

FACULTAD DE MEDICINA.—UNIVERSIDAD CENTRAL

PATOLOGÍA Y SIMULACIÓN

DE LA

EPILEPSIA

MEMORIA DEL DOCTORADO

POR

D. Francisco Soler Garde,

Ex-alumno interno pensionado y premiado, por oposición, de la Facultad de Medicina de Barcelona;
Licenciado, en la misma, con la calificación de Sobresaliente; Médico z. por
oposición, del cuerpo de Sanidad Militar; etc., etc.



BARCELONA

Imp. Militar y Comercial de Calzada, Arco del Teatro, número 9, pasaje.

1893

À MI PADRE.

Acepte este trabajo, por el cual he obtenido el grado de Doctor en Medicina, punto final de mis estudios escolares, como débil muestra de la inmensa gratitud que le debo, del profundo respeto que le profeso y del amor con que correspondo al suyo.

FRANCISCO.



PATOLOGIA Y SIMULACION

DE LA

EPILEPSIA

EXCMO. SR:

Si, como indica la razón, junto al primer enfermo apareció el primer médico, en el sentido de que el hombre al ver sufrir á su hermano debió buscar los medios de aliviarle, parece probable que el deseo de participar de los cuidados que al doliente se prodigan, ó de eximirse de las obligaciones que el sano debe cumplir, fueron motivos para que en los primitivos tiempos de la humanidad, como en los sucesivos y en los actuales, y seguramente en los venideros, hubiera quien simulara padecer un mal de que no estaba afecto.

Sin pretender trazar la historia de la simulación, haré notar que los anales escritos de la humanidad nos ofrecen el primer caso de enfermedad simulada en el Génesis (1) realizado por Raquel, que con objeto de ocultar unos ídolos que intentaba sustraer á Labán, su padre, se sentó sobre ellos y fingió no poder levantarse por hallarse sufriendo dolorosa menstruación, y también en la Biblia (2) se refiere la primera simulación de epilepsia de que hay noticia, llevada á cabo por David, cuando huyendo de Saul, se refugió en la corte de Achis, rey de Geth, donde, para no ser conocido, vistióse como un

(1) Génesis.—Capítulo XXXI.—Versículo 35.

(2) Libro 1.º de los Reyes.—Capítulo XXI.—Versículo 13.

mendigo, y para dar mayor verosimilitud á su farsa, aparentó padecer ataques epilépticos; lo cual prueba también que en aquellas remotas edades eran ya conocidas y usadas las tretas de que aun hoy se valen algunos falsos pordioseros para inspirar la pública compasión y mover la caridad.

En las obras de todos los tiempos abundan las relaciones de los medios de que siempre el hombre se ha valido para eludir el cumplimiento de su deber, evitar un castigo ó satisfacer sus pasiones, pretextando enfermedad. Plutarco (1), Ovidio (2) y Julio César (3) en la antigüedad; Rodrigo de Castro (4) y Ambrosio Paré (5) en la Edad Media, Percy (6) y Larrey (7) en la época moderna y muchos autores contemporáneos (8) confirman este aserto.

En el Cuerpo de Sanidad Militar, cuyo uniforme tengo la honra de vestir, es frecuente observar la simulación, originada por el deseo de eludir el servicio de las armas que todo ciudadano debe á su Patria. Y una de las enfermedades mas frecuentemente elegida es la epilepsia; preferencia que se explica por la facilidad con que vulgarmente se cree que puede aparentarse, por el éxito que ha coronado los criminales propósitos de algún astuto y por la comodidad que tiene para el que pretende engañar, el fingirse enfermo sólo por cortos momentos y con intervalos grandes.

La responsabilidad, moralmente inmensa, que recae sobre el que ha de dilucidar un caso de tal naturaleza y la dificultad de este estudio, me mueven á consagrar esta memoria á la *simulación de la epilepsia* en lo que se refiere á su diagnóstico diferencial con la verdadera; pero antes de exponer detalladamente los esfuerzos que hace el simulador para ser reputado como epiléptico, es preciso conocer los caracteres de las diversas formas que clinicamente ofrece el mal

(1) Plutarco.—De viris illustribus.

(2) Ovidio.—Metamorphoses.

(3) Julio César.—De bello civili,—libro II.

(4) Rodrigo de Castro.—De médico político, libro IV.

(5) Œuvres d' Ambroise Paré, édition Malgaigne, t. II.

(6) Percy y Laurent.—Art. Simulación del Dict. en 6o vol.

(7) Larrey.—Mémoires de chirurgie militaire.—1817.

(8) Véase la bibliografía de la simulación en la página de esta memoria

comicial y saber el porqué de su mecanismo. Seguiré para ello el siguiente plan en el desarrollo de mi tesis, temeroso de que mi corta experiencia y mis escasas cualidades serán obstáculos que impedirán que lo realice del modo que el asunto merece; pero confiado de que su dificultad y su importancia inducirán á que sea mi trabajo acogido con benévola indulgencia por este Sabio Tribunal.

I. Señalaré á grandes rasgos la evolución que en el decurso del tiempo ha sufrido el conocimiento de esta enfermedad, indicando el nombre de los médicos que han contribuido principalmente á dicho conocimiento como respetuoso homenaje á sus merecimientos.

II. Procuraré fijar el concepto general que de la epilepsia debe formarse, ya que por la inseguridad de su anatomía patológica y de su etiología, no sea posible dar una definición exacta.

III. Estudiaré sus numerosas formas clínicas y los síntomas de cada una de ellas.

IV. Con las luces que proporcionan los modernos adelantos en la anatomía y la fisiología de los centros nerviosos y apoyado en los datos obtenidos por la experimentación, intentaré explicar, en lo que es posible actualmente, la patogenia de este proceso morboso y la fisiología patológica de los principales fenómenos epilépticos.

V. Expondré lo concerniente al diagnóstico de la simulación de la epilepsia, como resultado práctico de las anteriores disquisiciones.

Omito tratar lo referente al pronóstico y terapéutica, y sólo incidentalmente indicaré lo más importante respecto á la etiología y á la anatomía patológica; por qué, aun con ser muy interesantes, estos capítulos son ajenos al fin, ya indicado, que me propongo.

I. Bosquejo histórico.

La epilepsia ha sido conocida desde los primeros tiempos de la medicina; pero no ha sido lógicamente interpretada hasta los últimos años. Careciendo los antiguos de nociones claras y positivas sobre la estructura del cuerpo humano; privados de la luz que en el campo de la patología, como en el de la fisiología y en otros, proyecta el microscopio y no utilizando la experimentación en los animales, debieron limitarse forzosamente al estudio de los síntomas, teorizando de una manera absurda, á veces, al tratar de darse razón de los fenómenos que observaban.

Impresionados por la prontitud con que el epiléptico pasa de una completa tranquilidad á los más terribles extremos de furor, por la instantaneidad con que se aniquila su inteligencia, por la espantosa lucha á que parece entregado y por la rapidez con que se restablece la anterior salud, sin huella física ni recuerdo de lo pasado, una vez calmada la tempestad morbosa tan súbita y al parecer espontáneamente desencadenada; no vacilaron en atribuir su producción á un poder superior, á causas extraordinarias, reflejándose este concepto en muchos de los nombres á esta especie morbosa aplicados.

Hipócrates (1) que fué el primero en denominarla epilepsia (de *epilaptaein* apoderarse) impugnó tan absurdas ideas, negando el origen divino de este mal y afirmando que todo lo que en la naturaleza ocurre es debido á causas naturales. Celso (2) escribió poco de ella y Galeno (3) hizo un interesante estudio de las auras.

En lo sucesivo poco fué lo que se añadió á los conocimientos ad-

1) Hipócrates.—De morbo sacro.

(2) Celso.—De re medica.

(3) Galeno.—Consilium pro puero epiléptico.—Quomodo morbum simulates sint deprehendendi.

quiridos. Merecen citarse los árabes Rhazés (1) y Avicena (2), que conocieron la epilepsia tóxica; Fernel (3) médico de Catalina de Médicis que escribió extensamente del mal comicial; Bonnet y sus colaboradores del *Sepulchretum anatomicum* que ampliaron algunos hechos; Van-Swieten (4) que señaló un fenómeno muy importante los *puncta ruberrina*, para distinguir la epilepsia real de la simulada; y Tissot (5) que á fines del siglo pasado publicó una obra resumiendo con sano criterio los datos hasta su época adquiridos.

En los primeros años del actual, la creación de servicios hospitalarios, exclusivamente destinados á epilépticos, permitió un conocimiento más perfecto de esta enfermedad; pero gracias á los trabajos de Brown-Sequard (6), Legrand du Saule (7), Fournier (8), Feré (9), Jackson (10), Charcot (11), Axenfeld (12) y otros que sería prolijo enumerar, ha entrado el estudio de la epilepsia en una vía fecunda y brillante en estos últimos años.

-
- (1) Rhazés. (Abu Mohammed Errazy). Haouy (Medicina práctica).—Año 860 de la Era cristiana.
 - (2) Avicena. (Ali Ibn Sina).—Kitabul Kanuni fis tibbi, (libro del cánon de la Medicina), año 980, Era cristiana.
 - (3) Fernel.—Jo Fernelii pathologiae libri septem.—Paris 1638.
 - (4) Van-Swieten. — Description abrégée des maladies qui régnent plus communément dans les armées avec la methode de les traiter.—Vienne 1739 — Trad. francesa de 1760.
 - (5) Tissot.—Traité de l' epilepsie.—Paris 1770.
 - (6) Brown-Sequard.—Archives de physiologie normale et pathologique—1872.
 - (7) Legrand du Saule.—Des actes commis par les epiléptiques.—1875.—Etude médico legale des epiléptiques - 1877.
 - (8) Fournier.—Syphilis du cerveau—1880.—De l' epilepsie syphilitique (annales de dermatologie et syphilographie — 1880).
 - (9) Jackson.—Lectures on the diagnosis of epilepsy. (Medical Times, 1879).
 - (10) Feré.— Les epilepsies et les epileptiques.—Paris—1890.
 - (11) Charcot.—Lecons sur les maladies du systeme nerveux.—Œuvres completes, T. IV.—Id. des localisations dans les maladies du cerveau et la moelle epiniere. - T. VIII Le cours du mardi á la Salpetriere. Paris, 1888.
 - (12) Axenfeld.—Traité de nevroses,—1883.

II. Concepto general.

Examinando las muchas definiciones que de la epilepsia se han formulado, se ve que sólo describen los casos típicos de gran mal y no limitan exactamente el campo que esta enfermedad abraza. Ello es debido á que no hay fijeza en su anatomía patológica, ni en la etiología.

En las autopsias de los epilépticos suelen hallarse en cada caso lesiones totalmente distintas, junto con otras comunes á la mayoría de ellos que son evidentemente consecutivas á la persistente repetición de los ataques convulsivos y en modo alguno generadoras de ellos: cada ataque produce perturbaciones transitorias de la circulación encéfalo-medular, perturbaciones que, á la larga, son causa de lesiones permanentes de los elementos nerviosos.

Por la constancia del sitio, ya que no por la de su naturaleza, y por la relación entre esta localización y el conjunto sindrómico, se ha podido separar del cuadro general de la epilepsia, desde los trabajos de Bravais, (1) un grupo denominado de epilepsia *parcial ó hemiplé-gica*, en la que las lesiones se escalonan á lo largo de la *zona psicomotriz* de Charcot y Pitres, en las inmediaciones del surco de Rolando. Pero, en los más de los casos de epilepsia clásica ó total, la anatomía patológica es negativa ó vaga.

En la etiología ocurre casi lo mismo, puesto que las causas que, al parecer, pueden originar la epilepsia son tantas que bien pueden calificarse de innumerables. Además no presentan un lazo constante entre su naturaleza y sus efectos, ocasionan en cada sujeto for-

(1) Bravais.—Memoire sur l'hemorragie de la couche corticale du cerveau, Tesis de París, 1827.

Los estudios que Hughlings Jackson ha hecho de esta forma han merecido que Charcot la apellide Jacksoniana.

mas de epilepsia distintas y se confunden muy á menudo unas con otras.

El gran número de clasificaciones que de ellas hacen los autores es evidente prueba de la insuficiencia del factor etiológico, para basar en él la definición de la epilepsia.

Voisin (1) las divide en predisponentes y ocasionales, añadiendo á renglón seguido que la que una vez obra como ocasional no se presenta más que en concepto de predisponente en otro caso.

Nothnagel (2) las agrupa en tres secciones: 1.^a unas de índole anatómica, pero no tangible, que interesan, ora tan sólo el sistema nervioso, ora todo el organismo; 2.^a otras que afectan el sistema nervioso y se manifiestan por lesiones apreciables del mismo, y 3.^a casos en que no se encuentra causa alguna, ni siquiera probable, de la enfermedad. Este desarrollo espontáneo de una serie de trastornos de tanta cuantía, lo mismo que el calificativo de epilepsias esenciales para aquellas en que no se descubren lesiones, me parecen insostenibles en el actual estado de nuestros conocimientos. En buen hora que se confiese que la limitación de éstos no nos permite explicar muchos fenómenos; pero admitir que sin lesión ni causa alguna puede verificarse un trastorno funcional, conduce á un exagerado espiritualismo é impide el progreso de la ciencia.

Burlureaux (3) las clasifica en unas que engendran un exceso de impresionabilidad nerviosa que da lugar á la exageración de la excitabilidad reflectora (convulsibilidad ó espasmofilia); otras que consisten en una excitación morbosa transmitida al centro excito-motor por un nervio centripeto; otras debidas á lesiones materiales encefálicas ó medulares, y finalmente otras puramente dinámicas, morales ó intelectuales. Pero hay causas que corresponden á la vez á varios grupos, y estas mismas causas pueden originar otros afectos distintos de la epilepsia.

De lo dicho se desprende que ni la noción etiológica, ni la ana-

(1) Voisin.—Art. Epilepsie (Dictionnaire de med. et chir. prat.) 1870.

(2) Nothnagel.—Capítulo Epilepsia del Tratado enciclopédico de patología médica y terapéutica de Ziemssen.

(3) Burlureaux.—Art. Epilepsie. (Dict. encyclop. des sciences méd. 1883).

tómica, nos permiten basar en ellas la concepción de la epilepsia; por lo cual hemos de atenernos al conjunto sindrómico, discretamente ligado á las nociones que aquellas nos suministran y á los datos aportados por la experimentación en los animales.

Estudiando los síntomas por los que se traduce la epilepsia, llama desde luego la atención la forma paroxística con que se presentan y la instantaneidad de su producción, y, entre los hechos que descuellan más, la pérdida del conocimiento y los espasmos convulsivos. Pero estos caracteres que en conjunto solo se observan en la epilepsia, aparécense á veces aislados y es preciso entonces un sagaz análisis clínico para determinar la naturaleza epiléptica ó no de tal ó cual hecho concreto, ya que cada uno de ellos puede ser producido por otros afectos que nada tienen de común, esencialmente, con el mal comicial.

Siendo la periodicidad uno de ellos, á esta modalidad de lo que observemos hay que conceder cierto valor para apreciar la relación que determinado trastorno pueda tener con la epilepsia; pero sin caer en la exageración de Trousseau (1) que llama epilépticas á ciertas neuralgias sólo por ser intermitentes y rebeldes.

Los ataques convulsivos no sólo se observan en la epilepsia, sino en otras muchas enfermedades que antes se englobaban en ella y que hoy están bien deslindadas; p. e. los accesos debidos á la uremia, nefritis y eclampsia puerperal, la anemia cerebral, el hidroencefalocelo, la esclerosis en placas, etc. Los trastornos motores dependientes de ellas reciben aún el nombre de epileptiformes por su analogía externa, pero son de naturaleza distinta.

La pérdida del conocimiento, más ó menos completa, asociada (sino en un momento dado, en el curso de la historia morbosa) á convulsiones de intensidad variable, periódicamente producidas, constituyen la esencia sintomática y el sello clínico de la epilepsia. Este conjunto se explica por un trastorno de los centros psico-motores de naturaleza histológica desconocida, aunque funcionalmente demostrada, y para cuya producción es preciso un estímulo á veces inapreciable, siendo igual la importancia patogénica de éste, si con-

(1) Trousseau.—Clinique medicale de l' Hotel-Dieu.—T. II.

siste en una lesión macroscópica del encéfalo, como si es una tenia intestinal ó una cicatriz cutánea que comprime el último ramúsculo de un nervio.

Ya que sea difícil dar una exacta y completa definición de la epilepsia, procuraré sentar en algunas proposiciones, corolario y ampliación de lo anteriormente expuesto, el concepto general que de esta enfermedad hay que formarse.

1.^a El nombre de epilepsia no expresa un hecho anátomo-patológico, sino un conjunto clínico que resulta de dos factores: alteración permanente del sistema nervioso central y fenómenos externos, una parte de los cuales es paroxística.

2.^a La alteración del sistema nervioso central que se traduce por manifestaciones convulsivas ó psíquicas es desconocida en su naturaleza y esencia.

3.^a Esta enfermedad es eminentemente crónica.

Y 4.^a Imprime al que la sufre un sello particular, modifica la inteligencia y puede ser causa de locura.

III. Formas clínicas.

Las formas de la epilepsia son numerosas. Algunos las han dividido en *atónica*, *pletórica*, *apoplética*, *reumática* y *metastática*, cuyos nombres hay que desechar por no ser demostradas tales especies epilépticas.

Voisin las divide en *idiopática* ó *esencial*, si no hay causa conocida; *sintomática*, si ésta consiste en una lesión de los centros nerviosos; y *simpática* ó *refleja*, si es debida á lesiones periféricas ó viscerales. Esta clasificación es defectuosa, porque la esencialidad de las enfermedades es inadmisibile: todas son sintomáticas de algo; y porque no hay diferencia esencial entre el segundo y el tercer grupo.

Samt (1) divide la epilepsia nada menos que en doce formas distintas, atendiendo en muchas de ellas á la variedad de enagenación mental post-epiléptica. Según este criterio, que no es práctico, podrían aumentarse considerablemente, porque aquellas variedades son distintas casi en cada enfermo.

Hammond (2) acepta las siguientes formas: 1.^a pérdida momentánea del conocimiento, sin espasmo marcado; 2.^a pérdida del conocimiento con espasmo local; 3.^a idem, con convulsiones generales tónicas y clónicas; 4.^a paroxismos irregulares ó abortados, y 5.^a epilepsia alucinatoria ó talámica.

Nothnagel las agrupa en cinco secciones: 1.^a epilepsias en que se manifiestan los paroxismos clásicos con coma y convulsiones generales (epilepsia grave ó gran mal comicial); 2.^a epilepsias en que no hay más que pérdida paroxística del conocimiento, faltando el

(1) Citado por Nothnagel en la Enciclopedia de Ziemssen. T. VIII.

(2) Hammond.—Tratado de las enfermedades del sistema nervioso T. II. Trad. española de la 8.^a edición norte americana.—Thalamic epilepsy. (Boston medical and surgical journal, 1880).

elemento espasmódico, al menos por lo que se refiere á los músculos voluntarios (epilepsia leve ó pequeño mal); 3.^a epilepsias en que, junto con la pérdida del conocimiento, hay algunas convulsiones limitadas á territorios musculares muy circunscritos; 4.^a epilepsias con formas irregulares de los ataques, y 5.^a estados epileptóideos, comprendiendo en ellos las llamadas epilepsias psíquicas.

Sin pretender una absoluta originalidad, creo preferible para la exposición de los síntomas y fenómenos epilépticos, seguir la siguiente clasificación que participa de las anteriores y de otras.

Clase 1. ^a Epilepsias convulsivas	Grupo 1. ^o Gran mal comicial	Pródromos
		Auras
		1. ^{er} periodo: estado tónico 2. ^o id. convulsiones clónicas 3. ^{er} id. fenómenos consecutivos Ataques en serie Estado de mal epiléptico
Clase 2. ^a Epilepsias no convulsivas	Grupo 2. ^o Pequeño mal	Accesos abortivos
		Vértigos
		Grupo 3. ^o Epilepsia Jacksoniana
		Hemipléjica { facial braquial crural
		Tónica con contractura Vibratoria Parcial de la infancia
Clase 2. ^a Epilepsias no convulsivas	Grupo 1. ^o Epilepsias larvadas sin trastorno mental	Ataques apoplejiformes
		Jaqueca oftálmica, etc.
		Grupo 2. ^o Epilepsias larvadas de forma psíquica
		Ausencias
		Actos automáticos
		Manía aguda
		Furor epiléptico
		Delirios impulsivos y depresivos
		Parálisis general
		Demencia é idiotismo

Clase 1.^a Epilepsias convulsivas.

GRUPO 1.º GRAN MAL COMICIAL.

El ataque de gran mal ó *morbus major* (Celso) puede presentarse de un modo brusco y en medio de la más perfecta salud; pero en la mitad de los casos, por lo menos, se observan previamente ciertos fenómenos premonitores que, según la época de su aparición, se dividen en *pródromos* propiamente dichos ó remotos y *pródromos* inmediatos ó *auras*; aquellos se verifican algunas horas ó días antes del ataque, éstos le preceden sólo de algunos momentos ó de pocos segundos á veces, formando ya parte del mismo. La producción de aquél sin tales trastornos era considerada por Laségue (1) como propia de la epilepsia verdadera: «todo individuo que tiene aura, dice, no es epiléptico.» La observación desmiente semejante aserto.

Durante mucho tiempo ha imperado la doctrina de Laségue, según el cual la epilepsia sólo se produce por dos mecanismos: traumatismo craneal de lesiones inmutables ó deformación espontánea de los huesos cefálicos, sobrevenida en la época en que se sueldan definitivamente. Cree que es una enfermedad de desarrollo que estalla en una época definida (siempre antes de los 20 años), que sigue una progresiva evolución, que no involuiona nunca, cuyos ataques jamás van precedidos de aura y á la que no pertenecen ni los vértigos, ni los delirios impulsivos (calificando á los enfermos que los sufren con el nombre de *exhibicionistas*), ni otros muchos estados cerebrales que reputa distintos de la alienación epiléptica y que son, dice, indecisos en las remisiones, caprichosos en los accesos y de

(1) Laségue.—La pathogenie de l'epilepsie, (Unión medicale 1880).

periodicidad irregular. Esta doctrina, más fantástica que real, cuenta hoy, para la totalidad de sus asertos, escasos partidarios.

Pero en medio de sus exageraciones y de sus errores, ella ha promovido el estudio antropológico y craneométrico de los epilépticos, estudio hoy apenas esbozado y que indudablemente dará con el tiempo la clave de la patogenia de esta enfermedad.

Las siguientes conclusiones que tomo de un notable trabajo publicado por el distinguido alienista Dr. Armenter (1), resumen los datos positivamente adquiridos en la actualidad sobre este asunto. 1.^a Los epilépticos tienen la circunferencia total del cráneo algo inferior al promedio normal. 2.^a Esta inferioridad depende del menor desarrollo de la semi-circunferencia anterior, particularidad que coloca á estos individuos entre los tipos craneanos parieto-occipitales. 3.^a Existe marcada analogía entre los criminales y los epilépticos, por lo que se refiere al mayor desarrollo de la circunferencia posterior; lo que nos explica, hasta cierto punto, como en ambos se manifiesta la vida psíquica por exceso de voluntades y defecto de voliciones. Y 4.^o aunque es verdad que la curva transversal bi-auricular es en su totalidad inferior á la normal, si tenemos en cuenta los varios factores que á ello concurren, encontraremos siempre un desarrollo mayor de las regiones correspondientes al Stephanión, limitado con mucha frecuencia á un solo lado (especialmente al izquierdo) que es donde corresponden las circunvoluciones parietales ascendentes, punto de localización de funciones motoras é impulsivas.

Los *pródromos remotos* suelen consistir principalmente en alteraciones psíquicas, variables entre un simple cambio de humor, impaciencia ó taciturnidad, hasta alucinaciones de la vista ó del oído, de tal intensidad, que obligan á los que las sufren á cometer actos extremos de los que su lucidez aparente les haría creer responsables, p. e. para huir de unas llamas que creía ver, un enfermo se arrojó por una ventana. No es común, sin embargo, que alcancen semejantes proporciones. De ordinario consisten en una vaga inquietud y desazón que origina tristeza é irascibilidad; el paciente siente que se

(1) Armenter.—Boletín del Manicomio de S. Baudilio de Llobregat. 1892, Febrero.

fragua algo dentro de sí, sin poder explicarlo hasta que la proximidad del ataque pone fin á su malestar.

Pueden asimismo presentarse una variedad infinita de hechos que afectan todos los órganos, sin localizarse en ninguno. Insomnios, pesadillas, escalofríos, ideas fijas absurdas, excitación genital con erecciones intensas é involuntarias poluciones, raras veces una alegría inmotivada y estrepitosa. Fournier ha observado un caso en el que dos ó tres días antes de cada ataque se presentaba una placa de eritema en el lado izquierdo del cuello. Voisin vió en dos enfermos un rash escarlatiniforme sobre toda la superficie cutánea. La misma multiplicidad de estos hechos hace ocioso seguir enumerándolos. Indicaré sólo que el enfermo que ha sufrido ya algunos ataques y los que le rodean, saben pronto lo que estos pródromos indican.

Más frecuentes suelen ser los pródromos inmediatos que Galeno llamó *auras*, porque muchas veces son percibidos como si un soplo de aire, partiendo de un punto periférico, corriera á lo largo de un miembro ó del tronco dirigiéndose á la cabeza. Vienen á ser la manifestación externa del trastorno verificado en la región cerebral sobre la que vá á dirigirse la descarga epiléptica. Sus variedades son muchas, aunque cada enfermo suele presentarla idéntica en todos sus ataques: atendiendo al sitio en que su exteriorización se manifiesta, se dividen en motora, sensitiva, visceral, secretoria, sensorial é intelectual.

El aura *motora* radica de preferencia en los miembros, singularmente en un dedo de la mano; consiste en un calambre ó temblor, sacudida ó ligera convulsión, más bien clónica que tónica, que ascendiendo por el miembro é invade las regiones superiores; no es común aunque puede suceder, que por el contrario consista en parálisis ó parestias limitadas ó transitorias; acompáñase á menudo de dolor, hormigueo y horripilaciones, lo que prueba que el deslinde de las auras es teórico, pues las más de las veces sus formas van asociadas, y en ocasiones son á la vez ascendentes y descendentes. Puede observarse también su punto de partida en ciertos músculos, como el orbicular de los párpados, los auriculares, los externo-cleido-mastoideos, etc.

Merecen señalarse las variedades de aura motora, llamadas *giratoria* y *cursativa*. En la primera el enfermo da varias vueltas, ya circulares, ya sobré su eje; en la segunda siente un irresistible impulso

de correr como disparado hacia adelante, atropella cuanto estorba su paso, se precipita por las escaleras y se aleja más ó menos; esta última tiene más de trastorno psíquico que motor.

El Dr. Armenter, médico del Manicomio de S. Baudilio, me ha comunicado la siguiente curiosa forma de aura cursativa que presenta un epiléptico alienado, cuyos ataques van precedidos de un trastorno motor, en virtud del cual corre al jardín y trepa por el árbol más alto que encuentra, encaramándose hasta sus últimas ramas con una ligereza y agilidad de que sería incapaz en estado normal, á los pocos segundos grita y cae lastimándose si no hay tiempo de prevenir su caída ó de colocar colchones y paja alrededor del árbol.

He observado una señora epiléptica, de 24 años de edad, embarazada, que antes de padecer el ataque y después de una intensa cefalalgia, que dura varias horas, es acometida de un irresistible impulso de correr en línea recta, hasta chocar con la pared ó con algún mueble; en este momento lanza un grito y cae al suelo presentando los fenómenos ordinarios del ataque epiléptico.

A consecuencia de esta exageración de la actividad muscular, se verifica un ascenso térmico que puede alcanzar 38° y 39° y al cual pone término el ataque.

El aura *sensitiva* se manifiesta por una sensación de vacuidad, soplo, hormigueo, tirantez, dislaceración, rigidez, frío, dolor ó latido que parte de un punto de los miembros y, siguiendo más bien todo el espesor de los mismos que el trayecto de algún cordón nervioso, asciende hasta la cabeza. Puede notarse el hecho contrario, ó sea abolición ó debilidad de la función sensitiva, anestesia total ó simple analgesia que se establece repentina ó paulatinamente. En otros casos los enfermos son atormentados por cefalalgia general ó unilateral y en otros por intensos dolores y diversas sensaciones que no saben clasificar, describir, ni acaso localizar con precisión. Hasse (1) dice que las auras sensitivas son más frecuentes en el sexo femenino.

Cuando el aura sensitiva ó motora emana de algún órgano interno suele llamarse *visceral*, y es tan frecuente como las anteriores. La más común es la torácico-abdominal, cuyo punto de partida suele ser el estómago, en el que los enfermos sufren una sensación de pe-

(1) Hasse.—Krankheiten des nervenapparates—1855.—(Citado por Nothnagel).

so y de contractura seguida de náuseas ó vómitos. Cuando son afectados los intestinos hay borborigmos, cólicos y tenesmo rectal; en el aura faríngea predomina una molesta disfagia; es común la participación de los órganos respiratorios, originándose tos, ronquera y sofocación y tampoco son infrecuentes las palpitaciones cardíacas ni el infarto escrotal.

En el aura *secretoria* se presenta pocos momentos antes del ataque, abundante flujo de moco nasal ó sialorrea, poliuria, sudor, etc. Los casos no raros de llanto copioso pertenecen, mejor que á estas auras, á las intelectuales.

El aura *sensorial* no puede diferenciarse á veces de la *intelectual*. Las ilusiones y alucinaciones visuales y auditivas son las más frecuentes y subordinadas á ellas impulsiones motoras y estados pasionales. Ya ven los enfermos objetos imaginarios, ya confunden la forma y naturaleza de los que ven; entre las auras cromáticas suele predominar el color rojo. Ferrier (1) cita una forma curiosa en la que los objetos son percibidos con un considerable aumento de su tamaño (megalopsia) ó notablemente disminuidos (micropsia). A veces los pacientes creen oír voces que les ordenan los actos mas extravagantes y punibles (asesinato, robo, suicidio, incendio) y á las que obedecen por una obsesión sugestiva si la pronta aparición del ataque convulsivo y consiguiente pérdida del conocimiento no lo impide. Es más raro que noten olores fétidos ó perfumados ó sabores más ó menos extraños.

Las auras intelectuales acostubran á durar mucho más que las otras, que son ordinariamente breves. Vienen á ser como una reminiscencia de la locura epiléptica, que por sí solas constituyen cuando faltan los ataques convulsivos, de donde el nombre de *equivalentes psíquicos* que se ha dado á los trastornos mentales epilépticos, para indicar que no existen los fenómenos convulsivos ó que ocupan un secundario lugar.

Wendel (2) divide las auras intelectuales en cuatro categorías. En la 1.^a hay dismnesia con obnubilación mental y ensueños; en la 2.^a

(1) Ferrier.—An essay toward a theory of apparitions. Londón 1871.

(2) Wendel.—Berlin 1884.

agitación y manía; en la 3.^a prodromos melancólicos ó con tendencia al suicidio, y en la 4.^a concepciones irresistibles con actos de violencia.

Uno de sus caracteres más notables es la uniformidad en el mismo enfermo presentándose en todos los accesos con el mismo recuerdo, con iguales ideas ó con idénticas falsas sensaciones. Sólo las modifica la medicación bromurada que llega á suprimirlas, cayendo el enfermo sin aura. Falret opina que estas ideas, sensaciones ó recuerdos no son más que la reproducción de las que engendraron el primer ataque epiléptico, hipótesis generalmente desechada.

Del aura motriz y de la sensitiva suele quedar huella en la memoria del enfermo, borrándose la de la intelectual cuyos trastornos psíquicos son olvidados, así como los actos cometidos bajo su imperio. Esta falta de recuerdo (amnesia) la notaremos asimismo en muchas formas de locura epiléptica.

Ordinariamente la duración de las auras es breve, como queda dicho, y, aunque las intelectuales pueden prolongarse hasta una y dos horas, no persisten más allá de cuatro ó cinco minutos cuando no son instantáneas, que es lo que ocurre en los más de los casos.

No es infrecuente que en un epiléptico se presente el aura que suele preceder á cada uno de sus ataques sin que éste la siga.

Nothnagel refirió que en uno de sus enfermos se presentaban á veces ocho ó diez vértigos diarios con aura vaso-motora en la pierna, sin que el acceso sobreviniera más que una sola vez por semana; estas auras abortivas han de reputarse como accesos de pequeño mal que alternan con el grande.

Cuando duran cierto tiempo y son ascendentes, es á veces posible impedir ó detener el desarrollo del ataque por una enérgica compresión encima del punto en que toman origen, por una flexión forzada del antebrazo sobre el brazo ó de la pierna sobre el muslo, ó extendiendo fuertemente los dedos.

En un muchacho de 22 años, llamado Casimiro C..., observado por mí (y del que más extensamente me ocuparé al describir la epilepsia Jacksoniana) que padecía epilepsia hemipléjica, empezaban los accesos por temblor de la mano derecha y se lograba impedir el ataque constriñendo fuertemente la muñeca con una venda ó lazo, al iniciarse el temblor; á veces era insuficiente este medio para dominarlo, otras se repetía el temblor á los diez ó quince minutos y después de dos ó tres tentativas,

á pesar de la compresión local, estallaba el acceso, pero muchas no se repetía y quedaba conjurada la tormenta convulsiva por algunos días ó semanas.

En un caso publicado por Nothnagel el paroxismo iba precedido de una sensación particular que partía del estómago y se extendía hácia arriba; el enfermo conseguía impedir el desarrollo del ataque tragando una cucharada de sal común, cuando sentía iniciarse esos síntomas prodrómicos.

Tales hechos no deben considerarse como de suspensión de un proceso irritativo que se propagara á lo largo de un nervio, según algunos dicen, sino de la misma naturaleza que las acciones *inhibitorias* de los actos reflejos.

Por vía de curiosidad referiré un medio singular que ideó Besson (1) para suspender los ataques epilépticos ensayado en el manicomio de Roma por Salizetti. Con el índice y el pulgar de la mano derecha extendidos en arco y aplicados en las sienas comprime la cabeza hácia atrás, al mismo tiempo que con el pulgar de la mano izquierda colocado en la protuberancia occipital la dirige hácia adelante, efectuando así la cabeza un movimiento de vaiven en virtud del cual se produce (dice el autor del método) un desequilibrio eléctrico (?) en el encéfalo, que impide el desarrollo del ataque epiléptico.

Con ó sin pródromos y aura, el ataque se produce de un modo tan súbito y con tan rápida sucesión de fenómenos, que invertiré para dar cuenta de ellos, más tiempo del que en su manifestación transcurre. Para estudiarlos ordenadamente se divide aquel en tres períodos: 1.º de *rigidez tónica*; 2.º de convulsiones *clónicas* y 3.º *comatoso ó consecutivo*.

Es lo común que una palidez intensa se extienda sobre el rostro del enfermo, al mismo tiempo que lanza un grito indescriptible y cae al suelo como herido de un rayo, con abolición completa del conocimiento y la sensibilidad, produciéndose muchas veces contusiones, traumatismos y quemaduras. La caída es tal, que solo por una relajación completa é instantánea de todos los músculos voluntarios puede ser explicada, y únicamente comparable á la de una masa inerte ó de un cadáver.

(1) Besson.—These de Paris.—1869.

La rigidez tetánica invade todo el cuerpo, la cabeza gira hacia un lado hasta el punto de llegar á tocarse la barba y el hombro, alteranse los rasgos fisonómicos con horrible expresión, desvianse las comisuras de la boca y de los ojos, apriétanse las mandíbulas una contra otra, dilátanse las pupilas, los globos oculares dirigidos hacia arriba quedan inmóviles, ocultándose la córnea detrás del párpado superior, y mostrándose sólo la blancura de las escleróticas, se suspende la respiración contrayéndose tónicamente los músculos cervicales (traquelismo), la cara se inyecta y enrojece llegando á ponerse cianótica y equimóticamente punteada, la orina se escapa con violento chorro y á veces también materias fecales y gases, los miembros y el tronco están como envarados predominando el *tonus* en un sentido, y aunque el corazón late y el pulso se percibe débil y filiforme, es tal el horror de la situación, que la muerte parece inminente.

Después de algunos segundos ó hasta un minuto, se presentan algunas sacudidas breves, violentas, análogas á conmociones eléctricas y luego verdaderas convulsiones clónicas, que cada vez se hacen más anchas, predominantes en el lado en que antes era más intensa la rigidez tetánica, comunicando al cuerpo actitudes y posiciones inverosímiles que se renuevan y cambian con incesante celeridad. Los gestos producidos por el no interrumpido movimiento de los músculos faciales, el continuo abrir y cerrar de ojos, el sostenido castañeteo de dientes, la turgescencia del cuello y la cianosis de la cara, aumentan la repulsiva fealdad del semblante.

La lengua suele ser mordida en este momento y la sangre tiñe la saliva, cuya secreción se exagera, y no pudiendo ser deglutida, por el espasmo faríngeo, baña los labios de una espuma rosada que se mezcla á las mucosidades que fluyen de la nariz.

El tronco es sacudido y arrojado de uno á otro lado y choca y se hiere contra los objetos próximos (paredes, barrotes de la cama) ó bota como si fuera un cuerpo elástico. Los miembros describen angulosos círculos, dirigiéndose generalmente un brazo arriba y el otro en sentido opuesto; los pulgares se encogen á veces y se ocultan bajo los otros dedos, fuertemente doblados sobre ellos.

La respiración es bronca, desigual, convulsiva y espasmódica, á consecuencia de lo cual y de la violenta acción muscular, sigue y acrece la hiperemia venosa que determina en casi todos los ataques

extravasaciones equimóticas subcutáneas ó manchas purpúricas llamadas por Van-Swieten *puncta ruberrima*, visibles á veces solo con una lente. Esta hiperemia venosa puede llegar á producir verdaderas hemorragias en la superficie de las mucosas ó en el espesor de las vísceras; epistaxis, hemorragias auditivas, oculares y hasta cerebrales.

El actual Inspector del Cuerpo de Sanidad Militar, Dr. Espala, en un trabajo publicado el año 1875 (1), daba cuenta, entre otros varios instructivos casos, del de un artillero que contrajo la epilepsia por el terror que le causó en el sitio de Cartagena el estallido próximo de una granada que malhirió á sus compañeros de batería y en el cual los tres ataques que sufrió durante el tiempo que permaneció en la clínica de su cargo hasta que fué declarado inútil para el servicio de las armas, fueron seguidos de copiosas *hemoptisis* que nunca había sufrido antes de contraer la epilepsia y que tampoco presentaba fuera de los accesos convulsivos.

El pulso es frecuente y más lleno que en el período anterior y la pérdida del conocimiento es completa. Se observa también aumento de los movimientos peristálticos intestinales con borborigmos y vómitos sobreviniendo amenudo al fin de este período una relajación de los esfínteres que se traduce por emisión de orina (distinta en su mecanismo de la que aparece al empezar el período tónico) de heces y de esperma, atribuidas á un estado congestivo del suelo del cuarto ventrículo, ó á una excitación directa de los ganglios del gran simpático.

La duración de este período no suele exceder de cinco minutos, cuando más, á pesar de que á los circunstantes les parezca mucho mayor, cosa que se concibe, porque ante semejante espectáculo el tiempo se hace interminable. Las convulsiones son cada vez más raras y menos fuertes, el iris, que durante los dos anteriores períodos se hallaba dilatado y era insensible á la luz, se contrae y reacciona por este agente, la respiración se regulariza, acompañándose de ronquidos sonoros ó de un estertor parecido al apoplético, sudor abundante y fétido entre la superficie del cuerpo, el pulso se normaliza, el encendimiento cianótico del rostro se borra y el enfermo cae en

(1) | La Gaceta de Sanidad Militar.—Madrid 25 Febrero 1875.—La epilepsia y su simulación.

un profundo sueño de algunas horas de duración, al salir del cual se halla quebrantado y aturdido y no recuerda nada de lo que ha hecho. Este sueño es reparador y debe respetarse, á no ser que sea como muchas veces, un verdadero estado comatoso.

Si el ataque sobreviene de noche, durante el sueño fisiológico, el enfermo pasa sin apercibirse, por todas las fases del ataque epiléptico y al desvanecerse el coma, ignora la causa de la fatiga que experimenta, se extraña de la torpeza de su lengua, que ha sido herida, y no se explica la incontinencia involuntaria de orina de que ha sido acometido. Importa sobremanera saber que hay epilépticos cuyos ataques son siempre nocturnos y que por muchos años desconocen su terrible enfermedad. En muchos casos de actos impulsivos y automáticos una atenta investigación en este sentido permite esclarecer un diagnóstico difícil ó establecer y demostrar la irresponsabilidad de un pretendido criminal.

Entre los *fenómenos consecutivos* al ataque no hay ascenso de temperatura ó, en todo caso, se limita á algunas décimas.

No es raro notar parálisis más ó menos generalizadas, hemiplégicas ó monoplégicas; anestias parciales, uni ó bilaterales de límites irregulares, delirio, ó afasia, trastornos que, por lo general, duran poco y por excepción son permanentes.

En el Manicomio del Hospital de Gerona, dirigido por el Dr. D. Pedro Roca, tuve ocasión de observar el siguiente caso de *afasia post-epiléptica* en una albergada en dicho Establecimiento, de 40 años de edad, cuyo padre había fallecido á consecuencia de una hemorragia cerebral. La infancia de esta enferma había transcurrido sin la menor enfermedad; á la edad de 14 años cayó en el río Ter y aunque no recibió golpe ni traumatismo alguno, corrió peligro de ahogarse y fué extraída semi-asfixiada. A consecuencia del terror que sufrió, se presentaron ataques epilépticos, cuya frecuencia aumentó con la edad, ofreciendo uno cada dos ó tres meses; á pesar de ellos, trabajaba en las faenas del campo y no padeció lesión mental hasta hace unos tres años, en que su carácter laborioso y apacible se trocó en mal humor é indolencia, y fué acometida de vértigos, durante los cuales pegaba y mordía á los que la rodeaban, destrozaba los objetos que hallaban á su alcance y se entregaba á otros extremos de furor que motivaron su reclusión en el Manicomio.

Disminuyó el intervalo entre los accesos convulsivos que se repetían casi diariamente dos años há. Guardaba cama por hallarse profundamente anémica, su mirada era vaga y sin expresión en los ratos de calma en que no la dominaba la cólera, fal-

taban todas las funciones intelectuales y volitivas, la afectividad en nada se traducía, no había sensación de hambre, ni de sed, los ataques convulsivos se presentaban sin aura ni grito, pero eran típicos, intensos y duraderos y después de ellos pasaba horas enteras repitiendo de un modo afásico la blasfemia catalana favorita de los carreteros que corresponde al *sacré nom de Dieu* francés; al terminar la alternaba á veces con otras palabrotas del mismo jaez y tan mal sonantes como aquellas.

La paresia ó la anestesia no se muestran exclusivamente en los miembros en que predominaron las convulsiones, y parecen debidas, aunque hoy día esta opinión es discutida, como indicaré más adelante, á congestiones y focos hemorrágicos producidos en los centros nerviosos en el momento en que llega á su mayor grado el éxtasis venoso cerebral.

Las ectasias vasculares, así como los pequeños equimosis y masas de hematosina halladas amenudo por Luys y Voisin (1) en la masa encefálica de epilépticos muertos durante el ataque, dan cuenta de dichos síntomas y estas lesiones corresponden exactamente al puntéado equimótico de la cara que se nota después de los grandes ataques bajo la forma de manchas rojizas, parecidas á picadas de pulga; estas manchas ó *puncta rubérrima* de Van Swieten (cuya importancia diagnóstica entre la epilepsia y su simulación encarece sobremanera el Dr. Espala, porque su producción voluntaria es imposible) no duran más que algunas horas, pero en su lugar se encuentra por más tiempo una especie de fluxión y tinte equimótico apreciable á la lente.

Las modificaciones del pulso descubiertas por Voisin (2) merecen fijar la atención y se observan siempre que los bruscos movimientos del enfermo no impiden la aplicación del esfigmógrafo. Así los grandes como los pequeños ataques, los vértigos, las ausencias y hasta las convulsiones llamadas epileptiformes, sintomáticas de otros procesos morbosos, se traducen por las mismas indicaciones esfigmográficas que duran desde una hasta cuatro y seis horas des-

(1) Luys et Voisin.—Contribución á l' anatomie pathologique du cervelet, du bulbe, et des corps striés dans l' epilepsie.—(Archives de medecine. 1869.)

(2)—Le sphigmographe appliqué au diagnostic de l' epilepsie vraie et simulée (Annales d' hygiène et de medecine legale. T. XXIX, 2, e serie.)

pués del acceso convulsivo y aun cuando se haya recobrado ya el conocimiento.

Pocos segundos antes del ataque (aunque es raro poder aprovechar este momento oportuno, Voisin dice haberlo conseguido alguna vez) á la par que el pulso se acelera y disminuye su impulsión, las curvas se hacen más altas, más redondeadas y más próximas de lo que eran en el mismo sujeto diez minutos antes del acceso; sobrevenido el ataque, se ven, en el periodo tónico, cinco ó seis pequeñas ondulaciones sucesivas y dispuestas según una línea ascendente y después unas cuantas curvas muy poco elevadas con una convexidad superior muy marcada en forma de semicírculo; durante el periodo clónico, es imposible aplicar el esfigmógrafo, pero una vez terminado van progresivamente prolongándose las curvas, se elevan perpendicularmente á una altura tres ó cuatro veces mayor que antes del ataque, presentan en el vértice un ángulo más ó menos agudo y descienden con dicrotismo marcadamente caracterizado.

Respecto á las alteraciones de la orina, hay que hacer notar su aumento cuantitativo. Es frecuente, pero no existe siempre, albuminuria transitoria, cuya inconstancia le quita el valor patognomónico por algunos asignado; la glicosuria, alguna vez observada, es una simple coincidencia; la cantidad de ácido úrico no parece variar, pero la de los fosfatos aumenta, lo cual prueba la exageración nutritiva que tiene lugar en los cambios que se verifican en el seno del tejido nervioso durante las crisis convulsivas.

En una discusión recientemente habida en la *Société de Biologie de Paris* (Marzo 1892) Gilles de la Tourette sostuvo que en la orina de los epilépticos no se presenta nunca el carácter patognomónico, según él, de la de los histéricos: la *inversión de la fórmula* de los fosfatos, ó sea que la relación entre los fosfatos térreos y los fosfatos alcalinos de la orina que normalmente es = 1: 3, después del paroxismo histérico es = 1: 2 ó hasta = 1: 1. Voisin y Feré negaron la exactitud de ambos asertos (2).

Por espacio de algún tiempo después del ataque epiléptico no es

(1)—La Semaine medicale— Números del mes de Abril del corriente año de 1892.

rare que el sudor sea fétido, lo mismo que el aliento, lo cual es debido á los productos amoniacales que se eliminan.

Es de notar tambien la disminuci3n de la fuerza muscular, (apreciable por el dinam3metro), que llega á veces á hacer imposible la estaci3n vertical: el amortiguamiento 3 desaparici3n de los reflejos tendinosos; el temblor de los miembros; el nistagmus 3 la desviaci3n conjugada de los ojos que á veces se observan; la contracci3n idio-muscular provocada golpeando el pectoral mayor 3 pellizcando el biceps, fen3meno que pertenece á los estados adinámicos y que ha sido notado por Feré (1) entre los del per3odo consecutivo á los ataques epilépticos.

La agudeza de la visi3n suele disminuir 3 hay estrechez concéntrica del campo visual, no siendo rara la discromatopsia 3 la acromatopsia. La obtusi3n del oido, del gusto y del olfato es constante, coexistiendo, á veces, en un mismo 3rgano anestesia sensitiva y sensorial, p. e. sordera y anestesia del pabell3n de la oreja, ambliopía 3 insensibilidad del globo ocular 3 los párpados, etc. Midiendo el tiempo de reacci3n, por el cron3metro de Arsonval, se demuestra que en este per3odo tardan mäs los epilépticos en reaccionar que en estado normal, hecho de estupor equiparable á la amnesia que presentan de los actos que han realizado y al sueño que les acomete.

Ademäs de las modificaciones de la orina, del sudor y el aliento fétidos, evidencian el trastorno nutritivo sufrido durante el acceso convulsivo, la p3rdida de peso que es considerable en los ataques en serie y la disminuci3n de la cantidad normal de hemoglobina en la sangre.

Todas estas alteraciones producidas por el agotamiento nervioso consecutivo al ataque son transitorias y aunque se presentan tambien en otras formas epilépticas revisten su mayor intensidad despu3s de los accesos de gran mal. Este agotamiento nervioso al repetirse muchas veces, desequilibra tan profundamente el cerebro que engendra trastornos mentales de cuantía.

El preciso momento en que empieza la epilepsía desgraciada-

(1) Ch. Feré.—Note sur les attaques de tremblement chez les epileptiques. (Revue de médecine 1890.)

mente suele ser poco conocido, apesar de su capital importancia; muchas veces no se piensa en ella, hasta que sobreviene un acceso clásico y pasan desapercibidos los vértigos, ausencias, sacudidas, tics y espasmos parciales que generalmente no dejan de producirse meses y años antes del primer ataque convulsivo ó se interpretan falsamente atribuyéndolos á todo menos á su verdadera causa, y sin embargo este precoz diagnóstico entraña un alto valor terapéutico y social. De una parte hoy día es una verdad inconcusa que la epilepsia no debe colocarse, como antes, entre las enfermedades incurables; son muchos los epilépticos que curan (algunos espontáneamente) y muchos más los que se alivian, ya por medicación interna, ya por una maniobra quirúrgica, ya simplemente con una buena higiene moral y física, y estos resultados se obtienen con tanta mayor facilidad cuanto más pronta sea la intervención médica. Y de otra parte podrian impedirse ciertos actos, como el matrimonio, que agrava singularmente esta dolencia, toda vez que la influencia del coito, que suele ser favorable en el histerismo, es funesta en la epilepsia.

En algunos enfermos los ataques se presentan siempre de día, en otros siempre de noche, en muchos indistintamente; en unos aislados y en los más alternando con otras formas epilépticas: vértigos, ausencias, pequeño mal, etc.

Respecto á su frecuencia, nada con seguridad puede decirse pues del mismo modo que hay sujetos que tienen un ataque de gran mal cada año ó cada mes, en el mayor número de individuos son de intermitente irregularidad manifiesta.

Conviene explicar desde este punto de vista qué se entiende por *ataques en serie* y qué es el *estado de mal epiléptico*.

Con la primera denominación se designan aquellos casos que en el espacio de veinte y cuatro horas presentan gran número de ataques completos, desde cuatro ó cinco, hasta veinte, treinta ó más, hallándose cada serie separada de la siguiente por varios ó muchos días de intervalo; suelen preceder á las formas mentales especialmente al delirio comicial.

En el estado de mal en vez de un ataque aislado se presentan varios sub-intrantes, empezando cada uno al terminar el anterior ó antes que el enfermo se reponga de él, por lo que Trousseau los llamaba *imbricados*. Los caracteres son: repetición incesante de los

accesos, sostenido colapso comatoso con abolición de la inteligencia y amortiguamiento de la sensibilidad, hemiplegías, frecuencia del pulso y de la respiración y sobre todo fiebre continua que alcanza temperaturas de 40°, 41° y hasta 42°5, en un caso que cita Bourneville (1). El número de los ataques es incontable, no siendo raro que lleguen á 200 y á 300 en un día, y cada uno presenta, rápidamente y á grandes rasgos, los síntomas del gran mal menos el grito que suele faltar. Si se sostiene semejante estado termina pronto por la muerte, pero, en algún caso, se ha obtenido la curación sin trastorno mental consecutivo.

La muerte en los ataques aislados, más que al proceso epiléptico en sí, es debida á traumatismos, á quemaduras, á complicaciones (meningitis secundarias, hemorragia cerebral, etc.), ó á hechos accidentales, p. e. que en los esfuerzos del vómito los alimentos pasen á las vías respiratorias y ocasionen asfixia.

Durante los afectos intercurrentes, especialmente si son agudos y febriles, se suspenden los ataques convulsivos.

(1) Bourneville, Combarieu et Seglas-Recherches cliniques et therapeutiques sur l'epilepsie l'histerie, et l'idotie-Paris, 1886.

Grupo 2.º—Pequeño mal.

Los ataques *incompletos* ó *abortivos*, correspondientes á este grupo no son más que el diminutivo de los accesos de gran mal; ya un ataque de poca intensidad y cortísima duración, ya reducido á los síntomas capitales ó ya faltando todo un período del mismo. Es imposible enumerar todas sus formas, porque son variadísimas y, si es útil recorrer los muchos casos consignados en la literatura médica, carezco de espacio para entretenerme aquí en esta tarea.

La forma más común, cuyas variedades son á su vez muy numerosas, consiste en convulsiones parciales de algunos músculos, con pérdida del conocimiento y sin grito ni caída. Algunos suponen que la pérdida del conocimiento no es total; pero el examen detenido de los enfermos convence de que es completa, aunque por breves momentos, la abolición de la inteligencia; á menudo el acto que el acceso ha interrumpido, se continúa después de él, como si no hubiera habido tal solución de continuidad en su ejecución; así el enfermo reanuda la frase comenzada, sigue la ocupación que tenía ó continúa marchando, si andaba, y no cayó al suelo por la instantaneidad en recobrar el sentido apenas obnubilado, pero de ordinario queda atontamiento y cefalalgia.

Cada uno de estos ataques abortivos es igual en el mismo enfermo, se presentan como vaciados en un molde común, suelen carecer de aura y pueden alternar con los ataques de gran mal. A veces caen y al aproximarse á auxiliarles se levantan espontáneamente; otras, la alteración motora se traduce por manifestaciones distintas de los espasmos: carreras, saltos, vueltas. También se han observado casos en que la pérdida del conocimiento no acompañaba al ataque y todo él se reducía á las convulsiones.

El siguiente caso observado en el Manicomio de Gerona puede incluirse en esta forma:

Piedad B....., de 24 años, presentó, sin causa apreciable, dos ataques convulsivos en los primeros meses de su vida; continuó ofreciendo uno ó dos cada año hasta la edad de 18, en que se hicieron casi diarios, y se presentaron trastornos mentales que obligaron á la reclusión á los pocos meses. El primer ataque que tuvo en el manicomio fué epileptiforme y con tal apariencia que el Dr. Roca, entendido y laborioso Jefe de la Clínica, sospechó fuese simulado, porque cayó de una manera como estudiada y eligiendo, al parecer, el sitio (lo que Mata decía caída de *gladiador*), las convulsiones fueron escasas y no hubo período comatoso; pero en breve se presentaron otros con tales caracteres, que alejaban toda clase de duda, y los cuales sigue padeciendo alternativamente con ataques de mal mayor.

Consisten en caída con pérdida incompleta del conocimiento, convulsiones de corta duración y escasa intensidad y breve período de adormecimiento, sin aura ni grito inicial; al despertar se levanta apresurada y corre dando gritos y agitando los brazos, hasta que choca contra la pared, si no la detienen, en cuyo caso es acometida de furor y forcejea para desasirse; á los pocos minutos queda tranquila, responde bien, come, duerme y ejecuta los actos ordinarios de la vida, en la medida que consiente su inteligencia, que es la del primer grado de idiotismo. El número de estos ataques ha llegado á ser, si se suspende el tratamiento, de 20 en un día haciéndose sub-intrantes.

Los baños tibios con chorro frío á la cabeza suspenden los accesos por algún tiempo, pero luego son más intensos; el bromuro no sólo disminuye su frecuencia, sino que los mitiga, pero en esta enferma produce *bromismo* muy pronto, que obliga á cesar en su administración, sustituyéndole la atropina.

Los *vértigos* deben ser estudiados entre las epilepsias convulsivas porque siempre en ellos se presentan fenómenos espasmódicos, aunque á veces tan limitados, acaso á un solo músculo de la cara, que pasan desapercibidos sin una observación muy cuidadosa; la pérdida del conocimiento es momentánea y durante ella suele haber inconsciente emisión de orina que permite hacer el diagnóstico retrospectivo. Si el enfermo está sentado no cae y si está de pié puede pedir auxilio ó apoyarse.

Algunas veces la sensación vertiginosa, con ó sin aura, constituye la única manifestación de la epilepsia, pero en las más alterna ó coincide con ataques completos. El número de vértigos puede ser considerable, hasta de cincuenta ó más en un día; y esta repetición explica que el vertiginoso se haga demente con más facilidad que el epiléptico de grandes ataques tardíamente repetidos.

Aunque los caracteres que distinguen el vértigo epiléptico no permiten su confusión con el de *Meniere* y con el *a stomacho laeso*, creo que no será ocioso insistir en su diagnóstico diferencial, para lo cual transcribo algunos párrafos de un notable trabajo sobre el vértigo de *Meniere* publicado por el ilustrado Jefe del Cuerpo de Sanidad Militar Dr. Martínez Pacheco (1).

Veamos, dice, de qué manera se presenta el vértigo epiléptico. Un niño, por ejemplo, en el mejor estado de salud y con la alegría propia de su edad, ocupado en el juego que más llama su atención, de repente se detiene, cierra los ojos ó los abre extraordinariamente, queda inmóvil, fijo, en la actitud en que el mal le ha sorprendido y después de algunos segundos verifica una larga inspiración y vuelve á continuar sus juegos; en algunas ocasiones la duración del vértigo es menor, permanece 2 ó 3 segundos inmóvil con los ojos cerrados ó muy abiertos y torna á sus distracciones.

Un hombre está hablando de asuntos que tal vez apenas le interesan y de repente palidece, se detiene, interrumpe la conversación, no concluye de pronunciar una frase, conserva los ojos fijos, deja caer el bastón ó cualquier objeto que tiene en la mano y permanece inmóvil durante 4, 8, 10 ó 12 segundos á lo más, suspira fuertemente, concluye la frase que estaba pronunciando y reconoce que ha sido atacado de un mal, pero no ha caído en tierra, no ha visto, oído ni sentido absolutamente nada, es decir, se han suspendido sus relaciones con el mundo exterior.

Este es uno de los caracteres diferenciales de más importancia entre el vértigo epiléptico y el de *Meniere*. En el último tienen siempre los enfermos perfecta conciencia de sus actos y reflexionan todo cuanto han sentido, mientras que en el primero jamás saben lo que han hecho ni el motivo ó causa que les ha impulsado, siendo completamente inútil interrogarles porque de nada pueden dar razón.

Fácilmente se comprende que bajo el punto de vista médico es de suma trascendencia establecer con exactitud el diagnóstico diferencial entre estos diversos vértigos, porque durante el epiléptico se cometen algunos hechos que ante el vulgo y hasta ante los tribuna-

(1) Revista internacional de laringología y otología del Dr. Botey.—Barcelona.—n.º 17.—1892.

les de justicia hacen aparecer á estos enfermos en la categoría de delinquentes, siendo así que son irresponsables puesto que los actos que ejecutan son involuntarios.

Legrand du Saulle, médico del Hospicio de Bicetre y médico en jefe de la Prefectura de París, ha hecho notables estudios acerca del vértigo epiléptico, por ser ésta una enfermedad que frecuentemente observa entre los detenidos en el Depósito de la Prefectura, conducidos á este sitio por la policía, por haber cometido algunos actos ofensivos á los transeúntes en la vía pública ó cualquiera otro digno de castigo. Refiere algunos casos que merecen ser conocidos por la sencillez y exactitud del relato que de ellos hace.

Por la línea del ferrocarril de Oeste, dice, viajaban en un vagón de primera clase ocho personas, y un cuarto de hora antes de llegar á París, un caballero de buen porte, de 40 años de edad próximamente, que había sostenido una conversación amena con los demás viajeros, se levanta de repente, vacía sus bolsillos, coloca el reloj en el sombrero, tira los anteojos por la portezuela, se desabrocha el pantalón y orina en las rodillas de una niña de 8 años; después se vuelve á sentar sin hacer caso de los reproches, de las amenazas y de la indignación de los demás viajeros. A la llegada á la estación es detenido, conducido al depósito de la Prefectura y acusado de ultrajes al pudor. Interrogado y examinado este enfermo por Legrand, de nada se acordaba y al ser puesto en libertad y devuelto á su familia manifestó ésta que padecía con frecuencia vértigos epilépticos.

Una mujer de 30 años, casada y con tres hijos, hallándose en buena posición social, robó un par de zapatos en presencia del dueño de la tienda y mirándole impasible. Detenida, como cogida *infraganti*, no comprende el motivo de su detención, pero, pasado el vértigo, devuelve los objetos robados, llora, protesta de la honradez de toda su vida y afirma que no tiene conciencia ni recuerdo de haber robado los zapatos. Declarada en el Depósito de la Prefectura irresponsable por padecer vértigos epilépticos, es conducida nuevamente al poco tiempo por haberse levantado las sayas excitando á la lujuria á un viejo é insultando á los guardias municipales. Poco después en otro vértigo introdujo las manos en una cacerola de leche hirviendo, conservando indelebles cicatrices que atestiguan su enfermedad.

No solamente desde el punto de vista médico-legal conviene establecer el diagnóstico diferencial entre el vértigo epiléptico y el de Ménière, sino también desde el punto de vista clínico, porque el diagnóstico es en un todo diferente y la ciencia posee medios de curación que han dado ya resultados tan felices como sorprendentes.

Por la relación hecha de algunos de los casos citados por Legrand, se observa que en el vértigo epiléptico no existe ni la sordera absoluta, ni el ruido extraordinario de oídos comparado con el silbido de una locomotora ni tampoco la sensación de un movimiento brusco de traslación que hay en el de Ménière.

A pesar de la claridad de los síntomas del vértigo de Ménière ha sido confundido con el vértigo *a stomacho laeso*, y es muy de extrañar que Trousseau manifieste que los trastornos nerviosos y los que se observan en el estómago no difieren mucho en el vértigo estomacal de los del laberíntico; siendo tanto más rara esta afirmación cuanto que va precedida de varias historias inimitablemente descritas de enfermos de su clínica que han padecido el primero.

Veamos la sintomatología de esta enfermedad llamada por unos vértigo gástrico, estomacal ó *a stomacho laeso*, denominada por los antiguos *per consensum ventriculi*. Citaré un caso observado por Trousseau.

Una campesina de buena salud habitual, de oficio vendedora de frutas en un mercado á que concurría desde el punto en que habitaba, empezó á padecer del estómago, al sufrir en la edad crítica grandes metrorragias. La afección del estómago se caracterizaba por peso y dolor en la región epigástrica, que se irradiaba á todo el vientre, á la espalda y á los lomos, así como también á la región precordial, en la que sentía punzadas. Tenía disminuído el apetito y notaba que las digestiones eran más laboriosas que de ordinario.

Caminando un día hacia la ciudad, y cuando apenas había andado tres kilómetros, se sintió de repente atacada de aturdimiento, pesadez de cabeza, sin dolor alguno y sin tendencia al síncope; al mismo tiempo le flaquearon las piernas, le pareció que se abría la tierra y se sentía irremisiblemente atraída hacia el abismo. A esta alucinación acompañaron náuseas y vómitos conservando sin embargo su completo conocimiento y suplicando con agudos gritos de terror que la cogieran para no rodar al abismo. Esta sensación tan extraña duró diez minutos. Hubo necesidad de llevarla á una cama y bien pronto experimentó un vivo dolor de cabeza que parecía, según expresión de la enferma, que se le abría el cráneo. Al día siguiente después de desayunarse se puso en camino para la ciudad y anduvo á pié tres leguas, tomando luego el ferro-carril; en la estación, al bajar del tren, se vió de nuevo acometida del vértigo, siéndole necesario apoyarse en un viajero para no caer. Refería que veía bailar los vagones como si subieran muy altos y se hundieran dentro de la tierra, que se le figuraba se abría sintiéndose ella atraída hacia el abismo. Esta alucinación duró también diez minutos, lo mismo que la de la víspera, teniendo la

enferma conciencia completa de que era una ilusión y contestando con perfecto conocimiento y lucidez á todas las preguntas que se le hacían, aun cuando conservaba despues profundo terror al recuerdo del vértigo. Se presentó nuevamente la cefalalgia aguda que se caracterizaba, según ella, por la sensación de que se le partía la frente.

Examinada esta enferma por Trousseau, observó que padecía aumento de volumen del hígado y dolor constante en el estómago, exacerbado por la presión.

Nótese bien que el vértigo de Ménière y el estomacal solamente son análogos en que los enfermos conservan la conciencia perfecta de sus actos durante el paroxismo, cosa que no sucede en el vértigo epiléptico; pero esta analogía nunca puede ser causa de confusión para el médico que preste la debida atención á los demás síntomas que tan distintamente se presentan.

El ruido del silbido de la locomotora en uno ó en los dos oídos, la sensación de traslación subjetiva y la lesión auricular son tres síntomas constantes del vértigo de Ménière, que no permiten confusión alguna. Además, el tiempo de duración de este vértigo es muy corto. En cambio, el vértigo estomacal dura diez ó doce minutos, los enfermos experimentan mareos, esto es la traslación de los objetos que les rodean y existe siempre la afección dispéptica siguiendo al vértigo una cefalalgia agudísima.

Son tan distintos los caracteres diferenciales de los tres vértigos que recordándolos no es posible la confusión. Y no puede menos de ser muy diversa la fenomenología de estas tres enfermedades, porque ellas en sí son esencialmente diversas, como diversas son las causas que las producen.

Para terminar el estudio de los ataques de pequeño mal debo hacer constar que en la práctica se realizan tales mezclas entre las distintas formas epilépticas que separadamente describo, que su filiación es á veces muy difícil en un caso concreto y á estos que participan de varios grupos se les llama formas de *transición*.

También es dudosa la clasificación de ciertos ataques que aparecen largo tiempo antes de la epilepsia confirmada, en los que la pérdida del conocimiento es inapreciable por su corta duración y las convulsiones limitadísimas, acaso una sola sacudida que agite todo el cuerpo.

GRUPO 3.º—EPILEPSIA JACKSONIANA

Hipócrates había ya conocido las convulsiones epilépticas localizadas á una mitad del cuerpo, y decía que las epilepsias que empiezan por la mano ó el pié son de pronóstico relativamente favorable; pero hasta los trabajos del inglés Huhglings Jackson (1) las convulsiones parciales no formaron grupo aparte en el campo de la epilepsia, trabajos que fueron luego confirmados por la doctrina de las localizaciones cerebrales.

Para producir esta epilepsia (también llamada *parcial, unilateral ó hemipléjica*) precisa una lesión que por su topografía irrite una parte mayor ó menor de la corteza cerebral; es raro, aunque posible, que lesiones del centro oval ó de los núcleos grises centrales produzcan convulsiones Jacksonianas. Aquellas suelen escalonarse á lo largo del surco de Rolando ó sea en la zona psico-motriz. Las más frecuentes son: tumores diversos de la corteza cerebral ó de las meninges, sarcomas neuróglícos ó angiolícticos, mixomas, gomas, psammomas, reblandecimientos inflamatorios, meningitis agudas y crónicas, traumatismos, abscesos superficiales y profundos, hemorragias corticales, atrofia cerebral. Entre estas lesiones unas son irritativas y otras destructoras, es decir, las unas dejan intactas las fibras subyacentes á las células atacadas y las otras cortan toda comunicación entre las células de la corteza y la periferia. Clínicamente las parálisis resultan de la destrucción y las convulsiones de la irritación de un aparato celular relativamente íntegro.

De los trabajos de Jackson y Charcot se desprende que la epilepsia Jacksoniana es el resultado de alteraciones limitadas de las circun-

(1) Huhglings Jackson. On the anatomical physiological and pathological investigations in epilepsy. London 1873.

voluciones cerebrales, siendo las lesiones susceptibles de engendrar convulsiones de topografía menos fija que las lesiones capaces de producir parálisis permanentes. Sin haber relación constante entre las parálisis y las convulsiones puede considerarse como un signo grave la presentación de accidentes paralíticos entre los accesos convulsivos, ya que toda parálisis permanente indica una lesión destructora que irrita las zonas motrices vecinas.

Las lesiones del centro oval (1) son muy difíciles de diagnosticar, porque producen desórdenes análogos á la que determinaría una lesión de la corteza en la región correspondiente. La atrofia cerebral, extendida á todo un hemisferio ó localizada á algunas circunvoluciones situadas en la zona motriz, es amenudo causa de epilepsia Jacksoniana; esta atrofia suele ser producida por esclerosis lobar y frecuentemente se acompaña de degeneraciones secundarias descendentes, que pueden seguirse á través del pedúnculo, la protuberancia, el bulbo y el cordón lateral de la médula, cuyo origen es cortical.

Comparando los diferentes esquemas de Duval (2), Ferrier (3) y otros, basados en la experimentación fisiológica, con el esquema de Charcot y Pitres, (4) fundado en el estudio anátomo-clínico de la epilepsia Jacksoniana, maravilla ver cuán poco varían las localizaciones corticales señaladas por los fisiólogos de las aceptadas por los clínicos. Sin entrar en minuciosos detalles sobre ellas, hé aquí cómo se ha podido establecer la topografía de la lesión fundándose en varios hechos seguidos de autopsia (5).

1.º Las convulsiones que empiezan por los dedos de la mano ó el miembro superior están en relación con una lesión de la circunvolución frontal ascendente del lado opuesto.

2.º Cuando la lesión radica en el vértice de las circunvoluciones

(1) Duflocq.—De l'épilepsie partielle d'origine sous-corticale. (Revue de Medecine, 1890.)

(2) Kus et Duval.—Cours de physiologie, 6.º edit.—1890.

(3) Ferrier.—Les localisations des maladies cerebrales.—1879.

(4) Pitres.—Des epilepsies partielles. (Archives cliniques de Bordeaux, 1892.)

(5) Encyclopedie scientifique publice sous la direction de M. Leauté.—Epilepsie, par Ch. Feré. 1892.

ascendentes, abrazando el surco de Rolando, las convulsiones se dirigen á la vez sobre el miembro superior y el inferior.

3.º Las convulsiones que empiezan por la cara coinciden con lesiones de la parte inferior de las circunvoluciones ascendentes.

4.º Las que empiezan por la pierna son debidas á lesi3n de la primera circunvoluci3n frontal.

5.º Las lesiones de la parte media de las circunvoluciones ascendentes originan convulsiones de la cara y de los miembros del lado opuesto.

6.º Las de la extremidad inferior de la frontal ascendente, en la proximidad inmediata del pi3 de la tercera frontal, dan lugar á convulsiones de los m3sculos de la lengua.

y 7.º La afasia motriz pura es debida á lesiones del pi3 de la tercera frontal izquierda.

La importancia actual de la epilepsia Jacksoniana estriba en que el conocimiento de sus relaciones con las lesiones cerebrales que la producen pone en camino para comprender la g3nesis general de toda suerte de epilepsias y en que aporta valiosos datos para el estudio de la anatomía y fisiología del cerebro.

Sus caracteres generales son los que siguen:

En casi todos los casos el espasmo empieza por un solo lado, ya por la comisura labial, ya por el pulgar 3ndice, ya por el dedo gordo del pi3, desviándose los ojos y la cabeza hacia el lado convulso. Generalmente se observa una regular sucesi3n en el orden seg3n el cual los m3sculos se contraen, como si este orden obedeciera á las leyes de Pfl3ger para los actos reflejos: primero hay espasmo de los m3sculos cuya acci3n es unilateral, despu3s el espasmo se generaliza á los m3sculos de los lados cuya acci3n es bilateral; en el caso m3s frecuente de empezar las convulsiones por el miembro superior invaden luego el rostro y finalmente el miembro inferior, y cuando se inicia la convulsi3n en este 3ltimo se propaga al miembro superior antes que á la cabeza. No hay grito inicial, ni generalmente p3rdida del conocimiento, por lo que el enfermo tiene conciencia de todo el desarrollo de su crisis que le origina vivos dolores. Los fen3menos pupilares y paral3ticos son frecuentes en esta forma.

El que la padece suele presentar entre las grandes crisis accidentes que consisten en hormigueo, dolor, calambre 3 embotamiento

del miembro ó del segmento que es sitio habitual de las convulsiones. Algunos días ó semanas antes del acceso se presenta malestar general, tristeza, cefalalgia en la mitad del cráneo ordinariamente convulso, lucecitas en uno ó en los dos ojos, zumbido de oídos ó aptitudes genitales insólitas. De repente siente en la mano, el pié ó un punto cualquiera del tronco, el aura que se remonta á lo largo del miembro y se localiza en él, sustituida en breve por las convulsiones, limitadas al miembro ó invadiendo regiones superiores, hasta comprender una mitad del cuerpo ó acaso las dos pero predominando notablemente en la primitivamente atacada; duran un tiempo variable entre algunos minutos y dos ó tres horas, cesando después paulatinamente hasta entrar todo en orden, á no ser á veces alguna paresia ó parálisis del miembro ó lado convulso.

Las auras se presentan con los caracteres ya estudiados, ofreciendo sólo de particular que las motrices son más frecuentes en la epilepsia Jacksoniana, así como las intelectuales son más propias de la epilepsia vulgar.

Charcot admite estas cuatro formas: epilepsia hemipléjica, tónica con contractura, vibratoria y parcial de la infancia.

1.^a *Forma hemipléjica.* En ella el ataque es parecido al de la epilepsia vulgar del que sólo se distingue por su limitación á un lado del cuerpo ó á una sola parte de un lado, por la falta del grito inicial, por la larga duración del período convulsivo y por la variabilidad en el grado de la pérdida del conocimiento. A veces esta epilepsia parcial y consciente constituye sólo un preludio de una crisis más completa con abolición total de la inteligencia.

En cuanto al ataque pueden reconocerse en él tres tipos relacionados con la localización cortical de la lesión; facial, braquial y crural ó sean paracentral, frontal superior y frontal tercera. (Berbez) (1).

Las consecuencias inmediatas del acceso parcial son ya una ligera obnubilación mental con debilidad general y muscular consecutiva, mayor en los grupos afectos por el ataque, paresias transitorias ó definitivas constituyendo hemiplejias post-epilépticas, tartamudez,

(1) Berbez — L'epilepsie Jacksonienne — Gazette des hopitaux — 1888, Avril.

afasia, etc. Las parálisis son más frecuentes que después de los accesos de gran mal y á veces la epilepsia parcial recae en miembros previamente paralizados. Raras veces sobreviene delirio epiléptico después de un acceso hemipléxico.

Los intervalos suelen ser largos, pero no es infrecuente que se presenten series de ataques que llegan á producir la muerte.

2.^a *Forma tónica con contractura.* Consiste en palidez del rostro, con rigidez de un brazo, del cuello ó de la boca que impide hablar; suele durar 8 ó 10 minutos y no se ofusca el conocimiento.

3.^a *Forma vibratoria.* Como su nombre indica, consiste en sacudidas tetaniformes, á modo de vibraciones de los miembros contracturados; produce demencia precoz, según Bourneville (1) que la ha estudiado detenidamente.

Y 4.^a *Forma parcial de la infancia.* Cotard (2) afirma que está en relación con la atrofia de un hemisferio cerebral; aparece en los primeros años de la vida, originando hemiplejías que suelen corregirse espontáneamente á medida que la edad avanza; la inteligencia queda siempre por debajo de la normal, pero puede alcanzar algún desenvolvimiento.

La epilepsia Jacksoniana es en la que tan brillantes éxitos operatorios y curaciones definitivas se obtienen por la trepanación (3). Para no citar más que nombres españoles me limitaré á indicar los felices resultados obtenidos en sujetos epilépticos por el Dr. Areiza (4) y por mi maestro el hábil cirujano, Profesor de la Facultad de Barcelona, Dr. Sojo (5).

Para terminar lo referente á la epilepsia Jacksoniana, expondré un caso de ella que he tenido ocasión de observar y al que he hecho referencia en la pág. 21.

(1) Bourneville et P. Regnard—Epilepsie partielle (T. II de l'Iconographie photographique de la Salpêtrière, 1878.)

(2) Cotard—Etude sur les maladies cerebrales et mentales. Paris, 1891.

(3) Revel—Contribución á la cirugía craneo-cerebral—These de Montpellier-1892.

(4) Areiza—La trepanación en la epilepsia—N.º 22 de la Revista de ciencias Médicas-Barcelona 1888.

(5) Epilepsia. Trepanación—Trabajo publicado por el Sr. Queraltó, alumno interno de la clínica del Dr. Sojo en el n.º 285 de la Gaceta médica catalana-Barcelona-1889.

Casimiro C..., de 22 años de edad, natural de Quart (Gerona), cayó hace seis años á consecuencia de un vuelco del carro que guiaba, á un barranco, produciéndose un extenso traumatismo craneal en que, al parecer, hubo fractura conminuta de ambos parietales y de la porción izquierda del frontal, con penetración de fragmentos óseos en la pulpa cerebral, que fueron extraídos.

Del relato de la familia se desprende que sobrevino una intensa encefalitis y que las heridas externas se hicieron sépticas, pues supuraron abundantemente por largo tiempo; apesar del traumatismo y del *tratamiento* (que lo era todo menos *limpio y antiséptico*) curó el muchacho, quedándole dificultad para articular las palabras y hemiplejia derecha total: cara y miembros de este lado.

La reparación de la bóveda ósea se verificó incompletamente, permaneciendo el cerebro desprovisto de su cubierta craneal en la extensión de un óvalo de ocho centímetros de largo por cuatro de ancho, que empieza en la parte súpero-anterior del parietal derecho y comprende la porción correspondiente á la sutura sagital y frontoparietal izquierda hasta la parte media del parietal izquierdo, cubierto sólo por el cuero cabelludo á través del cual se percibe el cerebro, cuya compresión es causa de dolor y vértigo, hasta tal punto que para evitar el peso de la gorra, llevaba una especie de casco de cartón que protegía esta parte. Su inteligencia, cuando le ví, era la propia de un muchacho de su edad y de su escasa instrucción; había frecuentado la escuela de su lugar, y escribía regular aunque dificultosamente.

Dos años después de su caída, presentó por vez primera y sin causa determinante apreciable, ataques convulsivos que se repitieron luego de tarde en tarde y de los que observé alguno; empezaban con nistagmus y desviación de los ojos hacia el lado hemipléjico, seguidos de temblor convulsivo del párpado superior, inyectábase la conjuntiva, dirigía la cabeza en movimiento de rotación hacia la derecha, el tronco seguía igual movimiento y cuando éste llegaba á ser de un cuarto de círculo ó medio círculo, sin grito alguno, caía al suelo presa de convulsiones generales predominantes en el lado derecho y con espuma bucal, pero sin llegar á perder el conocimiento ni morderse la lengua; la duración del ataque era de diez á doce minutos y después de quedar soñoliento otro tanto tiempo se despejaba del todo.

Pocos meses después, los ataques cambiaron de aspecto en su primer período; en vez de comenzar por el ojo empezaban por temblor de la mano derecha (hemipléjica) que cual reguero de pólvora que se inflama, subía rápidamente á los músculos del antebrazo y brazo, y, conociendo por experiencia el enfermo que iba á ser acometido del acceso, intentaba detenerlo (como he dicho en la pág. 21) ó confesándose impotente para conseguirlo de un modo tácito, demudábase su fisonomía y las lágrimas asomaban a sus ojos por la fuerza del dolor que sufría, al paso que el espasmo clónico invadía los músculos cervicales y faciales, generalizándose enseguida y cayendo al suelo si no había tenido tiempo de sentarse ó acostarse.

La medicación polibromurada suspendió los accesos por espacio de ocho meses.

Además de los tres grandes grupos capitales descritos de gran mal, pequeño mal y epilepsia Jacksoniana, se pueden observar tantas gradaciones en la combinación y mezcla de fenómenos de cada una, que se llegaría al infinito pretendiendo clasificar todas las formas.

Su multiplicidad, aparente más bien que real, es tanta, y tan semejantes los diversos fenómenos que caracterizan el ataque epiléptico, que Voisin confiesa que al principio de su práctica estaba siempre en duda y temeroso de ser engañado por simulaciones, hasta que la experiencia le enseñó lo que antes queda expuesto y la verdad de la exclamación de Trousseau: «¡la epilepsia es la enfermedad más amenudo desconocida!»

Clase 2.^a—Epilepsias no convulsivas.

GRUPO 1.^o—EPILEPSIAS LARVADAS SIN TRASTORNO MENTAL

Son muy numerosas é indicaré algunas solamente.

En individuos afectos de epilepsia confirmada ó en sujetos que jamás han tenido convulsiones, pero que las ofrecen posteriormente, si se puede seguir su historia morbosa, se presentan *ataques apoplectiformes*, cuya naturaleza comicial es evidente, tanto por la prontitud con que se desvanecen sin dejar parálisis y la intermitencia de su manifestación, como por alternar con otros trastornos convulsivos ó psíquicos (ataques abortivos, vértigos, ausencias, etcétera), de índole claramente epiléptica.

Trousseau señala, como ataques larvados, muchas *anginas de pecho* de aparición nocturna y Peter un caso de *tic* doloroso de la cara curado por el bromuro.

Heinemann (1) publica un hecho de *amaurosis doble intermitente* que después de presentarse varias veces de un modo aislado se acompañó de ataques típicos de gran mal; desaparecidos éstos gracias á una oportuna medicación, continuó de vez en cuando la ceguera transitoria.

La *incontinencia de orina*, signo sobre cuya importancia Legrand du Saulle fija en gran manera su atención, puede ser la única manifestación de un estado epiléptico.

La *jaqueca oftálmica* coincide ó sustituye á los ataques de gran mal y es considerada por Feré (2) como una epilepsia parcial sensitiva.

(1) Heinemann.—Arch. de Virchow.—1885.

(2) Feré.—Revue de Medecine, 1881 y 1883.

GRUPO 2.º—EPILEPSIAS LARVADAS DE FORMA MENTAL

Llego ahora á uno de los capítulos más interesantes, á la par que más difíciles, de la exposición sindrómica, íntimamente relacionado con la frenopatía, con la psicología y con la medicina legal y cuyos conocimientos son de diaria aplicación práctica.

I. *Ausencias y automatismo.* Una de las variedades más interesantes es la conocida con el nombre de *ausencia* en la que los enfermos pasan algún tiempo sin ver ni oír ni sentir nada; temporalmente ajenos al mundo exterior se hallan, por decirlo así, momentáneamente *ausentes* de él. A veces cuesta distinguir las ausencias de los vértigos siendo las convulsiones el único síntoma diferencial, pues éstas acompañan á los vértigos y no á las ausencias, según la opinión más admitida.

Citaré dos casos que he tenido ocasión de observar, para que se vea cuánto pueden diferir en extensión é intensidad.

Trátase en uno de una agraciada señorita cuya madre tuvo accesos de enajenación con manía suicida; esta joven, cuya instrucción es brillante, y el carácter apacible en estado normal, de vez en cuando y sin motivo alguno es acometida con violencia del deseo de dañar á la persona que tiene más próxima, aunque sea alguno de sus hermanos, á los que profesa entrañable cariño, y en varios accesos les ha inferido lesiones; después de cometido el acto, queda como atontada, sin recordar lo que ha hecho y pesarosa de ello cuando la convencen de su estravagancia. De pequeña sufrió largo tiempo incontinencia de orina y aunque sólo en número de tres y con más de un año de intervalo presentó en los primeros tiempos de su vida mensual ataques de gran mal epiléptico.

El otro es el de un joven de 17 años que sufre desde hace cinco, accesos abortivos y el cual una tarde, no ha muchos meses, desapareció de su casa; alarmada la familia al ver que no regresaba por la noche, dióse á buscarlo, hallándolo al otro día en un pueblo vecino (Masnou) al que llegó preguntando el camino para regresar á Barcelona. Refería que sólo recordaba que hallándose en su habitación sintió una

gran pesadez de cabeza y perdió el conocimiento y que, al recobrarlo, se halló en una carretera, á media noche, en un sitio para él desconocido, lloviendo y sin saber por qué ni cómo había llegado allí.

Bien conocido es el caso que refiere Trousseau de un magistrado que en pleno Tribunal se levantaba, se dirigía á un ángulo de la sala, ornaba en él y se volvía á su sillón sin darse cuenta de lo que había ejecutado.

Tales hechos son notables porque durante la pérdida del conocimiento los enfermos efectúan una porción de actos muy complicados, bien enlazados, armónicos, sin percatarse de lo que están haciendo y sin recordarlo luego. Estos son fenómenos de sonambulismo ó de cerebración inconsciente en los que el desdoblamiento de la personalidad es evidente y el *automatismo* de las acciones tan importante que creo oportuno detenerme algún tanto en su estudio.

Se llaman automáticos (1) aquellos actos que, realizados de una manera inconsciente ó sub-consciente, parecen espontáneos en su producción y regulares en su desarrollo y que en su manifestación son del todo análogos á los que tienen lugar con intervención de la conciencia y regidos por la voluntad. Diariamente ejecuta el hombre sano actos que pueden llamarse de automatismo fisiológico: una impresión transmitida por un nervio sensitivo se refleja á través de los cuernos grises de la médula sin ser percibida por el cerebro y da lugar á un movimiento. Un ejemplo sencillo de este automatismo espinal tenemos en lo que ocurre en un sujeto dormido á quien se le haga una ligera cosquilla en la planta del pié; encoge la pierna sin despertar y sin tener por tanto noción del contacto, ni del movimiento, ni de los complicados mecanismos que enlazan estos dos hechos.

Bernheim (2) explica de un modo claro é ingenioso la complejidad y la manera cómo se realizan estos hechos y otros análogos, aún en un grado mayor de complicación. El cerebro, dice, intervie-

(1) Frenkel.—Etude psycho-pathologique de l'automatisme dans l'épilepsie.—1890.—Lyon. Sous.—De l'automatisme comitial ambulatoire.—These de Paris.—1890.

(2) Bernheim.—De la suggestion. Paris. 1888.

ne para dar la primera impulsión, pero el acto puede continuar verificándose aun cuando el pensamiento y la voluntad estén entregados á otros objetos, por el solo automatismo espinal. Cuando andamos y el espíritu se distrae en otras concepciones, llega á olvidarse que se anda y el trayecto se continúa por un simple reflejo; el contacto de la planta del pié con la superficie del suelo basta para realizar por vía centrífuga en la médula, los fenómenos de coordinación muscular que integran aquel acto; el cerebro sólo interviene luego para moderar ó acelerar el paso ó cambiar su dirección, é interin, descargado por este mecanismo automático subalterno del cuidado de vigilar incesantemente la ejecución de la marcha, se abstrae y trabaja libremente elaborando otras ideas.

Lo mismo sucede con la natación, la equitación, la música. etc. El artista que ejecuta una composición se deja á veces dominar por ideas extrañas, su pensamiento se aparta de la música, y sin embargo sus dedos vagan por el instrumento continuando mecánicamente bajo el imperio de incitaciones medulares, que se encadenan de un modo espontáneo, que el cerebro no dirige ya. Es más, lo que acaso el órgano psíquico ha olvidado se hace por el automatismo espinal; el artista no recuerda acaso todas las frases de una composición musical, hay lagunas en su espíritu y sin embargo la memoria espinal suple á la cerebral, los dedos hallan sobre el instrumento la ordenación de movimientos que se realizan con precisión cuando han sido, por decirlo así, asimilados por la médula, y merced á su frecuente repetición se han convertido en una operación mecánica.

De aquí se deduce no sólo la insuficiencia de la voz «automatismo espinal» sino la duda de si es la memoria espinal ó la memoria cerebral, orgánica, la que suple á la memoria psicológica.

Llegamos, pues, á los reflejos cerebrales ó psíquicos de Richet (1) distintos de los medulares, para cuya realización es preciso cierto conocimiento consciente de la excitación. Se dividen estos reflejos en unos de *instinto* genéricos ó de organización, y otros de *inteligencia*, individuales ó de adquisición; ó sean actos instintivos natu-

(1) Richet Essai de psychologie generale-Paris-1887.

rales no enseñados y actos aprendidos y retenidos por la repetición y el hábito. El centro nervioso adquiere por la costumbre de su trabajo un equilibrio inestable, por el cual entra en actividad por una impulsión menor que la primera que sobre él obró, p. e., los movimientos maquinales. Los más notables entre los primeros son los emotivos (terror, cólera, orgullo), las expresiones fisonómicas, las inflexiones de la voz, según la situación moral, etcétera.

En el niño recién nacido y en el animal durante toda la vida, la actividad cerebro-espinal es casi totalmente automática; apenas hay determinaciones voluntarias, y sin embargo se realizan actos muy complejos: la succión en el niño ó la prensión de insectos en aves apenas salidas del huevo, acción que requiere una exacta apreciación de la distancia y una coordinación muscular complicada, lo cual es distinto de un simple reflejo.

Algunos pretenden que ciertos actos automáticos son inteligentes aunque no sean conscientes. Claudio Bernard (1) dice: Considerando la inteligencia de un modo general y como una fuerza que armoniza, regula y conduce á su fin los diferentes actos de la vida, las experiencias fisiológicas demuestran que no está sólo concentrada en el cerebro, sino que reside por el contrario, en diverso grado, en una serie de centros nerviosos inconscientes, escalonados á lo largo del eje cerebro-espinal y que pueden obrar de un modo independiente aunque coordinados y gerárquicamente subordinados unos á otros.

En el más alto grado de desarrollo de la vida psicológica es difícil limitar el automatismo y lo volitivo y saber donde acaba lo inconsciente y donde empieza lo sub-consciente ó consciente: estos límites son convencionales.

Tampoco es clara la explicación que podemos darnos de las relaciones entre el automatismo y la memoria psicológica, caracterizadas por la presencia ó falta de la conciencia y en ellas debemos atenernos á los hechos. Hay estados psicológicos en que la conciencia se halla desdoblada, por decirlo así, ó desagregada en varias entidades conscientes.

(1) Citado por Despine Etude scientifique sur le somnambulisme. París: 1880.

Tal el caso de Azam de Burdeos (1) en que una mujer llamada Félida presenta intermitentemente una especie de doble vida; en su condición primera olvida cuanto hace en su estado ó condición segunda, pero en esta no sólo recuerda los actos verificados en anteriores desvarios análogos sino que tiene clara memoria de todo lo que ha realizado en su condición primera, que es su vida normal.

Janet (2) ha observado otra mujer llamada Leonia que presenta tres estados distintos, poseyendo en cada uno de ellos una memoria que abraza los precedentes pero no los posteriores.

Reseñados á grandes rasgos los caracteres del automatismo, veamos sus relaciones con la epilepsia. Puede ser *pre ó post convulsivo*, más amenudo lo último, ó presentarse fuera de los ataques espasmódicos.

Legrand du Saulle defendió ante un consejo de guerra del delito de desertión y hurto y probó la irresponsabilidad de un oficial que poco después de su matrimonio desapareció del Regimiento en que servía, con una cuantiosa suma y fué hallado á los tres meses en Londres sin que tuviera el menor recuerdo de lo que había hecho durante este tiempo.

No menos notable es el caso siguiente que refiere Charcot (3):

M....., de 37 años, comisionista de libros, casado y con dos hijos, de costumbres morigeradas, sin hábitos alcohólicos, ni antecedentes hereditarios. No ha padecido enfermedad alguna hasta hace dos años en que sin causa apreciable se presentaron crisis de automatismo ambulatorio. Hé aquí una de ellas:

En la noche del 18 de Enero, después de sus habituales tareas pierde el conocimiento en una calle de París, y el 26 de Febrero, como si saliera de un sueño, se encuentra sentado en la baranda de un puente en el momento de pasar un Regimiento con la música tocando al frente, en medio de una Ciudad para él desconocida. No atraviéndose á preguntar el nombre de la población para que no le tomaran por loco, dirígese á la estación del ferrocarril y sabe que se halla en Brest.

La limpieza y el orden de sus ropas indicaban que no debía haber vivido al aire

(1) Azam Hypnotism, double conscience et alteration de la personnalité-Paris 1887.

(2) Janet Automatisme psychologique-Paris 1889.

(3) Charcot.—Lecons du mardi á la Salpetriere.—Poli-clinique.—1888-189.

libre, de modo que debió tomar el tren provisto del correspondiente billete, exhibirlo varias veces, alojarse en alguna fonda, ir y venir, comer y dormir, hablar y ejecutar infinidad de actos complejos de un modo inconsciente ó sub-consciente, puesto que no tiene el menor recuerdo de ellos, pero al mismo tiempo ejecutarlos como si estuviera sereno y en el dominio de su sér, pues en caso contrario hubiera llamado la atención de aquellos con quienes debía haberse relacionado. Como otras veces le habían ocurrido *ausencias* análogas, ésta no le extrañó, examina su dinero y se encuentra con 700 de los 900 francos que cobró el día en que perdió el sentido, pertenecientes á su principal; había, pues, gastado 200 sin saber cómo ni en qué.

Temeroso de que nuevamente le atacara su mal y le obligara á continuar sus extraños viajes y á gastar lo que no era suyo, pide protección á un gendarme, refiriéndole su estado y exhibiendo un papel suscrito por Charcot que para caso tal se lo diera con una breve relación de su enfermedad, diagnosticándola de «crisis comiciates ambulatorias». El gendarme le creyó un timador vulgar y lo condujo al juez, el cual, sin hacer el menor caso de lo que decía ni de la firma de Charcot, le arrestó y telegrafió á París, el dueño contestó que M..... se había fugado con dinero suyo y como hacía poco tiempo que lo tenía á su servicio é ignoraba su enfermedad, nada dijo de ella; el juez, ratificándose en que era una treta del infeliz, ordenó su ingreso en la cárcel de la que salió al cabo de algunas semanas por la autoridad de Charcot, pero perdiendo la colocación que tenía, pues su amo no quiso exponerse á los compromisos que un dependiente tal podía acarrearle. Finalmente y para colmo de desdichas, al dirigirse á una sociedad de seguros mutuos, de que era miembro, para obtener algún subsidio, se le negó, alegando que su enfermedad era producida por la intemperancia. Algún tiempo después padeció accesos típicos de gran mal.

No menos curiosas son las dos siguientes observaciones de Rouillard (1).

La primera de ellas es la de un obrero que sin haber padecido jamás ningún trastorno mental, cae un día de un andamio, fracturándose un muslo, sufriendo una intensa conmoción cerebral y quedando comatoso primero, parapléjico luego y restableciéndose después, pero sujeto á accesos de automatismo ambulatorio, durante los cuales corre por espacio de varias horas hasta caer rendido de fatiga y muerto de hambre.

La otra es de una comadrona que, avisada una noche para un parto, cae en la

(1) Rouillard.— Observations d' amnesie traumatique avec automatisme de la memoire. (Communication faite á la Societé Médico-psychologique. Paris. Octobre, 1885.)

escalera de su casa y pierde el sentido, se levanta sin recobrarlo, ó por lo menos en estado de cerebración inconsciente, va á casa de la parturienta, asiste de un modo correcto á las peripecias del parto y, cumplida su misión, se retira á su domicilio, se acuesta y despierta al otro día, no recordando otra cosa sino que salió de su casa y cayó en la escalera preguntando quién la condujo á la cama.

Sería tarea interminable coleccionar los casos análogos publicados.

Por algunos se han considerado de naturaleza epiléptica y análogos á las ausencias, aunque distintos en su esencia, accidentes en los que el fenómeno culminante ha sido un sueño extraordinariamente prolongado, consecutivo á un ataque convulsivo ó sin ser precedido por éste hasta el punto de parecerse por completo al sueño normal, del que sólo difieren por su duración. Caffé (1), que fué el primero que llamó la atención sobre estos hechos, da cuenta, entre otros, de un hombre que era con, intermitencias, súbita é imperiosamente acometido de un prolongado letargo, seguido por dos ó tres días de delirio meningítico; y de otro en quien el sueño duró tres meses.

II. *Locuras epilépticas*. La locura pre y post epiléptica es aceptada por todos los mentalistas que consideran más frecuente la segunda que la primera; pero la que reemplaza á los accesos convulsivos (por lo cual sus fenómenos han sido llamados *equivalentes psíquicos*) ó que se presenta fuera de todo antecedente y de todo hecho ulterior espasmódico ó análogo al accidente en cuestión, no son interpretadas igualmente por los autores.

Los autores ingleses (2) y alemanes y Legrand du Saullé, entre los franceses, creen que siempre ha habido un ataque desconocido, un acceso nocturno, acaso sólo caracterizado para el observador por incontinencia de orina, un vértigo ó un hecho oscuro que hay que escudriñar atentamente. En cambio Tardieu (3) Magnan (4) y la

(1) Caffé. Journal des connaissances médicales pratiques. 1862.

(2) Radcliffe. Epilepsy and other convulsiv affections-London-1858.

(3) Tardieu—Etude médico-legale sur la folie-Paris-1880.

(4) Magnan—Recherches sur les centres nerveux. Paris-1876.—Leçons sur l'epilepsie (Progrés medical, 1882). Des rapports entre les convulsions troubles circulatoires et nerveuses dans l'attaque d'epilepsie (Gazette médicale, Paris, 1877.)

mayoría de autores franceses afirman que puede haber un trastorno epiléptico que consista únicamente en un impulso aislado, brusco ó irresistible. De modo que lo racional parece ser un criterio ecléctico y creer que, así como las alteraciones mentales pueden coincidir ó seguir á los demás trastornos epilépticos, del mismo modo pueden sustituir al ataque convulsivo, viniendo á ser aquellas alteraciones una especie de convulsiones psíquicas. .

La importancia que el conocimiento de estos hechos entraña es capital, porqué tales actos pueden ser delictuosos y el médico es quien ha de demostrar la irresponsabilidad de un desdichado ó desenmascarar la astucia de un criminal simulador.

Desde este punto de vista médico-legal, Legrand divide los epilépticos en tres grupos: 1.º aquellos que no presentan ningún trastorno mental y obran como la generalidad de las gentes; 2.º los que sólo pasajeramente tienen perturbada la inteligencia, á los cuales llama «candidatos á la locura;» y 3.º aquellos cuyo espíritu está profundamente alterado de una manera irremediable.

Según el grupo á que pertenezcan debe variar la responsabilidad legal. 1.º Cuando un crimen ha sido friamente calculado y lleva consigo la explicación del móvil, el autor es responsable, sobre todo si la forma epiléptica que sufre es de raras acometidas y no ha comprometido nunca el libre albedrío. 2.º Es sólo parcialmente responsable si se demuestra que no ha podido oponer más que una débil resistencia moral, por razón de la depresión intelectual que padece, al impulso patológico que le ha llevado á la comisión del hecho criminal. Y 3.º El crimen no justificable, cometido bajo la evidente influencia de un trastorno epiléptico mental, entraña la irresponsabilidad absoluta.

Para hallar en un caso dado el cuadro general de la enfermedad, Falret (1) señala al perito las tres fuentes de conocimientos que siguen: 1.ª Se apoyará en los caracteres y la marcha de los accesos delirantes y en su relación con los de la epilepsia, investigando si se han producido en forma de crisis no convulsivas ni vertiginosas ó

(1) Falret De l'etat mental des epileptiques-Paris, 1861.

con tales accidentes, si han sido cortas ó no, y si se han reproducido con mayores ó menores intervalos en la vida anterior del sujeto ó después de realizado el acto que se discute. 2.^a Se fundará en las particularidades físicas y morales de las crisis, determinando especialmente si en ellas ha habido ó no vaguedad y obtusión de las ideas, producción de impulsiones violentas é instantáneas, necesidad de andar sin objeto, de herir, dañar ó romper sin motivo y amnesia total ó parcial después del delirio. Y 3.^a Recordará que el sello clínico de los trastornos mentales de naturaleza comicial es la violencia, la instantaneidad, el automatismo y la falta de motivos.

Dejando el terreno forense, he de indicar aquí una cuestión que divide las opiniones de los autores.

¿Son locos todos los epilépticos? El hecho de que se inclinan por la afirmativa casi todos los mentalistas induce á creer que acaso generalicen demasiado fundados en su experiencia, puesto que todos los epilépticos que acuden á los manicomios presentan perturbada la razón: algo así de lo que ocurre con el histerismo y los ginecólogos que lo creen siempre debido á lesión de los órganos genitales, porque sólo observan las enfermas que se hallan en tales condiciones.

Otros creen que si no locos declarados, por lo menos todos los epilépticos son candidatos á la locura, ofrecen un grado inferior de inteligencia y forman grupo aparte del comun de las gentes.

Y muchos, en cambio, opinan, que un elevado esplendor intelectual puede desarrollarse en un epiléptico y citan en apoyo de su tesis los nombres de César, Mahoma, Carlos V, Petrarca, Pedro el Grande, Rousseau y Napoleón, que padecieron epilepsia y cuyas cualidades intelectuales no pueden ser puestas en duda á no ser que se participe de la creencia de que el *genio* no es más que una locura al máximo, una especie de hiperplasia intelectual.

Si pretender dirimir la cuestión, y toda vez que en ella hay que atenerse á los hechos, relataré la historia de un enfermo á quien he asistido largo tiempo y que, á pesar de contar avanzada edad y de sufrir desde joven los ataques convulsivos, goza de un talento envidiable.

El sujeto en cuestión contrajo la epilepsia, á consecuencia de una espantosa escena que le impresionó terriblemente.

Hasta la edad de 20 años no padeció ataque convulsivo alguno y su salud fué excelente en la infancia y la adolescencia, careciendo de antecedentes neuropáticos en su familia. Cuando tuvo lugar la quema de los conventos en el año 1835 se hallaba en uno de los de Barcelona durante el incendio del mismo y el asalto de las turbas que asesinaron á un fraile pariente suyo, á quien intentó defender. Fué herido en un brazo y perdió el conocimiento; al volver en sí se encontró entre varios frailes moribundos ó ya cadáveres y en medio de las llamas que se apoderaban del edificio. Pudo huir, al fin, no sin muchas zozobras y ponerse en salvo.

Desde aquella fecha hasta hoy padece cada 12 ó 14 meses un acceso típico de gran mal comicial cuya aura, sensorial é intelectual, consiste en la visión de llamas y objetos que arden.

Este caso es notable, no sólo por su origen y por el aura, sino también por el corto número de ataques que nunca han sido más de uno por año; por la absoluta carencia de otras manifestaciones epilépticas; por la integridad de su inteligencia durante toda la vida, llegando á ocupar una distinguida posición social y desempeñando brillantemente difiles cargos en su carrera (que es literaria); y finalmente por la longevidad que ha alcanzado, á pesar de su enfermedad, cuyos ataques sufre todavía de tarde en tarde. Hoy cuenta 77 años y sus juicios son claros y las fuerzas muy conservadas relativamente á su edad.

No puede negarse empero que la mayoría de los epilépticos presentan notables modificaciones de carácter. Suelen ser irascibles y coléricos y aunque ordenados y limpios, no tienen afición á comunicarse, encerrándose en una sombría tristeza; son dados á fantásticas concepciones, rencorosos é hipócritas, inclinados á la holganza, de la que sólo les saca el estímulo del lucro; muy impresionables, sujetos á vivas sensaciones que modifican sus juicios y susceptibles á la menor afrenta; sensuales y hasta sibaríticos los que cuentan con medios para ello y aunque no son incapaces de generosos sentimientos y levantadas aspiraciones, el egoísmo constituye el fondo de su carácter.

Algunos tienen en tan remiso grado estas desviaciones de carácter que son imperceptibles y en cambio en la sociedad no es difícil hallar personas que sin ser epilépticas presentan estas malas cualidades *et quibusdam aliis* y sin embargo pasan por bien equilibradas.

Después de estos preliminares indispensables y haciendo constar que la epilepsia puede revestir todas las formas de alienación men-

tal, (Delasiauve (1), Christian (2)) y antes de analizar las más principales, estudiemos los caracteres de las locuras epilépticas.

El trastorno mental no guarda relación con la forma convulsiva que tal vez le haya precedido; es decir, un simple vértigo ó un espasmo insignificante puede ser el único antecedente epiléptico de una desenfadada manía furiosa y viceversa, una terrible serie de ataques no origina más que un ligero trastorno mental ó nada origina á este respecto. Ni tampoco la guarda con la causa inicial: traumatismo, sífilis, alcohol, herencia, impresiones morales, etc.

Los delirios epilépticos empiezan de un modo súbito, en lo cual se asemejan á otros muchos; pero difieren y esto es carácter peculiar suyo, en que así como los demás delirios suelen ceder paulatinamente y por grados, aquéllos terminan tan bruscamente como empezaron.

Así como en los ataques espasmódicos hice notar que algunos de ellos tienen cierto parecido con los otros que el enfermo ha sufrido, repitiéndose las mismas auras, cayendo del mismo modo ó convulsionándose el mismo lado, en los delirantes esta tendencia á la homología, esta especie de rutina, alcanza un alto grado, parecen estereotipados y aunque Franz Fischer (3) protesta y afirma que no siempre es perfecta esta identidad, es lo cierto que siempre es notable é importante para el diagnóstico.

La abolición, ó por lo menos, la obnubilación de la conciencia, es otro de los caracteres comunes á los delirios epilépticos. En unos, es absoluta y total, convirtiéndose el sujeto en un autómatas, sin conciencia ni voluntad, como un hipnotizado; en otros, que son los de más difícil resolución para el médico forense, existe una semi-conciencia: como el pianista que hemos dicho puede seguir tocando una partitura aun cuando su pensamiento esté ocupado en ideas ajenas á la música que ejecuta, estos delirantes siguen desarrollando la idea dominante; acaso matan á un hombre de quien han recibido algún leve agravio ó que en la vida normal les era antipático. Esta semi-conciencia puede también traducirse por luchas morales

(1) Delasiauve.—Traité de l'épilepsie. 1854. Paris.

(2) Christian. La folie épiléptique. Paris. 1890.

(3) Franz Fischer. Congreso de psiquiatría. 1884.

entre la razón y la obsesión impulsiva, entre el inmoderado deseo de cometer un acto y la escasa razón que resta para comprender su odiosidad, pero la pobre valla de esta débil voluntad es vencida y arrastrado por la atracción morbosa, comete á su pesar el crimen que abomina á no ser que por un enérgico supremo esfuerzo pueda invocar socorro contra sí mismo. Es una verdadera convulsión mental análoga á la de los hipnotizados que primero resisten fuertemente á la sugestión, pero amortiguándose luego esta resistencia, acaban por dejarse vencer.

En este último caso suele haber recuerdo ulterior de los actos cometidos, lo que no ocurre generalmente; según que la inteligencia esté más ó menos abolida durante el acceso, así es más ó menos vago su recuerdo. Lo común es la amnesia completa. Al contrario de lo que sucede con los alienados comunes, que dan cuenta de sus terrores angustiosos, de sus fantásticas visiones, de sus imponderables sufrimientos, el epiléptico no da cuenta de nada ni puede reconstituir las escenas de que ha sido principal actor.

De modo que, en resumen, los caracteres generales de la alienación epiléptica son cinco: 1.º Falta de relación entre el delirio y la forma convulsiva, si la hay, ó la causa del mal. 2.º Súbito principio y brusca terminación de los accesos. 3.º Identidad de los mismos. 4.º Abolición mayor ó menor de la conciencia. 5.º Amnesia, casi siempre completa, del ataque.

La forma más terrorífica de la vesania epiléptica es la *mania aguda* ó *gran mal intelectual epiléptico* de Falret, (1) que sobreviene tras varios ataques convulsivos ó después de una larga suspensión de la enfermedad, no siendo raro que la precedan cefalalgia, vómitos ó auras. De repente el enfermo se pone inquieto, agitado, grosero y hablador, insulta y desconoce a los que le rodean y, con extraordinaria fijeza en la mirada, su rostro toma expresión de ferocidad, pero reconcentrada y pensativa, como si fuera extraño á lo que le rodea apesar de que todo lo vé y observa con increíble sagaz finura. Cuando cree oportuno el momento, aprovecha el menor descuido

(1) Falret—Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses-Paris, 1889.

para herir terriblemente al más próximo ó al que en su saña tenía previamente designado; si fracasa en su intento ó se le contiene, apodérase de el irresistible cólera y se centuplican sus fuerzas, muerde, rompe y desgarrá y su aspecto se hace espantoso.

A veces este *furor epiléptico* sobreviene de repente y con la mayor intensidad. Con la faz contraída y la mirada trágica, la voz ronca y la cara manchada de sanguinolenta saliva, jadeante, sudoroso, desordenadas las ropas y presa el cerebro de terroríficas alucinaciones que expresa con sus gritos y sus gestos, parece mejor una furia mitológica que un sér humano; arrebatado por un ciego frenesí, destroza cuanto alcanza, se arroja sobre quien halla á su paso, ó se precipita él mismo contra la pared ó por el balcón; y cosa rara, en tal estado es menos incoherente que en la manía ordinaria.

Este furor que suele acompañarse de fiebre de 39° y 40° (como en el estado de mal convulsivo) puede durar dos ó tres días sin comprometer la vida, pero por lo común el acceso es corto y al cabo de una hora, á lo más, queda el enfermo sosegado, maltrecho, triste, tratando de coordinar sus recuerdos y deseando reposo.

Sabido es que los actos bruscos, irresistibles y aislados, aunque vesánicos, se presentan también en los idiotas, los alcohólicos, los histéricos, las embarazadas, las púerperas y los degenerados, por lo que á estos enfermos se les llama *impulsivos* (exhibicionistas de Lasague,) denominándose su trastorno mental *locura periódica, transitoria, instantánea, delirio por accesos, manía impulsiva, instintiva*, etcétera. En los epilépticos estos delirios impulsivos van precedidos de aura y entre los muchos que se observan son más frecuentes las impulsiones suicidas, homicidas y piromaniacas. Falret las llama *pequeño mal intelectual epiléptico*.

Los delirios *depresivos* son debidos ya á la tristeza que se apodera del que conoce ser victima de tan terrible dolencia, ya á ideas de persecución más ó menos supersticiosas. La *hipocondría* y la *lipemania* pueden ser tan acentuadas que originen una inercia tal del pensamiento y un silencio tan obstinado, que sin una atenta observación y una minuciosa indagación de los antecedentes convulsivos es fácil desconocer la naturaleza epiléptica del caso.

Magnan ha señalado la coexistencia de varios delirios en un mis-

mo enfermo, es decir, el delirio epiléptico junto con la manía vulgar, la locura histérica, la melancolía, la locura parálitica, el delirio parcial, etc., pero aquel se revela siempre entre los otros por sus caracteres especiales, singularmente por la amnesia, mientras que los otros delirios vesánicos quedan grabados en la memoria del enfermo con sus menores detalles; la duración de éstos suelen ser mayor que la de aquél y, pueden evolucionar paralelamente, sin ejercerse mutua influencia. Legrand indica la frecuente asociación del alcohólico con el epiléptico, cuya fusión dá lugar á un síndrome híbrido y extraño. La manía circular de doble forma, remitente ó intermitente puede ser también según Douthente (1) una epilepsia larvada.

Toca estudiar ahora una forma mental de indecisos rasgos y cuyas relaciones con la epilepsia, si bien lejanas, son evidentes y lógicas, siguiendo el criterio de Morel (2) y Legrand du Saulle. Afectos de epilepsia difusa, los que la padecen no tienen alteraciones propiamente convulsivas ó intelectuales, sino que sufren una verdadera *locura moral*. Séres en quienes el instinto del mal alcanza el grado máximo, perversos desde la niñez, criminales por esencia, refractarios á todo sentimiento, desprovistos de la noción de lo bueno y lo justo, ni sienten compasión en caso alguno, ni sufren remordimientos de ningún género; inconvencibles sobre toda ponderación ni el propio castigo les emociona.

Lombroso (3) cree fijar la forma clínica de la locura moral incluyéndola en la epilepsia. Giné (4) dice con gráfica expresión, que el cerebro de estos enfermos es *pasta de crimen*.

Estos monstruos, que constituyen el mayor número de criminales de profesión, son una pesadilla para el médico que ha de apreciar el valor de sus actos, porque sobre que su irresponsabilidad es muy discutible, ellos se empeñan en sostener la solidez de la razón y lo defienden tan obstinadamente que el vulgo llega á considerar á

(1) Douthente—Annales médico psychologiques Paris, 1882.

(2) Morel—Traité des maladies mentales Paris, 1880.

(3) Lombroso—Identite pathologique du fou moral, du criminel né et de l'epileptique. Trad. franc. 1885.

(4) Giné—El código penal y la frenopatología. Discurso leído en el Congreso médico internacional de Barcelona 1888.

los médicos como víctimas de una pueril compasiva credulidad, ya que no como obcecados teóricos. Es hecho curioso en tales sujetos que, aunque no sean borrachos, ni dipsómanos, ingieren impunemente crecidas dosis de alcohol.

Tales casos establecen una transición gradual entre los delirios pasajeros de la epilepsia y las formas crónicas de alienación mental que se pueden hallar en los epilépticos: *parálisis general, demencia é idiotismo*.

La *parálisis general* puede ser precedida durante muchos años de ataques epilépticos con ó sin vértigos, ausencias ó delirios; y toda epilepsia no alcohólica ni sifilítica, contraída más allá de los 30 años, suele terminar fatalmente en ella. Otras veces, en cambio, en el curso de la parálisis general y sin epilepsia anterior se desarrollan ataques típicos de gran mal comicial, de accesos jacksonianos ó de fenómenos epileptiformes, siendo tal en ocasiones la semejanza entre los ataques convulsivos de la parálisis general y la epilepsia franca, que es imposible el deslinde. Los vértigos, el aliento amoniacal, los caracteres esfigmográficos, el estado de mal con ataques sub-intrantes y la hipertermia, son fenómenos muy frecuentes en los estadios avanzados de aquélla.

La *demencia* á que conducen todos los delirios crónicos es frecuente en los epilépticos.

En ellos es de notar que los intervalos lúcidos son más prolongados y más acentuados que en el demente ordinario, la memoria se conserva algo y no guarda relación con el amortiguamiento de las demás facultades. Ya quedó indicado que se produce más amenudo por los vértigos y por los ataques de pequeño mal que por las grandes crisis de mal comicial, lo que parece debido á que aquéllos son más repetidos que éstos en igualdad de tiempo.

Desde que se tratan metódicamente las epilepsias y se curan en mayor número que antes, disminuye en los manicomios la proporción de dementes epilépticos.

Entre cada tres niños *idiotas* hay un epiléptico (Delasiauve). El idiotismo puede compararse á la pobreza del que siempre fué indigente, mientras que el demente es un pordiosero que fué rico.

Algunos han querido dilucidar si el idiotismo produce la epilepsia ó viceversa; mejor dicho, si las lesiones productoras del idiotismo son á la vez causa de epilepsia ó si la epilepsia es la causa directa del idiotismo, suspendiendo el desarrollo intelectual por la perturbación que cada ataque produce en un cerebro que evoluciona. Puede darse á este punto una doble solución: verdad es que las lesiones que engendran el idiotismo son amenudo origen de epilepsia (especialmente de la parcial de la infancia), pero no es menos cierto que las convulsiones epilépticas de los niños, producidas por causas extracerebrales, llevan consigo la detención del desarrollo de este órgano y curando la epilepsia del niño puede continuar desenvolviéndose la inteligencia.

Como se ve por esta breve reseña, la epilepsia tiene con la alienación mental relaciones que no pueden ser omitidas al estudiar los síntomas de aquélla, aunque solamente he esbozado el asunto sin entrar en desarrollos psicológicos que requieren experiencia y conocimientos de que carezco.

IV.—Patogenia.

En dos partes dividiré este capítulo. Expondré primero las diversas teorías é hipótesis emitidas para explicar el mecanismo íntimo del proceso epiléptico con los razonamientos y datos que las informan y estudiaré luego el modo cómo se produce cada uno de los fenómenos que he señalado como síntomas de las diversas formas clínicas de la epilepsia.

I. TEORIAS PATOGÉNICAS DEL PROCESO EPILÉPTICO.—La explicación del mecanismo íntimo de la epilepsia se ha buscado siempre en la anatomía patológica sin conseguir descifrarla por las siguientes razones: En unos casos (que han dado pié para creer en la esencialidad del mal) las más delicadas investigaciones histológicas no demuestran lesión alguna encefálica ni medular. En otros muchos la profusión de las lesiones, la variabilidad de su sitio y la diversidad de su naturaleza les quitaba todo valor; de aquí innumerables hipótesis que sólo conducían á la confusión. Y finalmente en el cerebro de los epilépticos se notan además de las lesiones iniciales, otras consecutivas ya á éstas ya á cada uno de los ataques, lo cual aumenta la dificultad.

Entre las muchas lesiones que se han notado, llamó por algún tiempo la atención la asimetría ó desigualdad de peso de los hemisferios cerebrales; sabido es el gran valor patogénico que le concedía Bichat (1) el cual afirmaba que era imposible que se manifestara un mediano esplendor intelectual en un cerebro asimétrico y no menos sabido es que su autopsia refutó su doctrina, porque los lóbulos de

(1) Bichat.—Anatomie generale.—1801.

su cerebro no podían ser más desiguales y sin embargo pocas inteligencias han brillado en el mundo que como la de Bichat reunieran en tan alto grado la energía, la solidez, la precocidad y la extensión de sus juicios.

Como ésta, la mayoría de las lesiones observadas son puramente accidentales. Las que con más frecuencia se han hallado son: asimetrías en la arquitectura craneal, engrosamientos y esclerosis de los huesos, exostosis, adherencias, calcificación y osificación de las meninges; extravasaciones sanguíneas más ó menos extensas en céfalo-medulares ó meníngeas; estrechez del agujero occipital, del carotídeo ó de otros; anomalías del círculo de Willis; neoplasias varias; traumatismos de las paredes ó de los centros nerviosos; alteraciones de variable naturaleza histológica, parenquimatosas ó intersticiales, difusas ó circunscritas, en los más diversos puntos del sistema nervioso; procesos degenerativos ó inflamatorios en los vasos sanguíneos; ectasias vasculares en los ventrículos; atrofia ó esclerosis del asta de Ammón; destrucción parcial ó total del cuerpo pituitario; hiperemia con proliferación del tejido conjuntivo intersticial del gran simpático ó degeneración de sus células gangliónicas, etcétera. Su inconstancia y el carecer muchas veces de relación con los síntomas observados ó con la causa presunta, impide basar generalizaciones en ellas.

La experimentación en los animales nos pone en camino de adquirir la noción patogénica que los estudios necrópsicos no nos pueden dar por sí solos y en efecto se han producido experimentalmente por excitaciones eléctricas, congelaciones y cortes muchas parecidas á las epilepsias sintomáticas, otras análogas á las reflejas, y hasta la llamada esencial que sobreviene sin lesión ostensible y sin otra causa que la herencia, puede compararse á la que ofrecen ciertos conejillos de Indias que la contraen sin causa directa y sólo por haber nacido de otros en quienes se produjera.

Las teorías vasculares, aceptadas antes como exclusivas, son insostenibles hoy día.

La palidez inicial del rostro en los ataques y el hecho de que la ligadura de las carótidas y las sangrías repetidas dan lugar á convulsiones, había inducido á creer que la razón fisiológica de la epilepsia era una súbita inquemia cerebral. Pero como prueba Magnan,

la palidez facial es producida por una excitación de los vaso-motores de la cara y no implica la anemia del cerebro, sino que por el contrario los capilares cerebrales sufren, al empezar el ataque, una súbita dilatación, demostrable experimentalmente provocando por medio de la esencia de ajeno ataques epilépticos en el perro y estudiando su circulación cerebral en tal momento á través de orificios previamente abiertos en el cráneo con el trépano y demostrable en el hombre por el exámen oftalmoscópico del fondo del ojo al sobrevenir los accesos, que permite ver marcada hiperemia retiniana.

La congestión, admitida como causa eficiente por los antiguos, que notaban la frecuencia de los ataques nocturnos y los creían favorecidos por la posición horizontal, corroborada al parecer por las autopsias, pues en todas se hallan hiperemias y apoyada por los hechos citados en el párrafo anterior, tampoco puede satisfacerlos. Voisin ha demostrado con repetidos ejemplos que una posición casi vertical del lecho en nada altera la frecuencia de los ataques nocturnos; y por otra parte la repleción sanguínea de los vasos cerebrales es tan frecuente y producida por tantas y tantas circunstancias (fisiológicas muchas veces), que si ella bastara á determinar epilepsia, sería esta enfermedad frecuentísima despues de las quintas de coqueluche, después de los esfuerzos prolongados, en los clowns que ejecutan tan enérgicos ejercicios gimnásticos con la cabeza abajo y suspendidos por los piés, etc.: todo lo cual no sucede.

Mosso ha estudiado las fluctuaciones de la circulación intracranial, con el pletismógrafo y con aparatos registradores de exquisita sensibilidad, en un sífilítico cuyas meninges se hallaban al descubierto, en un sujeto que presentaba una abertura traumática del frontal y en otro en quien un cáncer había originado una extensa pérdida de sustancia de los parietales; y en sus interesantes conclusiones deduce: que el acúmulo de sangre en el cerebro se verifica muy amenudo y sin trastorno alguno, y que sólo cuando es muy considerable engendra enfermedad, pero nunca la epilepsia á no mediar otros factores. De modo que la congestión es efecto y no causa de la alteración epiléptica.

En la actualidad dos teorías hay que dan cuenta del mecanismo de la epilepsia: la una fundada en la exageración del poder excitomotor bulbo-medular; y la otra que admite el origen cortical de todas las epilepsias. Ambas son lógicas y en parte explican, en cuanto

es hoy posible, los misterios hasta ahora oscuros de esta enfermedad y hacen esperar que desechando exclusivismos y fundiéndose mutuamente una en otra, nos pondrán en camino de adquirir la completa posesión de la verdad.

Reduciendo el sistema nervioso á sus partes esquemáticamente fundamentales se compone: 1.º de un centro motor constituido por la doble columna de sustancia gris que se extiende desde la cola de caballo hasta los tubérculos cuadrigéminos y cuyas partes esenciales son el bulbo y la protuberancia; 2.º de conductores centrípetos que son los nervios sensitivos, los filetes sensitivos del gran simpático, ciertos cordones de la médula y todas las partes del encéfalo (cerebelo, centro oval, corteza) que tienen con la médula oblongada relaciones funcionales, y 3.º los conductores centrifugos que son los nervios craneales motores y raquídeos y los filetes motores del gran simpático.

Normalmente todos estos conductores y centros funcionan con exacta regularidad; pero si una influencia cualquiera aumenta la hiperexcitabilidad del centro motor, ó si esta sobreexcitación emana de los conductores centrípetos se producirán descargas epilépticas. De modo que la perversión no consiste en fenómenos nuevos sino en la exageración del normal funcionalismo.

La sobreexcitabilidad del centro motor se presenta en muchos casos por razón de herencia (directa, indirecta, por impresión uterina, similar, de retorno, homócrona) de consanguinidad de los progenitores, de clima, de edad, sexo y temperamento, de discrasias y dishemias, de estados pasionales emotivos ó morales, de excesivo funcionalismo, ó de influencias que nos escapan.

El siguiente caso que he observado en el Manicomio de Gerona es un notable ejemplo de epilepsia producida por impresión de terror sufrida por la madre durante la gestación:

—Joaquina A....., de 30 años de edad, sin antecedentes neuropáticos, ni de otra índole en sus ascendientes. Refiere su familia que durante la guerra civil, llamada de los *siete años*, hallándose la madre de la enferma en el último mes de su embarazo, asaltaron los carlistas la población en que residía y entre los muchos excesos que cometieron, asesinaron á su marido y la ultrajaron vilmente. A los pocos días nació Joaquina, que no tardó dos semanas en ser acometida de ataques convulsivos

que se repitieron cada dos ó tres meses; vivió, sin embargo, aunque no se desarrolló su inteligencia, quedando idiota. Actualmente sufre un ataque convulsivo en cada menstruación y vértigos ó ausencias frecuentes.

La sobrecitación emanada de los conductores centrípetos comprende una serie de causas que me he de limitar á enumerar. Lesiones de los nervios periféricos, de la piel, de los dientes, sensoriales, esplágnicas y del gran simpático; lesiones intestinales, útero-ováricas, génito-urinarias, onanismo, menstruación, coito abusivo, etcétera, todas las cuales son englobadas en el epíteto de *epilepsias reflejas*. Agentes infectivos (sífilis, paludismo, tuberculosis, tifoidea, fiebres eruptivas, etc.), ó tóxicos (alcohol, mercurio, plomo, ajeno, etc.) La anemia, ya originada por pérdida de líquidos (hemorragia, diarreas, flujos, abusos venéreos, etc.), ya diatésica. Enfermedades ó trastornos encéfalo-espinales (caídas sobre la cabeza con ó sin fractura, accidentes ferroviarios con intensa conmoción, tumores cerebrales ó meníngicos, focos hemorrágicos, reblandecimientos, esclerosis, etc.) También pueden aquí incluirse, aunque es difícil darse cuenta de su modo íntimo de producción, las epilepsias debidas á la imitación, ya sea directa ó inconsciente (recuérdese la especie de epidemia epiléptica sufrida por las niñas del Hospicio de Jharlem y que relata Boerhaave (1), ó ya forzada como ocurre en algunos simuladores que acaban por contraer realmente la enfermedad que fingen.

Por esta larga enumeración de agentes productores del mal comicial en sus variadas formas, se comprende que desde el punto de vista patogénico es equiparable una esquirra ósea que se hunde y desgarrar la corteza cerebral, con una tenia (2) que se agita en un recodo intestinal; el bulbo responde á estas excitaciones por actos convulsivos de variable extensión según el número de células provocadas y según que sea de por sí más ó menos excitable.

De manera que con un centro excito-motor poco irritable será preciso para producir la epilepsia una excitación intensa y prolon-

(1) Boerhaave.—Praelectiones academicae de morbis nervorum.—Francfort.—1762.

(2) Martha.—Des attaques epileptiformes dues á la presence du taenia.—(Archives generales de Medecine, 1890.)

gada de los conductores centripetos, mientras que si la sobreexcitabilidad del centro es marcada (lo que en las infecciones se llama terreno apto), p. e. en un hijo de neurópatas, una influencia insignificante, una lombriz intestinal, tal vez un simple alfilerazo, bastarán para determinar la descarga epiléptica. Y una vez producido el primer desequilibrio, el hábito se encarga de aumentarlo.

En el bulbo, pues, radica la lesión capital y originaria de la epilepsia, según todos los que no admiten el exclusivo origen cortical, y aún éstos conceden al trastorno bulbar una importancia muy notable, si bien secundaria ó consecutiva.

El eretismo bulbar excito-motor he dicho que puede ser debido á irritaciones emanadas de varios puntos: de la médula espinal por lesiones de las paredes que originen compresión (magistralmente estudiada por Charcot), por esclerosis, gomas y degeneraciones del cordón medular ó por secciones y estímulos (como en los experimentos de Brown-Sequard) (1); y de los nervios periféricos, cualquiera que sea la lesión, el sitio en que radique y la distancia á que se halle del bulbo, siendo tales lesiones punto menos que innumerables. Y por una generalización lógica se comprenden también entre estas las epilepsias originadas por lesiones del cerebelo, ya se le conceda con Luys el papel de generador del fluido nervioso, ya se le atribuyan otras misiones; de los pedúnculos cerebrales y cerebelosos, como en las observaciones de Voisin y otros; del centro oval, experimentalmente obtenidas por Vulpian (2) y comprobadas por Jackson en algunas autopsias de epilépticos; y de la corteza cerebral.

Hitzig y Fritsch (3) han sido los primeros en estudiar experimentalmente la *epilepsia cortical*; Ferrier (4), Luciani (5), Unverricht (6) y otros demostrando las leyes á que obedecen las convulsiones pro-

(1) Brown-Sequard.—Researches on epilepsy, its artificial production in animals and its etiology, nature and treatment.—1857.—Journal de physiologie—1858-1860.

(2) Vulpian.—Leçons de physiologie generale et comparee du systeme nerveux.—1866.

(3) Hitzig.—Untersuchungen uber das Gehirn.—Berlin, 1874. (Citado por Nothnagel.)

(4) Ferrier.—West Riding Lunatic Asylum Reports.—1873.

(5) Luciani.—Rivista sperimentale de freniatria e medicina legale.—1878.

(6) Unverricht.—Congreso médico de Wiesbaden, 1887.—Epilepsie partielle, traducido de alemán, 1891.

vocadas por la excitación de la corteza cerebral y su analogía con las de la epilepsia humana, han creado el actual criterio sobre el origen cortical de la epilepsia.

La excitación eléctrica y especialmente la faradización, es más útil que los estímulos mecánicos, los agentes químicos y la congelación, ya etérea, ya por el cloruro de metilo. Los efectos varían con la duración e intensidad de la corriente y con el sitio de la corteza á que se aplica, determinando, al excitar por ella la zona motriz de los animales, accesos convulsivos idénticos á los de la epilepsia humana.

Bartolow (1) ha realizado en el hombre mismo la epilepsia experimental; valiéndose de un sujeto que tenía una extensa destrucción cancerosa de un parietal, introdujo las agujas hasta la corteza del cerebro; por una débil corriente obtuvo contracciones en varios músculos del lado opuesto y aumentando la intensidad de aquella, produjo un violento ataque convulsivo con grito inicial, pérdida del conocimiento y coma.

Las vivisecciones y los datos recogidos por los neurólogos que se han dedicado á este asunto permiten afirmar que los accesos experimentales son clínicamente análogos á los ataques epilépticos que en el hombre se presentan. Después de algunas sesiones quedan los animales sujetos á ulteriores ataques sin nuevo estímulo eléctrico y sus hijos sufren ataques epilépticos á poco de nacer; el acceso producido por faradización comienza en el territorio muscular correspondiente al centro motor irritado y se propaga á las demás regiones del cuerpo según la topografía de los centros motores corticales más próximos. Extirpando alguno de éstos, faltan las convulsiones de los grupos musculares correspondientes y no es objeción el que á veces se presenten, porque si la excitación es intensa puede propagarse por difusión hasta alcanzar las fibras de conducción y correr por ellas como si emanara del centro propio, cosa que ya no ocurre al cabo de algún tiempo porque estas fibras degeneran. Las lesiones aisladas de la cápsula interna no producen epilepsia, de manera que una hemiplejía que no vaya acompañada de ataques

(1) Bartolow—American Journal of the medical sciences 1874.

epilépticos puede reputarse de origen central, mientras que la epilepsia post-hemipléjica indica el asiento cortical del foco. La naturaleza de las auras y el estudio de los equivalentes psíquicos confirman el origen cortical de la epilepsia.

Las condiciones experimentales son clínicamente realizadas por un sin fin de causas de las que sólo indicaré algunas: deformaciones craneales congénitas ó traumáticas, neoplasmas, aneurismas, esclerosis, lesiones tuberculosas, arteritis meningitis ó encefalitis sifilíticas ya esclerosas ya gomosas, etc. Y, aunque son fijas por naturaleza, provocan manifestaciones intermitentes en virtud del agotamiento nervioso que cada ataque, convulsivo ó psíquico, produce, á lo que Jaccoud (1) llama *neurolysis*.

En resumen, la doctrina cortical de la epilepsia se encierra en las siguientes conclusiones de Luciani: 1.^a La irritación morbosa de la zona psico-motriz de la corteza cerebral es la causa de la epilepsia. 2.^a El trastorno bulbar es evidente é importante pero secundario en cierto modo y subordinado al anterior. 3.^a Las causas íntimas de la irritación primera y su lazo de unión con la alteración bulbar presentan todavía muchos puntos imperfectamente conocidos.

Teniendo en cuenta que estos estudios datan de muy pocos años y sin embargo esclarecen el conocimiento de la epilepsia con luz más viva que el conjunto de cuanto en los siglos anteriores se hizo, es permitido esperar que por este camino se llegarán á desvanecer las oscuridades hoy impenetrables.

II.—FISIOLOGÍA PATOLÓGICA DE LOS FENÓMENOS EPILÉPTICOS.—La naturaleza central de los fenómenos percibidos en la periferia y llamados *auras* es evidente.

La experimentación demuestra que la contracción de un determinado grupo muscular corresponde á la irritación de un punto fijo de la corteza cerebral y es lógico admitir que, entre este punto cerebral y los músculos que se contraen, hay un verdadero reflejo que pasa por el centro excito motor; estos reflejos son múltiples y cuando sean conocidos mayor número de ellos podremos afirmar la topo-

(1) Jaccoud—Patología interna T. I. 4.^a edición española 1885.

grafía de la lesión cortical según sea la región muscular donde el aura motora empiece.

Las auras sensitivas son comparables á los dolores que los amputados refieren á miembros que ya no tienen.

En las sensoriales é intelectuales no es menos claro el origen central. La constancia de la forma de estas auras en el mismo enfermo no puede ser obra de la casualidad. Estudiándolas atentamente y consignando las lesiones halladas en la autopsia progresaría el conocimiento de las localizaciones cerebrales de los centros motores, sensoriales y psíquicos, más que por las experimentaciones en animales, que forzosamente han de ser groseras.

La *palidez del rostro* y la *pérdida del conocimiento* son, según Brown Sequard, determinadas por una excitación de los vaso-motores á consecuencia de la irritación del gran simpático cervical dependiente de la del bulbo. Esto se comprueba porqué extirpando los ganglios cervicales superiores en conejillos de Indias en quienes previamente se ha provocado la epilepsia experimental, se puede estimular la zona epileptógena sin que sobrevenga la pérdida del conocimiento.

La *zona epileptógena* es aquella cuya excitación, á veces tan ligera como tirar de los pelos, produce ataques en el animal en quien se han determinado antes experimentalmente; comprende la región malar y la cervical y desaparece al curarse la epilepsia.

La *excitación y parálisis consecutiva* del gran simpático se demuestran clinicamente por las modificaciones esfigmográficas de Voisin, los dolores viscerales, borborismos y vómitos, las modificaciones cuantitativas y cualitativas de la orina, la emisión seminal, el sudor de las manos que acompaña los ataques en serie, el rash cutáneo, los trastornos hepáticos como hipertrofia é ictericia, etc.

La *amnesia* es muy difícil de interpretar. Puede atribuirse al agotamiento nervioso, ya que hasta cierto punto es comparable á la que se observa en los casos de traumatismo con intenso *shock*.

El *grito* ha sido considerado como expresión de dolor, espanto ó sorpresa. Axenfeld lo cree debido á una sacudida de los músculos laríngeos seguida de brusca expiración.

La *caída* es originada por la pérdida absoluta del conocimiento mejor que por el tétanos temporal de los músculos voluntarios.

La *midriasis* é *insensibilidad* de la pupila se presentan durante todo el ataque (precedida, á veces, de miosis); la dilatación pupilar, que generalmente es bilateral, se marca más en un ojo cuando la epilepsia es hemipléjica. No depende de los movimientos convulsivos, ni de los trastornos circulatorios ó respiratorios, puesto que persiste en los animales epilépticos curarizados.

La contracción de las fibras radiadas iridianas es debida á la excitación del gran simpático y lo prueba el que provocando un acceso epiléptico, después de cortar el simpático cervical de un lado, no se dilata la pupila correspondiente y sí la otra.

La *mordedura de la lengua* es producida por una localización especial de la excitación en los centros corticales respectivos ó, según Schroeder Van der Kolk, (1) en la inmediación de las raíces del hipogloso, confirmándolo los casos en que eran frecuentes las heridas linguales y en cuyas autopsias los vasos capilares de las raíces del hipogloso estaban más desarrollados que en los que no se producian tales mordeduras.

La *espuma bucal* es atribuida por Herpin (2) á una hipererinia sialorreica y á la acción compresora y expulsiva de las contracciones espasmódicas de los músculos vecinos.

El que la saliva sea sanguinolenta se debe á las heridas producidas por las mordeduras linguales. También puede explicarse por un mecanismo análogo al de la producción de los *puncta ruberrima* de Van-Swieten en la piel, pero convertido en verdadera hemorragia por la tenuidad de la mucosa buco-faríngea.

Las *convulsiones* generales ó parciales eran explicadas por Marshal-Hall (3) por el espasmo laríngeo y la contracción de los músculos cervicales, denominada *traquelismo*, que por compresión origi-

(1) Schroeder Van der Kolk.—On the proximate cause and rational treatment of epilepsy 1873.

(2) Herpin.—Du pronostic et du traitement de l'epilepsie Ginebra 1854.

(3) Marshal-Hall.—On the reflex fonction of the Medullo oblongata Londón, 1857.

naba éxtasis que dificultaba la circulación venosa y daba lugar á una hiperemia pasiva cerebral, la cual engendraba las convulsiones y la pérdida del conocimiento; pero esta hipótesis venia á ser un círculo vicioso, en el que no se explicaba porque se producía el espasmo laríngeo y el traquelismo. Además en los vértigos y ausencias hay pérdida del conocimiento, sin tales fenómenos.

Es más lógico explicarlas según lo expuesto al tratar del papel que el bulbo y los centros cortico-motores desempeñan en su producción. El desigual predominio unilateral de las convulsiones hay que relacionarlo con la desigual excitación bulbar, que predominará en un lado ú otro, según aquel en que resida la alteración del centro motor correspondiente, que se propaga al otro lado por difusión y merced á las fibras comisurales.

Las convulsiones se mitigan y desaparecen, terminando así el ataque convulsivo, por el agotamiento nervioso ó neurolisis y por asfixia (exceso de ácido carbónico y defecto de oxígeno en la sangre) originada por la alteración respiratoria y el trastorno nutritivo del tejido nervioso. De modo que el peligro se conjura por sí mismo.

Las *parálisis post-epilépticas* son de ordinario temporales, aunque también pueden hacerse permanentes.

Las transitorias se han atribuido á la congestión cerebral asfíxica; pero así no se comprende porque son parciales, ya que la congestión forzosamente ha de ser generalizada. Además, esta opinión es rechazada por los casos en que una parálisis parcial sobreviene después de un ataque hemipléjico, interesando sólo los músculos que han sido convulsionados.

Es más admisible atribuirles á una inercia de los respectivos centros, agotados por la pérdida de fuerza nerviosa que han consumido. Jackson explica las parálisis parciales consecutivas á ataques de gran mal, suponiendo que en el período comatoso los enfermos son *bipléjicos* por un estado negativo ó inerte de los centros, cuya biplejia pasa desapercibida por su totalidad; á medida que algunos de estos recuperan su actividad, reaparece el movimiento en los respectivos territorios musculares, y el contraste con la inmovilidad de los correspondientes á los centros aun no reaccionados advierte la parálisis de estos últimos.

Las permanentes son debidas á lesiones secundarias y consecutivas al ataque.

Los *fenómenos respiratorios*, apnea en el periodo tónico y disnea en el clónico, son debidos al espasmo de la glotis, del diafragma y de los músculos torácicos. Vulpian, que los ha visto preceder á las convulsiones y los ha obtenido en animales curarizados, los atribuye á la excitación del centro medular respiratorio.

Los *fenómenos circulatorios* son explicados por Voisin del siguiente modo. Sabido es que las arterias reciben dos órdenes de nervios: los espinales ó dilatadores y los simpáticos ó constrictores; de cuya doble inervación depende la tensión arterial, que aumenta al predominar la acción de los filetes simpáticos y decrece al suspenderse ésta, quedando en pie la de los espinales.

Ambos fenómenos se producen sucesivamente en el ataque. Al empezar, la tensión arterial aumenta, y de ahí la pequeñez de las curvas esfigmográficas; después disminuye la tensión, traduciéndose por la altura exagerada de las líneas ascendentes y el dicrotismo de las descendentes. El esfigmografo demuestra, pues, que al principio hay excitación del gran simpático, en breve seguida de su parálisis confirmando lo dicho pocos párrafos há.

La *incontinencia de orina*, la *eyaculación* y las *deyecciones* son debidas á las contracciones convulsivas de los respectivos reservorios, originadas por la excitación de la porción lumbar y sacra del gran simpático y, en el periodo comatoso, por la relajación de los esfínteres.

La *intermitencia* de las manifestaciones epilépticas se explica por el agotamiento nervioso ó neurolisis que cada una produce. Van der Kolk compara las celulas nerviosas á botellas de Leyden que, después de varias descargas, necesitan cierto tiempo para que la electricidad se acumule en cantidad suficiente para otra nueva.

En los *vértigos*, *ausencias*, *automatismos* y *locuras* gozan un primordial papel los fenómenos de inhibición y dinamogénicos. La alteración epiléptica (desconocida en su esencia) se transporta de los órganos incitadores del movimiento á los que presiden la realización de los actos psíquicos; son, si vale la frase, convulsiones de la inteligencia, cuya explicación sólo puede intentarse entrando de lleno en la metafísica.

V.—Simulación.

Enumerados ya los principales rasgos de las diversas formas clínicas que la epilepsia afecta y conocido, en lo posible, el mecanismo fisiopatológico de su producción, puedo ya indicar los caracteres diferenciales de la epilepsia simulada (1) que sin aquellos necesarios antecedentes, serían, sino incomprensibles, por lo menos un simple catálogo de reglas sin fundamento científico.

Con un examen minucioso y atento es raro que el simulador obtenga éxito, pero no se crea que siempre es fácil distinguir lo real de lo ficticio; á este propósito recordaré que Calmeil fingió un ataque que fué reputado verdadero por el insigne alienista Esquirol.

(1) Hé aquí la enumeración de las obras y trabajos más importantes que se han publicado acerca la simulación de la epilepsia:

AUTORES ESPAÑOLES

- Magín Berdós—Médico militar—Manual de reconocimientos ó sea guía del profesor de la ciencia de curar para que pueda proceder con acierto y legalidad en sus decisiones sobre la utilidad ó inutilidad de los individuos que se sujetan al servicio de las armas—Madrid, 1820.
- Manuel Díez Moreno—Médico militar—Compendio de las relaciones médico-legales, Madrid, 1833.
- Tomás Argüello—Médico militar—El diagnóstico en su aplicación á las enfermedades simuladas—Memoria leída en la Academia Médico-militar de Pamplona. 1851.
- Hernández Poggio—Médico militar—Vade-mécum del médico militar en los reconocimientos de soldados y quintos. 1859.
- Mata—Tratado de Medicina y Cirugía legal T. II. 1871.
- Espala—Médico militar—La epilepsia y su simulación—Gaceta de Sanidad militar, 1875.
- Fernández Caro—Médico de Sanidad Naval—Higiene naval cap. IV. Enfermedades simuladas—Madrid, 1879.
- Elias de Molins—Manual para el reconocimiento médico de quintos—Barcelona, 1888.
- Valentí Vivó—Tratado de Medicina legal y lecciones orales de esta asignatura en su Cátedra de la Facultad de Medicina de Barcelona, curso de 1886 á 1887.
- Yañez—Medicina legal. Madrid.
- Navarro Ortiz—Elementos de medicina legal militar y naval—(En publicación).

En el que padece epilepsia, hay casi siempre antecedentes de ella ó de otras neuropatías en sus progenitores ó en sus parientes colaterales; el que la finge suministra datos negativos ó vagos por temor á una comprobación.

La anamnesis personal del epiléptico encierra algún detalle valioso respecto á la causa, la antigüedad del mal ó la presentación de algún fenómeno típico (incontinencia de orina, vértigos, cefalalgias, ausencias, etc.), radicando este detalle sobre un solo punto, pues ya se comprende que en cada caso no aparece todo el cortejo sindrómico. El simulador suele asignar reciente origen á su mal y si lo atribuye á remota fecha, cuenta muchas cosas incongruentes y, si el observador pone algún cuidado y habilidad en su interrogatorio, le hace incurrir en contradicciones.

En el verdadero epiléptico, se suelen notar cicatrices debidas á las lesiones que en sus ataques anteriores puede haberse inferido; recuérdese además lo dicho del hábito general del epiléptico que, si

AÚTORES EXTRANJEROS

- Galeno—Quomodo morbum simulates sint deprehendendi—Opera omnia Liber V. Silvaticus—De iis qui morbum simulant deprehendendis liber. Mediolani, 1594.
- Fortunatus Fidelis—De relationibus medicorum. Palermo, 1602.
- Hoffman—De morbis fictis. Halle, 1800.
- Larrey—Communication faite á l'Empereur apres les batailles de Wurschen, Lutzen et Bautzen.
- Marshal—Hints to young military Medical Officers. Londres. 1818.
- Percy et Laurent—Article Simulation du Dictionnaire en 60 volumes. 1820.
- Gilbert—Article Maladies simulées in Encyclopedie methodique. Paris, 1808.
- Franck—Patologie interne—Article Epilepsie simulée. Paris, 1812.
- Marc—Article Epilepsie simulée du Dictionnaire en 55 volumes. Paris 1820.
- Scott and Forbes Feigned diseases in Cycloped. of. Medic. Londres. 1830.
- Amigo Tamassi In causa di abigeato simulazione di pazzia epileptica perizia medico legale. Pavia 1835
- Gavin. On feigned and factitious diseases, chiefly of soldiers and seamen. Londres, 1843.
- Laugier Article simulation in Dictionnaire de Medicine et chirurgie pratiques de Jaccoud.
- G, Tourdes Article Simulation in Dictionnaire encyclopedique sciences medicales de Dechambre.
- Boisseau Des maladies simulées, Leçons profeseés a Val-de-Grace. Paris, 1870.
- Luigi Gattandi Diagnosi differenziale fra l' epilepsia vera e la simulata Roma, 1879.
- Legrand du Saulle Simulation d' amnesie et d' epilepsie. Annales d' hygiène et de médecine legale. T. XLIII 1.^a serie.
- Voisin Le sphygmographe appliqué au diagnostic de l' epilepsie vraie et simulée. Annales d' hygiène et de médecine legale. T. XXIX, 2.^a serie.
- W. Derblich—Die simulirten Krankheiten des Wehrpflichtigen. Traduites de l' allemand et annotés par Schmit. Paris, 1883.
- Duponchel Traité de médecine legale militaire. Paris, 1890.

bien puede ser el normal, es lo frecuente que se distinga por la disminución del ángulo facial, por un sello especial de hipocondría y atontamiento, por asimetrías del cráneo y la cara, por ectasia de las yugulares, por aumento en altura de la bóveda palatina y por un desgaste de los incisivos interiores oblicuamente dirigidos hacia adelante. Las cicatrices debidas á cualquier accidente, que acaso el simulador presente, no se acompañan de los otros caracteres y, si acaso existe alguno, falta el conjunto característico.

La forma generalmente simulada es el ataque de gran mal, eligiendo el momento en que hay testigos. La ficción de los ataques sub-intrantes y en serie no es posible.

Los prodromos y las auras no suelen tampoco fingirse por desconocerlas; en todo caso, son tan toscamente imitadas, que enseguida se descubre la superchería.

El grito inicial no es como en el ataque verdadero ronco y espantoso y siempre único; tiene un timbre tan singular é indescripible que, una vez oído, no se confunde con otro alguno. Es frecuente además que el simulador lance varios gritos ó ahullidos creyendo que así da más veracidad al acto.

La caída suele ser en éste hecha con cuidado (caída de gladiador) eligiendo el sitio y sin lastimarse casi nunca, bien al contrario de lo que sucede en el ataque verdadero, en que tan comunes son las quemaduras y traumatismos de entidad.

La palidez inicial del ataque nunca se produce en la simulación.

En un caso tenido por falso, el ilustrado y discretísimo Jefe de la clínica de comprobación del Hospital Militar de Barcelona, Dr. Parés, diagnosticó la realidad de la epilepsia por una intensa y brusca palidez facial que precedió á un ataque leve de pequeño mal; accesos posteriores completos confirmaron la seguridad de su juicio.

Es rara la ficción del primer periodo ó tónico; de ordinario se entrega el simulador á desenfrenados pataleos y contorsiones inmediatamente después de la caída. En todo caso, hay un detalle que sirve de mucho para conocer que la rigidez es falsa. Esta, lo mismo que las convulsiones clónicas, suele predominar en un lado del cuerpo, aun en los ataques de gran mal; ahora bien, mientras las comisuras bucal y orbicular y toda la cara se desvía hacia la derecha, por ejemplo, la contracción del esterno-cleido-mastoideo de este lado, más intensa que la del otro, hace girar la cabeza á la izquierda. El que

finje vuelve la cabeza del mismo lado que desvía la cara, porque ignora la acción de aquel músculo.

En la misma intensidad de los espasmos hay motivos para recelar. En el ataque real, un solo hombre basta para sujetar al enfermo é impedir que se lastime; en el fingido las convulsiones son extremadas, creyendo el farsante que se ha de agitar y mover mucho y además no presentan contracciones fibrilares y sacudidas parciales de un solo músculo, que son imposibles de imitar. Además la duración de las convulsiones clónicas es mayor en los ataques fingidos que en los reales.

La coloración cianótica del rostro que reemplaza á la lividez tampoco es fácil de simular; á poca diferencia la cara presenta el mismo color: algo inyectada por los esfuerzos sin llegar á la cianosis, á no ser que previamente se coloque un lazo en el cuello que dificulte la circulación de retorno, lo que cuesta poco descubrir. La piel se cubre de abundante sudor sin la particular fetidez amoniacal del verdadero epiléptico.

El tránsito del estadio tónico al clónico es marcado; el simulador alterna indistintamente los períodos.

La apnea, que amenaza producir asfixia, no se nota nunca en el simulador, porque, por mucho que se esfuerce en suspender la respiración, llega un momento en que ello es imposible. El pulso es ancho y lleno y sin los caracteres esfigmográficos de Voisin.

La lengua puede ser también mordida en el ataque falso y teñirse la saliva con la sangre de la herida, pero no es raro que para este objeto se masque pelitre ú otras sustancias colorantes, como también es frecuente la ocultación en los ángulos de la boca de un pedazo de jabón que produzca espuma. Una ligera inspección basta para descubrir estos ardides.

La comprobación de la sensibilidad durante el ataque es uno de los mejores medios para conocer la simulación. En otro tiempo se recurría para ello á medios dolorosos y bárbaros, que deben prohibirse, porque el médico ha de proceder siempre como un observador que investiga sereno y sin animosidad y no como juez que castiga y acaso se ensaña. Basta un simple cosquilleo, un alfilerazo, la aplicación á la nariz de un frasco de amoníaco ó de sustancias estornutatorias para sorprender á veces al impostor.

Es muy común que éste se halle prevenido y resista todos esos

estímulos, como no sería tampoco extraño que dotado de poderosa fuerza de voluntad sufriera impasible otros más enérgicos (quemaduras y heridas inclusive), de lo que falsamente deduciríamos que el tal era verdadero epiléptico.

De Haen cauterizó repetidas veces con un hierro al rojo á una mujer sospechosa de fingimiento, sin que exhalara el menor grito, ni diera la más pequeña muestra de sentirlo y sin embargo ella misma confesó algunos años después á Van-Swieten que aquel ataque era fingido.

Sin recurrir á estos extremos, por el conjunto de los síntomas podemos descubrir la verdad ó falsedad del caso.

También suelen proporcionar buen resultado ciertas ingeniosas estratagemas.

En el Regimiento de Asia, n.º 59 de Infantería, de guarnición en Gerona y á cuyo servicio médico estuve destinado por espacio de 18 meses, ingresó hace tres años un soldado que á los pocos días se me presentó diciendo que acababa de sufrir un ataque de *mal de S. Pau* (nombre que el vulgo dá en Cataluña á la epilepsia), sin que notara yo en él ni torpeza intelectual, ni manchas equimóticas en el rostro, ni contusiones, por la caída que dió, ni mordedura lingual, ni, en una palabra, ninguno de los fenómenos consecutivos al ataque. En la noche del mismo día fué avisado el practicante de servicio por hallarse el tal soldado presa de violentas convulsiones; al llegar al cuartel, le hallé sosegado, despierto y respondiendo correctamente á mis preguntas; el carecer de esfigmógrafo me impidió sacar gráficas de su pulso. A todo esto solicitaba que le declarara inútil para el servicio militar.

Como quiera que por el relato que de los ataques me hicieran los circunstantes y por la falta de fenómenos consecutivos abrigaba fuertes dudas acerca la verdad de su mal y no pudiendo presenciar sus accesos porque, así los referidos como otros tres que en los dos días siguientes tuvo, se producían (fuese casual ó intencionadamente) cuando yo estaba ausente del cuartel, antes de remitirle al Hospital militar para que fuese observado y comprobada su dolencia (según previenen los Reglamentos de nuestro Cuerpo de Sanidad Militar) determiné valerme del siguiente medio, confiado en que acaso obtendría el éxito perseguido por la escasa ó nula cultura del sujeto, el cual procedía de un pueblecillo de la montaña, no sabía leer ni escribir, carecía de toda instrucción y no tenía la menor noticia de los inventos de la civilización; de modo que era tan ignorante como astuto.

Le dije que iba á curar su enfermedad de un modo breve y radical con una máquina muy peligrosa para él si no fuera epiléptico y que no se extrañara por cualquier

cosa que sintiese; procuré impresionar su ánimo y convencerle de que yo obraba formalmente creído de que era víctima de tal enfermedad. Hícele asir los cilindros de un aparato magneto-eléctrico de Clarke y, aunque con temor, aguantó silencioso la corriente inducida al hacer girar los carretes; pero redoblando la velocidad de éstos y aumentando, por tanto, la intensidad de aquélla, temeroso sin duda de ignoradas consecuencias que le parecían espantables, desconcertado por la extraña sensación que recorría su sér, y no pudiendo soltar los manípulos, aunque intentaba tirarlos, rompió á llorar aterrorizado y confesó que su mal era fingido.

En honor de la verdad debo declarar que me indujo á esta prueba el recuerdo de un hecho que presencié en la Clínica de Comprobación del Hospital Militar de Madrid á cargo del, entonces, Médico Mayor D. Hilario Jarranz. Este distinguido médico militar *hizo oír á un sordo pertinaz del mismo modo que curé el mal de San Pau á este soldado.*

Parecidos al anterior son los dos siguientes casos que transcribo de Boiseau.

El médico militar Botín en uno de los ataques de un simulador, que con su habilidad hacía dudar de si fingía ó era realmente epiléptico, dijo en alta voz á los circunstantes que iba á ensayar una operación que le curaría, la cual consistía en castrarle; apercibido el impostor de los preparativos y creído de que la cosa iba de veras, se apresuró á confesar su embuste.

O'Reylly, cirujano inglés, en otro caso dijo: «Este individuo ha muerto ya; vamos á hacer su autopsia.» El pretendido epiléptico, que aparentaba hallarse sin sentido, se levantó para desmentir al doctor y defender su amenazada piel, aún descubriendo la superchería.

Durante el curso del ataque las pupilas se hallan dilatadas y rarísimas veces permanecen contraídas; lo que tiene especial valor para nuestro objeto es que tanto si están en miosis como en midriasis no reaccionan nunca por la acción de la luz, á pesar de que el foco sea muy próximo é intenso. En el simulador conservan sus dimensiones normales y se contraen y dilatan por aquel agente.

Otro de los medios por el que se aprecia el grado de sensibilidad es tocando la conjuntiva ocular; es muy difícil, por mucho que se quiera evitarlo, dejar de cerrar instintivamente los ojos al ver que se aproxima un dedo al globo ocular. Además, en el simulador se notan los esfuerzos que hace para mantener abiertos los párpados.

El pulgar está á veces, no siempre, doblado bajo los otros dedos

y al pretender extenderlo se percibe la oposición del simulador y el apresuramiento con que vuelve á encogerlo, bien al contrario de lo que ocurre en la epilepsia verdadera, en que el pulgar, después de extendido, queda rígido y con sacudimientos parciales.

Puede en un ataque fingido haber emisión de orina y hasta de heces fecales, pero en el modo de verificarse estos hechos no hay la menor dificultad para distinguir cuando son inconscientes de cuando son provocados voluntariamente. Nunca en el último caso hay eyaculación.

El período comatoso es muy difícil de imitar y, por poca sagacidad que se emplee, se puede apreciar que el individuo está en plena posesión de su inteligencia. Muchas veces ni siquiera trata de aparentar el atoncamiento y la indiferencia hacia lo que le rodea, que después del ataque demuestra el verdadero epiléptico; lejos de esto el que lo ha fingido procura saber qué efecto ha producido en los que lo han presenciado, como el actor que ha representado una escena desea saber el juicio que ha merecido.

Como quiera que el impostor no siempre está á la altura de su papel, es fácil, preguntándole qué ha sentido ó qué ha hecho durante el ataque, obtener una contestación que demuestre que ni entonces hubo pérdida del conocimiento, ni después amnesia de los actos realizados.

La no presentación de los puntos equimóticos, la falta de fetidez del aliento y del sudor, la normalidad de la orina, la conservación íntegra del campo pupilar y los demás fenómenos que he estudiado ya como síntomas de la epilepsia, son otros tantos caracteres para el diagnóstico de la simulación, cuyo valor no es preciso repetir.

Finalmente la administración de píldoras *mica panis* ó de pociones *aquæ fontis* es común que de lugar á que disminuya la intensidad ó la frecuencia de los accesos en el que cree que ha de fingir alivio.

De todo lo dicho se desprende que hay muchos caracteres cuya simulación es imposible y que aquellos que pueden ser fingidos no resisten á un examen atento. El perfecto conocimiento de las modalidades epilépticas y un detenido estudio de cada caso nos llevarán á la resolución de este problema que, si bien puede ser árduo y difícil, nunca es irresoluble.

Conclusiones.

Como resumen de lo expuesto en esta Memoria, creo poder presentar las conclusiones siguientes:

1.^a El estudio de la epilepsia ha sido iniciado desde los primeros tiempos de la medicina y, aunque su conocimiento ofrece todavía muchos puntos oscuros, los progresos en él realizados durante los últimos años, merced á la vía experimental, permiten esperar que en breve se alcanzará el completo esclarecimiento de aquéllos.

2.^a La epilepsia es una enfermedad apirética, crónica, originada por diversas causas y sin lesión característica, que se manifiesta con intermitencias por trastornos convulsivos ó psíquicos.

3.^a Las formas clínicas son muy numerosas y su clasificación es necesaria para exponerlas con método y retenerlas fácilmente, pero en la práctica cada caso presenta, en más ó en menos, fusión de los caracteres de dos ó más formas, pudiendo decirse que hay tantas modalidades de epilepsia como epilépticos.

4.^a Su sello clínico se halla constituido por estos tres caracteres: instantaneidad en la producción, pérdida del conocimiento y amnesia de los actos realizados.

5.^a La teoría cortical es la única que dá plausible explicación de los fenómenos motores y los paroxismos psíquicos que los epilépticos presentan y que, fuera de ella, son incomprensibles.

6.^a Esta teoría está demostrada por la experimentación en los animales y corroborada por el estudio atento de la fisiología patológica de los síntomas que en la epilepsia humana se ofrecen, cuya localización cortical es evidente.

7.^a La importancia de la participación de los centros nerviosos del bulbo y de la protuberancia es, sin embargo, considerable.

8.^a La corteza cerebral es excitada ya directamente, ya por vía refleja ó periférica, y esta excitación morbosa, que parte de los centros corticales, repercute y se amplifica en los centros bulbares.

9.^a La epilepsia es una de las enfermedades más frecuentemente simuladas, con un fin interesado, porque, fuera de los paroxismos, es compatible con un estado de salud aparentemente perfecto.

10.^a La única forma que se suele simular es el ataque de gran mal y, como no tiene síntoma patognomónico constante, hay que atenerse al conjunto para formar juicio.

11.^a La midriasis y la insensibilidad pupilar son los mejores signos y los más fácilmente apreciables de la sinceridad de un acceso.

HE DICHO.

FRANCISCO SOLER Y GARDE

1.º de Octubre de 1892.
