " Rafael Herrera Vegas
" " Pedro Mallo
" " Jacobo de Tezanos Pinto
" " Eufemio Uballes
" " Juan R. Fernández
" " Enrique E. del Arca
" " Pedro N. Arata
" " Manuel Blancas
" " Roberto Wernicke
" " Pedro Lagleyze
" " José Penna
" " Luis Güemes
" " Eliseo Canton

Académicos honorarios

Doctor D. Ernesto Aberg
" " Pablo Marengo
" " Eduardo Wilde
" " Martín Spuch
" " Telémaco Susini

Secretario titular

Doctor D. Luis M. Acuña

Prosecretario

Doctor D. Zenón Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan José Naon.
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología General y Humana	»	Pedro J. Coronado.
Higiene Pública y Privada	»	Melitón González del Solar.
Patología General y Ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología Externa	»	Obdulio Hernández.
Patología Interna	»	José Penna.
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos Malbran.
Medicina Operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo. Alejandro Castro.
Clínica Médica	»	Gregorio N. Chaves. Luis Güemes. Abel Ayerza. Francisco A. Sicardi.
Obstetricia y su Clínica	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina Legal y toxicología	»	Eduardo M. Pérez.
Enfermedades genito-urinarias	»	Federico Texo.
Química Médica	»	Pedro N. Arata.
» analítica	»	Atanasio Quiroga.
Física Médica	»	Jaime R. Costa.
Zoología Médica	»	Eliseo Cantón.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia Teórica	»	Juan A. Boeri.
Botánica Médica	»	Martín Spuch.
Farmacia Práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica Farmacéutica	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.
Dentistería Operatoria	»	Leon Pereyra.

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomía Descriptiva	Doctor Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	» Avelino Gutiérrez.
Histología teórico-práctica	» Samuel de Madrid.
Fisiología General y Humana	Vacante.
Higiene Pública y Privada	» Enrique Revilla y Ric. Schatz
Patología General y Ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	Dres. Enrique E. del Arca. / Angel M. Centeno.
Patología Externa	» Pascual Palma. / Daniel J. Cranwell.
Patología Interna	Doctor Marcial V. Quiroga.
Anatomía Patológica	» José Badia.
Medicina Operatoria	» Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	Dres. Alfredo Lagarde. / José F. Molinari.
Enfermedades de niños y su Clínica	» Antonio F. Piñero. / Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	» Francisco Barraza. / Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	» José A. Estevez. / José R. Semprum.
Enfermedades mentales y su Clínica	Doctor Benjamin T. Solari.
Clínica Quirúrgica	Dres. Juan B. Justo. / Diógenes Decoud.
Clínica Médica	» Julio Méndez. / Ignacio Allende.
Física Médica	Doctor Juan J. Galiano.
Obstetricia y su Clínica	» Luis F. Vila y Fanor Velarde
Medicina Legal	Dres. Francisco de Veiga. / Domingo S. Cavia.
Química médica	Vacante.
Farmacia práctica	»
Toxicología	Doctor Juan Alba Carreras.
Botánica Médica	» Roberto S. Kölbe.
Laringología, otología y rinología	» Wenceslao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Maximiliano Aberastury.
Obstetricia para alumnas parteras	» Enrique Pietranera.
Dentistería operatoria	Vacante.

PADRINO DE TÉSIS

DECANO DR. ENRIQUE DEL ARCA

A LA MEMORIA DE MI MADRE

A MI PADRE

"Y a-t-il au monde, un être plus faible plus misérable, plus a la merci de tout ce qui l'environne, qui ait si grande besoin de pitié qu'un enfant? Ne semble-t-il pas quil ne montre une figure si douce et un air si touchant q'afin que tout ce qui l'aproche s'interesse a sa faiblesse et s'empresse a la secourir?"

J. J. Rousseau

Señores:

Atraído por una natural simpatía hácia los niños, he dedicado especial atención al estudio de los padecimientos que los aflijen. Durante dos años de internado en la Casa de Expósitos he tenido oportunidad de ver muchos enfermos y de apreciar algunas susceptibilidades mórbidas especiales á la infancia. Entre éstas ha llamado siempre mi atención la frecuencia de los fenómenos nerviosos y particularmente los accidentes convulsivos que tanto agravan aparentemente la marcha de las afecciones más banales.

En la infancia y en la vejez la reacción del organismo y la importancia de las enfermedades no guardan una justa proporción.

Si en el hombre adulto que se halla en la plenitud del desarrollo y de las fuerzas es fácil juzgar de la importancia de un proceso por la intensidad de sus manifestaciones sintomáticas, en el niño con frecuencia el cuadro más imponente suele acompañar las afecciones más ligeras, mientras que en el anciano las lesiones anatómicas más capitales pueden pasar ocultadas por síntomas débiles y poco alarmantes, y la muerte llegar, con suavidad, como si la naturaleza quisiera evitar un último esfuerzo para alcanzar el eterno reposo á ese organismo cansado por los afanes de una larga existencia.

He recogido durante mi internado algunas historias clínicas de afecciones comunes en los niños, pero acompañadas en los casos á que me refiero del sindroma convulsión, lo que me decide á agruparlas como base de este trabajo inaugural. Sin pretender, pues, abarcar en su conjunto las convulsiones de la infancia, tema vasto y complicado que considero superior á mis fuerzas, tema que por otra

parte ha sido agotado por maestros de la vasta erudición de Hoffman, Sauvages, Rosen, Brachet, Duclós, Rilliet, y Barthez, Baumes y muchos otros y coronado por la descripción magistral de Trousseau, en sus lecciones clínicas de l'Hotel-Dieu, voy á limitarme á exponer acompañándolos de consideraciones que me parecen oportunas, algunos de los casos interesantes que he tenido oportunidad de seguir en los servicios de los Dres. Bosch, Centeno y Davel, hácia quienes cumplo con el deber de manifestar mi gratitud, por sus útiles lecciones á la cabecera del enfermo y por las finas atenciones que siempre me han dispensado.

Debo también hacer constar mi especial agradecimiento hacia el señor Decano Dr. Enrique del Arca, que me hace el honor de prestarme su apoyo moral en este acto.

I

El sistema nervioso cefalo-raquideo, es el primero de los sistemas orgánicos que se esboza en el área germinativa del embrión, completando su desarrollo por las capas más superficiales del cerebelo, al terminar la vida intra-uterina.

Esta aparición precoz del sistema nervioso en el orígen de la vida, es suficiente para hacernos formar una idea de su importancia, pero sus funciones durante el desarrollo del embrión nos son completamente desconocidas; lo más probable es que estén limitadas á dirijir el proceso de nutrición tan estrechamente vinculado entonces al del organismo materno.

Más adelante su acción se manifiesta en el funcionamiento de algunos órganos vegetativos que como el corazón, son indispensables para la vitalidad del feto y aun en movimientos que se consideran accidentales como el de deglución del líquido ammótico y por acción

de éste sobre la mucosa digestiva, el reflejo del peristaltismo gastro-intestinal.

Del cuarto al quinto mes tienen lugar las primeras manifestaciones de la vida de relación bajo forma de actos reflejos, respondiendo el feto con movimiento de sus miembros, á las sensaciones puramente físicas de su medio ambiente ó del exterior, movimientos que solo son posibles en esta época del desarrollo cuando los músculos y palancas óseas han adquirido un desenvolvimiento suficiente.

Si estas funciones son difíciles de apreciar en la vida intra-uterina, no sucede lo mismo después del nacimiento, cuando el sistema nervioso entra de lleno á dominar la escena de la vida.

Al abandonar el niño el claustro materno, la desproporción entre los distintos órganos del cuerpo y sobre todo el predominio del sistema nervioso es muy aparente.

La cabeza representa en altura 12 1/2 cent., es decir, un cuarto del largo total del cuerpo y su circunferencia máxima supra occipito mentoniana mide de 37 á 38 centímetros. El encéfalo que representa por sí sólo en esta época del desarrollo dos tercios del volúmen total

del cráneo y de la cara, tiene un peso igual á un séptimo del peso total del niño, mientras que en el adulto la proporción es de 1/40 y hasta 1/50.

Pero durante la primera infancia el desarrollo se reparte equitativamente. siendo más rápido en los órganos que menos se han desarrollado en la vida intra-uterina, de manera que á los tres años, por ejemplo, el alto de la cabeza responde á un quinto de la estatura y en la edad adulta sólo á una octava parte.

La médula espinal es también en el momento del nacimiento, en proporción al cuerpo del niño, tres veces mayor que en el adulto.

Si durante la vida intra-uterina el sistema nervioso ha alcanzado en volúmen un desarrollo tan notable, en cambio su constitución íntima, su histología, es bastante rudimentaria y tiene que pasar aún por muchas evoluciones antes de adquirir su forma estable. Estas modificaciones paulatinas de su textura, son apreciables aun macroscópicamente á lo menos cuando se tiene oportunidad de practicar con cierta frecuencia, autopsias de niños desde unos días de edad hasta dos y tres años, notándose que á medida que avanza en edad

la sustancia nerviosa se hace más blanca y más consistente.

A este lento perfeccionamiento de constitución corresponde paralelamente un aumento de la dignidad funcional del sistema.

El encéfalo, colocado en el punto más culminante de la economía, preside por intermedio de sus ramificaciones. todos los actos de la vida vegetativa y de la vida de relación. Todos los órganos del cuerpo, todas las funciones vitales dependen de él, de una manera más ó menos directa. Pero la solidaridad es íntima y si bien los órganos no pueden prescindir de su concurso, también las alteraciones orgánicas ó periféricas repercuten de una manera evidente sobre el sistema nervioso central.

De esta reciprocidad funcional proviene la dificultad de diferenciar unas de otras las afecciones nerviosas de causa somática y orígen central que con frecuencia solo se manifiestan como en la meningitis tuberculosa por síntomas prestados por los diferentes órganos (vómitos, constipación, raya meningítica, etcétera) de las alteraciones puramente funcionales del cerebro, que tienen su causa en estos mismos órganos y que el sistema nervioso

presta su sintomatología siempre alarmante, como en las convulsiones que acompañan á veces en los niños una indigestión ó la presencia de vermes en el intestino.

En el momento del nacimiento, pues, la desproporción del sistema nervioso con el resto del organismo es enorme y la sola representación mental de este poderoso motor aplicado á tan débil engranaje, hace desde luego comprender con cuánta facilidad podrán producirse los trastornos funcionales reflejos, bajo la influencia de las fuertes impresiones que debe recibir el organismo del niño. con el cambio brusco de su medio ambiente y de su género de vida.

En el estado fisiológico y salvo variaciones individuales relacionadas principalmente con la edad, sexo, razas, etc., la excitación de un centro nervioso motor es producida, sea por excitaciones periféricas trasmitidas por los nervios sensitivos, lo que constituye los actos reflejos ó bien por un centro psíquico como en los movimientos voluntarios. En los primeros meses de la vida los actos reflejos ó instintivos dominan en absoluto y el desarrollo de la inteligencia y por consiguiente de la

voluntad se hace de una manera lenta y progresiva.

Aparte de estas excitaciones fisiológicas, existen otras de órden anormal ó patológico que producen también excitaciones anormales. Tales son, por ejemplo: un aflujo mayor de sangre á los órganos centrales ó por el contrario un lijero grado de anemia; la excitación enérgica de un centro nervioso periférico y la existencia en la sangre de sustancias que ya por su naturaleza (venenos, toxinas) ya por su abundancia (ácido carbónico en el período agónico de la asfixia) pueden producir trastornos nerviosos más ó menos graves, como convulsiones, síncopes, vértigos, estados comatosos, etc.

En primer término la desproporción enorme entre el sistema nervioso y el organismo á favor del primero y el desarrollo incompleto de los elementos íntimos de este sistema, en el que están comprendidos algunos centros nerviosos destinados á moderar la excitabilidad de otros centros más inferiores, (Soltmant) explica que en el niño el resultado funcional sea con frecuencia desproporcionado á la excitación recibida, á la causa ocasional.

Además es una ley de fisiología, que á mayor actividad funcional corresponde mayor excitabilidad. El corazón, por ejemplo, obrero monótono pero incansable de la vida vegetativa es tal vez el órgano más fácilmente excitable.

En el crecimiento rápido del organismo en los primeros años de la existencia, todos los sistemas y principalmente el nervioso que domina la escena, participan de esta actividad y se hacen por consiguiente fácilmente accesibles á las excitaciones más variadas.

En resúmen, la predisposición de la jóven edad á las complicaciones nerviosas en el curso de las enfermedades, se debe:

1° Al desarrollo enorme del sistema nervioso, relativamente al organismo del niño.

2° A la excitabilidad muy grande de este sistema, sobre todo notable en los nervios periféricos que se hallan por otra parte expuestos á fuertes sensaciones, á las que no se hallan habituados, de donde la intensidad de los fenómenos reflejos.

3° Al desarrollo incompleto de algunos centros nerviosos encefálicos, destinados á ejercer una acción moderadora ó inhibitoria, sobre los centros medulares muy excitables.

II

Se designa con el nombre de *convulsiones* á contracciones bruscas de los músculos, que producen movimientos diferentes de los normales, por su violencia, por su duración, por su frecuencia, por su tendencia á generalizarse, y sobre todo, por ser completamente agenos á la acción de la voluntad.

Desde Willis y Baumés se dividen las convulsiones por su aspecto clínico en *tónicas* y *clónicas*, aunque fisiológicamente el fenómeno sea idéntico, no consistiendo su diferencia aparente sino en la mayor ó menor frecuencia de las contracciones musculares.

En efecto, las convulsiones tónicas son caracterizadas por la tetanización de los músculos afectados, fenómeno que en último análisis está representado por una série de contracciones que por su extrema frecuencia hacen imposible apreciar, por los métodos comunes de exámen, los intérvalos que la separan.

Pero cuando en la marcha común de casi todo acceso convulsivo, el *clownismo* tiende á reemplazar al *tonismo* muscular, estos intérvalos se hacen más y más apreciables hasta llegar al período clónico franco en que el tiempo que separa dos contracciones inmediatas dura cuando menos tanto como éstas y los movimientos producidos por el paso de la relajación á la contracción son fácilmente apreciables, sobre todo en los miembros. Podemos decir entonces que entre ambos estados convulsivos sólo existe una diferencia de intensidad. En los primeros momentos del acceso, en que la excitación es violenta y las energías nerviosa y muscular poderosas, los fenómenos son muy intensos, la convulsión es tónica; pasado algún tiempo, sea porque la excitación es ya menos enérgica, ó porque el centro nervioso adquiere cierta tolerancia, unido todo á la fatiga muscular que produce el funcionamiento exagerado, las contracciones se hacen de menos en menos frecuentes, la convulsión es clónica, llegando por último á la relajación completa, durante la cual, como sucede en el fenómeno fisiológico del sueño, los elementos comprometidos recuperan

con el reposo, las energías gastadas en su tumultuosa actividad.

Cuando un acceso convulsivo dura largo tiempo, ó cuando se establece un verdadero *Estado de mal*, en que los accesos son muy frecuentes ó aún subintrantes, aparte de que pueden ser comprometidas funciones de vital importancia como la respiración, por la tetanización de los músculos que la sirven, la misma duración é intensidad de los fenómenos nerviosos puede producir la muerte del niño por un verdadero *épuisement*.

Las convulsiones en los niños, dependen de causas muy variadas y se dividen en general, según su etiología, en *secundarias* ó *sintomáticas* y en *primitivas*, *idiopáticas* ó *esenciales*. En el primer caso están bajo la dependencia de una lesión anatómica fácilmente apreciable de los centros nerviosos; en el segundo, á que pertenecen casi todas las historias agrupadas en esta tésis, se deben también á una alteración del sistema nervioso central pero de órden puramente funcional ó dinámico. La poca frecuencia con que se tiene oportunidad de practicar autopsias en estos casos, hace muy difícil establecer el órden de

alteraciones que producen estos accidentes; sin embargo, es bien posible que las perturbaciones del dinamismo cerebral de que derivan, estén á su vez bajo la dependencia de lesiones materiales transitorias.

Dice un aforismo bien conocido, que, las convulsiones son el delirio de los niños, y la comparación es por cierto bien exacta. El delirio representa en el adulto una alteración más ó menos profunda de la coordinación normal de las ideas, de la función más principal del encéfalo. En el cerebro rudimentario del niño, donde las ideas no existen durante los primeros meses de la vida, la incoordinación no puede afectar la inteligencia y sólo puede ejercerse sobre su única función en esta época, la motilidad. A medida que el niño crece, que las funciones cerebrales son más complejas, que las sensaciones del mundo exterior son percibidas, la predisposición á las convulsiones disminuye. Así su mayor frecuencia se observa en los niños de pecho, es menor en los niños de dos á cinco años y por último son excepcionales después de los siete años. Es indudable entonces que con la educación cerebral, cuando el encéfalo del niño debe

prestar atención á funciones más complicadas; cuando la conciencia, la memoria, la volición, etcétera, ocupan su puesto en los centros nerviosos, desalojan una parte de la energía motriz y las mismas causas accidentales, producen fenómenos de órden más superior, en armonía con la dignidad del órgano que comprometen.

La extensión que he dado á la predisposición á las afecciones nerviosas que dependen de la edad del enfermo, se explica por la índole de este trabajo; pero existen otras circunstancias cuya influencia no es menor y que paso á detallar brevemente.

Entrando á enumerar por órden de importancia las causas que predisponen el niño á los accidentes convulsivos, debo colocar la herencia en primer término, como en el estudio de toda afección nerviosa, sin incurrir en el exceso de pretender que todas éstas sean siempre hereditarias, ni de negar la importancia de las causas accidentales que sobre todo en esta edad tienen una gran importancia.

La estrecha vinculación de todas las afecciones nerviosas ha sido establecida por los estudios mas modernos, que las agrupan bajo la denominación de *Familia neuropática*.

« La herencia, dice Ribot, es una ley bio-
« lógica en virtud de la cual todos los séres do-
« tados de vida tienden á repetirse en sus des-
« cendientes; por ella la naturaleza se cópia á
« sí misma y se reproduce incesantemente; sin
« ella los diversos tipos de la animalidad esta-
« rían librados á los caprichos del acaso—y
« Ball agrega: « Es de la herencia que cada
« una de las variedades de la especie humana
« saca su tipo y los carácteres esenciales de
« una familia. de una nación, de una raza, son
« el resultado de un trabajo lento y continuo
« cuyo orígen se pierde en la noche de los
« siglos. »

A la par de los carácteres fisiológicos que constituyen el tipo, es indudable que se trasmiten también de padres á hijos algunas enfermedades ó cuando menos la predisposición hereditaria á adquirirlas, lo que es evidente en las enfermedades nerviosas que con frecuencia se perpetuan en una familia.

El mecanismo de la predisposición neuropática es difícil de establecer, aunque parece consistir siempre en vicios de desarrollo de ciertas partes del sistema nervioso. cosa que cuando menos es evidente en algunas afeccio-

nes sistemáticas de evolución infantil, como el Tabes espasmódico y la Enfermedad de Friedreich.

La herencia nerviosa puede ser semejante como en el caso citado por Trousseau, de una mujer que de diez hermanos había perdido seis de convulsiones, que ella misma había pasado á los siete años y de que fueron afectados todos sus diez hijos, pereciendo algunos. Otras veces es de semejante, notándose entonces principalmente en los ascendientes del niño, la histeria y la epilepsia. Tal es el caso citado por Comby, de una mujer histero-epiléptica que había perdido cinco niños de corta edad de convulsiones, de las que el último de 8 meses estaba también afectado. Feré dice haber visto una mujer histérica, madre de diez niños, de los que ocho tuvieron eclámpsia.

En el niño expósito, á que principalmente se refieren mis observaciones, los antecedentes de familia faltan siempre y los personales con estrema frecuencia, pero, considerando á todos como miembros de un mismo grupo, podemos estudiar entonces los antecedentes que les son comunes y bien conocidos.

En primer término, la histeria, cuya exis-

tencia en los padres, se cita por todos los autores como de principal importancia para la predisposición neuropática del niño, tiene en la familia expósita, dada su frecuencia, un verdadero interés. Entre las causas accidentales que tienen principal acción en el orígen de las neurosis, el ról de las influencias psíquicas es evidente. Las emociones violentas, verdaderos traumatismos morales y el *surmenaje* nervioso, producto de una vida inquieta y agitada, figuran comunmente en el principio de la histeria y la neurastenia.

La mayor frecuencia de las neurosis en la mujer se observa á los veinte años, edad en que comunmente la maternidad comienza. El embarazo, como la menstuación y la menopansa, se cuentan entre sus causas ocasionales.

Durante la gestación, la mujer pasa por un periodo delicado, en que necesita cuidarse por sí y por su hijo y hallarse rodeada de la mayor solicitud. Cuán distante de este *disideratum* está la situación de la mujer que lleva en su seno el producto de una relación ilejítima? Aparte de que el solo hecho de faltar á los principios morales innatos ó inculcados, cuando menos en cierta clase de la sociedad, puede

considerarse en ella como signo de debilidad mental; las grandes agitaciones á que se hallara sometida, en un principio, para ocultar los signos de su embarazo; luego por la preocupación de la suerte del niño, ejercerán con frecuencia la influencia mas nociva sobre el equilibrio de sus funciones nerviosas. En estas condiciones favorables para su explosión, las neurosis no tardan en aparecer y la acción de estas sobre el embrión que evoluciona, se comprende fácilmente, dada su estrecha vinculacion con el organismo de la madre.

El alcoholismo de los padres, entra en las causas que predisponen al niño á las complicaciones nerviosas.

La embriaguez en el momento de la concepción, es con frecuencia citada, pero me parece difícil comprender como un estado solo transitorio, puede ejercer una influencia permanente sobre el desarrollo del sistema nervioso del feto. Si esta causa debiera tenerse en cuenta, tal vez nadie con mas razón que el expósito, estaría predispuesto á este género de accidentes, en prueba de lo cual basta citar el hecho siguiente: á los nueve meses del Carnaval, época habitual de disipación en las costumbres, el núme-

ro de niños entrados á la casa aumenta notablemente, como puede comprobarse en la estadística de todos los años.

La predisposición á las afecciones nerviosas no es siempre hereditaria; puede ser también adquirida, entrando entonces en accion todas las causas que producen un debilitamiento general del organismo, como el nacimiento antes de término, la lactancia artificial, el destete prematuro, las hemorragias (Trousseau, J. Simon); Ed. Henoch atribuye al raquitismo la mayor parte de los casos de eclampsia infantil.

La educación defectuosa dice J. Simon, debe ser colocada entre las causas predisponentes á las convulsiones. Cuando se trata de desarrollar prematuramente la inteligencia de los niños, inculcándoles nociones fuera de los alcances de su edad, se crea en ellos un estado de exaltación nerviosa, que puede no solo dar lugar á accesos convulsivos bajo la influencia de cualquier causa accidental, sinó también favorecer la localización sobre sus centros nerviosos de cierto número de enfermedades (meningitis, etc.)

Conozco á este respecto una interesante observación del Dr. Davel.

Llamado á atender un niño de cuatro años, que en el curso de una leve afección del aparato respiratorio, acompañada de lijera hipertermia, presentaba signos de gran excitación nerviosa, se le informa de que en la casa habían fallecido ya cuatro niños de convulsiones. En la familia no habían antecedentes neuropáticos, cuando menos evidentes, pero si existía la funesta costumbre, por desgracia muy general entre nosotros, de apresurar el desarrollo intelectual de los niños, recargando su memoria y obligando su cerebro incompleto á ejercer grandes esfuerzos para aprender versos, por ejemplo, ó para responder á interrogatorios frecuentes é intencionados, destinados á hacer lucir su inteligencia.

Penetrado de lo impropio y peligroso de tal práctica, dispuso desde luego, que se suprimiera toda tentativa dirigida á aumentar la innegable viveza natural del niño y decretó la más completa abstinencia de recitaciones ú otros ejercicios que representasen un recargo intelectual.

Bajo la influencia de estos sanos principios el niño recobró completamente la salud y hoy es un hermoso muchacho de 8 años, habiéndo-

se obtenido igual resultado con otro hermano menor, criado también con una educación intelectual mas apropiada.

Entre las predisposiciones adquiridas deben citarse también las que dependen de los traumatismos y de las infecciones entre las que tiene principal importancia la sífilis, que obra de maneras tan variadas.

III

La predisposición hereditaria ó adquirida no es suficiente por sí sola para producir los accidentes nerviosos. Se mantiene en acecho, para aparecer siempre que una causa accidental coloca el organismo del niño en las condiciones que le son propicias para manifestarse con mas ó menos gravedad, de manera que no es de estrañar entonces que las mismas complicaciones, acompañen en los sujetos predispuestos las enfermedades mas dessemejantes.

Estas complicaciones se producen unas veces como alteraciones anatómicas de los centros nerviosos; tal se observa en la meningitis tuberculosa que puede aparecer en el curso de una tuberculosis intestinal ó articular; otras veces como en la eclampsia infantil por lesiones puramente funcionales y transitorias. Sus manifestaciones pueden traducirse en fenómenos de excitación, de *hiperstenia* nerviosa (convulsiones, contracturas, etc.) ó bien en fenó-

menos de depresión, de *astenia* nerviosa (coma parálisis, etc.)

No voy á detenerme en la enumeración de las causas accidentales mas ó menos hipotéticas, cuya sola citación ocupa trescientas páginas de la obra de Baumes, ocupándome solamente de las que interesen la narración de mis casos clínicos.

Actos reflejos esenciales y trastornos circulatorios del encéfalo y de la médula, reflejos también; excitaciones directas de los centros nerviosos motores por alteraciones en la composición de la sangre (hipertermia, infecciones, intoxicaciones), tales son los términos que me parecen reasumir la fisiología patológica de las convulsiones en los casos que hacen cuerpo de esta tésis.

Me es imposible establecer la parte que corresponde á cada uno de estos elementos en la etiología del accidente, siendo su acción combinada en cada caso.

Cuando se ignoraba la importancia de las infecciones, desconociendo los gérmenes animados y el papel de sus toxinas en la sintomatología de las enfermedades; cuando la fisiología del sistema nervioso y principalmente la

naturaleza y variedad de los actos reflejos no habían recibido el caudal de observaciones acumuladas por Cl. Bernard, Vulpian, Brown Sequard y muchos otros, el espíritu quedaba satisfecho con la explicación teórica, en que no se interpretaba la complejidad real de los fenómenos mórbidos.

Con los conocimientos actuales, cuan difícil es establecer la parte que tienen en el orígen de las convulsiones que acompañan en el niño una indigestión, por ejemplo: 1.° La excitación de los centros nerviosos del aparato digestivo, por alimentos groseros que obran como verdaderos cuerpos extraños; 2.° La circulación en la sangre del esceso de resíduos, producto de las combustiones orgánicas exageradas por la hipertermia y 3.° la verdadera intoxicación que resulta, sea de la pululación de los micro-organismos ó de la elaboración viciosa de los alimentos.

Pocos son los casos en que, las convulsiones pueden considerarse esencialmente reflejas. Todas las causas irritantes de la piel se citan en los autores como habiendo dado lugar á estos accidentes, desde las quemaduras profundas, los vejigatorios y sinapismos aplica-

dos con un fin terapéutico y dejados muy largo tiempo, hasta las simples picaduras de alfiler ó las ropas incómodas y ajustadas. Pueden considerarse también como puramente reflejas las convulsiones que aparecen, sobre todo en la segunda infancia y en los niños predispuestos, bajo la influencia de la perturbación psíquica que se produce por una emoción intensa ó una cólera violenta.

En cuanto á las convulsiones que se producen en la época de la dentición y que generalmente se atribuyen á este proceso, creo mas bien que están bajo la dependencia de otras causas accidentales, principalmente alteraciones digestivas á que el niño es tan propenso en este período difícil de su vida. Los niños elevados en buenas condiciones higiénicas y con una alimentación apropiada, muy rara vez presentan el sinnúmero de enfermedades y entre otras las convulsiones, que se atribuyen, en la mayoría de los casos equivocadamente, al trabajo de la dentición. La irritación de la mucosa digestiva puede también ser orígen de convulsiones reflejas, como en el caso citado por Rilliet y Barthez de un niño de 10 meses, afectado de convulsiones desde hacía mas de

veinte días, en que se descubrió un pelo de 0.80 centímetros, fijado por un estremo entre los dientes incisivos, mientras que el otro colgaba en la faringe; extraído éste, las convulsiones cesaron completamente.

Pero en la mayor parte de los accidentes convulsivos atribuidos á reflejos de la mucosa digestiva y ligados por lo general con perturbaciones de la digestión, debe tenerse en cuenta en su etiología. un elemento mas importante; la infección y la intoxicación.

El conocimiento del rol de las infecciones en la etiología de las afecciones nerviosas, ha adelantado grandemente en nuestros tiempos, por la aplicación á la patología de la ciencia bacteriológica, debido al génio de Pasteur. Basta citar á este respecto las distintas manifestaciones de la sífilis sobre el sistema nervioso y el tétano, que hasta no hace mucho tiempo era considerado como neurosis.

En la invasión brutal de las enfermedades infecciosas, con elevación rápida de temperatura, los niños predispuestos presentan con frecuencia accidentes convulsivos que según es concepto general reemplazar en éllos, el escalofrío, el delirio, y otras manifestaciones

análogas del adulto. Aparte del elemento infeccioso es digna de tenerse en cuenta en estos casos, como causa ayudante, la hipertermia misma cuando es intensa y se prolonga cierto tiempo.

La elevación de temperatura va siempre acompañada de alteraciones de la inervación. Su aparición se anuncia por sensaciones penosas de malestar general, cefalalgía, zumbidos de oido, insómnio, ajitación, á veces depresión y fatiga. El aumento de temperatura del cuerpo, se explica por una mayor actividad de los cambios materiales, de las conbustiones orgánicas, á la que corresponde paralelamente un aumento de resíduos, de productos de desamilación eminentemente tóxicos, que antes de ser eliminados, circulan con la sangre y que por su contacto con los elementos nerviosos nos explican estos fenómenos. La cantidad de úrea, que puede en general darnos una idea de la intensidad de los cambios orgánicos, es según Cl. Bernard de 1.5 gramos á 2.80 gramos por kilógramo y por día en el estado febril, en vez de 0.53 á 0.59 gramos en el estado de salud. A veces la relación entre el aumento de temperatura y la

excreción de úrea no es constante. En la neumonia y en la fiebre tifoidea se ve con cierta frecuencia la úrea disminuir á pesar de la hipertermia, para después aumentar notablemente en el momento de la crisis, como si se hubiera ido acumulando lentamente en el organismo, para salir de golpe al terminar el proceso.

Aparte entonces de la naturaleza de su causa la hipertermia tiene un rol importante en la etiología de las convulsiones que acompañan en los niños predispuestos la invasión de las enfermedades infecciosas agudas y esta importancia debe tenerse en cuenta para el tratamiento del acceso.

Las alteraciones de las funciones digestivas se cuentan entre las causas mas comunes de convulsiones en los niños y principalmente en los niños expósitos, que, aunque entregados á las amas en buenas condiciones, quedan después librados, con la escasa vigilancia del cuerpo de Inspectores, á manos mercenarias, generalmente ignorantes y siempre pobres, que ni saben ni pueden elegir los alimentos que les convienen.

La indigestión es un accidente muy común

sobre todo en la segunda infancia, cuando el niño puede circular libremente y encontrar al alcance de su mano los alimentos que mas le agradan, que con frecuencia son los que menos convienen á sus débiles aptitudes digestivas y de los que abusa, no teniendo descernimiento y moderación para resistir á las tentaciones de la glotonería, llenando su estómago de tortas indigestas, frutas verdes, etc.

Aparte de la indigestión que tiene por causa el empleo de alimentos inadecuados á la edad del niño ó aun del abuso de alimentos que le son habituales, la digestión puede ser interrumpida, por un ejercicio violento, por un enfriamiento brusco y aun por una emoción moral viva que se ejerza poco tiempo después de la comida, aun cuando en ésta no haya habido desarreglos. Puede resultar tambien de la falta de método en los intérvalos de la alimentación, cuando las comidas son muy frecuentes y llegan al estómago nuevos alimentos antes que éste haya evacuado los de la comida anterior.

En los niños que durante su primera infancia han sufrido accidentes gastro-intestinales, producto de una alimentación inapropiada, queda generalmente una verdadera predispo-

sición á las indigestiones, que se revela con las causas mas nímias.

La indigestión puede considerarse por su naturaleza y aún por su sintomatología, como una verdadera intoxicación. Verdaderos venenos mas ó menos conocidos se forman en el tubo digestivo, sea en el estómago, sea con más frecuencia en el intestino, unos como producto de secreción de los microorganismos, otros como productos de descomposición de la materia orgánica de los alimentos.

Dos ó tres horas después de la comida, el proceso se inicia por dolores epigástricos violentos, que no tardan en irradiar al resto del abdómen. Después aparecen náuseas, sudores fríos y á veces el niño pierde el conocimiento. Llegada á este grado la indigestión puede resolverse por uno ó varios vómitos; otras veces, como sucede comunmente los alimentos alterados pasan al intestino, la enfermedad se prolonga y concluye con varias deposiciones, primero semi-sólidas, después sueltas y muy fétidas, donde se encuentran restos de materias alimenticias, casi sin atacar por los jugos digestivos. Todo este cuadro sintomático que es mas completo á medida que se

avanza en edad, va con frecuencia acompañado de hipertermia que puede llegar á mas de 40º.

No es entonces de extrañar, que con todos estos elementos, la indigestión se acompañe en los niños predispuestos, de convulsiones que pueden dominar la escena mórbida, ocultando á veces la enfermedad ocasional que permanece en estado latente, como en el caso que paso á describir.

1.ª OBSERVACIÓN DE INDIGESTIÓN ACOMPAÑADA DE CONVULSIONES

Manuela 5283. –2 años.—El 25 de Febrero á las 3 p. m., fuí solicitado con urgencia desde el cuarto de guardia por un enfermo que entraba con convulsiones. Acudiendo al llamado encontré un niño de sexo femenino, bien desarrollado, presa de una convulsión clonica intensa, casi exclusivamente limitada al lado derecho del cuerpo y de la cara. Los músculos de la nuca contraídos, llevaban la cabeza hacia atrás y á la derecha y la cara vuelta hacia el lado izquierdo estaba violácea y cubierta de sudor. Las pupilas dilatadas se ocultaban completamente bajo el párpado superior. Habia un ligero trismus de la mandíbula inferior. La comisura labial derecha estaba cubierta por un cópo de espuma sanguinolenta y era tironeada á cortos intérvalos por contracciones de la mejilla. En el miembro superior derecho, el antebrazo en ángulo recto sobre el brazo, era agitado por movimientos entrecorta-

dos de semiflexión y semiestensión y en la mano correspondiente, los cuatro dedos de fila, fuertemente flejados y rígidos, oprimían el pulgar sobre la palma. El tronco encorvado presentaba su concavidad hácia el lado derecho. La pérdida de conocimiento era completa y la sensibilidad térmica y al dolor estaban abolidas, pues, el niño permanecía indiferente á lo que lo rodeaba y á todo género de excitaciones. La temperatura rectal era en ese momento de 40.º1. El pulso latía 120 veces por minuto y la respiración rápida y entrecortada por frecuentes espasmos era imposible de contar. La orina emitida en pequeña cantidad durante el acceso no contiene albúnima.

Los antecedentes dados por el ama que acompaña al niño, aunque poco fidedignos, dados los cortos alcances de la informante, tienen sin embargo el interés de probar que éste ha sido sano durante el tiempo que ha estado á su lado, próximamente un año; que tanto en los últimos días como la mañana del de su ingreso al hospital, ha estado entregado á sus juegos habituales y que la enfermedad le ha sorprendido en momentos en que se disponía á tomar sus alimentos, dos horas después de la comide la mañana. Dice que no ha movido el vientre desde el día 23 y asegura no ha comido nada que pueda hacerle daño. Apesar de esta afirmación, el principio brusco de la enfermedad y lo común de los trastornos digestivos en en el niño expósito, por las circunstancias que he apuntado anteriormente, nos hace fijar la atención por ese lado. La última comida la ha hecho el niño á las 10 a. m. y estos accidentes sobrevenidos en medio de la salud mas completa dos horas después, nos inclinan á pensar en una dispepsia aguda. No olvidando, sin embargo, que algunas enfermedades infecciosas (viruela, neumonia,

escarlatina, grippe) comienzan algunas veces con este cuadro sintomático y aun pueden parecer en su principio una simple indigestión, procedemos á hacer un exámen detenido, pero ninguno de los medios de exploración habituales, pone de relieve nada que nos confirme en esta sospecha.

El enfermo entra al hospital, pasando á ocupar la cuna núm. 14 de la sala 2.ª, servicio del doctor Centeno.

Para el tratamiento inmediato, dos indicaciones se imponen: en primer término el síntoma convulsivo y enseguida su causa etiológica. Se ordena un baño sinapisado á 38.° cent., que debe durar á lo sumo un cuarto de hora y ser lentamente enfriado, aplicando durante este tiempo paños fríos á la cabeza. Después un purgante de 0.30 cent. d ecalomel, asociado á 0.60 cent. de lactosa y suspendidos en 30 gramos de aceite de ricino para ayudar su acción derivativa y evitar su absorción.

A las 5 y 1/2 p. m. fuí llamado nuevamente por que las convulsiones continuaban y pude informarme en la sala de que aliviadas después del baño habían después alcanzado progresivamente su primitiva intensidad; después del baño la temperatura que había bajado hasta 38°, al canzaba ahora después de un rápido ascenso, á 39°8.

Impresionado por la persistencia de este cuadro alarmante, requerí la presencia del Médico Interno Dr. Huidobro.

Por indicación de éste se repite el baño, se practica un enema de agua albuminada conteniendo 0,50 cent. de hidrato de cloral, y se prescribe la siguiente poción:

Bromuro de estróncio.....	1	gramo
Agua	80	»
Jarabe de azahar.....	20	»

(Bebida)

á tomar el contenido de una cucharita de café cada hora, mientras dure la convulsión.

Febrero 26.—Al pasar el Dr. Centeno la visita de sus salas (9 a. m. próximamente), el niño estaba sentado en su cuna; el aire triste, la cara pálida y los ojos hundidos eran los únicos rastros de la tormenta pasada; el purgante habia surtido su efecto y dos pañales, conteniendo porciones de carne á medio masticar y porotos casi crudos; representaban el cuerpo del delito.

La hermana dice que las convulsiones cesaron á las 9 p. m. y que después el niño ha dormido tranquilo. Al desnudarlo se nota que ha orinado abundantemente. La temperatura es ahora casi normal, 37°2.

El pulso blando y regular, late 90 veces por minuto. El vientre está algo abultado y su palpación provoca el llanto del niño. La lengua está recubierta por una capa saturral amarillenta; la sed es viva, la anorexia muy pronunciada, no ha tenido vómiios.

Se ordena continuar la poción bromurada distanciando las dósis á cada dos horas y se ordena antisepsia intestinal, prescribiendo los paquetitos:

Benzonaftol..... .
Bicarbonato de soda.... } *aa* 1 gramo

en X papeles

A tomar uno cada tres horas.

Al mismo tiempo se empieza lentamente la alimentación, dando á cortos intérvalos pequeñas cantidades de leche esterilizada.

Febrero 27.—El enfermo está más animado, sonríe y juega. La temperatura es normal. Hay dos pañales catarrales, en parte lientéricos, en parte bien digeridos.

Febrero 28.—Estado general satisfactorio. Temperatura normal. Hay un pañal bueno.

Queda en observación en el servicio hasta el 2 de Marzo, en que es dado de alta completamente curado.

Buenos Aires, Marzo 5 de 1897.

2ª OBSERVACIÓN DE INDIGESTIÓN ACOMPAÑADA DE CONVULSIONES.

Marcelino 5808.—1 año, 5 meses.—El 20 de Marzo de 1897, es recibido en el consultorio externo el niño antes mencionado, pasando á ocupar la cuna núm. 12 de la Sala 4ª, servicio del Dr. Centeno. El ama que lo trae dice que es habitualmente sano. Que recién esta mañana lo notó triste y retraído y que le parece ha tenido fiebre. Que á las 5 p. m. próximamente, notó que tenía los ojos fijos hácia arriba y que poco después tuvo una convulsión que duró como un minuto, localizada principalmente del lado derecho.

Al ingresar al servicio el niño está en un estado de agitación muy marcado. La temperatura es de 38,6. El pulso late 100 veces por minuto y tiene 40 respiraciones.

Se ordena un baño á 38° con aplicaciones frías á la cabeza y un purgante de 0,20 cent. de calomel.

Después del baño la temperatura baja á 37,8, pero apesar de este descenso el niño sigue agitado.

Se prescribe una poción bromurada.

Marzo 21.—En la visita de la mañana se nos informa que el niño ha dormido tranquilo. Hay dos pañales abundantes en que llaman la atención, gran cantidad de restos de uvas; ollejos, con parte de sustancia sin masticar

y buen número de semillas. Se hace antisepsia intestinal con benzonaftol. Se ordena como único alimento, leche esterilizada.

Marzo 22.—Sin novedad. Hay un pañal catarral con algunos restos de uvas.

El enfermo es dado de alta, curado, el 25 de Marzo.

Buenos Aires, Marzo 30 de 1897.

3ª OBSERVACIÓN DE INDIGESTIÓN ACOMPAÑADA DE CONVULSIONES.

Bartolo 5966.—1 año, 2 meses.—El 30 de Octubre de 1897, tuve oportunidad de examinar este niño en el consultorio externo.

El ama que lo acompaña dice que ha pasado la primera parte de la noche anterior, en un sueño muy intranquilo. A las 2 a. m. próximamente, se despertó llorando. Tuvo tos, hipo, sudó abundantemente y después, con corto intérvalo, vomitó dos veces, según dice solo leche coagulada.

A las 9 a. m., mientras se le estaba examinando, el niño tiene una convulsión tónica poco marcada, seguida de algunos movimientos clónicos que desaparecen expontáneamente, quedando después lloroso y agitado. El vientre está tenso y doloroso. Nada en los demás órganos. Temperatura 39°; pulso 120; respiraciones 42.

En vista de la poca intensidad de los accidentes, de que lo peor de la enfermedad ha pasado y de que el ama, mujer inteligente se interesa mucho por el niño que ha criado desde que tenía unos pocos días, se resuelve dejarlo en su poder. Se le instruye sobre la manera de dar

un purgante de 0,20 cent. de calomel que se receta y se le ordena dar baños templados, siempre que el niño tenga fiebre ó esté agitado, trayéndolo á la Casa si la convulsión se repite.

El 1° de Noviembre es traído en perfecto estado de salud. Sonríe, juega, etc.

Buenos Aires, Noviembre 4 de 1897.

Me es imposible determinar en los casos expuestos anteriormente, cual es el rol que tiene en la etiología de las convulsiones, cada uno de los elementos puestos en juego: irritación de la mucosa digestiva por alimentos groseros, verdaderos cuerpos extraños; infección, intoxicación; hipertermia. Lo más legítimo es suponer que en cada caso, su acción sea combinada.

He dicho anteriormente que las convulsiones son frecuentes en la invasión de las enfermedades infecciosas sobre todo en las que se inician bruscamente con elevación de temperatura. Entre éstas figuran en mis observaciones, la influenza y los exantemas agudos, principalmente el sarampión que con tanta frecuencia se complican de bronconeumonia, que en este caso generalmente reviste una for-

ma sobreaguda, que acerca mucho su principio tumultuoso al de la neumonia franca; esta última enfermedad toma en los niños nerviosos la forma conocida con el nombre de neumonia eclámptica.

El enfermo de que me voy á ocupar presenta á mi modo de ver el real interés de probar la importancia de la predisposición neuropática, pues en las tres veces que he tenido oportunidad de seguirlo, durante mi internado, siempre las elevaciones notables de temperatura han sido acompañadas de manifestaciones eclámpticas, mientras que á la par de él, otros niños, padeciendo de iguales enfermedades y colocados en idénticas condiciones, no han presentado este síntoma alarmante.

1ª OBSERVACIÓN DE INFLUENZA FEBRIL DE TIPO INTERMITENTE, ACOMPAÑADA DE CONVULSIONES.

Emiliano 4348—2 años, 5 meses.—Recibido en el Hospital el 25 de Agosto de 1897 á las 4 p. m. es, enviado á ocupar la cama 18 de la Sala San Roque, servicio del Dr. Bosch.

El niño es hermoso y simpático de un desarrollo perfecto y tiene completa su dotación de dientes de leche.

El ama que lo acompaña dice que ha estado sano hasta ayer en que lo notó triste y sin apetito y que hoy en momentos en que se disponía á traerlo, ha tenido una convulsión que duró como 5 minutos y que se repite apenas ingresado al servicio; generalizada y sumamente intensa: tónica primero, clónica después, con pérdida de conocimiento, movimientos desordenados de los ojos y espuma por la boca.

La temperatura rectal es de 40°1 cent.

Se dá un baño templado que es dejado enfriar lentamente, aplicando al mismo tiempo paños helados sobre la cabeza. A los diez minutos de inmersión, las convulsiones se calman visiblemente, luego desaparecen.

Se saca el niño del baño un tanto aletargado. A la auscultación del torax, se notan signos de bronquitis gruesa, ráles sibilantes y ronflantes en toda la extensión de ambos pulmones, pero principalmente en las bases.

La temperatura ha descendido á 38°.

Se administra un purgante de 0.30 cent. de calomel suspendidos en 30 gramos de aceite de ricino, prescribiéndose al mismo tiempo la siguiente poción:

Bromuro de sodio.....	2 gramos
Agua.....	80 »
Jarabe de azahar.....	20 »

(Bebida)

á tomar una cucharita de postre cada dos horas.

Se ordenan fomentaciones calientes en pecho y espalda.

El pulso late con buena tensión 90 veces por minuto.

Agosto 26. A las 11 a. m. hora general de la visita diaria, el Dr. Bosch encuentra el niño tranquilo. La temperatura es normal y el pulso late 80 veces por minuto.

Hay dos deposiciones regularmente abundantes de materias semi-sólidas, no muy fétidas, que aparte de algunas mucosidades verdosas que se atribuyen al calomel, no presentan nada de especial. El enfermo ha pasado una buena noche, durmiendo con tranquilidad. El doctor Bosch ordena se continúe con la poción bromurada y al mismo tiempo prescribe paquetitos de 0.10 cent. de clorhidrato de quinina para el caso de que la fiebre se repita, disponiendo en materia de alimentación una diete láctea rigurosa.

A las 5 p. m. se produce bruscamente una nueva convulsión, menos intensa que la del día anterior, acompañando un movimiento febril que llega hasta 39° 8 c.

El practicante de guardia ordena un nuevo baño que bajando la temperatura á 37° 8, hace cesar la convulsión.

Agosto 27. En la visita de la mañana no hay novedad. Temperatura 37° 3 cent. Pulso 80 por minuto. Respiraciones 30.

En la tarde se produce un nuevo movimiento febril, que llega á las 6 p. m. á 38° 9 c. Baño templado.

El vientre funciona regularmente. Hay una deposicion de materias ligadas de color amarillo ócre. Los signos de bronquitis gruesa persisten.

Agosto 28. La temperatura es normal y el estado general, salvo nna depresión de las fuerzas bastante marcada, es satisfactorio.

El enfermo queda en observación en el servicio por tres dias más. El 2 de Setiembre los signos de bronquitis han casi desaparecido y el lijero caimiento en que había quedado después de su enfermedad se ha disipado. Es niño es dado de alta completamente curado.

Buenos Aires, Setiembre 6 de 1897.

2ª OBSERVACIÓN DE INFLUENZA Á FORMA CATARRAL ACOMPAÑADA DE CONVULSIONES

Emilia 5354. — 1 año, 4 meses.—El 12 de Octubre á las 11 p. m., estando de guardia, fuí llamado para atender esta enfermita que entraba de la calle. El ama dice que ha estado triste todo el día y que le parece que ha tenido fiebre; que desde las 9 p. m. estaba muy incómoda con hipo y tos seca y que próximamente á las 10, ha tenido una convulsión generalizada, que ha durado como un cuarto de hora. Ha movido el vientre regularmente y no ha comido nada que pueda hacerle daño. A su entrada al Hospital, está disneica, agitada, llorosa con los ojos tristes y la cara muy encendida. La piel está caliente y seca. Temperatura axilar 39° 3 c. Pulso 120. Respiraciones 40.

La auscultación del torax revela la existencia de una bronquitis catarral mediana.

Se le dá entrada al hospital, pasando á ocupar la cama número 14 de la sala 4ª, servicio del Dr. Centeno. Baño templado. Fomentos.

Octubre 13. A las 5 a. m. ha tenido una nueva convulsion, poco intensa, qué ha durado próximamente 5 minutos. Los signos de bronquitis persisten. Temperatura 37° 8 c. La enfermita está deprimida y tiene la cara, principalmente los pómulos, muy encendidos. Se prescribe la siguiente poción:

Infusion de polígala 2 %..... 60 gramos

Bromuro de estroncio. } a a 0.50 cent.
Ioduro de sodio..... }

Jarabe de tolú..... 20 gramos

(Bebida)

cucharita de café cada dos horas.

Se continúa con las fomentaciones calientes y se ordena dar de tiempo en tiempo, cucharitas de café negro.

A las 6 p. m. la temperatura es de 38° 8. Pulso 100. Respiraciones 40 por minuto.

Octubre 14. El estado de la enfermita poco ha cambiado. Se notan á la auscultación algunos ráles subcrepitantes gruesos y roncos diseminados. Temperatura 37° 6. No se modifica el tratamiento.

A las 6 p. m. Temperatura 38° 3. Pulso 110. Respiraciones 40. Se dá un baño templado.

Octubre 15. Temperatura 37°. Los rales han disminuido, pero el enfermo está muy deprimido. Se ordena:

Infusión concentrada de café.. 60 gramos
Benzoato de amoniaco..... 0.50 cent.
Cognac..... XXX gotas
Jarabe simple..... 20 gramos

(Bebida)

cucharita de café cada dos horas.

La niña queda en observación en el servicio por tres dias mas y es dada de alta curada el 19, seis días después de su entrada.

Buenos Aires, Octubre 28 de 1897.

3ª OBSERVACIÓN DE INFLUENZA Á FORMA FEBRIL ACOMPAÑADA DE CONVULSIONES

Ramón 6228.—10 meses.—El 23 de Noviembre de 1897, entra á ocupar la cuna núm. 5 de la sala 2ª, servicio del Dr. Bosch.

El ama que lo trae refiere que ha tenido en la noche anterior una convulsión que ha durado como 10 minutos y después ha estado incómodo, llorando mucho y estornudando repetidas veces. Tiene un coriza intenso y está algo disneico. Cierra los ojos y llora cuando se le expone á la luz, fotosfóbia que se explica, por una hiperemia conjuntival marcada.

Al pasar visita el médico de servicio, encuentra además de los síntomas apuntados, un lijero enantema del velo del paladar, lo que le hace sospechar el comienzo de un sarampion, y dispone que el niño sea pasado al cuarto de aislamiento anexo á la sala.

La temperatura es de 40°. El enfermito está notablemente agitado. Se ordena un baño templado y un purgante de 0.20 cent. de calomel.

A las 6 p. m. la temperatura es de 39° c.

Se ordena un nuevo baño.

Noviembre 24. El estado del niño no ha cambiado. Contra lo que se esperaba y á pesar de haberlo hecho traspirar durante la noche, no hay erupción.

11 a. m. Temperatura 38° 6. Hay dos pañales catarrales, poco abundantes. Se ordenan papelitos de 0.10 cent. de clorhidrato de quinina que deben tomarse cada 4 horas.

6 p. m. Temperatura 38° 3.
Noviembre 25. 11 a. m. Temperatura 37° 6.
6 p. m. Temperatura 38°.

El 26 la temperatura bajó á la normal y tres días después el enfermo es dado de alta curado.

Buenos Aires, Diciembre 5 de 1897.

En las enfermedades infecciosas del aparato respiratorio y principalmente en las muy extensas, las convulsiones son frecuentes. En la etiología de éstas, debe tenerse en cuenta además de la circulación en el organismo de las toxinas solubles de los microbios y de la hipertermia á veces notable que las acompaña, la invasión de una gran parte del campo respiratorio, y las alteraciones consiguientes de la hematosis, sabiendo que un exceso de ácido carbónico en la sangre es suficiente para producirlas.

Las convulsiones no son raras en el principio de la neumonia franca, sobre todo en los niños menores de dos años, sin implicar en la mayoría de los casos un pronóstico des favorable.

OBSERVACIÓN DE NEUMONIA FRANCA DEL LÓBULO INFERIOR DEL PULMÓN IZQUIERDO, ACOMPAÑADA DE CONVULSIONES

Emiliano 4348.—2 años, 7 meses.—El 28 de Octubre ingresa por segunda vez durante mi internado, el niño antes mencionado, pasando á ocupar la cama 18 de la sala San Roque, servicio del Dr. Bosch. Según información de su ama, ha tenido primero temblores y luego una convulsión que ha durado como 10 minutos. Desde el día anterior lo había notado triste y falto de apetito, y pocas horas antes de traerlo había tenido un vómito abundante, siéndole después imposible hacerle tomar alimentos y notando que tenía fiebre. Al ingresar al servicio el niño está muy agitado, lloroso y notablemente disneico, con los ojos brillantes y la cara muy encendida, notándose al tacto que su piel está seca y caliente. El termómetro colocado en el recto dá 40° 1 y las respiraciones de tipo abdominal, sumamente frecuentes y entrecortadas por golpes aislados de tos seca, son imposibles de contar por la agitación en que se encuentra el enfermito. El pulso late con fuerte tensión, 120 veces por minuto. Las ventanas de la nariz se dilatan en cada inspiración.

Este conjunto sintomático hace fijar la atención en el aparato respiratorio, pero la inspección, palpación y percusión no dán signos apreciables, y á la auscultación solo se nota una disminución del murmullo vesicular en la base del pulmón izquierdo.

En el trayecto del consultorio á la sala, la enfermera que le lleva en brazos, nota que el niño se ha puesto rígido, y colocado en la cama se puede apreciar que está

en opistotonos, con los ojos vueltos hácia arriba y á la derecha, y la cara cianótica.

Mientras se prepara un baño templado, el clownismo reemplaza á la rigidez, primero en la cara y miembros superiores y pronto se generaliza á todo el cuerpo. La convulsión dura á pesar del baño, un cuarto de hora.

Se administra un purgante de 0.30 centígramos de calomel y al mismo tiempo se practica un enena albuminoso con 0.50 centígramos de hidrato de cloral La temperatura es después del baño de 38°.2 y el pulso late 110 veces por minuto.

Octubre 29. En la visita de la mañana (11 y 1/2) se informa al Dr. Bosch de que el niño había dormido tranquilo hasta las 2 a. m. hora en que había tenido un nuevo acceso convulsivo no muy intenso, que había cedido á un baño templado y durado como 10 minutos.

La respiración muy frecuente, conserva el tipo abdominal. La temperatura es de 39°.3 y el pulso late 110 veces por minuto. La percusión da una ligera submatitez en la base del pulmón izquierdo. A la auscultación se nota en el mismo sitio, una expiración áspera, casi tubaria, algunos rales subcrepitantes y un grupo de rales crepitantes finos característicos. Al mismo tiempo se aprecia fácilmente una repercusión notable de la voz, signos todos que reunidos implican la existencia de una condensación inflamatoria del parenquima pulmonar.

Las orinas son escasas, cargadas y contienen vestigios de albúmina.

Hay dos deposiciones abundantes, catarrales que responden al efecto del calomel.

El diagnóstico de neumania fibrinosa se impone.

Se ordena una embrocación de tintura de iodo en todo

el largo izquierdo de la espalda y fomentos calientes permanentes.

Baños á 35° c. siempre que la temperatura del enfermo llegue á 39. Para seguridad del trazado térmico se dispone que se tomen las temperaturas con regularidad dos veces al día á las 8 a. m. y á las 6 p. m., antes de bañar el niño. Se prescribe la poción:

Ergotina de Ivon.....	2	gramos.
Agua.....	100	»
Jarabe.....	20	»

(Bebida)

cucharita de postre cada dos horas.

Como la anorexia es completa y la sed muy viva, se aprovecha esta última para alimentar el niño, dando á cortos intérvalos pequeñas cantidades de leche esterilizada, adicionada de algunas gotas de cognac.

A las 6 p. m. la temperatura es de 39°.4 y la disnea marcada. Se ordena un baño templado y ventosas Junod en pecho y espalda.

Octubre 30. El estado del enfermo poco á cambiado y se continua el mismo tratamiento.

8 a. m. Temperatura 39°.2. Pulso 110. Respiración 48.

6 p. m. Temperatura 39°.6. Pulso 120. Respiración 50.

Octubre 31. La matitez en la base izquierda es bien marcada. Se oye un soplo tubario franco y algunos rales subcrepitantes, probablemente de retorno.

Temperatura 39°.1. Pulso 120. Respiración 50.

El pulso está debil y los tonos del corazón alejados. El enfermo ha movido el vientre pero ha orinado muy poco. Se receta:

Hojas de dijital..... 0.20 centígramos.
Hágase infusión en agua
hirviendo ..... 100 gramos.
Y agréguese jarabe sim-
ple ..... 20 »

(Bebida)

tomar en 4 porciones en las 24 horas.

Baños. Ventosas. Fomentos.

6 p. m. Temperatura 39°. Pulso 120. Respiración 50.

Noviembre 1°. 8 a. m. Temperatura 39°. Pulso 110. Respiración 48.

El niño está deprimido, con la cara pálida y los pómulos ligeramente violáceos; se encuentra en una somnolencia continua. Sin embargo el pulso está más tenso y la lesión pulmonar no se ha extendido. El soplo persiste, pero las rales subcrepitantes han aumentado.

6 p. m. Temperatura. 39°.8. Pulso 130. Respiración 54.

Ventosas y baño á 25° centígramos.

Noviembre 2. Durante la noche la enfermedad ha hecho crísis.

6 a. m. Temperatura 36°.5. Pulso 120. Respiración 38.

El pulso está muy débil. El niño duerme tranquilamente. Las respiraciones son más profundas. La cara está pálida y cubierta de sudor. No se le examina por no despertarlo. Durante la noche ha orinado dos veces abundantemente y ha sudado mucho. Se ordena dar cucharaditas de café negro con cognac.

6 p. m. Temperatura 36°.5. Pulso 110. Respiración 40.

Noviembre 3. El soplo persiste, casi cubierto por numerosos rales de retorno.

8 a. m. Temperatura 36°.5. Pulso 100. Respiración 35.

Se prescribe:

Infusión poligala 2 °/₀	80	gramos.
Yoduro de sodio	0.50	cent.
Jarabe de ipeca	5	gramos.
» de tolú	15	»

(Bebida)

cucharita de postre cada dos horas.

El enfermo queda en observación hasta el 6 de Noviembre. Durante este tiempo la temperatura oscila entre 36° y 37° centígrados.

El niño recobra completamente el apetito y la animación y aunque subsiste algo de rudeza respiratoria del lado enfermo, es dado de alta.

Buenos Aires, Noviembre 10 de 1897.

Las convulsiones son comunes en el principio de la bronconeumonia, cuando ésta reviste la forma aguda que le es habitual cuando se presenta como complicación de la coqueluche y el sarampión en los niños menores de dos aúos. En estos casos es siempre un accidente grave y temible, sobretodo cuando invade de golpe una gran extensión de los pulmones y domina la forma de catarro sofocante. La asfixia tiene tiene entonces un rol evidente.

OBSERVACIÓN DE SARAMPIÓN, COMPLICADO DE BRONCONEUMONIA PRECOZ SOBREAGUDA, ACOMPAÑADA DE CONVULSIONES—MUERTE—AUTOPSIA.

Carlos 7038.—7 meses.—El 15 de Junio de 1897, se recibe en el consultorio externo al niño antes mencionado, el que como sospechoso de sarampión es mandado al cuarto de aislamiento de la Sala San Luis, servicio del doctor Davel.

Los antecedentes que se pueden conseguir son los siguientes:

El niño ha estado otra vez en la casa enfermo del pulmón; fuera de este incidente agudo ha sido siempre sano; el ama que lo trae lo cría desde la edad de 20 días próximamente y certifica que no ha tenido enfermedades del aparato digestivo; desde hace dos días ha perdido su animación habitual y parece que ha tenido fiebre; no ha movido el vientre desde el día anterior á las 12 a. m.; se ha frotado mucho los ojos desde ayer y ha tenido estornudos y un poco de tos seca.

El enfermo presenta al ingresar al servicio, además de algunos signos comunes al principio del sarampión, que se sospecha, (catarro óculo-nasal, ligero enantema del velo del paladar) dos síntomas á que en el servicio se dá verdadero valor y de que he tenido ocasión de apreciar la utilidad durante mi internado.

El primero, conocido por síntoma de Bolognini, consiste en un frote perceptible al tacto, cuando se imprime en un punto de la pared abdominal un movimiento de lateralidad, ejerciendo con la extremidad de los dedos reunidos una presión suave, de manera á hacer deslizar una sobre

otra las dos hojas del peritoneo y es debido según su descubridor, á que la urupción se hace primero en las serosas que en la piel, produciendo en ellas ligeras asperezas. Racionalmente debiera también ser perceptible á la auscultación del torax bajo forma de ligeros protes pleurales, pero no hemos podido constatarlos, lo que probablemente se debe al catarro bronquial concomitante. Cuando el síntoma de Bolognini es netamente percibido tiene verdadero valor y hemos tenido oportunidad de ver confirmados verdaderos pronósticos de enfermedad hechos con dos ó tres días de anterioridad, casi por este solo signo.

El segundo elemento de diagnóstico á que me refiero, conocido por síntoma de Comby, está constituido por una exudación crupal que se deposita bajo forma de *liseré* blanco en el reborde alveolar de las encías, exudado que se desprende fácilmente por frotación y no se reproduce.

Después de esta digresión volvamos al enfermo.

La erupción es apenas marcada en la barba y en las partes laterales del cuello, detrás del pabellón de ambas orejas. El termómetro colocado en el recto, da 40°·1. El niño está sumamente agitado y disneico (60 respiraciones). El pulso, regular, late con fuerte tensión, 140 veces por minuto.

A la auscultación se notan gran cantidad de rales mucosos, principalmente en las bases de ambos pulmones y además, en el tercio medio del pulmón derecho, un soplo tubario bastante claro.

Ingresado al servicio se ordena un baño á 25° centígrados, para combatir la hipertermia. Contra la disnea de causu congestiva, se ordenan ventosas Junod en pecho y espalda y fomentos calientes, prescribiéndose al mismo tiempo la siguiente poción:

Ergotina de Ivon..... 1 gramo
Agua..... 80 »
Jarabe de azahar..... 20 »

(Bebida)

á tomar una cucharita de café cada dos horas.

Después de llenar estas primeras indicaciones el niño queda calmado.

Temperatura 38°. Pulso 130. Respiración 50.

A las 5 p. m. fuí llamado con urgencia porque el niño se había agravado subitamente y tenía convulsiones, elemento que aun en el Hospital, entre personas habituadas á observar este accidente tan común en los niños, produce fuerte impresión.

Encontré al enfermito con pérdida de conocimiento, agitado por una convulsión clónica generalizada, con la cara cianítica, las venas del cuello ingurgitadas y los miembros con movimientos desordenados de flexión y de extensión. Los ojos desviados hacia arriba, giran á intervalos hacia uno y otro lado y las comisuras labiales son tironeadas con desorden por contracciones de las mejillas. El termómetro en el recto da 40°.3. El pulso pequeño late 150 veces por minuto y la respiración entrecortada por frecuentes espasmos es imposible de contar.

Se ordena un baño sinapizado caliente primero y lentamente enfriado echando agua helada sobre la cabeza.

A los 14 minutos de inmersión las convulsiones cesan, la cara toma una expresión tranquila y el niño cae casi sin transición en un estado de abatimiento y de sueño.

La disnea es sin embargo muy pronunciada; hay más de 60 respiraciones por minuto. El pulso muy débil y frecuente, es incontable.

A la auscultación al lado de rales sibtilantes y ronflan-

tes, se notan gran cantidad de rales subcrepitantes en toda la extensión de ambos pulmones, principalmente en las bases donde el murmullo vesicular está muy disminuido y existe una lijera submatitez.

Se aplica nuevamente gran cantidad de ventosas y se dá una inyección de cafeina. El niño dejado en su cuna sigue en el mismo estado semicomatoso en que cayó después de la convulsión. Tiene la cara muy pálida, lo que contrasta con los pómulos violáceos. La respiración es frecuente y superficial.

A las 9 p. m. fuí llamado nuevamente y encontré el niño muerto. Me informa la hermana de guardia, de que habia dormido tranquilo hasta hacia un momento; de pronto se habia casi incorporado en la cuna, habia tenido un instante de agitación y según parece algunos movimientos convulsivos y luego, subitamente, la calma de la muerte habia reemplazado las agitaciones de la agonia.

Junio 16. *Autopsia.—Cavidad craneana.*—Al cortar los senos, se derrama una regular cantidad de sangre obscura. Congestión meningo-encefálica, caracterizada por un color rosado intenso de la superficie de las circunvoluciones, que presentan á trechos, placas rojizas. Al corte, la sustancia nerviosa aparece acribillada de puntos rojos, que responden al corte de los vasos ingurgitados.

Cavidad torácica—Corazón en diástole. La superficie pleural, presenta numerosas equimosis de tamaños variados y su aspecto cambia en general de la parte anterior á la posterior. Adelante, donde los pulmones están enfisematosos, el color es rosado y la consistencia blanda, pero á medida que vamos hácia atrás, el color se hace primero rojo, después violáceo y la consistencia aumenta

progresivamente. En la cara posterior y principalmente en los lóbulos inferiores, pueden limitarse por una palpación profunda, eminencias y depresiones, diferencias producidas evidentemente por la existencia de nódulos peribrónquicos en los que había comenzado la infiltración pulmonar. Al corte los tejidos ingurgitados dejan escapar una abundante cantidad de sangre negra, mezclada con escasas burbujas de aire.

Cavidad abdominal—Congestión de hígado, bazo y riñones.

Conclusiones. Bronco-neumonia doble, muerte por asfixia.

Buenos Aires, Junio 20/97.

Las enfermedades de la garganta son muy comunes en los niños. Esta región rica en vasos y en filetes nerviosos se congestiona bajo la influencia de las enfermedades mas variadas y es difícil distinguir por los carácteres locales, la naturaleza de la afección que la produce. La rubicundez general de la faringe se asocia comúnmente con la escarlatina y el sarampión y muchas otras enfermedades agudas, fiebres tifoidea, neumonia, reumatismo, septicemias, etc., pueden comenzar con este síntoma. Otras veces una angina esencial puede iniciarse con un cortejo sintomático que haga

creer en el principio de una enfermedad general grave. En los niños de corta edad, el dolor local aumentado por la deglución de que se quejan los adnltos, es poco pronunciado ó falta enteramente mientras que los síntomas generales y principalmente la fiebre, son muy intensos. Con frecuencia el médico se encuentra confundido y es necesario tener una larga observación de enfermos para orientarse en estos casos.

La angina simple comienza generalmente por desgano, caimiento y á veces vómitos. La temperatura se eleva rápidamente á 39°, 40° y aun mas y es fácil reuniendo estos síntomas con la rubicundez de la faringe, creer en el principio de la escarlatina. En los niños muy jóvenes, estas afecciones locales aun lijeras, que se inician con una fiebre intensa, pueden acompañarse de convulsiones, que algunas veces deben atribuirse solo á la hipertermia, otras á la intensidad de la infección, según la importancia de cada uno de estos elementos. Ed. Henoch cita el caso de dos hermanas de 6 á 8 años de edad que en el curso de una angina simple, con fiebre viva, presentaron accidentes eclámpticos.

Generalmente la fiebre en estos casos dura poco; cae en el curso de las primeras 24 horas y el niño queda apirético ó tiene lijeras elevaciones de temperatura, completamente sin importancia.

El enfermo de que voy á ocuparme es el mismo que ya ha figurado en dos ocasiones anteriores, primero atacado de influenza, después de neumonia franca, ambas acompañadas de convulsiones. En esta tercera vez que tengo oportunidad de verlo en el Hospital, afectado de una amigdalitis folicular y angina simple, presenta también este género de accidentes, poniende de relieve como he dicho anteriormente la importancia de la predisposición neuropática.

OBSERVACIÓN DE AMIGDALITIS FOLICULAR CON ANGINA SIMPLE, ACOMPAÑADA DE CONVULSIONES

Emiliano 4348. 2 años, 11 meses. El 25 de Febrero de 1898 á las 11 a. m. es admitido este niño en el consultorio externo.

El ama dice que desde ayer lo ha notado triste. Que se ha llevado con frecuencia las manos á la cabeza (cefalal gía). Se ha negado á tomar alimentos y los pocos que tomaba parecia que tuviera como dificultad ó dolor para

tragarlos. El día de entrada al hospital, próximamente á las 9 a. m. ha tenido una convulsión que ha durado como 5 minutos y es lo que la ha decidido á traerlo apresuradamente.

La lengua está cargada en el centro y roja en los bordes, las amigdalas están tumefactas y la faringe es asiento de una congestión uniforme y muy pronunciada. La temperatura axilar es de 39°5 y el niño está muy agitado.

Con estos síntomas y á pesar de no existir nada sospechoso del lado de la piel, pensando que pudiera tratarse del comienzo de una escarlatina, es enviado á los cuartos de aislamiento de la sala del Cármen, servicio del doctor Davel.

Se ordena un baño á 25°, un purgante de 0.30 cent. de calomel, envolturas calientes en el cuello, dieta láctea y se encarga recoger la orina, encerrando el miembro en un condón que se sujeta á la cintura por un vendaje apropiado.

En la visita de la tarde 6 p. m. se nota sobre la amigdala derecha, un ligero exudado blanco amarillento. La temperatura es de 39°1. Se ordena un nuevo baño.

Febrero 26. A las 10 a. m. el doctor Davel vé por primera vez el enfermo. Encuentra el exudado en la misma forma del día anterior y lo desprende fácilmente. Hay un ligero infarto ganglionar bajo el ángulo maxilar derecho. Las orinas recogidas son claras y abundantes y no contienen albúmina. Hay dos deposiciones catarrales. La temperatura es de 38°. Por el lado de la piel no hay nada sospechoso.

Ordenó hacer curaciones tópicas con fenol sulforicinado al 15 °/₀, antisepsia intestinal y practicar el exámen microscópico de la placa desprendida, practicando, solo en

el caso poco probable de hallarse bacilos de Lœffler, una inyección de 1000 unidades de suero Roux.

El análisis microscópico es negativo.

A las 6 p. m. el exudado no se ha reproducido y la temperatura es de 37°5.

Febrero 27. La hiperemia de la faringe ha disminuido notablemente. El exudado no se reproduce y el infarto ganglionar ha desaparecido. El niño está apirético.

El 28 de Febrero es dado de alta, curado.

Buenos Aires, Marzo 3 de 1898.

La estomatitis ulcero-membranosa se observa casi exclusivamente en los niños que viven en malas condiciones higiénicas. En los niños pobres y descuidados en la limpieza de su boca se observa con cierta frecuencia. Enfermedad muy contagiosa, es común en los asilos, donde el acinamiento favorece su propagación. En la Casa de Expósitos es muy común y sus formas graves con ulceraciones de carácter gangrenoso, que fácilmente llegan al nóma de la boca se observan casi exclusivamente allí.

Habitualmente pululan en la boca, nadan en la saliva, millares de microbios, los unos safrófitos, los otros patógenos. Entre estos últimos son notables, el estreptococus, el estafilo-

cocus, el pneumococcus, el coli comune, etc., que vegetan con su virulencia atenuada hasta el momento en que la resistencia del organismo disminuye y pueden entonces determinar sobre la mucosa bucal, lesiones mas ó menos extensas é importantes.

Generalmente la estomatitis ulcero-membranosa tiene su orígen en una causa irritativa local ó general. La cárie dentaria, las supuraciones alveolares, etc., son su causa inmediata ó bien se produce en la convalecencia de las fiebres eruptivas merced al debilitamiento del organismo que de ellas resulta y á la irritación de la mucosa bucal producida por los agentes desconocidos de estas infecciones.

El principio de la enfermedad, á veces brusco y febril, puede dar lugar á convulsiones en los niños predispuestos.

OBSERVACIÓN DE ESTOMATITIS ÚLCERO MENBRANOSA ACOMPAÑADA DE CONVULSIONES

María G....—5 años, 2 meses.—El 14 de Diciembre de 1897 es atendida por primera vez en el consultorio externo esta niña, en mérito á ser hija de un ama que tiene en su poder un niño de la casa.

Antecedentes hereditarios.—El padre, hombre sano y

trabajador, tiene hábitos alcohólicos. La madre ha sido siempre sana y tiene un niño de pecho, que no presenta nada de particular.

Antecedentes personales.—Ha sido despechada á los 4 meses y alimentada después de una manera defectuosa que tuvo como consecuencia á la edad de ocho meses, una grave afección del aparato digestivo, que atrasó mucho á la niña y fué acompañada de convulsiones.

Ha tenido sarampión en el mes de Setiembre ppdo. y en su convalescencia una otitis aguda del lado izquierdo, con dolores vivos y derrame de pus y sangre. La otorrea persiste aún.

Desde el 9 de Diciembre se quejaba de un dolor intenso localizado en la parte izquierda de la cara, que según datos de la madre estaba hinchada desde hacía unos días. Desde el 12 la hinchazón desapareció con el dolor. Probablemente se ha tratado de un abceso alveolo dentario que se ha abierto expontáneamente.

Desde el 13 por la mañana, ha notado que salivaba abundantemente, al mismo tiempo que los lábios se hinchaban, se ponían violáceos y se recubrían de mucosidades que durante esa noche se secaron y al despertar hicieron materialmente imposible la abertura de la boca. A las 4 a. m. al mismo tiempo que una fiebre muy viva ha tenido la enfermita una convulsión generalizada, que duró como 5 minutos y cedió á un baño templado aconsejado por un médico.

Estado actual.—La enferma viene por primera vez al consultorio el 14 á las 11 a. m. Está pálida y fatigada. La temperatura axilar es de 38°. La cara está deformada por la tumefacción enorme de los lábios, que, invertidos hácia afuera sangran al menor contacto y están recu-

biertos de placas pseudo-membranosas, blancuscas, en parte teñidas de sangre.

Las falsas membranas son notablemente espesas en las comisuras labiales y en sus inmediaciones, deteniéndose hacia afuera cerca de la unión de la mucosa con la piel, pero hácia adentro se extienden ámpliamente hasta las encías. Hacen cuerpo con la mucosa y toda tentativa para desprenderlas, produce hemorragia.

En el intérvalo de las membranas la mucosa está exulcerada y en partes recubierta de costras negruscas.

La enfermita experimenta gran dificultad para abrir la boca y se resiste á hacerlo, acusando por todo movimiento de los lábios y cualquier contacto un poco brusco, los mas vivos dolores.

A pesar de esta dificultad, se llega con paciencia á ver la cavidad bucal y hasta el fondo de la garganta.

Sobre la cara interna de la mejilla izquierda, se nota una enorme falsa membrana blanca, que se extiende desde la comisura labial de este lado hasta la vecindad del pilar anterior, recubriendo toda la altura de la mejilla.

El resto de la mucosa bucal, la mucosa gingival, el velo del paladar, las amigdalas y el fondo de la garganta, están muy rojas pero sin falsas membranas.

La lengua está súcia y existe en el borde de la punta una pseudo-membrana que se extiende algo bajo la cara inferior. El aliento es de una fetidez excepcional.

En el cuello cerca de los ángulos de la mandíbula, existe un infarto ganglionar notable sobre todo del lado izquierdo.

Aparte de estas alteraciones locales, el exámen mas detenido no revela alteración ninguna en los demás aparatos orgánicos.

La anorexia es absoluta, pero no hay perturbaciones digestivas notables.

En presencia de la intensidad del proceso pseudo-membranoso, fuimos arrastrados á pensar en la posibilidad de una difteria, aun cuando la localización especial del exudado dejase subsistir alguna duda. Sin embargo dejándonos llevar por esta primera impresión y sin esperar el resultado del análisis microscópico, practicamos una inyección de suero Roux (0.20 cent. cúbicos) y recomendamos lavajes antisépticos frecuentes.

Diciembre 15. El exámen microscópico de mucosidades y partes de pseudo-membranas, recogidas en los lábios y en el fondo de la garganta, dá gran cantidad de estafilococus y algunas cadenitas aisladas, pero no bacilus de Loeffler.

El estado general de la enfermita es casi el mismo. La temperatura es de 38°. La madre dice que ha estado muy agitada y con fiebre todo el resto del día anterior, consiguiendo calmarla y hacerle conciliar el sueño después de un baño templado de 10 minutos.

El estado local es un poco mejor, aunque el resultado de la inyección; como lo hacia esperar el análisis microscópico del exudado, no es muy apreciable.

Los lábios están siempre recubiertos de falsas membranas imposibles de desprender.

Están muy rojos y sangran con facilidad. La falsa membrana de la mejilla, parece menos adherente. La garganta está roja pero sin exudados. El aliento es siempre muy fétido.

Se resuelve hacer, prévio un lavaje prolijo y algunas tentativas para desprender parte de las membranas, una cauterización al termo-cauterio, limitada á las partes mas

enfermas y principalmente á los lábios, donde las lesiones son mas notables y luego curaciones tópicas con fenol sulforicinado al 15 °/₀. Para el resto del día se ordenan lavajes antesépticos frecuentes y baños templados, siempre que la niña esté agitada ó con fiebre. Se encarga tratar de alimentar á la enferma, con porciones de 100 gramos de leche hervida tibia.

Diciembre 16. En el estado general se nota alguna mejoría. La enfermita ha estado mas tranquila y se ha alimentado algo. La temperatura es de 37°6. La fetidez del aliento ha disminuido. La membrana de la mejilla ha disminuido algo. Los lábios están menos tumefactos y el infarto de los ganglios del cuello es menos notable. Se continua el mismo tratamiento.

Diciembre 17. Temperatura 37°5. La falsa membrana de la mejilla ha disminuido la mitad de su tamaño. El estado general es satisfactorio y la niña se ha alimentado.

Diciembre 20. La mejoría es muy notable. La fetidez del aliento ha disminuido mucho. La membrana de la mejilla está como rugosa y sus bordes están flotantes siendo fácil desprender colgajos friables. En los lábios, la tumefacción ha disminuido notablemente pero las falsas membranas no son menos adherentes aunque sí menos espesas, haciendo la impresión de que se reabsorvieran *in situ*, de la periferia hácia el centro. La temperatura es casi normal; 37°3.

Diciembre 22. Las falsas membranas desaparecen progresivamente de los lábios. En la mejilla quedan solo pequeños colgajos fáciles de desprender. El aliento no es ya fétido y la tumefacción ganglionar muy poco notable. La temperatura es normal y la niña se alimenta casi sin dificultad, aunque siempre con líquidos.

Diciembre 24. Ya no quedan falsas membranas. Los lábios no sangran y su tumefacción ha casi desaparecido. La mucosa bucal aunque todavía roja está libre de falsas membranas.

Diciembre 26. El aspecto de los lábios es casi normal, aunque conservan todavía algunas grietaduras en las comisuras.

Diciembre 28. La enfermita es dada de alta completamente curada. Los lábios han recobrado su aspecto normal, lo mismo que la mucosa bucal y la faringe.

Buenos Aires, Enero 6/98.

La urenia y las intoxicaciones accidentales ó terapéuticas, mas frecuentes estas últimas en el niño que en el adulto, pueden también dar lugar á accidentes convulsivos. Estas idiosincracias generales respecto á ciertos medicamentos, propias á la infancia se explican por la rapidéz de la circulación, por la actividad mas grande de los cambios moleculares y por consiguiente la absorción mas rápida de ciertas sustancias que van á ponerse en contacto con un sistema nervioso muy impresionable que responde por actos reflejos bruscos é intensos.

IV

La eclampsia, las convulsiones esenciales de la infancia, son en la mayoría de los casos fáciles de distinguir en las convulsiones sintomáticas de lesiones materiales de los centros nerviosos, fundándose principalmente, en el estado anterior del enfermo y en el estado en que queda después del acceso, tomando idea del primero por los informes dados por las personas que rodean el niño y del segundo por el exámen directo de éste después que la descarga nerviosa ha pasado.

Pero si tomamos al enfermo en el momento del acceso y sobre todo si faltan antecedentes precisos, es muy difícil pronunciasre en este sentido por la sola forma de la convulsión.

Es opinión común en los autores que las convulsiones esenciales son siempre generalizadas, ó cuando menos simétricas, mientras que las sintomáticas, son comunmente parciales ó asimétricas. Pero á este respecto ten-

go la observación directa de laniña Manuela 5283, en que las convulsiones acompañando una indigestión, fueron completamente limitadas al lado derecho del cuerpo y de la cara y algunos otros en que cuando menos el síntoma ha sido mucho más pronunciado de un solo lado.

Por otra parte, las lesiones anatómicas limitadas á una porción del encéfalo, pueden traducirse por convulsiones generalizadas, que simulen un acceso de eclampsia, lo que se explica por el desarrollo incompleto del encéfalo del niño, por la falta de localización precisa de sus funciones y por la tendencia que tienen en él á generalizarse la mayoría de las enfermedades.

Cuando se ha tenido oportunidad de observar antes el enfermo, ó cuando se tienen datos fidedignos de su estado anterior, las parálisis y contracturas, las alteraciones de la sen sibilidad y de los órganos de los sentidos, á veces las perturbaciones psíquicas. harán reconocer las lesiones cerebrales crónicas; los vómitos, la constipación, la cefalalgia, las modificaciones del pulso y la respiración, harán reconocer las afecciones meníngeas agudas; la

aparición brusca de la convulsión en un estado anterior de salud, la elevación notable de temperatura, la alimentación defectuosa, el estado de la dentición, la falta de antecedentes nerviosos ó la existencia de síntomas prodrómicos de enfermedades conocidas, harán pensar en las convulsiones banales que acompañan las afecciones más variadas en los niños.

Sin embargo, hay que tener presente que algunas meningitis infecciosas comienzan bruscamente por convulsiones y elevación notable de temperatura y que aún la meningitis tuberculosa, generalmente típica, puede en algunos casos comenzar de golpe por manifestaciones eclámpticas. Recuerdo á este respecto un caso de reciente observación en el servicio del Dr. Bosch. Una niña de 1 año, 4 meses, ingresa el 20 de Agosto último al hospital, con perturbaciones digestivas y tiene el día de su entrada un acceso convulsivo que cede rápidamente á un baño y un purgante de calomel. Queda en observación en el servicio por varios días, aparentemente curada. El 26 estalla súbitamente un nuevo acceso convulsivo y en los días siguientes se manifiestan los síntomas comunes de la meningitis tuberculosa

Muerta el 1° de Septiembre, se encuentra á la autopsia una tuberculosis miliar generalizada. Tubérculos en los meninges (báse), pulmones, hígado, bazo, etc.

Paul Simon, en su artículo «Eclampsia», de la obra de Grancher, Comby y Marfan, cita un caso análogo.

La observación del enfermo después del accidente es muy importante, porque en las convulsiones que dependen de lesiones materiales del encéfalo ó las meninges, salvo casos excepcionales, quedan después del acceso perturbaciones nerviosas de orígen central (extrabismo, midriasis, coma, etc.)

La verdadera dificultad para el dignóstico de eclampsia, está en diferenciarla de la epilepsia, enfermedad que le es tan semejante, que según opinión de algunos autores (Sauvages, Cullen) toda distinción inmediata es imposible de establecer.

Considerados aisladamente, los accesos epilépticos y los ataques eclámpticos intensos, no presentan diferencia esencial. La espuma por la boca, la insensibilidad, la pérdida absoluta de conocimiento, la congestión de la cara, que algunos dan como característicos de la epilep-

sia, se encuentran también en la eclampsia. En cuanto al grado de intensidad de los movimientos y á las actitudes del cuerpo, mal puede fundarse un juicio certero sobre elementos tan variables.

Sin embargo, cuando un acceso se presenta con palidez de la cara. grito, caída; cuando hay emisiones nocturnas de orina y el niño se levanta aturdido, con la cabeza pesada; si hay equimosis en el cuello y en la cara y mordeduras de la lengua; si no hay síntomas de otra enfermedad accidental, se debe pensar en la existencia del mal comicial. La constatación de asimetrías del cráneo y de la cara, y sobre todo las alteraciones de la sensibilidad y estigmatas mentales, muy difíciles de apreciar en los niños de corta edad, deben inclinarnos también en este sentido.

Los accesos epilépticos se producen con más frecuencia que los ataques eclámpticos, y generalmente sin causa ocasional aparente, mientras que estos últimos aparecen comunmente como complicación de otras enfermedades (bronquitis, indigestión, exantemas agudos, etcétera). Sin embargo, Rilliet cita el caso de un niño que sólo había tenido convulsiones du-

rante su primera infancia, acompañando enfermedades agudas y que más tarde se hizo epiléptico.

De manera que en este punto de diagnóstico que implica el pronóstico ulterior del enfermo, el médico debe mantenerse en una prudente reserva, esperando tener una larga observación del caso para pronunciar un juicio definitivo.

Una vez establecido el diagnóstico de eclampsia, queda todavía por determinar el diagnóstico de la causa de las convulsiones, que es con frecuencia muy delicado y siempre importante, pues de él depende la oportunidad de la terapéutica á aplicar.

He mencionado con detención algunas de las principales causas de convulsiones en los niños, pero la determinación de cada una de estas á la cabecera del enfermo, sobre todo cuando los antecedentes dados por las personas que lo rodean no son claros, presentan á la sagacidad del clínico, la resolución de sérios problemas.

Es necesario preceder al exámen más metódico y minucioso para llegar á un resultado seguro.

En primer lugar se debe desnudar comple-

tamente el niño y examinar sus tegumentos para poder excluir las causas á veces insignificantes (ropas incómodas, alfileres mal colocados, etc.) que son capaces de determinar las convulsiones. En los niños muy chicos un pequeño abceso ó cualquier otra afección de la piel, puede producirlas.

En la primera infancia, deben buscarse de preferencia, dada su frecuencia, las perturbaciones digestivas, que pueden producir los cambios de alimentación más lijeros. A veces una cólera violenta ó el alcoholismo de la nodriza son suficientes para producir ataques convulsivos en el *nourrison*.

La temperatura es un elemento importante para el diagnóstico etiológico de la eclámpsia infantil. Si las convulsiones se presentan con una temperatura que se acerque á 40°, casi seguramente marcan el principio de una enfermedad infecciosa aguda, neumonia, fiebre eruptiva ó aún como en el caso del niño Emiliano 4348, evidentemente predispuesto á este género de accidentes, la invasión de una simple angina. Estos casos solo pueden confundirse con una meningitis infecciosa aguda, pero en estas hay generalmente síntomas pre-

cursores que permiten hacer el diagnóstico. El exámen de las orinas debe hacerse siempre que sea posible, para reconocer la eclámpsia urémica relacionada con una lesión renal. Cuando se sospecha la existencia de una lesión orgánica infecciosa, deben examinarse con detención todos los aparatos de la economía, para establecer la importancia y naturaleza de sus lesiones, que deben tenerse muy en cuenta para el pronóstico.

Cuando una investigación prolija no revela lesiones apreciables, y sobre todo si el enfermo está apirético, debe pensarse en las intoxicaciones accidentales ó medicamentosas, y exigir antecedentes prolijos á las personas que rodean al niño.

En los niños que han alcanzado la edad de 6 ó 7 años, en que las convulsiones esenciales son menos frecuentes, se dirijirá siempre la atención hacia las neurósis (epilepsia, histéria) y aún á buscar las lesiones materiales de las meninges y el encéfalo.

V

En términos generales el pronóstico de la eclámpsia infantil, está íntimamente vinculado y se deduce del diagnóstico de su causa etiológica, aunque la forma, frecuencia y duración de los accidentes tengan también importancia.

Evidentemente, las convulsiones ligadas á lesiones materiales del sistema nervioso, son de extrema gravedad, con frecuencia mortales.

El diagnóstico de eclámpsia, mejora entónces el pronóstico de un niño en convulsión, pero éste está lejos de ser benigno en todos los casos.

He dicho en el curso de este trabajo, que la sola duración del ataque convulsivo, ó su repetición á cortos intérvalos, constituyendo un verdadero *estado de mal*, es suficiente á producir la muerte del niño, por *epuissement* nervioso.

Cuando la convulsión afecta los músculos que sirven la función respiratoria, ya sea provocando un espasmo de la glotis, tetanizando

el diafragma ó produciendo movimientos clónicos frecuentes que impidan una ampliación suficiente del torax, la hematosis puede ser comprometida sériamente y hasta llegar la muerte por asfixia.

En general las convulsiones que acompañan la invasión de las enfermedades agudas, son de pronóstico mas benigno que las que aparecen como complicación en el curso de éstas.

Las primeras, revelan solamente la intensidad de la infección y la hipertemia. son producidas por el contacto de los elementos nerviosos, con los venenos que circulan en la sangre, aunque en las enfermedades del aparato respiratorio que invaden de golpe una gran extensión de los pulmones, puedan ser anuncio de una asfixia precoz, como en el niño Cárlos 7038, que figura entre mis observaciones, y que falleció á las pocas horas de ingresado al Hospital, víctima de una bronconeumonia doble de causa morbillosa.

Las segundas, que aparecen en el curso de las enfermedades, son de pronóstico mas grave, porque generalmente implican una lesión secundaria del sistema nervioso, como en la méningitis á pneumococus que se produce en

el curso de una neumonia ó en el edema cerebral con que terminan con frecuencia, las gastro-enteritis serosas agudas de los niños. En el curso de las afecciones pulmonares pueden revelar un principio de asfixia, y anunciar un desenlace próximo y fatal.

Las convulsiones reflejas ó tóxicas, y en estas últimas comprendo las que acompañan perturbaciones digestivas, y principalmente la indigestión en los niños, son en general de pronóstico benigno, y desaparecen con la causa que las produce.

Sin embargo, es necesario tener presente que la eclámpsia, revela casi siempre una predisposición neuropática latente y hacer pesar esta circunstancia, para juzgar del porvenir del niño.

Esta predisposición revelada en la jóven edad por lesiones transitorias, puede ser la primera manifestación de una degeneración hereditaria, que se traducirá mas tarde por fenómenos tan graves como la epilepsia.

Así, el médico llamado para atender un niño afectado de eclampsia, debe siempre mantenerse respecto al porvenir del enfermo, dentro de los límites de una prudente reserva.

VI

« Es muy frecuente, dice Bouchut, oir sos-
« tener por personas agenas á la medicina,
« con la mejor fé del mundo, que el medio
« mas segura para hacer cesar un acceso con-
« vulsivo en un niño, consiste en colocarle un
« grano de sal en la punta de la lengua. Por
« inocente y ridículo que esto pueda parecer,
« este medio vulgar encierra una verdad im-
« portante; demuestra la vanidad de las pre-
« tensiones de la terapéutica respecto de la
« eclampsia y ahorra el trabajo de demostrar
« lo que hay que comprender de la manera
« mas explícita, á saber: que un ataque con-
« vulsivo cura con frecuencia por los solos es-
« fuerzos de la naturaleza y sin intervención
« del médico.»

Si esto es cierto en algunos casos, en muchos otros la intervención del médico es indispensable y la acción de una terapéutica apropiada presta á menudo grandes servicios.

En presencia de un niño con convulsiones, si estas son intensas, el médico debe preocuparse en primer término de hacerlas cesar, inquiriendo al mismo tiempo su causa etiológica para atacar el mal en su origen.

Desnudar el nido observando la manera como están colocadas sus ropas; examinar detenidamente la piel, buscando en ello la causa de los accidentes, colocar el enfermo en un lecho ámplio con la cabeza elevada y vigilar que la pieza sea espaciosa y bien areeada, son preceptos que no deben olvidarse y que á veces ponen sobre la vía del diagnóstico ó hacen cesar la convulsión.

Muchos son los medicamentos preconizados para el tratamiento inmediato del ataque, entre los que figuran todos los antiespasmódicos. Ed. Henoch pondera las inhalaciones de cloroformo, que suelen dar buenos resultados, pero que presentan inconvenientes en los niños muy chicos, cuando el tratamiento debe ser prolongado.

En la terapéutica infantil, deben siempre preferirse los medios higiénicos á los farmacéuticos. El baño templado, con aplicaciones frías á la cabeza y prolongado según las nece-

sidades del caso, es el mejor antiespasmódico de los niños. Se emplea sistemáticamente en la Casa de Expósitos y presta señalados servicios. Tiene la ventaja de combatir la hipertermia y ejercer una acción sedante sobre el sistema nervioso, restableciendo el equilibrio de sus funciones; favorece la diuresis y puede hacer cesar la retención espasmódica de las orinas, que es común en estos casos.

El hidrato de cloral administrado en enemas de agua albuminosa, es útil cuando las convulsiones no ceden al baño.

En los casos en que existe congestión cerebral, que puede juzgarse aproximadamente por el grado de congestión de la cara y que de simple efecto de las convulsiones, puede transformarse después en causa de su persistencia los medios derivativos, baños sinapizados calientes, las botas algodonadas de Simon, los purgantes moderadamente enérgicos principalmente el calomel en dosis que varían de 0.10 á 0.40 centígramos según la edad del enfermo, son con frecuencia usados con éxito.

Después de dominados los accidentes tumultuosos de los primeros momentos, el médico debe preocuparse en primer lugar de man-

tener el resultado obtenido y luego de practicar un exámen detenido del enfermo para determinar el origen de las convulsiones é instituir el tratamiento causal. Para el primer objeto, los bromuros, aislados ó asociados, disminuyendo la excitabilidad del sistema nervioso, prestan buenos servicios. Su administración debe hacerse en dósis fraccionadas, llegando hasta 2 ó 4 gramos en las 24 horas, según la edad del niño y la intensidad de los accidentes convulsivos y continuando su administración hasta 2 ó 3 días después de la cesación de éstos.

En cuanto al tratamiento causal, variará con la naturaleza de la causa. En la indigestión se tratará de evacuar el estómago por vomitivos ó por la titilación de la úvula, si se sospecha que todavía están en él los alimentos. Si estos han pasado al intestino, el calomel ó las lavativas purgantes favorecerán su eliminación. Si en las deposiciones se encuentran huevos ó porciones de parásitos intestinales se administran los vermífugos ó tenífugos.

Si la dentición es causa de los accidentes, se escarificarán las encías. En cuanto á las convulsiones que acompañan la invasión de las

fiebres eruptivas, los baños templados ó los lavajes de agua fría adicionado de vinagre aromático, practicados con una esponja en todo el cuerpo, combatiendo la hipertermia las harán generalmente cesar. En las que acompañan la asfixia, las ventosas, las inhalaciones de oxígeno, etc., dan buenos resultados. Las emisiones sanguíneas de que tanto se ha abusado, solo estarán justificadas en los casos de uremia grave, cuando el niño esté en condiciones de resistirlas.

En los niños que han tenido convulsiones es necesario observar una higiene apropiada para impedir su repetición. Se evitará toda causa de excitación cerebral, manteniendo al niño en un aislamiento relativo. Se observará su alimentación, suprimiendo de ella todos los alimentos indigestos, y sustancias excitantes (te, café, alcohólicos). Se vigilará el funcionamiento regular del vientre y siempre que el niño presente síntomas precursores, se darán baños templados y dosis repetidas de bromuros.

EDUARDO F. BELÁUSTEGUI.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La asistolia en los niños menores de 5 años, debe hacer pensar en las lesiones del pericardio, aún en la ausencia de síntomas físicos locales.

II

El mejor medio para el diagnóstico precoz de la meningitis tuberculosa, es la punción de Quincke.

III

Las fiebres eruptivas de la infancia y sobretodo las de complicación pulmonar frecuente (sarampión, coqueluche) predisponen fuertemente á la explosión de la tuberculosis.

IV

La matitez absoluta en un solo lado del torax no es frecuente en las afecciones pulmonares de la primera infancia y su constatación debe hacer pensar en la existencia de un derrame pleurítico.

BIBLIOGRAFÍA

AUVARD A.—*Le nouveau-né.*—Paris 1898.

BOUCHUT.—*Maladies du nouveau-né et de la premiere enfance.* —Paris 1873.

BROUARDEL.—*Traité de Medecine.*—Paris 1898.

BEAUNIS H.—*Nouveaux elements de physiologie humaine.*—Paris 1888.

BECLARD J.—*Traité elementaire de Physiologie.*—Paris 1886.

BALL B.—*Legons sur les maladies mentales.*—Paris 1890.

COMBY J.—*Maladies de l'enfance.*—Paris 1895.

CADET DE GASSICOURT.—*Maladies des enfants.*—Paris 1886.

DUVAL M.—*Cours de physiologie.*—Paris 1892.

DEVOVE Y ACHARD.—*Manuel de Medecine.*—*Sisteme nerveux.*—Paris 1894.

D'ESPINE Y PICOT.—*Manuel de Maladies de l'enfance.*—Paris 1894.

GRANCHER, MARFAN Y COMBY.—*Maladies de l'enfance.*—Paris 1897.

GOODHART J.—*Maladies des enfants.*—Paris 1895.

HENOCH ED.—*Maladies des enfants.*—Paris 1885.

HALLOPEAU H.—*Pathologie générale.*—Paris 1890.

LE GENDRE Y BROCA.—*Traité de therapeutique infantile, medico chirurgicale.*—Paris 1894.

PERIER.—*Higiene alimentaire de l'enfance.*—Paris 1897.

TROUSSEAU A.—*Clinique medicale de l'Hotel Dieu de Paris.*

VARIOT G.—*La diptherie et la serumtherapie.*—Paris 1898.

Buenos Aires, Septiembre 7 de 1898.

Nómbrase á los señores: Académico, Dr. Manuel Blancas; Profesor Titular Dr. Francisco Sicardi y Profesor Suplente Dr. Facundo Larguía, para que constituídos en comisión se sirvan dictaminar respecto á la admisibilidad de esta Tésis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña,
Secretario.

Buenos Aires, Septiembre 14 de 1898.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la Tésis presentada por el ex-alumno Eduardo F. Beláustegui.

«En el local de la Facultad, á 13 de Septiembre de «1898, reunidos los que suscriben encargados de dictami-«nar respecto de la admisibilidad de la Tésis presenta-«da por el ex-alumno Eduardo F. Beláustegui que versa «sobre «El Sindroma Convulsión en las Enfermedades de «la Infancia», resolvieron admitirla. Con lo que terminó «el acto.—Firmado: M. BLANCAS. FRANCISCO A. SICARDI. «—F. A. LARGUÍA.—Firmado: *Zenón Aguilar*, Pro-Secre-«tario.»

Luis M. Acuña,
Secretario.

Septiembre 14 de 1898.

Entréguese al interesado esta Tésis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña,
Secretario.