

estos síntomas, conviene aplazar el diagnóstico hasta nuevas y repetidas observaciones, y Ballet (1) ha llamado justamente la atención acerca de la posibilidad de que un estado neurasténico, bien caracterizado y persistente, pueda preceder durante muchos meses á la aparición de los primeros signos de la peri-encefalitis.

Por el contrario, la neurastenia, en particular cuando reviste la forma de semi-neurastenia, puede hacer creer en la existencia de la parálisis general.

*Tumor cerebral.* — La cefalea y los vértigos; he aquí los dos síntomas de la cerebrastenia que han podido en algunos casos inducir á error, haciendo creer en un tumor cerebral.

Pero la cefalea que padecen los sujetos que tienen un tumor encefálico, no presenta los caracteres de la cefalea neurasténica; aquélla es más violenta, sujeta á crisis, á exacerbaciones dolorosas, á menudo acompañada de vómitos, de neuritis óptica, de fenómenos de excitación ó de parálisis motora, de parálisis de los nervios craneanos, síntomas todos extraños á la semeiótica de la neurastenia, por lo cual, la duda no puede durar mucho.

*Sífilis cerebral.* — La cerebrastenia cuando se desarrolla en un sífilítico—y el hecho es bastante general (Fournier) (2) — puede fácilmente inducir á error, tanto al enfermo como al médico. La cefalea de la sífilis se diferencia de la neurasténica, por los caracteres siguientes: generalizada ó parcial, es siempre una cefalea *dolorosa* que «duele y duele mucho»; en el neurasténico, por el contrario, no hay verdadero dolor, sino sensaciones de presión, pesadez ó vacío. A menudo, la cefalea sífilítica se exagera por la tarde y durante la noche; la cefalea neurasténica es exclusivamente diurna, y además, la sífilis cerebral no provoca jamás las preocupaciones hipocondríacas, los estados de ansiedad y las obsesiones tan singulares que observamos en la mayoría de los neurasténicos.

La *enfermedad de Bright*, la *arterio-esclerosis*, realizan algunas veces un síndrome bastante análogo al de la cerebrastenia: la inaptitud para el trabajo, los trastornos dispépsicos, los vértigos, la pesadez de cabeza, las palpitaciones, las sensaciones de atolondramiento, el frío, etc.; pero el examen de la orina, del corazón, de los vasos, que es necesario no descuidar, nos permitirán siempre diferenciar ambos estados morbosos.

*Vértigo de Ménière.* — Los signos distintivos de estas dos afecciones son los siguientes: en las crisis de vértigo auricular, la impulsión es más brusca, más intensa y determina casi siempre la caída del paciente; el vértigo neurasténico, por el contrario, es menos insólito, menos brutal, y el enfermo tiene siempre tiempo para tomar un punto de apoyo ó sentarse.

El decúbito horizontal hace desaparecer inmediatamente el vértigo neurasténico, y no detiene el vértigo de Ménière.

Por último, éste va acompañado siempre de disminución del oído de un lado ó de los dos simultáneamente.

*Tabes.* — Ciertos neurasténicos sienten, según dicen, «dolores fulgurantes», como *descargas eléctricas* en las extremidades inferiores; tienen hormigueo, sensaciones de constricción, de presión, en este ó en el otro punto; se sienten

(1) Ballet, *Bulletin médical*, 1893.

(2) Fournier, *Maladies parasymphilitiques*, 1894.

débiles de las piernas; les parece que andan sobre algodón, tienen frecuentes ganas de orinar..., etc.; pero los reflejos rotulianos persisten normales ó se hallan ligeramente exagerados; las pupilas están iguales y reaccionan bien á la luz y á la acomodación. Estos son pseudo-tabéticos, y casi siempre auto-subjestionados que han visto atáxicos ó leído obras. Estos casos no presentan realmente dificultades para el diagnóstico.

*Enfermedad de Basedow.* — La neurastenia de forma cardíaca tiene bastantes analogías con la enfermedad de Basedow. El estado mental, los trastornos dispépsicos especiales y la cefalea, permiten algunas veces asegurar que la neurastenia representa un papel, pero en la práctica preciso es confesar que esta distinción es algunas veces de las más difíciles, y hay casos en presencia de los que hay que preguntar si se trata solamente de neurastenia ó de enfermedad de Basedow frustrada, ó si tal vez será una asociación de ambos estados morbosos.

Además de las neurosis definidas de la neurastenia, del histerismo y de los estados vesánicos, hay multitud de estados neuropáticos todavía sin clasificar, y que hay que guardarse muy bien de confundir con la neurastenia, error de interpretación que se ha cometido por algunos autores, Arndt en particular. Las fronteras de esta neurosis son seguramente difíciles de marcar, pero de esto no hay que deducir que todos los caprichosos, los desequilibrados, los débiles, los neuro-artríticos, jaquecosos, etc., que presentan cierta tendencia á la depresión ó se quejan de dolores vagos reumatoideos, deban colocarse en los cuadros de la neurastenia. Para estar autorizados á sentar el diagnóstico de neurastenia es preciso, cuando menos, comprobar en el enfermo la existencia de algunos de los síntomas fundamentales que han servido para constituir este tipo morbo.

*EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.* — De una manera general, si bien es cierto que la neurastenia trastorna profundamente la existencia de los sujetos que la padecen, no la comprometen directamente. Lo peor que puede suceder á estos desgraciados, es permanecer neurasténicos el resto de sus días. Bajo la influencia de un tratamiento bien dirigido, las neurastenias accidentales curan pronto y sin recaída, á condición siempre de que los pacientes puedan sustraerse, después de curados, á la influencia de las causas que engendraron su agotamiento nervioso. Por el contrario, la herencia neuropática, la intensidad de la depresión cerebral, los trastornos gastro-intestinales, graves cuando comprometen profundamente la nutrición, la larga duración de la enfermedad, constituyen elementos para el pronóstico que le agravan, son otras tantas condiciones que hacen á la enfermedad rebelde para la terapéutica y exponen al enfermo á incesantes recidivas. Por último, no hay que perder de vista que la neurastenia sirve algunas veces de prólogo á la parálisis general, al histerismo, á las psicosis, á la melancolía en particular, de la que no es algunas veces sino una fase preparatoria en la que los pacientes, incapaces de dedicarse á sus ocupaciones habituales sin sentir una fatiga intolerable, buscan en ocasiones en el abuso del alcohol ó de la morfina, un estimulante de sus agotadas fuerzas, un medio de amenguar sus padecimientos. Estas consideraciones no bastan para demostrar que la neurastenia no deba considerarse como una enfermedad grave que exige siempre cuidados atentos y rigurosos, y cuyo pronóstico debe formularse en todos los casos con alguna reserva.

**PATOGENIA.**—¿En qué consiste esencialmente la neurastenia? ¿Cuáles son las modificaciones anatómicas ó químicas de los centros nerviosos de que dependen los trastornos psíquicos digestivos, circulatorios, etc., que las caracterizan? Lo ignoramos por completo. Erb supone un trastorno íntimo de la nutrición de los elementos nerviosos; Beard una falta de equilibrio entre su desgaste y su reparación; Féré una modificación de su vibratibilidad. ¿Por qué mecanismo, causas tan diversas concurren á provocar el desarrollo de este estado morboso? No tenemos todavía ningún dato preciso, sólo hay hipótesis y teorías que vamos á examinar. Siempre se han hecho esfuerzos para subordinar la neuropatía, el neurosismo general, á cierto desorden funcional del tubo digestivo ó de sus anejos ó bien á alguna lesión de las vísceras abdominales. En estas concepciones patológicas, unas veces es un humor pecante, otras una influencia nerviosa vaga, una acción refleja, que se la hace servir de intermediaria entre el órgano primitivamente enfermo y el sistema nervioso secundariamente interesado; tal fue la antigua teoría de Galeno y de la *atrabilis*; la de Van Helmont y del *arqueo*, y en tiempos menos lejanos la doctrina de la *dispepsia* desarrollada por Beau, la de la *gastritis* sostenida por Broussais y su escuela. Nuestra época ha visto reaparecer teorías análogas, pero fundadas esta vez en una observación más minuciosa, en una documentación más precisa, nacida de una técnica más perfeccionada. La más importante, la que ha tenido mayor eco en el mundo médico, es seguramente la doctrina ideada y defendida por el profesor Bouchard.

1.º *Teoría de la dilatación del estómago y de la auto-intoxicación.*— Entre los fenómenos morbosos que Bouchard hace derivar del éxtasis gástrico, figuran incontestablemente la mayor parte de los signos de la neurastenia: la cefalea constrictiva, la impotencia para el trabajo, el insomnio, la tendencia á las melancolías y á las preocupaciones hipocondríacas, los vértigos, etc.

Seguramente que pueden oponerse á esta concepción ciertas críticas que, por lo menos en lo que se refiere á la patogenia de los estados neurasténicos, parecen fundadas.

La dilatación estomacal falta en un gran número de neurasténicos, é inversamente: hay también neurasténicos que no presentan ni han presentado jamás trastorno alguno de las funciones digestivas. Además, en ciertos casos, se ha visto aparecer simultáneamente, á consecuencia de una emoción violenta, la dispepsia y los demás síntomas del agotamiento nervioso. Por último, ¿cómo se entiende, se ha dicho, si los trastornos nerviosos de la neurastenia están engendrados por una auto-intoxicación de origen gástrico, el que los individuos afectados de gran dilatación estomacal dependiente de una estenosis pilórica, por ejemplo, con éxtasis considerable no presenten jamás la serie de accidentes nerviosos atribuidos á las dilataciones protopáticas? Todas estas objeciones bastan para demostrar que la teoría de la dilatación gástrica y de la auto-intoxicación no es aplicable á la mayor parte de los casos de neurastenia.

2.º La teoría de Glénard, que explica por la *ptose* (caída) de las vísceras abdominales, y por un trastorno mal determinado de las funciones hepáticas, y la dispepsia, los trastornos neuropáticos que ha observado en sus enfermos no puede aceptarse, faltando totalmente la enteroptosis en gran número de neurasténicos. Desde luego, Glénard reconoce que el síndrome neuropático que ha

visto, no es la neurastenia tal y como ha sido definida y descrita por Beard y Charcot (1).

3.º Las afecciones de los órganos genitales en la mujer y el onanismo en el hombre constituyen, como ya hemos dicho, causas particularmente eficaces y provocadoras de la neurastenia. Pero es evidente que no es posible, á ejemplo de algunos autores, el intento de establecer sobre este grupo de hechos una *teoría genital*. En resumen, que se trate del aparato digestivo ó de lesiones de los órganos gémito-uritarios, de una enfermedad infecciosa, de disgustos, de agobio intelectual, sea cual fuere, en una palabra, la causa determinante, es lógico, habida razón de la inmensa diversidad de causas, el que sea la condición necesaria y superior del desarrollo de la neurastenia cierta manera de ser y de reaccionar de los centros nerviosos hereditaria ó congénita. Esta fórmula es un poco vaga, pero, después de todo, está conforme con la realidad de los hechos, por lo menos en el estado actual de nuestros conocimientos acerca de este punto.

**TRATAMIENTO.**—Hay pocos enfermos cuyo tratamiento exija más tacto y paciencia que los neurasténicos. Todos los que han estudiado la neurastenia y han tratado algo esta categoría de neuropatas, están unánimes en reconocerlo. Evidentemente que no es posible que convenga un tratamiento único á todas las formas de la neurastenia, exigiendo cada caso particular sus indicaciones especiales. Sin embargo, de una manera general, para que sea eficaz este tratamiento, se debe tener presente los tres puntos esenciales siguientes:

- a) La supresión de la causa ocasional que ha provocado la neurosis;
- b) La sumisión del paciente á ciertas reglas de higiene, y el uso de medios físicos, como el ejercicio, hidroterapia, amasamiento y electricidad;
- c) Por último, y sobre todo, la acción moral sugestiva que el médico debe ejercer sobre el ánimo del enfermo.

En cuanto á los agentes farmacéuticos, conviene no recurrir á ellos sino de una manera discreta, únicamente para obtener la sedación de ciertos trastornos determinados.

*La supresión de la causa ocasional* es evidentemente la primera condición que debe realizarse. Cuando el agobio intelectual ha sido el principal factor de la enfermedad, es de todo punto necesario que el paciente abandone sus trabajos y sus ocupaciones habituales. Cuando se trata de penas morales, de pérdidas de familia ó de intereses irreparables, el médico, con solicitud primero y después con toda la fuerza de su autoridad moral, combatirá el desaliento, el abatimiento del enfermo. En presencia de un caso de neurastenia en la mujer, desarrollado por la influencia de una afección más ó menos dolorosa del aparato útero-ovárico, no deberá aconsejarse la intervención quirúrgica hasta tanto que las lesiones orgánicas palpables del útero ó de sus anejos sean suficientes para necesitar esta intervención, puesto que debe buscarse las indicaciones en el estado local anatómico del órgano y no en el grado de intensidad de los trastornos neuropáticos.

**Higiene general.**—Excusado es decir que debe prohibirse los excesos de toda clase, así como las vigiliadas. Los neurasténicos que todavía son capaces

(1) Véase la nota de Glénard, citada por Mathieu en su monografía sobre la *Neurasthénie*, p. 155.

de cierta actividad física é intelectual, no deben estar ociosos; la ociosidad y la soledad les son desfavorables. Pero importa dar gran variedad á sus ocupaciones y á sus trabajos. En las formas ligeras, la dispepsia neuro-motora de los neurasténicos no exige la observancia de un régimen alimenticio especial. Es necesario limitarse únicamente á mantener el vientre libre, haciendo desaparecer el estreñimiento por el amasamiento del abdomen, por medio de lavativas oleosas y de laxantes ligeros.

En la forma grave, cuando hay tendencia al éxtasis, á la hiperacidez, conviene recurrir al lavado del estómago, prescribir el ácido clorhídrico y las disoluciones bóricas, al interior, para combatir las fermentaciones. Por último, en los casos en que el estado dispéptico se complica de dilatación gástrica, habrá necesariamente que prescribir un régimen alimenticio apropiado, practicar metódicamente el lavado del estómago, etc.

Los *ejercicios físicos* no deben aconsejarse á todos los neurasténicos. Están indicados principalmente cuando la neurastenia reconoce por causa el agobio cerebral, la cerebrenia y en las formas ligeras.

Por el contrario, el *descanso* es necesario en los neurasténicos deprimidos; en aquellos, cuya astenia neuro-muscular está muy pronunciada y en los que, en razón de trastornos dispépticos graves, se alimentan insuficientemente y se encuentran sumidos en un verdadero estado de inanición.

El cambio de medio, la *permanencia* en un clima caliente ó templado—pero á condición de que el enfermo viva en una sociedad más amplia que las de sus relaciones habituales—constituye un poderoso coadyuvante. Los viajes, y sobre todo, los cambios incesantes, aprovechan poco en general á los neurasténicos. La hidroterapia no debe aplicarse de una manera vulgar y uniforme. Las duchas y baños tibios ó calientes, convienen en los períodos de excitación cuando el insomnio se hace persistente. La hidroterapia fría (envolturas, lociones, duchas de lluvia seguidas de fricciones), está indicada en todos los casos en que predominan los fenómenos de depresión.

El amasamiento da buenos resultados en la mayor parte de casos de mielastenia en los neurasténicos debilitados.

La electricidad puede ser un agente precioso en el tratamiento de los neurasténicos. Beard recomienda la *faradización general*. Las sesiones deben ser de corta duración, cinco á diez minutos. Conviene emplear únicamente corrientes de débil intensidad, para no provocar sino ligeras contracciones de los planos musculares. Este método debe aplicarse en especial á los casos en que predomina la astenia motora. Beard aconseja la *galvanización* de los *centros nerviosos* en aquellos sujetos cuya nutrición y fuerza muscular están relativamente indemnes.

Erb (1) recomienda el uso de las aplicaciones *locales* de las corrientes eléctricas contra los diversos síntomas de la neurastenia.

En Francia, R. Vigouroux (2) ha preconizado principalmente la electricidad estática, la franklinización.

**Tratamiento moral.**—Admitido que la depresión ó achicamiento de la personalidad moral, la debilitación de las facultades, la abulia en particular, y

(1) Erb, Traité d'électrothérapie.

(2) Vigouroux, Note thérapeutique; traitement électrique de la neurasthénie par la franklinisation.

todos los accidentes psíquicos que de aquí se derivan, constituyen un elemento capital de este estado morboso, se deduce que la influencia moral sugestiva, confortante, ejercida por el médico sobre el estado mental del paciente, es una de las condiciones esenciales del éxito. Debemos convencerle de que no tiene lesión orgánica irremediable, que su enfermedad es curable por un tratamiento bien dirigido y suficientemente prolongado, absteniéndose bien de afirmarle que es un enfermo imaginario. Esta parte del papel que debe hacer el médico frente al neurasténico es, como fácilmente se comprende, de los más delicados; exige mucha iniciativa y tacto, debiendo variar su conducta naturalmente, según las circunstancias particulares. El principal obstáculo para esta influencia moral necesaria reside en los que rodean inmediatamente al enfermo, en los mil cuidados minuciosos que se le prodigan, en las preguntas incesantemente renovadas acerca de su salud, sobre tal ó cual enfermedad. Todo esto es muy propio para fomentar y sostener las preocupaciones hipocondríacas del paciente, y para prolongar indefinidamente la duración de la enfermedad. En semejante caso, sólo una medida se impone: *el aislamiento*.

**Tratamiento sistemático de Weir Mitchell.**—Weir Mitchell es el autor de un método de tratamiento de la neurastenia en la mujer, que ha dado los más brillantes resultados. Este método es recomendable, sobre todo en las formas graves é inveteradas, en aquellas en que dominan los trastornos dispépticos, la anorexia, el enflaquecimiento y la astenia neuro-muscular. Constituye su originalidad la asociación sistemática de cierto número de agentes terapéuticos, á saber: el aislamiento, el descanso, la electricidad y cierta alimentación que conduzca á la sobrealimentación.

*El aislamiento* ha de ser completo y durable. La enferma debe colocársela fuera de su casa y de su familia, separada, en una palabra, de todo lo que la rodea moral y materialmente, en cuyo medio se ha desarrollado y cultivado su enfermedad.

*El descanso* completo, físico é intelectual, es la segunda condición impuesta á la paciente hasta recobrar sus fuerzas.

Este descanso absoluto y prolongado no deja de tener inconvenientes, puesto que tiende á disminuir el apetito y á amortiguar las funciones, ya insuficientes, de las vías digestivas. Para obviar estos nocivos efectos, se hace intervenir *el amasamiento*, los movimientos pasivos y la faradización de las masas musculares. El régimen alimenticio consiste: primero, en una dieta láctea, á la que se asocian poco á poco una, dos ó tres comidas compuestas de alimentos sólidos, tomas de aceite de hígado de bacalao, etc.

## II

### EPILEPSIA

La epilepsia (*επιλαμβάνειν*, *coger*) fue conocida desde la más remota antigüedad. Es el *morbis sacer*, el *morbis divinus* de la leyenda mitológica, el *mal comicial* de los romanos, y aun hoy se la llama *mal caduco*, *gran mal*, etc.

Se la ha considerado por mucho tiempo como una enfermedad autónoma y

como una neurosis, es decir, como una enfermedad «esencial», no derivando de ninguna lesión apreciable de los centros nerviosos. En el momento actual, debe abandonarse esta concepción. Bravais y H. Jackson han descrito, y, por consiguiente, arrancado del dominio primitivo de la epilepsia llamada esencial, el grupo de epilepsias sintomáticas de lesiones cerebrales en foco. Por otra parte, después de haber estudiado aisladamente como otras tantas especies distintas la eclampsia puerperal, las *convulsiones de la infancia*, las convulsiones que aparecen en el curso de ciertos estados *tóxicos* (uremia, plomo, alcohol, ajenjos) y de algunos estados infecciosos, se ha llegado á notar la gran analogía sintomática de estas epilepsias accidentales y del mal comicial común. Después, se ha visto que estas epilepsias *agudas* (Féré) servían algunas veces de iniciación para la epilepsia crónica. Desde el punto de vista anatómico, es cierto que la enfermedad es en ocasiones imputable á lesiones cerebrales groseras, evidentes, encefalitis, esclerosis, etc. Investigaciones histológicas recientes han venido á sentar, por lo menos en algunos casos, la existencia de alteraciones importantes en la corteza cerebral del cerebro de los epilépticos, que á simple vista parecían estar en el estado normal. Todas estas nociones, y otras que tendremos ocasión de recordar, concernientes á la etiología, la diversidad de origen, la anatomía patológica de la epilepsia no permiten considerarla por más tiempo como una enfermedad autónoma, ni como una pura neurose, sino más bien como un síndrome que puede aparecer en el curso ó bajo la influencia de *estados patológicos muy diversos*. Sin embargo, es preciso reconocer que se encuentran todavía epilépticos cuya afección no es posible referirla á tal ó cual elemento etiológico determinado, y en cuya autopsia el examen histológico de los centros nerviosos, por atento que sea, no revela ninguna alteración *apreciable*. Las lesiones finas ó groseras que se han descrito recientemente en los centros encefálicos ó bulbares de los epilépticos, son inconstantes, de tal manera que no estamos autorizados á ver, por lo menos en *todos* los casos, en estas lesiones la explicación, la razón suficiente y exclusiva de los accesos. En suma, la anatomía y la fisiología patológica de la epilepsia común, de que nos vamos á ocupar particularmente en este artículo, son todavía muy imperfectas y poco precisas.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LOS PAROXISMOS EPILÉPTICOS

*Auras y pródromos de los accesos.* — A menudo, el ataque de epilepsia se produce de una manera súbita, sin pródromos de ninguna especie: en medio de un estado de salud en apariencia perfecta, el enfermo cae como herido por el rayo; pero no siempre suceden las cosas de esta manera. A decir verdad, un gran número de epilépticos están prevenidos de la vuelta próxima ó inminente de su «mal» por ciertos trastornos, casi siempre los mismos para cada enfermo, y cuya aparición precede, ya inmediatamente (aura), ya por algunos días ó algunas horas (pródromos lejanos), la explosión del acceso convulsivo.

*Pródromos lejanos.* — Estos síntomas, precursores del ataque epiléptico, pueden presentarse algunos días ó únicamente algunas horas antes de la explosión del paroxismo. Variables en todos los casos, consisten unas veces en un tras-

torno motor, otras en un trastorno sensorial ó psíquico: temblores generalizados ó parciales, sacudidas musculares, mascullamientos, rechinamiento de dientes, parpadeos; he aquí los fenómenos precursores de orden motor que se han notado algunas veces. Una enferma observada por Féré (1), experimentaba durante cinco ó seis horas antes del acceso convulsivo, una sensación de picor en toda la extensión de la piel. Otra, acusaba sensación de cosquilleo en la úvula, sensación acompañada de una tos gutural, casi incesante; ésta persistía durante doce horas, después de las que el acceso comicial aparecía. En otros casos, son cosquilleos en un ojo, en una de las ventanas de la nariz, ó bien en la mucosa uretral, los que anuncian el paroxismo convulsivo. En los órganos de los sentidos, se han observado algunas veces zumbidos de oídos, sabores particulares, etc. Otras veces, es una sensación genital insólita (Voisin), un trastorno de la digestión, ó también dificultad de la respiración, opresión singular, una erupción, como en el caso de un epiléptico citado por Fournier, en el cual aparecía una placa eritematosa en el lado izquierdo del cuello, dos ó tres días antes del acceso. En una enferma de Féré, una erupción de urticaria, localizada en la parte superior del tórax, aparecía media hora antes del ataque.

*Auras.* — Sirve esta denominación para designar el trastorno particular, sea el que fuere, sensitivo, motor ó psíquico, sentido más ó menos distintamente por el enfermo, y que *marca el principio* del ataque comicial. Es, en realidad, el síntoma inicial del acceso.

El aura se manifiesta algunas veces en forma de una sacudida muscular, de un temblor ó de un espasmo, que localizado al principio en la periferia de una extremidad, asciende desde la mano, por ejemplo, hacia el hombro, é inmediatamente se produce el ataque. A este propósito, ha hecho notar Féré, con razón, que «*ciertas auras motoras* de la epilepsia llamada común, tienen la mayor analogía con el principio del acceso de epilepsia parcial, del que sólo difieren por la rapidez de la pérdida del conocimiento y de la difusión de las convulsiones»; y esto tiene, sin duda alguna, importancia desde el punto de vista de la fisiología patológica de los accesos comiciales. Este espasmo indicador, no es siempre unilateral; puede presentarse simultánea y simétricamente en ambos lados. En algunos casos, la señal del principio del acceso está representada, no por una convulsión espasmódica, sino por un movimiento automático ó por una serie de movimientos coordinados. Unos enfermos se rascan la frente; otros, guiñan los ojos ó asoman la lengua entre los labios. Algunos epilépticos giran sobre sí mismos; otros, andan, corren ó reculan (*aura cursativa*). También los hay que son presa de bostezos, hipo ó tos espasmódica en el momento de iniciarse el acceso. Estos fenómenos motores van algunas veces acompañados de sensaciones diversas.

El *aura* puede ser puramente *sensitiva*. En semejante caso, se anuncia el ataque por una sensación especial, localizada á un punto cualquiera de las extremidades ó del tronco, desde el cual se eleva hacia la cabeza más ó menos rápidamente; tan pronto se trata de una sensación de calor ó de frío, como de un adormecimiento, de picores, dolor, etc. Algunos enfermos, y esta es una

(1) Ch. Féré, *Épilepsies et épileptiques*.