

recordar, fué seguida de una curacion sostenida aun despues de seis años.

La exactitud de la descripcion de Beau, puede comprobarla fácilmente todo el mundo y participamos completamente de su opinion, cuando considera el vértigo como un conjunto de síntomas de epilepsia y de enagenacion mental y establece entre estas dos afecciones una relacion incontestable.

Trousseau (1) insiste sobre las diferentes formas de epilepsia sin convulsion. Entre estas formas, una de las mas interesantes y menos conocida es la que consiste en la suspension momentánea de la vida de relacion, ó por lo menos en la pérdida momentánea del sentimiento de los objetos que nos rodean. Este estado, que se parece á la catalepsia, solo se refleja en la inteligencia. Un hombre se interrumpe repentinamente en medio de una frase, y permanece inmóvil ó ejecuta tal accion que no es del caso, y continúa al cabo de algunos segundos ó de algunos minutos su frase interrumpida, sin percibirse de ninguna manera de lo que ha pasado.

Estado de los enfermos en los intervalos de los ataques.—Ya hemos visto que inmediatamente despues de los ataques, los enfermos quedan algun tiempo atontados, y que algunos tienen un delirio á veces furioso. Este estado puede prolongarse durante cierto tiempo, y se han citado casos (2) en que ha seguido á los ataques una inflamacion encefálica y parálisis parciales; pero si los ataques no son demasiado numerosos, si la epilepsia es reciente, no tarda en restablecerse la integridad de las funciones. No sucede lo mismo cuando la enfermedad es antigua, hace progresos y los accesos se aproximan. Entonces los enfermos se hacen irritables y caprichosos; las facultades intelectuales se embotan y se alteran. La memoria especialmente se pierde, y algunos caen en un verdadero idiotismo.

En las *vias digestivas* se observan diversos síntomas, tales como la dificultad de las digestiones, eructos y borborigmos; así como tambien *diversas convulsiones*, como el estrabismo, la contractura y las neuralgias faciales. Los sujetos experimentan mas ó menos frecuentemente *palpitaciones*; en una palabra, hay un trastorno nervioso que se manifiesta por síntomas numerosos y variados.

La *cara*, segun la observacion que hace Esquirol, acaba por presentar caracteres particulares, tales son la hinchazon de los párpados, el engrosamiento de los labios, la incertidumbre de la mirada y la dilatacion de las pupilas. Por otra parte, los *miembros* se adelgazan, el cuerpo aumenta de volumen, y de allí resulta un modo de andar inseguro y especial.

Leuret ha insistido, con justa razon, acerca de una disposicion particular de los epilépticos á los *deseos eróticos*. Estos deseos llegan

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. Paris, 1865, t. II, p. 54 et 55.
(2) Georget, *Dictionnaire de médecine*, art. ÉPILEPSIE, loc. cit.

á veces hasta extinguir todo pudor, y Cossy (1), en investigaciones sumamente interesantes ha dado á conocer un delirio particular á los epilépticos; es decir, el *delirio erótico*. Este delirio sobreviene unas veces lejos de los ataques y otras en una época aproximada. Los enfermos que le padecen no tienen mas que una idea, la de satisfacer sus deseos venéreos, se entregarían á la masturbacion si no se les impidiere; ejecutan movimientos lascivos con la pelvis, y cuando se acerca alguno para tocarles, toman este movimiento por una provocacion venérea.

Este delirio erótico tiene por origen una escitacion nerviosa. En muchos epilépticos, el ataque es seguido de erecciones, y tambien de yaculacion.

§. IV.—Estado mental en la epilepsia.—Locura epiléptica.

Los desórdenes de la inteligencia, precursores de accesos de epilepsia ó consecutivos á las convulsiones, no habian pasado desapercibidos á los observadores desde los tiempos mas remotos. Areteo habla «de este mal prodigioso y terrible, que altera las facultades, modifica profundamente el carácter, y en el cual los enfermos jamás se vuelven suaves y tratables.» En tiempos mas inmediatos á nosotros, Esquirol, Calmeil, Bouchet y Cazauvieilh, Delasiauve, Morel, Jules Falret, etc., han publicado fieles descripciones del delirio epiléptico. Boileau de Castelnau (2) la ha estudiado bajo el punto de vista médico-legal; y todos estos trabajos, de una importancia verdadera, nos autorizan para hacer del delirio una forma aparte, que tiene sus caracteres propios, y cuyo puesto era aquí, en medio mismo de los síntomas de la enfermedad.

La epilepsia trae consigo la debilitacion de las facultades intelectuales, y si han podido indicarse ilustres escepciones que se llaman César, Mahomet y Petrarca, no es menos cierto que la demencia es el término fatal hácia el cual tienden todos aquellos, en los cuales son repetidos los ataques. Pueden comprobarse muchos grados en esta caducidad.

Primer periodo.—El carácter se modifica, se hace irritable, quisquilloso y pendenciero; toda contestacion ó discusion puede ir seguida de cóleras agresivas. No es raro ver unirse á esto alucinaciones muy imperiosas: la tendencia al suicidio, al homicidio, al incen-

(1) Cossy, *Recherches sur le délire aigu des épileptiques (manie intermittente, manie avec fureur)*, pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de la folie (*Mémoires de la Soc. méd. d'observation de Paris*, Paris, 1856, t. III).

(2) Boileau de Castelnau, *De l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale considérés au point de vue médico-judiciaire* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Paris, 1852, t. XLVII).

dio, etc. Lo que hay de notable en este estado sobre el límite del delirio, es lo brusco también de la impulsión. Tiene alguna cosa de fatal y de ciego, que hace de los epilépticos los seres más desgraciados.

Segundo periodo.—Al principio, que es solo la exageración de los síntomas que acabamos de indicar, el carácter epiléptico se revela más claramente; pasando, por una palabra ó por un signo mal interpretado, de la calma á la cólera, estos enfermos llegan en virtud de un halago ó una promesa, á una exageración de sentimientos afectivos. Su movilidad es extrema, y ni un momento se podría tener confianza en ellos, porque todas las malas pasiones se manifiestan sucesivamente, y el embuste y el disimulo están en sus hábitos; combinando los actos más odiosos con la más negra habilidad, y sabiendo protestar de su inocencia, aun cuando se les haya sorprendido. Estas disposiciones de espíritu, suponen todavía cierta suma de inteligencia; así es que, en un grado más avanzado, no se hallan los mismos cálculos, entregándose el epiléptico, sin ocultarse, al vicio de la masturbación. Se vuelve imbecil, si no lo estuviese ya antes de la explosión de los accesos, y en estos casos es cuando se encuentra principalmente el furor ciego, del cual nos ha dado Cavalier una excelente descripción (1). La manía con furor es tanto más intensa, cuanto menos frecuentes son los accesos, ó que han abortado; precedida por algunos días de enfermedad y por alucinaciones, que la mayor parte son de terror, dura una semana ó menos todavía; pero nada iguala á la violencia á que llegan los enfermos. Un médico experimentado, manda tomar las precauciones más minuciosas para impedir que los enfermos se hagan daño á sí mismos ó á los que los rodean; siendo tanto más peligrosos, cuanto más fuerte es la violencia del mal; y que, impulsados por una irresistible necesidad de destruir, lo desconocen todo. Este carácter de brutal agresión no falta nunca, y se han cometido homicidios cuando, sin prodromos de ninguna clase, invade con la rapidez de un ataque. El vértigo, según confesión de todos los autores, va seguido con más frecuencia que las convulsiones, de esta forma de delirio. Por otra parte, después de los vértigos, es cuando hemos visto estallar accesos de manía, y parece que la inteligencia no vuelve á su estado de integridad tan fácilmente, como en los grandes ataques mismos.

Tercer periodo.—A medida que se repiten los accesos, también se debilita la inteligencia. Nada es más triste que la fisonomía embrutecida y degradada del epiléptico; nada tampoco se refleja en la mirada, sino una vaga estupidez; así como se observan también gestos automáticos análogos á los del idiota completo, una torpeza profunda, lentitud en los movimientos, ó una inercia completa, dando al ser debilitado una existencia puramente vegetativa. En lo sucesivo

(3) Cavalier, *De la fureur épileptique*. Montpellier, 1851.

sigue en una repugnante suciedad y exhala un olor *sui generis*, que no podrá olvidarse. En este periodo se encuentran también enfermos con parálisis completas ó incompletas y movimientos córicos: la articulación de la palabra no es posible; solo lanza gritos, y la existencia, en fin, termina en una serie de accesos que se suceden casi sin interrupción por espacio de veinticuatro ó treinta y seis horas. (A. Motet.)

§ V.—Curso, duración y terminación de la enfermedad.

El curso de la epilepsia es esencialmente crónico. Casi siempre va en aumento, es decir, que á medida que el enfermo avanza en edad, los accesos aumentan de frecuencia y de intensidad hasta que se manifiestan todos los días y aun muchas veces al día. Por el contrario, en algunos casos el mal parece no tiende á reproducirse sino en épocas distantes durante toda la vida. Por último, aunque de un modo general, se debe decir que por lo común va haciendo progresos; sin embargo, no es raro ver que por diversas causas parece se detienen por más ó menos tiempo, para hacer después nuevos progresos.

Uno de los caracteres esenciales de esta afección es la *intermitencia*, la cual es irregular. En la actualidad poseemos investigaciones muy interesantes sobre las causas de la reaparición de los accesos.

En primer lugar diré con Leuret, que la repetición de los ataques tiene cierta tendencia á regularizarse; es decir, que en muchos enfermos vuelven en ciertas épocas casi determinadas, como cada ocho ó quince días todos los meses. Sin embargo, aun en estos casos no hay una perfecta regularidad, es muy raro poder, sin equivocarse, prever el día en que se reproducirá el ataque. En algunos pocos enfermos es tan variable la vuelta de los ataques, que no se puede prever ni aun aproximadamente. Es raro que los ataques se repitan más á menudo que cada ocho días.

Resulta, pues, que el número de ataques al cabo del año no es por lo común considerable, pero algunas veces es muy grande. «El número de ataques durante el año en cada enfermo ha variado, dice Leuret, de ocho á dos mil ciento cuarenta y nueve, es decir, que hubo epiléptico que solo tuvo ocho ataques durante el año, y algún otro dos mil ciento cuarenta y nueve.»

«Es raro, dice también este autor, que los enfermos no caigan más de una vez cuando han llegado al periodo de sus ataques. Las más veces se experimentan aturdimientos y otros *prodromos* de la epilepsia; los ataques siguen después y se repiten por el día ó por la noche. En algunos enfermos no hay más de un ataque, y en la mayor parte se observan sucesivamente tres, cuatro y más. Yo los he visto, en los casos más graves, repetirse hasta ochenta veces en el espacio de doce horas. Los enfermos no salían de un ataque sino para caer en otro, de modo que no les dejaban reposo ni lucidez.»

Se han observado algunos casos en los que el número de accesos ha sido de ciento y aun ciento cincuenta en las veinticuatro horas. Esto es lo que se llama *estado del mal epiléptico*.

Las investigaciones del mismo autor inducen á creer que la *noche* favorece mas que el dia la repetición de los accesos; que sucede lo mismo con la *estacion mas fria*, mientras que los meses mas calurosos tienen una influencia contraria; que la *luna* no tiene influjo alguno en la vuelta de los accesos, como habia notado ya Esquirol, sin espresar este hecho con tanta precision; que el *onanismo* hace mas frecuente su repetición, y que las emociones morales vivas que hemos visto producen la enfermedad, provocan tambien la invasión de los ataques. Se han citado casos raros en los que los accesos tenian la misma *periodicidad* que una fiebre intermitente.

«Un fenómeno bastante comun, dice Georget, es la *suspension de los ataques durante todo el curso de una enfermedad accidental y grave*... Sin embargo, algunas veces no se contiene la epilepsia.»

La epilepsia es una enfermedad por lo comun de larga *duracion*, pues es compatible con una larga existencia, pero en general los epilépticos sucumben en una edad poco avanzada.

Las *complicaciones* que mas frecuentemente vienen á aumentar la gravedad de la epilepsia son, la enagenacion mental, el histérico y la catalepsia.

La *terminacion comun* de la epilepsia es la muerte, que las mas veces es ocasionada por los progresos siempre crecientes de la afección. Algunas veces se ha visto sobrevenir la *muerte de un modo repentino* durante un ataque, y en este caso se debe atribuir á la asfixia. No obstante, se ha indicado como posible la rotura del corazón. Además, la epilepsia es una causa indirecta de muerte; porque perdiendo los enfermos el conocimiento y cayéndose, se los ha visto hacerse heridas mortales al caer, ahogarse ó quemarse.

Si se aceptasen sin discusion los diversos casos de curacion mencionados por los autores, seria preciso convenir en que hay muchos; pero si se examina bien el asunto, se ve que esta terminacion feliz, es por el contrario muy rara. Se ha hablado mucho de las *crisis* que pueden terminar la epilepsia; pero no se han presentado suficientes pruebas en favor de esta opinion. Es indudable que hay algunos casos en los que el restablecimiento de una hemorragia, de un flujo ó de un exantema suprimido ú otros fenómenos semejantes, han sido seguidos de la curacion de la enfermedad. Pero no se puede deducir ninguna consecuencia de estos hechos escepcionales, porque son casos de epilepsia simpáticos, de los cuales ha referido ejemplos Tissot (1), segun Fabricio de Hilden y Legrand du Saulle (2).

(1) Tissot, *Traité de l'épilepsie*. Paris, 1770, et *Traité des nerfs et de leurs maladies*, dont le *Traité de l'épilepsie* forme le troisième volume.

(2) Legrand du Saulle, in *Gazette hebdomadaire*, 1855.

§ VI.—Lesiones anatómicas.

No existe lesion necesaria y constante de donde resulte la epilepsia. Muchas veces no se encuentra en el cadáver de los epilépticos ninguna lesion apreciable, y los autores que ven en la epilepsia una enfermedad *esencial por sí misma*, solo consideran á lo mas las lesiones que en semejantes casos se pueden encontrar en los centros nerviosos, como un hecho sin importancia y sin significacion, casi una coincidencia. Los que no ven en la epilepsia sino un resultado, cuya causa está ya en los centros nerviosos, ya en alguna parte del cuerpo, piel, mucosa, ó vísceras (1), y cuya *aura* es la mas de las veces el punto de partida, toman en cuenta todas las lesiones que pueden presentarse en cualquier punto que sea del cuerpo, pero principalmente, en los centros nerviosos. Respecto á este punto, se encontrarán indicaciones útiles en los autores siguientes: Todd (2), Radcliffe (3), y en los trabajos citados de Brown-Séguard. Es cierto que se encuentran en los epilépticos tumores de diferente naturaleza, cancerosos, tuberculosos, sífilíticos, óseos, etc., etc., que comprimen el cerebro y á la médula espinal ó el cerebelo, coágulos, puntos reblandecidos, ó una atrofia con induracion, de porciones mas ó menos estensas del cerebro ó del cerebelo, etc., lesiones diversas en las membranas cerebro-raquidianas, y que se han descrito igualmente alteraciones de los órganos de la circulacion, de la digestion ó de la generacion. Una parte de los fenómenos del ataque convulsivo es debida, segun Marshall Hall, al *laringismo* ó espasmo de la laringe.

No podemos aceptar esta teoria que hace del acceso convulsivo la consecuencia de una asfixia, porque no esplica el vértigo, en el cual faltan absolutamente los síntomas asfíxicos, y en donde se presenta, como en el grande acceso, además la pérdida de conocimiento, como fenómeno primitivo. Se puede hacer todavía otra objeccion á esta teoria, y es que la asfixia no depende solamente del espasmo de la glotis, sino tambien de la inmovilidad de las paredes torácicas por la convulsion permanente de los músculos inspiradores. Foville, hijo, (4) que la rechaza, refiere todos los accidentes convulsivos, epilépticos, epileptiformes, eclámpicos al poder reflejo escito-motor de la médula. La asfixia para él la producen los fenómenos convulsivos del acceso, y lejos en este caso de ser la causa primera del ataque, la modera en alguna manera, paralizando momentáneamente la facultad

(1) Brown-Séguard, *Journal de physiologie*, 1858, loc. cit.

(2) Todd, *Diseases of the brain*.

(3) Radcliffe, *On Epileptic and other convulsive affections of the Nervous System*, third edition. London, 1862.

(4) A. Foville fils, *Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie*, thèse inaugurale. Paris, 1857, n.º 292.

motriz de la médula. Esta teoría está de acuerdo con los experimentos de un fisiólogo eminente, Brown-Séguar, que ha encontrado los medios siguientes de producir artificialmente, hiriendo la médula espinal, la epilepsia, ó por lo menos, una enfermedad que se parece á ella. Ha experimentado en animales de diferentes especies, pero sobre todo, en los cerdos de Indias:

1.º Seccion trasversal completa de una mitad lateral de la médula:

2.º Seccion trasversal de los hacecillos posteriores, de las astas posteriores de la sustancia gris y de una parte de las columnas laterales:

3.º Seccion trasversal de los hacecillos posteriores ó laterales, ó anteriores aisladamente:

4.º Seccion trasversal completa de toda la médula:

5.º Una simple picadura.

La seccion trasversal de una mitad lateral de la médula es la que principalmente dá lugar á esta enfermedad convulsiva del modo mas constante; en especial, cuando esta seccion se ha practicado entre la sétima vértebra dorsal y la tercera lumbar. Esta afeccion se manifiesta por lo general en el curso de la tercera ó cuarta semana que sigue á la operacion. El acceso consiste primero solamente en un espasmo de los músculos del cuello y de la cara, de un solo lado ó de ambos, segun la estension de la herida practicada en la médula. Al cabo de algunos dias el ataque se hace mas completo y todas las partes del cuerpo, no paralizadas, entran en convulsiones..... El sitio de estas convulsiones varía segun el punto en que se ha herido la médula, etc. El autor provoca á voluntad el retorno del ataque, ya impidiendo que el animal respire, ya pellizcando la piel en ciertas partes de la cara ó del cuello, lo que atribuye el autor á accion refleja.

Para probar que el ataque artificialmente producido, si no es epilepsia misma, es por lo menos epileptiforme, el autor demuestra en qué consiste: la cabeza se agita primero violentamente sobre los hombros por la contraccion de los músculos del cuello y los músculos de la cara; el orbicular de los párpados, sobre todo, se contrae violentamente. Todas estas contracciones sobrevienen comunmente pronto y al poco tiempo el animal lanza gritos sordos, como si se ahogase por la contraccion espasmódica de los músculos de la laringe. Entonces el animal cae, ya del lado en que está herida la médula, ya del otro, y todos los músculos del tronco y de los miembros que no están paralizados, entran en convulsiones tónicas y clónicas. La respiracion se hace irregular á causa de las convulsiones de los músculos respiradores. Además hay espulsion de materias fecales y con frecuencia de orina, algunas veces ereccion del pene y tambien eyaculacion.

Este autor asigna las causas anatómicas siguientes á la epilepsia:

1.º Una lesion de la médula espinal puede dar lugar á una afeccion epileptiforme. 2.º Existe una íntima relacion entre ciertas partes de la médula espinal y ciertas ramas de los nervios de la cara y del cuello. 3.º Las convulsiones epileptiformes pueden ser consecuencia de irritaciones en ciertos nervios. 4.º Aun cuando una afeccion epileptiforme tenga su causa primitiva en los centros nerviosos, ciertas ramificaciones cutáneas de los nervios, las cuales no están en conexión directa con las partes heridas del centro nervioso, tienen el poder de producir convulsiones que no tienen los demás nervios á pesar de hallarse en relacion directa con el centro herido. 5.º Las ramificaciones cutáneas de ciertos nervios pueden tener el poder de producir convulsiones mientras que el tronco mismo no participa de este poder.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

En primer lugar se puede decir, que en el mayor número de casos, la epilepsia es una afeccion muy fácil de conocer. Algunas veces, por el contrario, se presenta con caracteres poco marcados, y por otra parte, ciertas enfermedades, y el histérico en particular, pueden parecérsela por sus síntomas.

En cuanto al diagnóstico de la epilepsia y del *histérico*, me bastará remitir al lector al artículo dedicado á esta última enfermedad, en donde he entrado en todos los pormenores necesarios (1). Ya me ocuparé en el artículo siguiente del diagnóstico de la epilepsia y de la *catalepsia*.

La *congestion cerebral* se distingue principalmente del ataque de epilepsia por la falta de convulsiones y del trastorno particular de la respiracion. Sin embargo, debemos añadir, que en los casos cuya congestión es dependiente de una afeccion cerebral crónica, como en las meningo-peri-encefalitis-difusas, el diagnóstico se establece principalmente por el conocimiento de los antecedentes, porque las convulsiones epileptiformes en estos casos, difieren poco por su aspecto de los ataques de epilepsia verdaderos, como ellos pueden sucederse á intervalos muy aproximados. Hemos visto, con frecuencia tambien en los enagenados paralíticos, fenómenos análogos á los vértigos, los cuales no se confundirán con los que hayan podido comprobar los trastornos que pertenezcan á la parálisis general.

En ciertos casos es difícil distinguir la epilepsia de la *eclampsia*, por lo mismo, en estos casos, debe suspenderse el juicio y no admitir que existe un verdadero ataque de epilepsia, sino cuando este se reproduzca. Estos casos dudosos son mucho mas raros de lo que se ha dicho.

(1) Véase el artículo HISTÉRICO, §. VI, Diagnóstico.