

particularidad que merece subrayarse, acusan una sensación de bola ó de cuerpo extraño que, partiendo del epigastrio ó del bajo vientre, asciende hacia el cuello. Esta variedad de aura epiléptica presenta, por lo tanto, las mayores analogías con el aura habitual de los histéricos.

Las auras *sensoriales* son en extremo interesantes. Unilaterales ó bilaterales, afectan ya un sólo sentido ó varios á la vez. Las más frecuentes de todas son las que se refieren á la función visual. Hay enfermos que son súbitamente invadidos de fotofobia; otros, de turbación de la vista, que puede llegar hasta la ceguera; algunos ven todavía aparecer ante sus ojos escotomas de formas y de colores diversos, en la mayor parte de los casos de color rojo. Se han referido por Gowers numerosos ejemplos de visión coloreada, anunciando el principio del ataque. Algunas veces los enfermos perciben los objetos más grandes ó más pequeños de lo que son en realidad, ó bien los ven avanzar, retroceder ó alejarse con movimientos rápidos ó también crecer desmesuradamente en longitud ó en anchura. Hay enfermos con diplopia, y, por último, con alucinaciones más complejas, tales como la aparición de una persona de su conocimiento ó de un personaje fantástico. En general, los epilépticos ven á estas imágenes avanzar hacia ellos, y en el momento en que van á sentir el contacto, se produce la pérdida del conocimiento.

Consiste el aura *auditiva*, tan pronto en una hiperacusia dolorosa, como en una debilitación instantánea del oído. Algunas veces, el enfermo percibe un silbido, una detonación ú oye voces que le llaman ó le injurian, etc.

Las sensaciones *olfatorias* ó *gustativas* que marcan en ocasiones el principio del acceso comicial, son casi siempre de naturaleza desagradable: ya perciben el olor del azufre, de carne podrida, gusto amargo metálico, ó bien sensaciones especiales extrañas, que el enfermo no puede definir.

Las auras *psíquicas* son, como las motoras y sensoriales, variadas al infinito. Hughlins Jackson (1), ha señalado una forma de aura intelectual, que consiste en «una reminiscencia» rápida y fugazmente desvanecida de algún suceso anterior. Cosa extraña, esta reminiscencia abarca algunas veces la casi totalidad de los sucesos acaecidos en el transcurso de la existencia del enfermo. Esta visión mental se realiza en un estado de semiconciencia que confina con el ensueño; de tal manera, que el paciente al volver en sí, guarda un recuerdo suficientemente preciso. En un enfermo de Féré se anunciaba el ataque por una duda de orden metafísico relativa á la existencia de Dios.

El acceso va precedido algunas veces de un estado de depresión melancólica que aumenta gradualmente; otras, la modificación psíquica precursora se produce de una manera brusca: el sujeto manifiesta de repente un loco terror y casi en el acto sobreviene el ataque. Algunos epilépticos sienten, pocos momentos antes del principio del paroxismo, una debilidad profunda, y otros una exaltación singular de sus facultades intelectuales y entonces, presa de impulsiones irresistibles, cometen actos extraños ó inconvenientes, se hacen súbita y conscientemente violentos, coléricos ó pendencieros, rechazando á las personas que les rodean y cayendo convulsos.

Las *visceras* son también en algunas ocasiones asiento de trastornos particu-

(1) Hughlins Jackson, Brain, 1888, vol. xi, p. 179.

lares, que preceden inmediatamente al ataque comicial. Tan pronto se trata de un dolor precordial ó de violentas palpitaciones del corazón, como de una angustia respiratoria acompañada de sensación de espasmo laríngeo. En algunos casos consiste el aura en una sensación gravativa del epigastrio, seguida de náuseas y de vómitos; casos hay también caracterizados por violentos cólicos ó apremiante necesidad de ir á deponer. Se ha señalado, además, entre los fenómenos del aura, una sensación de vértigo (Beever), un trastorno de la palabra como el tartamudeo ó la parafasia.

Algunos observadores que han podido presenciar ciertas manifestaciones del aura epiléptica, han investigado y notado durante esta fase prodrómica ciertas modificaciones de la temperatura y de la circulación. Bevam-Lewis ha señalado una elevación de la temperatura central, y A. Woisin una hipertermia local en las extremidades que son asiento del aura. Por último, Féré ha podido comprobar con el esfigmomanómetro el aumento de la presión en la radial, un poco antes del acceso, y ya sabemos que esta particularidad fue igualmente notada por J. Franck en sus investigaciones experimentales acerca de la epilepsia de origen cortical.

Estos datos tienen importancia: el aumento de la tensión arterial, la elevación de la temperatura general, que acompañan á las manifestaciones precursoras del ataque, prueban tal vez que el aura no es otra cosa que el eco, en la periferia, de un estado morbozo de los centros nerviosos, que representa, no un fenómeno aislado precursor del ataque, sino más bien el primer síntoma, el principio del ataque mismo. Por esto, el estudio de las auras epilépticas adquiere un interés capital, desde el punto de vista de la localización en los centros, de las lesiones presumidas ó reales, causas de la epilepsia (Hughlins Jackson).

El paroxismo epiléptico se presenta bajo tres distintas formas. Describiremos sucesivamente:

A) El *gran ataque convulsivo* (*gran mal*).

B) Los *ataques incompletos* ó anormales: desvanecimientos, vértigos, sacudidas, etc. (*pequeño mal*).

C) Los paroxismos viscerales, sensoriales y psíquicos, *equivalentes* del acceso de epilepsia.

A) *Gran ataque convulsivo*.—Precedido ó no de fenómenos prodrómicos ó de aura, el ataque epiléptico empieza, en general, de una manera instantánea. De repente, el enfermo palidece, da un grito, cae sin conocimiento y la crisis se desarrolla en tres períodos distintos: 1.º, un período de convulsiones *tónicas*; 2.º, un período de convulsiones *clónicas*; 3.º, período de *estertor*.

De pronto, todos los músculos del cuerpo entran en rigidez tetánica; véase al principio girar la cabeza, inclinándose un poco ó echándose hacia atrás; los globos oculares se dirigen hacia arriba y del lado en que gira la cabeza, fijándose después en estrabismo convergente, en tanto que los párpados se cierran convulsivamente; las pupilas están dilatadas, insensibles á la luz; los rasgos de la fisonomía contraídos y la lengua cogida entre los dientes apretados, es mordida algunas veces profundamente. Las extremidades están rígidas, á menudo en extensión, y animadas por sacudidas rápidas; la mano cerrada y doblada en pronación forzada. Como el tórax inmóvil está fijo en espiración, la

respiración es nula y la cara se congestiona, apareciendo roja primero y después violácea. En este momento, la dificultad circulatoria es tal, que se producen roturas vasculares algunas veces, ya en las conjuntivas ó debajo de la piel de los párpados.

A menudo también, la contracción violenta de los músculos abdominales provoca la salida brusca de orina ó la expulsión de materias fecales. El pulso es frecuente y la presión arterial muy elevada. En algunos casos, en los que se ha podido practicar el examen del fondo del ojo, se ha comprobado una estrechez espasmódica de las arterias retinianas, al cual sucedería al fin del acceso una congestión venosa intensa. La duración de esta fase tónica no excede de algunos segundos, disminuyendo en seguida la contracción general de los músculos, y empezando las convulsiones *clónicas*.

Todo el cuerpo está agitado de sacudidas convulsivas, cuyo ritmo, al principio muy rápido, disminuye gradualmente. Las convulsiones predominan, por lo general, en una de las mitades del cuerpo. La cabeza ejecuta movimientos de rotación precipitados; bajo los párpados, que pestañean continuamente, los globos del ojo ruedan de un lado á otro con breves sacudidas; las mandíbulas se separan y se aproximan, los dientes rechinan; la lengua, proyectada fuera de la boca, es desgarrada, y á cada esfuerzo espiratorio, la saliva sanguinolenta aireada es proyectada en espuma rojiza entre los labios violáceos y mordidos. Los músculos de la cara, contraídos en todos sentidos, dan á la fisonomía un aspecto de gesto repugnante. Durante este período clónico, la respiración es irregular, más ó menos sonora, pero siempre incompleta; el estado asfíxico y la cianosis persisten; los latidos del corazón son precipitados, y la tensión arterial persiste elevada. La evacuación de la orina ó de las heces fecales—que cuando se efectúa al empezar el acceso, se debe á la contracción del reservorio y al empuje de los músculos de la pared abdominal—se produce, en este caso, por relajación de los esfínteres. En este momento, las convulsiones ceden, y después cesan por completo. La respiración se hace más amplia, más regular y empieza el período de *estertor*.

El enfermo descansa en un estado de entorpecimiento soporoso, con un ronquido más ó menos sonoro. Sus extremidades, flácidas é inertes, están en resolución. La insensibilidad es tan completa, como en el estado convulsivo. La boca y las narices, hacinadas de mucosidades espesas, exhalan un olor repugnante; el cuerpo se cubre algunas veces de sudor fétido. La cara, hasta entonces violácea, palidece poco á poco y adquiere un tinte lívido. Este adormecimiento se prolonga durante algunos minutos, media hora, algunas veces más. Por último, el paciente abre los ojos, ejecuta algunos movimientos automáticos, pasea en su derredor una mirada vaga, imbecil, y se despierta sin ningún recuerdo de lo que ha pasado. El sujeto pasa su acceso en el sitio en que le da, sin cambiar de posición, sin grandes movimientos, con poco ruido. En general, el acceso, aun aislado, determina una elevación notable de temperatura, que varía desde algunas décimas á un grado. Su duración total no pasa de tres minutos.

He aquí el cuadro del gran ataque comicial en su forma completa y clásica. Pero, sus caracteres no son inmutables. El acceso puede presentar en diferentes enfermos, y aun en el mismo sujeto, numerosas variantes. La fase de con-

vulsiones tónicas puede acortarse, esbozarse apenas y aun faltar. Las convulsiones clónicas no se presentan siempre generalizadas; en ciertos casos quedan limitadas ó predominan en la cara ó las extremidades superiores; el grito inicial, la mordedura de la lengua, las evacuaciones albinas faltan bastante á menudo.

Por el contrario, hay un carácter constante del ataque comicial, y es que el paciente, al volver en sí, no tiene conciencia de la crisis porque acaba de pasar. Si ciertos epilépticos se acuerdan de los trastornos precursores, las sensaciones del aura y aun del grito que dieron al caer, la mayoría no saben nada del ataque que han sufrido; algunas veces, sin embargo, se produce en ellos una apnesia retrógrada, que recae sobre el acceso y acerca de los sucesos que le precedieron.

Cuando el ataque sucede durante la noche, es frecuente que pase inadvertido, continuándose con el sueño natural el período de estertor. Muchos epilépticos, que sólo tienen accesos nocturnos, viven por esto ignorantes de su mal, hasta el día en que una evacuación de orina, un equímosis ó un ataque diurno vienen á revelársele.

*Horas y frecuencia de los ataques.*— Estado de mal. — Muy á menudo, en efecto, sobre todo al principio de la enfermedad, los ataques comiciales se producen por la noche, y más particularmente en su segunda mitad, al aproximarse el despertar ó en los primeros momentos de haberse levantado. Pero no hay en esto regla absoluta, y el acceso puede aparecer á cualquier hora.

La frecuencia de los ataques es en extremo variable. Hay enfermos que no han tenido sino dos ó tres accesos en toda su vida. En otros, el acceso se repite todos los años ó todos los meses. En las mujeres, la vuelta ó recrudescencia de los accesos coincide las más de las veces con el período catamenial. Los accesos se multiplican casi siempre por la influencia de los excesos, fatigas de toda clase ó emociones; una enfermedad febril intercurrente es causa, en algunos casos, de la suspensión momentánea de los accesos. En la fase de agravación que observamos en la mayoría de los enfermos, se pueden contar cada día uno ó varios ataques en serie, sucediéndose á intervalos más ó menos próximos. Cuando se repiten uno tras otro, cuando son subintrantes y el enfermo *no recobra el conocimiento* en el intervalo de los accesos; en otros términos, cuando un acceso estalla antes que haya terminado el anterior, se puede afirmar que hay *estado de mal*.

Dicho estado es la forma más grave del paroxismo epiléptico. Señalado por Calmeil y Herpin, ha sido cuidadosamente estudiado y descrito por Bourneville (1). Aparecer de repente, ó bien después de una serie de crisis separadas por cortos intervalos. Evoluciona generalmente en dos períodos: uno convulsivo, otro de agotamiento ó de colapso. Durante el primero, las crisis convulsivas son incesantes y algunas veces sobreviene la muerte en medio de las convulsiones; pero más á menudo se ve, después de un espacio de tiempo variable desde algunas horas á dos ó tres días, atenuarse los espasmos, luego cesar completamente y el enfermo caer en colapso. La temperatura, que se había elevado en los primeros accesos, puede llegar hasta 40° ó 41° y aun más.

(1) Bourneville, *Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*, 1872. *Bull. Soc. biol.*, 1874.

(Bourneville). En ciertos casos, continua ascendiendo hasta después de la muerte. Durante este período de agotamiento ó de coma, la respiración, al principio entrecortada, se hace más y más superficial; la cara palidece, las pupilas, muy dilatadas, son insensibles á la luz; la piel se cubre de un sudor viscoso, las extremidades están flácidas, y las excitaciones cutáneas más enérgicas no producen efecto; los reflejos rotulianos están suprimidos algunas veces. El pulso, al principio precipitado, es más lento, se debilita progresivamente y el enfermo no tarda en sucumbir.

Cuando este estado termina de una manera favorable, los ataques van siendo menos frecuentes y violentos: desciende la temperatura, las pupilas se hacen sensibles á la excitación luminosa y el paciente recobra poco á poco el conocimiento.

Conviene notar que el estado de mal no está solo, ni siempre, constituido por grandes ataques convulsivos, sino que puede realizarse por accesos incompletos, por vértigos que se sucedan sin intermisión. Estas son formas irregulares de paroxismos epilépticos que vamos á describir inmediatamente.

*B) Ataques incompletos ó anormales.*—Estas formas irregulares del paroxismo epiléptico varían, por decirlo así, hasta el infinito. Se presentan en la realidad clínica bajo aspectos á veces bien extraños é inesperados. Solamente podemos aquí indicar los tipos que se observan más á menudo. Estas manifestaciones de la epilepsia larvada, tienen, sin embargo, en su mayor parte, una fisonomía propia y una vez que se las ha estudiado, no pueden confundirse con ninguna otra afección. Casi siempre se producen al principio de la enfermedad, antes de la aparición de los primeros ataques convulsivos; otras, alternan con las grandes crisis, ó bien las reemplazan cuando la epilepsia tiende á atenuarse, ya bajo la influencia del tratamiento, ya de una manera espontánea.

*Vértigo.*—El enfermo pierde súbitamente el conocimiento y cae ó amenaza solamente caerse; sufre algunas convulsiones, desde luego, muy ligeras, muy cortas y que pasan por lo general inadvertidas; una desviación de la cabeza ó de los ojos, un fruncido de los labios, he aquí todo. En la mayor parte de los casos, falta el período de estertor. Tal es la forma que se designa más particularmente con la denominación de *pequeño mal*.

En algunos enfermos se manifiesta el acceso con las apariencias de un verdadero *ictus apoplectiforme*. Instantáneamente el sujeto cae como muerto, privado del conocimiento; no hay ninguna convulsión, ningún espasmo, pero en los hechos de este orden, el estado estertoroso se prolonga algunas veces bastante tiempo (Trousseau).

El *desvanecimiento* se caracteriza en general de la siguiente manera: instantáneamente sin ningún fenómeno primitivo, sin grito, el enfermo pierde la conciencia; al mismo tiempo, la cara palidece, y si estaba hablando, se calla de repente y no acaba la frase empezada. No cae: inmóvil, con los ojos fijos, el aire extraño permanece insensible, no viendo ni oyendo nada, en una especie de éxtasis. Algunas veces, masculla, balbucea palabras incomprensibles ó bien ejecuta movimientos automáticos, estrujando ó arrojando vivamente lejos de sí el objeto que tenía en la mano. Todo esto dura sólo algunos segundos. El paciente vuelve en sí en el acto, reanuda la conversación en el punto en que la dejó, ó vuelve á su ocupación, no acordándose de

lo que le ha sucedido. Estos accesos dejan algunas veces al enfermo en un estado de estupor ó de confusión mental, más ó menos marcado, pero que se disipa con rapidez. En ciertos casos, estos ataques del mal pequeño, vértigos ó desvanecimiento, tienen una duración tan corta que pasan inadvertidos por las personas que rodean al enfermo en el momento en que el accidente se produce. He aquí un ejemplo: un epiléptico está jugando á las cartas, tiene en la mano la que va á echar; de repente, se detiene inmóvil, sus ojos se cierran, da un gran suspiro, y pasando este instante de inconsciencia, echa la carta y sigue el juego. En otra modalidad del desvanecimiento, que describiremos con los equivalentes psíquicos del mal comicial, el individuo pierde súbitamente el conocimiento y es presa, durante algunos instantes, de un delirio de actos ó de palabras; profiere injurias, ejecuta actos ó gestos obscenos, etc.

*Epilepsia prokursiva.*—Se ha descrito con este nombre, una forma de ataque comicial, que se observa muy á menudo en los niños, y en el cual, el sujeto, arrastrado por impulsión irresistible, echa de repente á correr ó á andar, sin tener conciencia de lo que hace. Esta carrera comicial puede constituir por sí sola todo el ataque; pero en algunos casos precede, á manera de preludeo, al acceso convulsivo, ó bien le subsigue. Bourneville y Bricon (1), Ladame (2), Mairet (3) y Delbreil, han estudiado en especial esta forma de paroxismo, que aislado en los primeros tiempos de la enfermedad, alterna más tarde con los accesos convulsivos.

*Automatismo ambulante.*—Cuando la impulsión prokursiva se prolonga, el enfermo ejecuta inconscientemente verdaderas huidas ó fugas, cuya duración en general varía desde algunos minutos á varias horas. En algunos casos excepcionales, el acceso ambulante se prolonga durante varios días consecutivos, á veces una semana entera (Charcot), y aun más, como en el caso de Lasègue y Legrand du Saulle. Esta forma, estudiada recientemente por Charcot con el nombre de *automatismo comicial ambulante*, se presenta con caracteres verdaderamente singulares. Sin pródromos, ó bien después de un vago malestar, cefalea, tristeza no motivada, etc., el enfermo abandona bruscamente su domicilio y sus ocupaciones, se pone en camino, emprende un viaje, toma un billete del tren, se embarca, va al hotel, paga sus cuentas, y sigue su camino sin que nadie note nada de anormal en sus marchas. Cuando vuelve en sí, se apercibe del punto en que se encuentra, y queda estupefacto al saber que está lejos de su casa, no acordándose ni de su partida, ni del camino que ha seguido. La amnesia de todos los actos ejecutados puede ser completa; pero á veces, esforzándose en recordar, el enfermo encuentra en su memoria algún recuerdo del paisaje entrevisto ó de algún accidente de la larga carrera que acaba de hacer. En estas fugas comiciales, el enfermo se entrega algunas veces á actos incoherentes y aun delictuosos. Describiremos estas modalidades del acceso, con las impulsiones y los paroxismos mentales de la epilepsia larvada.

*Crisis estertorosa.*—Se han descrito, entre las manifestaciones anormales del paroxismo epiléptico, *crisis de sueño*. Se caracterizan de la manera siguiente:

1) *Archives de Neurologie*, tomes XIII, XIV, XV et XVI.

2) *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1889.

3) *De l'épilepsie prokursiva*. Thèse de doctorat. Lille, 1889.

te: el sujeto se siente acometido de una necesidad imperiosa é instantánea de dormir; durante una ó varias horas consecutivas, está sumido en una soñolencia estertorosa, después de la cual puede presentar un delirio violento, como en el caso referido por Caffé y Semelaigne, ó bien se despierta por grados y sin otro accidente. Estas crisis de sueño estertoroso, parece que pueden atribuirse legítimamente al mal comicial, porque se observa algunas veces que se presentan á horas regulares, alternan con vértigos ú otros accesos convulsivos incompletos, y por último, ceden á la medicación bromurada (1).

*Sacudidas; temblor.* — En algunos enfermos, los grandes ataques convulsivos están momentáneamente reemplazados por crisis de temblor seguidas de depresión cerebral, ó bien por algunas sacudidas generalizadas, rápidas y fugaces, que se repiten con intervalos variables en los períodos que separan los grandes accesos.

En algunos casos, á decir verdad excepcionales, se producen sacudidas musculares aisladas y parciales, localizadas en la cara, en una de las extremidades y con todas las apariencias de un *tic* vulgar.

Estos espasmos, según algunos autores, no son más que el boceto de ataques convulsivos abortados.

*Tic de Salaam.* — Sabemos que esta convulsión singular se observa, casi exclusivamente, en la primera infancia. En su forma más común está constituida por una serie de movimientos de flexión de la cabeza y de la parte superior del tronco (*spasmus salutans*), efectuándose en el sentido antero-posterior y sucediéndose en una serie no interrumpida en número de veinte, treinta, cincuenta por minuto, y á veces más.

Tan pronto nocturna como diurna, la crisis se repite también con más ó menor frecuencia. El tic de Salaam presenta numerosas variedades, que no hemos de describir aquí. Casi nunca estas salutations convulsivas responden á un tipo unívoco, no solamente desde el punto de vista de la forma exterior de estas convulsiones, sino desde el punto de vista de su naturaleza y de su significación patológica. Sin embargo, en ciertos casos afectan tales caracteres, que no hay más remedio que relacionarlas estrechamente con la epilepsia. En efecto, en algunos niños, el acceso va precedido de súbita palidez del semblante, fijeza de la mirada y dilatación pupilar. Además, van acompañadas de pérdida del conocimiento, que persiste hasta el fin de la crisis. Gran número de estos enfermitos presentan más ó menos pronto ataques de epilepsia común, y finalmente, se ha podido seguir en algunos casos la transformación de estos accesos incompletos en convulsiones generalizadas y típicas (2). Conviene, por lo tanto, incluir ciertos casos de *spasmus salutans* entre las formas incompletas del paroxismo epiléptico.

En cuanto al *asma tímico*, ó asma de Kopp, que no describiremos, su estrecho parentesco con la epilepsia infantil está en la actualidad universalmente reconocido.

C) *Equivalentes del acceso epiléptico.* — Se aplica esta denominación á cierto número de síndromes sensoriales ó psíquicos, cuya naturaleza comicial está demostrada por su coexistencia en el mismo enfermo con los paroxis-

(1) Kesteven, *Klinical Society*, 1879, p. 168.

(2) Ch. Féré, *Le Tic de Salaam, les salutations névropathiques*, in *Progrès médical*, 1883.

mos convulsivos, á los que reemplazan algunas veces; por sus apariencias paroxísticas, sus apariciones periódicas, y finalmente, por la influencia favorable que sobre ellos ejerce la medicación bromurada.

1.º *Paroxismos viscerales y sensoriales.* — Podríamos en este momento enumerar de nuevo las diversas sensaciones subjetivas, las alucinaciones sensoriales, los diversos trastornos viscerales (vómitos, malestar abdominal, necesidad imperiosa de deponer, etc.), que ya hemos indicado entre los fenómenos precursores del ataque convulsivo. En efecto, la mayor parte de los síndromes sensoriales ó viscerales, *sucedáneos* del acceso epiléptico, están representados precisamente por tal ó cual de estas manifestaciones precursoras (1). En verdad, estos paroxismos no son sino accesos incompletos abortados y limitados al síntoma inicial, en casos sólo al aura.

Se han descrito entre los síndromes paroxísticos equivalentes del acceso de epilepsia, crisis de angor pectoris (Trousseau), jaquecas, algunos tics de la cara (Trousseau, Féré), accesos de asma (Salter, Schüle), ataques sincopales (Thurn).

2.º *Paroxismo psíquico.* — Los trastornos mentales paroxísticos de que vamos á tratar, pueden preceder ó seguir al gran ataque convulsivo, á los accesos incompletos y á los vértigos. Pero también es cierto que suelen presentarse con independencia de cualquier crisis convulsiva, en los intervalos de los ataques ó bien en lugar de los paroxismos convulsivos. Constituyen, en este caso, verdaderos *equivalentes* del ataque espasmódico. Negadas por Legrand du Saulle, estas crisis mentales (Maudsley), están en el día admitidas sin género de duda. Morell, Delasiauve, han dado una buena descripción de esta forma de epilepsia *larvada* (2).

Los delirios impulsivos de los epilépticos aparecen á menudo de una manera instantánea. Otras veces, sin embargo, van precedidos por algún trastorno particular, aura sensorial, cefalea, vago temor, inquietud ó irritabilidad anormal. La dirección de estos delirios, es por extremo variable. Unas veces el enfermo profiere palabras incoherentes ó ejecuta una serie de actos extraños á las circunstancias del momento ó absurdos por sí mismos; otras, injuria y acomete brutalmente á las personas, rompe cuantos objetos están á su alcance. En algunos casos son diversas alucinaciones que determinan y conducen á estos actos impulsivos. Las más importantes que debemos conocer son las impulsiones homicidas, obscenas ó pirománicas: aquellas, en una palabra, que motivan investigaciones médico-legales. Los caracteres principales de estos delirios son: su repetición á intervalos regulares algunas veces; efectuar actos punibles ó penales siempre idénticos por el mismo individuo; la uniformidad en el procedimiento de ejecución; el exceso de violencia empleado. En general, estos paroxismos cesan tan bruscamente como empezaron, pero van seguidos en algunos casos de una fase de depresión ó de agotamiento que llega á veces hasta el entorpecimiento soporoso. La inconsciencia del enfermo, ó cuando menos el completo olvido de los actos culpables ó absurdos que come-

(1) Gautier, *France médicale*, 1883. Voir aussi Descroizilles, du vertige épilept. et du Tic de Salaam, *Semaine médicale*, 1885.

(2) Hammond, On thalamic epilepsy. *Archives of medicine*, Agosto 1880.— Véase también la Memoria de M. Anderson, On Sensory epilepsy. Brain, 1886.