

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.

*Epilepsia simulada.*—Por último, la epilepsia es una de las enfermedades mas frecuentemente simuladas, y que mejor se simulan por medios bien conocidos de todo el mundo. Esta es una cuestion importante, no solo para el médico legista, sino tambien para todos los prácticos que pueden encontrarse en casos de esta especie muy embarazosos.

«Hé aquí, dice este autor, los medios y las dificultades de descubrir la verdad: 1.º El enfermo que no está advertido de la invasion del ataque, cae en todas partes sin eleccion de lugar ni de espectadores; el supuesto epiléptico tiene buen cuidado de elegir el sitio de la escena, de manera que se haga el menor mal posible y que no esté sometido al exámen de los profesores del arte de curar; pero hay ataques que se anuncian por prodromos, y sería fácil simular uno de este género. 2.º La pérdida de toda sensibilidad es completa y profunda; los olores vivos, los olores picantes y los ruidos violentos, no pueden hacer impresion sobre el enfermo. Por consiguiente, se tanteará el estado de la sensibilidad por sensaciones fuertes é inesperadas. Se escita ordinariamente el dolor dejando caer sobre la piel lacre inflamado; algunas veces ha bastado la amenaza de una prueba dolorosa para evitar la repeticion de los supuestos ataques. 3.º La pupila está inmóvil: se la espondrá repentinamente á una luz un poco viva; esta prueba es difícil de hacer en un sugeto agitado por convulsiones, cuyos ojos pueden girar en la órbita. 4.º Uno de los mejores signos del ataque epiléptico es la turgencia amoratada ó negruzca de la cara, que se disipa repentinamente y es reemplazada por la palidez en cuanto cesan las convulsiones. Es casi imposible imitar este doble efecto, que notan principalmente los que han observado los epilépticos. 5.º Apenas se concibe la posibilidad de hacer en la boca, con un pedazo de jabon, la gran cantidad de saliva espumosa que arrojan la mayor parte de los enfermos; pero no todos los epilépticos tienen espuma en la boca en los ataques. 6.º El ronquido soporoso que sigue ordinariamente al ataque, igualmente que la alteracion de la inteligencia, el aire avergonzado, de atontamiento y de admiracion, son difíciles, ó mas bien imposibles de imitar. 7.º Marc dice que cuesta mucho trabajo estender el puño de la mano y el pulgar que están doblados; pero que una vez estendidos no se doblan ya, y este médico hace notar que el falso enfermo creará que debe hacerlos doblar inmediatamente que no sienta ya resistencia. 8.º Sauvages reconoció la superchería de una niña de siete años, que él sospechaba ser una fingida epiléptica, preguntándola si no sentia un aire que de la mano se estendia hasta el hombro, y desde allí á la espalda y al muslo, á lo cual la niña respondió afirmativamente. La dificultad de la respiracion y el modo de verificarse esta funcion son muy notables; los movimientos fuertes y tumultuosos del corazon, no están á disposicion de la voluntad.»

Ahora falta saber si la *enfermedad es dependiente ó no de una alteracion orgánica mas ó menos profunda*. La resolucion de esta cuestion es con frecuencia muy difícil. Es raro que las *alteraciones crónicas* del cerebro no presenten mas síntomas que ataques de epilepsia; se observa además una debilidad de las facultades intelectuales mas considerable que lo que permiten la frecuencia y la violencia de los ataques; hay trastornos de la movilidad, de la sensibilidad, etc., etc. Estos últimos síntomas se manifiestan igualmente en las afecciones de la médula. En cuanto á las lesiones de los demás órganos, al observador toca el procurar descubrirlos por los medios ordinarios.

*Pronóstico.*—El pronóstico de la epilepsia considerada de una manera general es grave, porque, como he dicho mas arriba, la enfermedad tiende naturalmente á una terminacion fatal, y cada ataque puede ser la causa de un accidente funesto. Pero el peligro, ¿es inmediato ó remoto? Si la enfermedad está muy al principio, si los ataques no sobrevienen sino á largos intervalos, el peligro es ordinariamente muy remoto. Si, por el contrario, los ataques se repiten con frecuencia, sobre todo, si sobrevienen muchos todos los días, se debe temer una muerte próxima. Este pronóstico está por lo demás subordinado al estado de simplicidad, ó de complicacion de la enfermedad y de conservacion, ó de aniquilamiento del organismo. Por regla general, la epilepsia que depende de una afeccion orgánica de los centros nerviosos, es mas prontamente fatal que cualquier otra. Se ha dicho que la forma de la epilepsia que consiste en un simple vértigo, es mas peligrosa que la forma convulsiva, ¿mas está probado este hecho?

«La medicina, dice Herpin, puede ejercer una feliz influencia en cerca de las tres cuartas partes de los casos de epilepsia.

»Pueden curarse la mitad con escepcion de algunas recaidas menos graves que la enfermedad primitiva.

»Puede hacer los accesos menos frecuentes de una manera notable en casi la mitad de los casos que no cura, y esta mejoría se sostiene si el tratamiento se ha seguido con alguna perseverancia.» (Herpin.)

En 68 casos las cosas han pasado como sigue:

	Curados.	Mejorados.	Rebeldes.	Total.
Menos de 100 ataques ó accesos.....	33	6	6	45
— de 100 á 500 .....	5	»	3	8
Mas de 500 .....	»	»	5	5

Para la epilepsia hay un criterio por el cual se puede medir de antemano, con suficiente exactitud, las probabilidades de curacion

de un enfermo cualquiera; y se encuentra en el número total de ataques ó accesos experimentados hasta entonces por el paciente.

En los enfermos que no padecen mas que vértigos, si las molestias no son muy frecuentes y no pasan de diez años, puede asegurarse la curacion casi constantemente.

Para los ataques y accesos, el pronóstico es favorable si el número es menos de 100.

Es poco favorable de 100 á 500, porque entonces los casos desgraciados y los sucesos casi se balancean.

El pronóstico es desfavorable cuando los ataques ó accesos escenden de 500, en cuyo caso son escepcionales los casos de curacion. (Herpin.)

### § VIII.—Tratamiento.

1.º *Tratamiento de los ataques.*—El tratamiento de los ataques es generalmente muy sencillo. Cuando el ataque es medianamente intenso y ninguno de los síntomas se presenta con caracteres escepcionales, no hay otra cosa que hacer que despojar al enfermo de todos los vestidos que puedan ejercer una compresion perjudicial, y sobre todo, de los que dificultan la respiracion; ponerle en una cama y vigilar las diversas fases del ataque.

Si las *convulsiones son muy violentas*, sobre todo, si tienden á arrojar al enfermo fuera de la cama, se le pondrá en un lecho que presente un hueco ú hoyo bastante profundo en el medio á donde se le mantiene sin violencia. En algunos casos es necesario, para evitar las dislocaciones y fracturas, sujetar los miembros con lazos bastante anchos. Si *hubiese tendencia á dislacerarse la lengua entre los dientes*, sería preciso introducir entre los arcos dentarios un pequeño rollo de lienzo ó un pedazo de corcho. Si la *saliva espumosa fuese demasiado abundante*, sería preciso inclinar la cabeza á un lado para que pueda fluir. Si los *accidentes que anuncian la congestión cerebral y la asfixia fuesen evidentemente demasiado considerables*, estaría indicada la sangría; pero es muy raro que sea necesario recurrir á ella en un ataque de mediana duracion. No sucede lo mismo cuando los *ataques tienen una duracion muy larga*, pues resulta de las observaciones de Calmeil, que en semejante caso, la sangría los hace muchas veces mas cortos. No hablo de las inspiraciones de las sustancias escitantes, ni de las lavativas, ni de otros medios de la misma especie dirigidos contra los ataques de epilepsia, porque está en la actualidad bien reconocido que no se saca ninguna ventaja real, y hay algunos que son peligrosos, pues se han visto enfermos á quienes se habia hecho inspirar *amoníaco* durante mucho tiempo, sucumbir en seguida á consecuencia de una inflamacion de las vias aéreas. En los *casos en que hay ataques muy largos con remisiones*,

es preciso elegir los momentos de remision para administrar calmantes y antiespasmódicos.

2.º *Tratamiento de los accidentes que siguen á los ataques.*—En el mayor número de casos la quietud, y algunas precauciones higiénicas muy sencillas, con un régimen tenue y las distracciones, bastan para disipar en poco tiempo los ligeros síntomas que siguen inmediatamente á los ataques; pero algunas veces persisten los accidentes y es preciso recurrir á otros medios.

Si *existe un malestar general* con escitacion y cefalalgia, se prescriben con ventaja los baños generales y los pediluvios estimulantes. Si *son marcados los signos de congestión hacia la cabeza*, y si hay fenómenos de plétora, no hay que titubear en practicar la *sangría general*. Se ha recurrido á los antiespasmódicos cuando *existe una gran susceptibilidad nerviosa*. A veces el *delirio furioso* que sigue á los ataques es tal, que es necesario tener gran cuidado de emplear la camisola de fuerza, porque habria peligro para el enfermo y los asistentes.

3.º *Tratamiento propio para combatir la repetición y la invasión de los ataques.*—Los diversos excesos, las faltas de régimen, etc., la vista de los ataques en otros enfermos, y una vida demasiado sedentaria, son circunstancias que favorecen la repetición de los ataques; por consiguiente, es preciso preservar de ellos á los enfermos. Cuando los signos indicados mas arriba anuncian la invasión de un ataque, es necesario averiguar si existe *aura epiléptica*. En ciertos casos, en los que se manifestaba una sensacion particular, primero en una parte bastante distante de los centros nerviosos, y principalmente en las estremidades, se ha logrado impedir el acceso poniendo una *ligadura*, y *comprimiendo* fuertemente entre este punto y los centros nerviosos. La *inspiracion del amoníaco* ha producido alguna vez el mismo resultado. Martinet aconseja la *ingestion de esta sustancia en el estómago* á la dosis de 10 á 12 gotas en una pocion; pero, como se ha dicho anteriormente, es menester guardarse de insistir demasiado tiempo en las inspiraciones amoniacales.

4.º *Tratamiento curativo de la enfermedad.*—El tratamiento curativo de la epilepsia, se asemeja tanto al del histérico, que pudiera muy bien remitir al lector á lo que he dicho en el artículo precedente. Así, pues, en la mayor parte de los medios recomendados por los autores, se hallan incluidos tanto entre los *antihistéricos*, como entre los *antiepilépticos*.

*Emisiones sanguíneas.*—Gran número de autores han recomendado este medio, y entre ellos hay que citar á Fothergill, Morgagni, Rivière y Sauvages. La mayor parte aconsejan las *sangrías abundantes y repetidas*, ya generales, ya locales; pero en la actualidad se cuenta muy poco con la sangría para la curacion radical, y no se recurre á ella sino para combatir los síntomas de plétora. Sin embargo, en los sugetos robustos y vigorosos, y cuando la enferme-