

## EPILEPSIA PSÍQUICA

Entre las enfermedades mentales, se encuentran muchas con manifestaciones de ira; una de ellas bajo forma ciega, animal, compuesta de movimientos violentos y de sentimientos penosos, corresponde á la locura epiléptica. Inmensas son las variedades que presenta, las alucinaciones que la acompañan y sus consecuencias intelectuales y morales. Es una de las enfermedades conocidas desde la más remota antigüedad, citándose como epilépticos á Cambises, Alejandro el Grande, César, Calígula, el apóstol San Pablo, Napoleón I, etc. Algunos constatados, otros dudosos. No es, pues, incompatible con el genio y el talento; antes bien, algunos autores se sienten inclinados á hallar relaciones entre la epilepsia y el talento; tal, Lombroso que ha encontrado analogías entre el genio y la epilepsia. Esto no significa que no haya hombres mediocres intelectuales que sean epilépticos, y aún en estos casos suele encontrarse unida con el idiotismo; en tal circunstancia no se sabe si clasificar al sujeto entre los idiotas ó los epilépticos.

Bianchi dice al respecto, que considerando que la afectividad suele hallarse á menudo disminuída, así como también el proceso de ciertos fenómenos intelectuales es más débil, puede concluirse que la epilepsia y la inferioridad, son dos términos existentes, que el genio puede coincidir con ella, pero que no es un carácter general en esta afección. Por las diversas manifestaciones de la epilepsia han arribado Lombroso y otros, á su gran semejanza con las manifestaciones del delincuente nato, con la diferencia que: mientras los delitos, en los actos del epiléptico son ocasionales é imprevistos, en la criminalidad congénita, es el método y esencia de la vida. Cualquiera que sea el rasgo dominante, esta afección está caracterizada por estados anormales más ó menos largos que pueden durar minutos, horas ó días y algunas veces llegar á estar continuamente constituyendo lo que se denomina *estado de mal*, que se presenta con ataques convulsivos en los que se reconocen tres períodos, y en que el enfermo sale de uno para entrar en otro. Aunque los ataques epilépticos constituyan el carácter más saliente, pueden ellos presentar muy diversas formas y substituirse en algunos casos por equivalentes epilépticos, constituyendo lo que se denomina epilepsia larvada ó psíquica.

Otra característica de la epilepsia es la periodicidad del ataque, periodicidad que la distingue de otras afecciones que se presentan con algunos de sus caracteres y que por otra parte no varía, aunque la frecuencia del estado anormal varíe según el enfermo y la gravedad de la enfermedad. Pueden producirse cada año, cada mes, cada semana, cada determinado número de días, etc., pero pasado ese tiempo el estado anormal vuelve á producirse. Salvo, como he citado anteriormente, el caso de estado de mal en que, como su nombre lo indica, el enfermo permanece constantemente en estado anormal y en que la enfermedad ha llegado á su máximo desarrollo. Existe, pues, una gran gradación desde la epilepsia larvada ó psíquica, hasta el mal comicial. De ahí que las diversas formas se han agrupado en tres categorías: 1ª estado epiléptico con ataques comiciales donde se incluye la locura y demencia epiléptica; 2ª las formas incompletas que pueden presentarse bajo la forma de vértigo, la epilepsia procursiva y el tic de Salaam; 3ª la epilepsia larvada ó psíquica.

*Sintomatología.*—En el estado morbozo de la epilepsia se observan, bajo la forma de ataques diversos, perturbaciones de la conciencia; en los intervalos del ataque no se nota generalmente sino una modificación especial del carácter: egoísmo é indiferencia habitual, sujeto á cóleras mórbidas, su carácter es desagradable, áspero, y algunas veces debilidad mental. Entre las perturbaciones de la conciencia se encuentran la pérdida del conocimiento acompañada algunas veces de convulsiones; ausencias acompañadas ó seguidas á menudo por fenómenos de ligera excitación, los vértigos; crisis de delirio con oscurecimiento de la conciencia; ilusiones y alucinaciones; concepciones delirantes y actos incoherentes; crisis de abatimiento ó actos impulsivos. El ataque es precedido por un cierto estado peculiar del individuo, que se denomina aura cuya naturaleza es variable: puede ser motriz, sensoria, vaso-motriz y aun psíquica, bajo la forma de ilusiones ó alucinaciones diversas, de excitación, crisis de angustia, abatimiento, paramnesias, etc. Al aura le sigue el ataque ó sus equivalentes psíquicos en la epilepsia larvada ó psíquica. La epilepsia larvada consiste en un disturbio mental de breve y rápida evolución, acompañado generalmente de profundas perturbaciones de la conciencia y amnesia más ó menos completa de lo ocurrido durante el ataque. Toma diversas formas, y difiere de la epilepsia propiamente dicha, en que faltan las convulsiones, las que son substituídas por desórdenes psíquicos. Muchas formas maníacas, diversas psicosis alucinatorias de poca duración, de las que el enfermo no tiene el menor recuerdo; son de naturaleza epiléptica, verdaderos equivalentes psíquicos de la epilepsia. El aura que corresponde á la epilepsia psíquica ó larvada, está aun mal definida, sin embargo, se observa una sensación de malestar, de ansiedad, de angustia, momentos antes del ataque.

Féré ha citado muchos ejemplos y entre ellos el de un joven que cambiaba totalmente de carácter, lo cual él mismo lo expresaba diciendo: «siento que cambio de corazón». Después entra el enfermo en un período crepuscular, semi-consciente, caracterizado por la

falta de expresión en los ojos, sin vista, cara azorada; puede durar más ó menos tiempo. Luego entra en la plena inconsciencia, siente gran número de impulsiones, comete crímenes feroces, los síntomas de la cólera se acentúan hasta llegar á su *máximum*. Schüle ha descrito así este estado de la cólera: «el enfermo se precipita sobre lo que lo rodea, con una rabia ciega, un furor bestial; escupe, golpea, muerde, rompe todo lo que puede alcanzar; grita, alborota. La cara se le congestiona, las pupilas están ya contraídas, ya, con más frecuencia, dilatadas; las conjuntivas muy inyectadas, la mirada fija; salivación abundante, latido carotidiano, aceleración del pulso». En cuanto á las impulsiones, después de los degenerados, los epilépticos son los enfermos más impulsivos, pero no hay en ellos impulsiones mórbidas desde que son inconscientes. Estas impulsiones conducen al enfermo á la ejecución de una serie de actos violentos, crímenes feroces, incendios, robos, atentados al pudor, etc., de los que son irresponsables, pues hay en ellos inconsciencia y ausencia del poder inhibitoriz de la voluntad: se presentan como impulsos irresistibles. Esto mientras dure el ataque, pues en los intervalos hay conciencia y de consiguiente son responsables de sus actos. Estas impulsiones han sido estudiadas desde tiempo atrás puesto que la enfermedad es conocida desde la antigüedad; pero V. Parant en un interesante estudio presentado al Congreso de alienistas y neurologistas de Burdeos, donde ha estudiado las impulsiones irresistibles ligadas á las manifestaciones convulsivas jacksonianas y á las de la epilepsia larvada, ha expuesto con toda claridad el asunto.

Dallemagne las estudia también entre las voliciones neuropáticas correspondientes á la epilepsia. Las impulsiones que se manifiestan frecuentemente en los epilépticos, dicen Pitres y Régis, son: atentados y violencias contra las personas, llegando al homicidio; las auto-mutilaciones y el suicidio; el vagabundage y el automatismo ambulatorio; los robos, los incendios, los ultrajes y atentados públicos al pudor, dipsomanía, etc.; impulsiones que llevan el sello característico del estado patológico á que acompañan: aparición súbita, violencia ciega y brutal, rapidez, brevedad, inconsciencia automática, amnesia, reiteración similar, intermitente y aún periódica. Cuadro sintomático que está muy lejos de llenar las impulsiones que no corresponden al estado epiléptico. La inconsciencia y la amnesia, según algunos casos presentados por Ducosté, no son caracteres absolutamente constantes, pero dice Parant, que unas pocas excepciones no quitan el valor á la regla, y Sollier añade, que la amnesia simple es tan característica de la epilepsia, bajo cualquier forma que se presente, que su importancia es grande para la constatación de la enfermedad en actos que caen bajo los dominios legales. La tendencia á la fuga ó dromomanía se observa en los epilépticos, y ha sido descrita por Charcot bajo el nombre de automatismo ambulatorio. Se presenta en la siguiente forma: el enfermo se siente inquieto, no puede sentarse, ni permanecer en su casa; se pone á correr durante horas seguidas, en la calle ó fuera de la ciudad; otras veces, durante semanas enteras, siente la necesidad de viajar. Esto explica el por qué de que un buen número de

vagabundos son epilépticos, de los que algunos han perecido víctimas de sus fugas en noches frías ó tempestuosas.

Lo que caracteriza á estas crisis de automatismo ambulatorio, es la rapidez de la partida, la necesidad instintiva, inconsciente é irresistible de marchas; la no concepción del punto de término del viaje, la pérdida total del recuerdo de la fuga y la manera como la ha emprendido. En el tiempo que dura este estado, el enfermo puede cumplir todo los actos de la vida ordinaria, y llegar por ejemplo, dice Rémond, á una ciudad extraña y al terminar la crisis no darse cuenta por qué medios ha llegado. Agrega el autor que estas crisis de automatismo ambulatorio tienen un interés especial bajo el punto de vista médico legal porque en ese estado de inconsciencia, el enfermo puede cometer actos delictuosos de los que no puede ser considerado como responsable.

Cita L. Bianchi el caso de un sujeto que caminaba quince, veinte y hasta treinta kilómetros sin saber porque calle andaba, hasta que tranquilizado, es decir, terminada la crisis, volvía á su casa, cuando no continuaba el camino en una nueva crisis. Así se encontró cuando menos lo esperaba, en un país lejano. También menciona el enfermo de Borowkoff que desaparecía de tiempo en tiempo, por muchas horas, y al que se le solía hallar en un punto apartado del bosque, sin que tuviera el menor recuerdo de cómo iba hasta allí. La impulsión á beber ó dipsomanía se observa también en el epiléptico. A menudo el enfermo está impulsado á beber durante días y noches seguidas vaso tras vaso, no solamente de licores alcohólicos ordinarios, sino agua colonia, alcohol de quemar; algunas veces vinagre, petróleo, éter, cloral, etc. Estos excesos provocan en el enfermo ciertos estados de conciencia en los que la comprensión desaparece rápidamente, al mismo tiempo que se produce una excitación con actos violentos, ilusiones, alucinaciones. El dipsómano emplea sin escrúpulos todos los medios para satisfacer su pasión momentánea: toma el dinero de donde puede, engaña y vende todo lo que posee. Va de casa en casa, sin descanso, tomando alcohol, cerveza, etc. Un enfermo de Esquirol bebió en un día 174 vasos de aguardiente.

El dipsómano no es alegre, ni comunicativo, ni sociable; rehusa entrar en conversación con los demás. Una pequeña cantidad de alcohol suele bastarle, á veces, para que se manifiesten en él ciertos estados de abatimiento. En los intervalos de las crisis, el enfermo demuestra á veces el mayor horror por los excesos á que se entrega involuntariamente. Los atentados al semejante, llegando frecuentemente al homicidio, á crímenes feroces, son comunes al epiléptico.

Son caracteres peculiares á estos enfermos, el efectuarlos violentamente y en condiciones de inconsciencia y amnesia absoluta. Los caracteres clínicos son: explosión instantánea, rapidez automática, violencia extrema, ejecución del acto sobre personas desconocidas, que no le han inferido ninguna ofensa; el empleo de instrumentos de cualquier clase, así como los medios ilógicos de llevar á cabo el acto; multiplicidad inútil de golpes, heridas, etc.; numero-

sas víctimas; cebarse golpeando é hiriéndolas después de cadáveres, etc.

Generalmente estos actos no obedecen á motivo alguno; así, dice Weygandt Roubinovitch, un enfermo es capaz de correr á una reunión cualquiera, por ejemplo un café, y tomando un cuchillo introducirlo en el vientre del primero que se le interponga al paso. Se cita el caso de un carrero que habiéndose empacado uno de los caballos que lo conducía, le dió con una horquilla á él y á los otros hasta dejarlos muertos; en otra ocasión tomó la escopeta y mató á su mujer, apuñaleando á sus hijos. Vuelto del acceso impulsivo lamentaba el acto desesperándose. Tuvo que ser recluso. Casos análogos, pero en mucho menor escala, se encuentran frecuentemente en las escuelas en niños, que por un enojo cualquiera y en plena inconsciencia, lastiman á sus compañeros y luego se arrepienten de lo que han hecho. A veces los atentados se refieren á sí mismos: algunos epilépticos se infieren heridas, golpes, mutilaciones, bajo la influencia de un impulso irresistible; llegando á veces al suicidio, manifiesta, súbita, instantáneamente, de una manera ciega; en un estado de inconsciencia y violentamente. Cita Weygandt Roubinovitch el caso de un epiléptico que se suicidó cortándose el cuello, la tráquea, el exófago, llegando el cuchillo hasta la columna vertebral. La impulsión al robo ó cleptomanía, la impulsión al incendio ó piromanía, se observan también en el epiléptico, pero con los caracteres de inconsciencia y amnesia, y de consiguiente, fácil de distinguirlas de las impulsiones mórbidas correspondientes.

Feré ha observado y descripto varios casos de enfermos epilépticos que sentían una gran impulsión á comer; individuos que devoraban con un hambre canina cantidades inverosímiles de alimento, sin detenerse ni en su calidad ni en su estado. Bajo el estado de crisis también se observan en el epiléptico atentados públicos al pudor, lo mismo que impulsiones sexuales: tales son los casos que cita Bianchi en su libro *Psichiatria*, y observados por Lombroso, Morselli y Legrand du Saule. Además de éstas, otras perturbaciones se encuentran en el epiléptico que caracterizan su estado. Aunque algunos no presentan debilitamiento mental; sin embargo, aún en los casos más favorables, se constata frecuentemente una alteración de la personalidad psíquica, constituida por lo que se denomina carácter epiléptico. La tristeza, ó por lo menos la poca jovialidad; el llanto prolongado y obstinado del niño, cuya causa no se sabe interpretar; los caprichos acerca de las resoluciones que otros toman; la tendencia á reaccionar arañando ó rompiendo cualquier objeto, dan lugar á sospechar un carácter epiléptico; sospecha tanto más fundada cuando esté acompañada de sobresaltos nocturnos, sueños perturbadores, sonambulismo espontáneo. El egoísmo se acentúa y va creciendo con la gravedad de los caracteres epilépticos.

Con la edad madura el carácter epiléptico sufre modificaciones: el sujeto se aleja, evita el ruido y la conversación, se vuelve irascible, violento, impulsivo. La atención debilitada es uno de los hechos

más conspicuos en el epiléptico, resultando, según las observaciones de Tanzi, que el tiempo de reacción en él, en condiciones ordinarias, es de 207 milésimos de segundo, mientras que en un individuo normal es de 141 debido á la disminución del poder perceptivo y de la atención.

En la tesis del doctor Surdi se constata que la energía de la atención, en general, está disminuida y que se manifiestan frecuentemente el automatismo y la suspensión del poder de la atención. Mientras en el individuo normal tiene una duración media de 93 segundos, en el epiléptico se reduce á 39. La memoria también disminuye progresivamente á medida que la enfermedad se acentúa, en los intervalos de las crisis. Mientras dura la crisis hay pérdida de la memoria y aún á veces un tiempo antes y un tiempo después de ella. Es casi una característica de la epilepsia dice Bianchi y agrega, que dice casi, porque Tamburini y otros, presentan casos en que el sujeto recuerda algunas cosas efectuadas ó acontecidas durante la crisis. La inteligencia de los epilépticos en general, escribe Tonnino, es limitada; la percepción es débil; la memoria presenta lagunas, la ideación es variable; son frecuentes las ideas de grandeza, como se observa en Musolino; las de persecución y místicas; indiferencia por todo lo que no le atañe.

Lombroso ha sostenido la coexistencia en algunos casos, del genio y la epilepsia. Dice Bianchi, que de muchos centenares de casos de epilepsia que ha examinado no ha hallado ninguno de inteligencia verdaderamente superior. En cuanto á la voluntad, ya hemos visto que en ella, el poder de inhibición es nulo en el caso de las diferentes impulsiones irresistibles que se implantan en el sujeto epiléptico y que constituyen verdaderos casos patológicos de la voluntad, denominados en conjunto, voliciones neuropáticas correspondientes á la epilepsia.

Estos son los caracteres más salientes que presenta la epilepsia larvada. En algunos casos la reunión de fenómenos que se presentan, son de naturaleza puramente psíquica, en los que el diagnóstico es mucho más difícil. Otras veces el ataque es reemplazado por un sueño, siempre el mismo, tratándose del mismo sujeto, por una excitación mental, una especie de delirio nocturno. Durante el sueño, el enfermo presenta confusión mental y frecuentemente con ideas de persecución: se ve en peligro, próximo á morir y queriendo vender cara su vida, se arma de tal manera que su defensa puede ser dañosa para el que lo rodea; entregándose á toda clase de extravagancias, generalmente peligrosas; luego se duerme profundamente, no conservando ningún recuerdo ó solamente un recuerdo muy rudimentario de todo lo pasado. A veces le sorprende el sueño sin tener tiempo de acostarse, quedándose dormido en cualquier parte. Puede aún el epiléptico presentar verdaderos estados sonambúlicos; levantarse de noche y ejecutar en este estado actos cuyo recuerdo no conserva después.

*Etiología.* — Ante todo y como elemento primordial hay que tener en cuenta la predisposición del individuo á la enfermedad. Entran en juego, sobre todo, las leyes de la herencia directa, bilateral, ho-

móloga y heteróloga (con anterioridad á la gestación); ya se trate de sujetos pertenecientes á antecesores epilépticos ó dentro de una diátesis neuropática. En más de un cuarto de los casos, hay una herencia similar. Muchos parientes de epilépticos presentan diferentes psicosis ó bien han tenido convulsiones infantiles. En favor del origen constitucional de la epilepsia están los estigmas de degeneración que se encuentran en los malcomiciales, y por otra parte la aparición precoz de la enfermedad que en un diez por ciento se establece en los diez primeros años.

La consanguinidad se creyó por mucho tiempo que influía en la producción de los fenómenos epilépticos; pero su importancia por sí misma, ha sido descartada y solo se le atribuye un papel importante cuando los individuos que contraen enlace pertenecen ó entran en las mismas taras ó diátesis hereditarias, lo que puede ocurrir aún cuando ambos contrayentes no pertenezcan á la misma familia. En virtud de la ley de herencia bilateral, en que los caracteres comunes á padre y madre heredarán los hijos, no como la suma, sino como el cubo de ese carácter, es peligroso el enlace de individuos anormales, lo mismo sujetos que pertenezcan á una misma tara hereditaria. La epilepsia es uno de los peligros que entraña el enlace de dos individuos unidos por lazos de consanguinidad.

Después de los trabajos de Voisin, Haig, Teeter, Weler, Agostini, Marinesco, etc., se le ha dado mucha importancia á la hipótesis tóxica de la epilepsia. Hay que establecer, sin embargo, que esta intoxicación no es específica, sino que un gran número de agentes tóxicos producen los mismos resultados. Mientras que para Voisin, Herter, Massalongo, Cristian, Agostini, la intoxicación es producida por toxinas que se forman en el tubo gastro-intestinal; Haig opina que se debe á acumulación de ácido úrico en la sangre; otros creen que provienen de toxinas, producto de enfermedades infecciosas, y otros, en fin, como Feré, Roubinorvitch, atribuyen al alcohol. Charcot y Magnan consideran como el más importante factor el abuso del alcohol. Las intoxicaciones saturnina, diabética y sifilítica son causas también que originan la epilepsia. La intoxicación alcohólica es la que tiene más importancia sobre todo en lo que se refiere á la herencia. Generalmente los atacados de delirio alcohólico engendran hijos epilépticos. Se citan más de un cuarto de los casos en que su causa es el alcoholismo de los padres. El abuso de bebidas puede predisponer á la epilepsia, producir accidentes comiciales, pero sobre todo, ataques convulsivos.

Dice el doctor Dufour que es de notar, que un tercio de niños de alcohólicos y un medio de epilépticos tienen ataques convulsivos.

Los traumatismos cerebrales conducen también á la epilepsia cuando determinan alteraciones en la estructura fina del cerebro. Estas alteraciones pueden ser producidas también por el alcohol ó la infección sifilítica, encontrándose en este último caso la mayoría de los epilépticos cuya enfermedad se declara en edad madura. Sin quitar el valor etiológico á las intoxicaciones, es de notar que hay que darle la mayor importancia á la herencia psicopática. La edad en que se presenta esta afección es muy variable aunque con más

frecuencia, se observa en la pubertad, sobre todo en los predispuestos por taras alcohólicas, en los que tiene su eclosión en el período púber; pero antes, en la infancia, se han presentado convulsiones. Otras veces se observa desde el nacimiento, tal ocurre con el tic de Salaam cuya característica son los movimientos de cabeza hacia adelante.

Ninguna edad está exenta de la epilepsia, pues ella puede adquirirse en el trascurso de toda la vida y aún en la vejez. El sexo más predispuesto es el femenino; es una de las pocas enfermedades nerviosas que causa mayores estragos en la mujer. Generalmente las afecciones suelen atacar con predilección al sexo masculino, y se explica esto si se tiene en cuenta que la mujer lleva una vida más temperante. Los abusos, los desórdenes, son los que originan enfermedades infecciosas que, obrando como agentes tóxicos, ocasionan trastornos que predisponen al hombre á la mayor parte de las afecciones mentales, por debilitamiento del organismo y atacando la textura íntima del elemento nervioso.

*Anatomía patológica.*—La anatomía patológica de la epilepsia es aún muy oscura á pesar de que se han constatado algunas lesiones coexistentes con ella. En la epilepsia esencial, ha encontrado Wildermuth, lesiones circunscriptas, cicatrices polio-encefálicas, en un trece con tres por ciento de casos. Weber ha hallado hemorragias y edemas cerebrales en enfermos muertos durante el ataque comicial ó estado crepuscular de la conciencia. El mismo autor ha observado en epilépticos muertos poco tiempo después de crisis repetidas, una proliferación de la neuroglia con numerosas células de forma de araña, así como también un espesamiento de las paredes vasculares. En los casos de demencia epiléptica, ha constatado una fuerte proliferación neuróglia con formación fibrosa abundante, así como un espesamiento de las paredes vasculares y la desaparición de células nobles.

Después del estudio de Meynert se ha dado gran importancia á la esclerosis del cuerno de Ammon. Borosdin, Rosenstein y Sjubimow, en un estudio efectuado, han encontrado en nueve casos de epilepsia, importantes lesiones del cuerno de Ammon: degeneración de las células, atrofia de los elementos de asociación, degeneración de los vasos, etc. Chaslin encontró una variedad de esclerosis cerebral heredada, primitiva, constitucional, en las células nerviosas más ó menos alteradas; fibrillas de neuroglia que aumentaban en partes del cerebro hasta formar haces de neuroglia con un gran número de células neuróglia; disminución de capilares y aún algunos obliterados, lo que también ha sido comprobado por Feré, Marinisco, etc. Este último, por medio de inyecciones de extracto de agenjo, llegó á determinar en un conejo, alteraciones celulares y de los vasos. Con el método de Serieux, Marchi y Marinisco se ha hallado la degeneración de la mielina de las fibras. Con métodos recientes de coloración, se ha observado la disolución cromática; muy manifiesta, de las células piramidales, desalojo de sus núcleos hacia afuera, degeneración del núcleo, etc. Alzheimer ha encontrado alteraciones en las fibras tangenciales.

En un caso de muerte producida en el estado epiléptico, durante un gran ataque convulsivo, se ha observado una viva congestión meníngea y de la corteza cerebral; puntos sanguíneos en diversas partes del cerebro, más aún en la substancia gris y edema cerebral. Las observaciones bacteriológicas han puesto en evidencia la existencia del bacilo de la difteria, del estafilococo, etc. También se encuentra volumen exagerado del cerebro, macrocefalia; microgiria, microencefalia, sobre todo esta última, muy común en los casos en que se presenta la epilepsia unida al idiotismo de tercer grado. Esta sería la comprobación de que tanto el idiotismo como la epilepsia no son enfermedades en sí, sino síndromas de enfermedades, pues cuando se encuentran unidos no se sabe entre que grupo clasificar al enfermo. La epilepsia pues, no es una entidad perfectamente reconocida, en el concepto de la anatomía patológica.

Otros autores han encontrado entre las diversas lesiones de las células nerviosas, la absorción del cuerpo celular por las células de la neuroglia que se introducen en él. La disposición de las diversas capas de la corteza suele también estar alterada. Las meningo-encefalitis lentas que pueden ser de origen sifilítico, encuadrarían bien para los epilépticos cuya gravedad se va acentuando progresivamente hasta llegar al estado de mal. En algunos casos se ha constatado el engrosamiento del timo. Bratz ha encontrado en un cincuenta por ciento de epilépticos, lesiones esclerosas, atrofia y pigmentación celular.

*Pronóstico.*—El pronóstico depende de la forma en que el ataque epiléptico se efectúa. Se le da menos importancia á la afección, cuando no hay convulsiones ó éstas son raras, es decir, cuando la epilepsia no se desenvuelve con todos los caracteres sintomáticos, siendo muy frecuentes las formas más ó menos benignas, que ceden al tratamiento, y que no alteran notablemente el carácter. Menos frecuentes y poco remediabiles son los casos en que la convulsión más ó menos intensa se repite á breves intervalos y determinan el estado de mal. Pero es frecuente el caso de psicosis epilépticas que no se repiten aún cuando las convulsiones se sucedan con cierta frecuencia. La epilepsia de la infancia es la que ha resistido triunfalmente al tratamiento médico; afección gravísima, tanto más cuanto que existan en el niño residuos de una afección cerebral infantil, como atrofia lobular, microftalmía, etc. La psicosis epiléptica que se repite es grave y es también la que más ataca á la inteligencia. La demencia epiléptica reporta un grave pronóstico, sobre todo si los accidentes comiciales y en particular los ataques convulsivos, comienzan en la infancia y si estas últimas son muy frecuentes, violentas y proceden por series.

Aún cuando la epilepsia debute en la edad adulta, puede declararse la demencia y hacer rápidos progresos. La duración media de la vida del epiléptico es de veinticinco años. Después de las experiencias de Wildermuth, se cree en que el cincuenta por ciento de los casos, la muerte del epiléptico es ocasionada por asfixia.

*Teorías.*—Dos son las teorías que se han emitido acerca de la naturaleza de la epilepsia: la teoría bulbar y la cortical ó cerebral. La primera es la más antigua, y la que suponía en la epilepsia lesiones bulbares que ocasionaban los trastornos inherentes al ataque. Esta teoría se apoyaba en las experiencias de Nothnagel y Marshall; el primero, efectuando un pinchazo en el segmento anterior de la fosa rombóidea, llegó á provocar convulsiones en ciertos animales sometidos á la experimentación. Este otro concepto afirmaba la mencionada teoría: Siendo el bulbo el lugar del entrecruzamiento de los haces de fibras, una lesión en ese lugar determinaría los movimientos clónicos de la epilepsia. Pero hay que tener en cuenta que estos no afectan solamente al cuerpo sino á la cabeza, y de consiguiente, la miosis y la midriasis observadas en el momento del ataque convulsivo, no podrían tener su explicación en una lesión bulbar.

Otros hechos que apoyaban la teoría bulbar son la parálisis casi completa del corazón y pulmón, siendo bulbares sus centros; por otra parte, las alteraciones de la temperatura sobre todo en el mal comicial que alcanza á pasar de los cuarenta y un grados, y teniendo en cuenta que el centro térmico es bulbar, nada más fácil que atribuir á lesiones del bulbo estos trastornos. Sin embargo Kussmaul, por ablaciones efectuadas en la corteza, ha podido provocar el ataque epiléptico bajo diversas formas, en experiencias efectuadas en algunos animales. Hitzig, con Fritsch y Ferrier han arribado á los mismos resultados por medio de excitaciones eléctricas y extirpaciones de diferentes regiones motrices de la corteza. Unversitch considera necesaria la presencia de la corteza cerebral para la formación y el desenvolvimiento del ataque epiléptico, y por último la teoría cortical también puede explicar la naturaleza y forma en que se producen los diversos desórdenes epilépticos. Esta teoría, pues, es la que ha desterrado á la primera.

La acción bulbar se explicaría por la relación que existe entre la corteza y el bulbo, y además que el corazón tiene sus centros autónomos y de consiguiente los fenómenos en él observados durante el ataque epiléptico, afectarían en poco al centro cardíaco bulbar. En la autopsia de ciertos individuos epilépticos se han encontrado fuertes alteraciones difusas de la corteza, alteraciones que se dirigen de la periferia hacia la profundidad del órgano, y que pueden avanzar más ó menos en esa dirección. Los síntomas comiciales de orden motor se explicarían por alteraciones de la región motriz, y más particularmente de la que corresponde á las células de Beetz al nivel de la circunvolución central anterior. Todas las manifestaciones epilépticas, pues, suponen una predisposición ó estado enfermo de ciertas regiones del cerebro. Comprueban una vez más esta teoría las innumerables observaciones anátomo-patológicas de la corteza, sus células, etc., efectuadas por Wildermuth, Weber, Feré, Marinesco y otros.

*Diagnóstico diferencial.*—En presencia de ataques convulsivos y de ausencias, es necesario distinguir la epilepsia verdadera de las manifestaciones epileptiformes sintomáticas. A estas últimas per-

tenecen los ataques convulsivos de origen tóxico, tales como la saturnina, alcohólica, etc., los ataques provocados por lesión orgánica del cerebro y los ataques de epilepsia refleja. Se producen también ataques epileptiformes, convulsiones y vértigos en ciertas enfermedades como la parálisis general, demencia precoz, etc. En el diagnóstico de cólera ó mal humor, de origen comicial, hay que excluir las diversas causas morales susceptibles de provocarla, lo mismo que los estados de depresión largos, observados en la melancolía, locura intermitente, demencia precoz, etc. La perioricidad constituye un elemento de primera importancia para el diagnóstico de accesos de cólera y mal humor, de origen epiléptico. En el diagnóstico diferencial de demencia epiléptica, hay que establecer las particularidades del carácter y eliminar la demencia precoz en que se constata el negativismo, las actitudes amaneradas y tics de ella. Lo mismo con respecto á la imbecilidad é idiotismo congénito.

Los dipsómanos se distinguen de los alcoholistas ordinarios por la perioricidad de su impulso y sus accesos de cólera y de mal humor; por su actitud violenta é insaciable durante el tiempo de la crisis dipsómana. No se confundirá tampoco con el deseo sentido por el paralítico general, demencia precoz, etc., ni ciertos deseos que llevan á excesos cometidos con motivo de un acontecimiento, una fiesta, etc. Muy difícil es la diagnosis de un disturbio psíquico consecutivo á la convulsión epiléptica cuando se inicia la parálisis progresiva, tanto más cuanto en algunos casos la parálisis progresiva va acompañada de accesos epileptiformes que difícilmente pueden distinguirse de la epilepsia común y que preceden meses y aún un año á los fenómenos más notables de las grandes psicosis. Cuando no se hace perfectamente lúcida la inteligencia, o permanece por un cierto tiempo la desigualdad lobular, ó se encuentra suspendido el reflejo patelar, se puede dudar de que el ataque sea epiléptico y de consiguiente, es probable que se trate de un síndrome inicial de la parálisis progresiva. Hay que diferenciar también el gran ataque histérico del gran mal, aunque tienen algunas semejanzas. En ambos, hay caídas, heridas y espuma en la boca; pero el período clínico del histérico es completamente desordenado y casi siempre termina en actitudes pasionales. Es muy común en estos casos el arco histérico que consiste en que el paciente tome una posición arqueada de todo su cuerpo. En el histérico, además, se observa la falta de reflejo anal y de consiguiente, durante el ataque el enfermo defeca involuntariamente. En cuanto al ataque epiléptico, se distingue sobre todo, por la perioricidad. Además hay miosis y midriasis.

Hay que distinguir también el vértigo epiléptico del vértigo auditivo. En el primero hay plena inconsciencia; no hay conciencia del momento en que se va á producir, no hay sordera. En el segundo hay conciencia y se produce la sordera. En el vértigo neurasténico, de origen gástrico, no hay tampoco pérdida de la conciencia la duración es mucho mayor y además el neurasténico gástrico, tiene conciencia de la sensación del vértigo. Puede también confundirse

con las caídas en los casos de esclorosis lateral amiotrófica de los tabéticos, pero en este caso hay abolición del reflejo rotuliano, atrofia muscular, dolores fulgurantes, etc.

*Tratamiento.*—Del punto de vista de la profilaxis el primer deber del clínico es abstener absolutamente del alcohol á los niños que traigan consigo herencia mórbida. En los dipsómanos y en el debut de una crisis de cólera ó mal humor epiléptico, es necesario ejercer vigilancia sobre el enfermo, darle un poco de bromuro, opio, y si es posible transportarlo rápidamente á un establecimiento donde puede someterse á tratamiento apropiado; se les ha de abstener también asolutamente de alcohol. Es necesario además la desinfección del tubo digestivo lo más pronto posible con abundantes lavajes; suministrarle la dieta láctea.

La cura bromúrica es la más segura de todas; sin embargo algunos autores presentan otros medio como Flechsig. J. Leubuscher creyó útil este procedimiento modificado: durante seis semanas, suministrar al enfermo opio á dosis crecientes, después el bromuro bajo la forma de bromurina con un diez por ciento de bromo con sesamol. El método de Bechterew en algunos casos es muy eficaz, sobre todo cuando existe una condición neurasténica del corazón. En otros casos la unión del bromuro con el salicilato de soda en la proporción de un gramo y medio ó dos de salicilato con tres á cinco de bromuro cada veinte y cuatro horas. Otros, y entre ellos Amedei, atribuyen un gran valor terapéutico á la antipirina. Smith ha usado el bromuro de estroncio en la locura epiléptica en dosis mayores que el bromuro de potasio.

La dosis de bromuro varía según los diversos casos. Cierito es que en el joven y el adulto se puede considerar como mínima tres gramos diarios y se puede elevar la dosis hasta diez gramos, según el resultado y lo que tolere el enfermo. Hay algunos individuos que soportan altas dosis de bromuro. La declorurización de los alimentos no ha señalado un verdadero progreso en la terapéutica epiléptica según Toulouse. El nitrato de plata, el arsénico y especialmente el fósforo son usados con este propósito. Cuando la epilepsia es producto de traumatismo que ocasiona compresiones ú otras alteraciones que son las causas inmediatas de la enfermedad ó de los accesos, se hace necesaria la intervención quirúrgica para extirpar la causa que produce el fenómeno, como los tumores, espesamiento de las membrana, etc. En estos últimos tiempos Ceni efectuando inyecciones de suero epiléptico en otros enfermos epilépticos, en algunos casos le ha dado resultados terapéuticos eficaces. Otras veces se agravaban los síntomas, pero más frecuentemente los accesos disminuían de frecuencia é intensidad, ó desaparecían totalmente. Solo en pocos casos acarreaban efectos tóxicos. Según Ceni el suero de la sangre de los epilépticos contiene sustancias tóxicas y estimulantes benéficos. El hecho no está aún bien confirmado. Bajo el punto de vista médico legal, es la afección que ofrece mayor interés. Muchos crímenes son cometidos por malcomiciales: robos, estafas, fracturas, actos de violencia, atentados al pudor, incendios, homicidios feroces. A menudo es difícil determinar

el estado mental del delincuente en el momento de la ejecución del acto criminal. En el estado crepuscular de la conciencia, delirio ú otra manifestación psíquica análoga, la apreciación es más simple sobre todo en los casos de delitos cometidos inmediatamente antes ó después del ataque convulsivo. Es mucho más difícil la apreciación legal cuando el acto criminal es cometido durante un acceso de automatismo ambulatorio ó de fuga, una crisis de agitación, un estado de embriaguez patológica, un acceso de cólera ó mal humor comicial. Estos casos no están bien estudiados aún. El epiléptico puede ejecutar mientras duren estos estados, actos como cálculo, escritura, música, sin conservar un instante después el menor recuerdo de los mismos.

En los casos de automatismo ambulatorio, en que el sujeto viaja durante varios días, ejecuta todas las necesidades diarias como si estuviera en plena conciencia; es por esto que algunos rehusan el declarar irresponsables á los delincuentes en estos casos. Es necesario examinar pacientemente los síntomas convenientes constatados y comparar con los estados anormales de la conciencia que han sido observados en los citados sujetos. La espontaneidad de un acto, su ejecución brusca, automática, la amnesia consecutiva completa ó particular, son en el epiléptico síndromas que justifican un estado patológico. Muchas veces hay que observar al delincuente durante un período largo para poder establecer el diagnóstico epiléptico. Si los síntomas observados indican una crisis comicial motriz ó psíquica sobrevenida en el momento preciso en que el acto ha sido cometido, debe declararse irresponsable al individuo. Cuando los sujetos que tienen accesos convulsivos y otros accidentes periódicos, son responsables, si han ejecutado el delito en los intervalos de los accesos, lo que es muy difícil de constatar. La existencia de un carácter epiléptico no puede ser considerada como una circunstancia atenuante puesto que puede cometerse el delito, como antes he mencionado, en los intervalos de los accesos.

Con lo que antecede, pues, se pone una vez más en evidencia, el concepto de que, se requiere un prolijo examen del criminal, que generalmente es un enfermo que debe caer bajo el dominio médico y por consiguiente los códigos penales deben reformarse según este concepto.

MARCELIANA P. ASTELARRA.