UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

APUNTES CLINICOS
SOBRE LA EPILEPSIA

TÉSIS
PARA OPTAR EL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

POR

LUIS Mª SARAVIA

Farmacéutico, ex-Practicante Mayor interno (por concurso) del Hospital San Roque
en su servicio de Enfermedades nerviosas.

BUENOS AIRES

Litografia, Imprenta y Encuadernacion de G. Kraft, Reconquista 92

1885

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

APUNTES CLINICOS

SOBRE LA EPILEPSIA

TÉSIS

PARA OPTAR EL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

POR

LUIS Mª SARAVIA

Farmacéutico, ex-Practicante Mayor interno (por concurso) del Hospital San Roque

en su servicio de Enfermedades nerviosas.

BUENOS AIRES

Litografia, Imprenta y Encuadernacion de G. Kraft, Reconquista 92

1885

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica	*Dr. D. M. Gonzalez Catan*
Histología y Anatomía Patológica	" " *Francisco Tamini*
Fisiología general y humana	" " *J. M. Astigueta*
Patología general y ejercicios clínicos	" " *José T. Baca*
Materia Médica y Terapéutica	" " *Pedro A. Mattos*
Higiene pública y privada	" " *Antonio F. Crespo*
Patología Externa	" " *L. Montes de Oca*
Medicina operatoria	" " *Bartolomé Novaro*
Enfermedades de mujeres y clínicas respectivas	" " *Jacob T. Pintos*
Patología interna	" " *Manuel Arauz*
Clínica Quirúrgica	" " *Ignacio Pirovano*
Oftalmología y Clínica respectiva	" " *Cleto Aguirre*
Enfermedades de niños y clínicas respectivas	" " *Manuel Blancas*
Clínica médica	" " *Manuel P. de Peralta*
Medicina Legal y Toxicología	" " *Eduardo Wilde*
Obstetricia y Clínica respectiva	" " *Pedro A. Pardo*
Farmacia y práctica farmacéutica	" " *Martin Spuch*
Química farmacéutica	" " *Domingo Parodi*

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica	*Dr. D. Juan J. Naon*
Histología y Anatomía Patológica	Vacante
Fisiología general y humana	" " *Cárlos Villar* (en ejercicio)
Patología general y ejercicios clínicos	*Dres. Claudio Benitez y Roberto Wernike*
Materia Médica y Terapéutica	" *E. del Arca y Justo Ledesma*
Higiene pública y privada	" *Meliton G. del Solar y José M. Ramos Mejía*
Patología externa	Vacante
Medicina operatoria	*Dr. D. Julian Aguilar*
Patología interna	*Dres. José Penna é Inocencio Torino*
Clínica Quirúrgica	Vacante
Oftalmología y clínica respectiva	" *Pedro Lagleyze y Eduardo Obejero*
Clínica Médica	" *Eufemio Uballes y Juan B. Gil*
Medicina Legal y Toxicología	" *M. Blancas y Eduardo Perez* (en ejercicio)
Osbtetricia y clínica respectiva	" *J. R. Fernandez y Luis F. Vila*
Farmacia y práctica farmacéutica	*Dr. D. Atanasio Quiroga*
Química farmaceutica	" " *Miguel Puigari* (en ejercicio)
Enfermedades de niños y su clínica	*Dres. Facundo Larguia y Antonio Piñero*
Enfermedades de mujeres y su clinica	Vacante

DISECTORES

DON ANDRÉS F. LLOBET, DON ALEJANDRO CASTRO
Y DOCTOR DON JUVENCIO Z. ARCE

PRESIDENTE DE TÉSIS

DOCTOR DON CLETO AGUIRRE

A mi querida Madre

Á MI MADRINA

LA

Sra. Dña. Juana Mons

GRATITUD

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DÉCANO	Dr. Dn.	PEDRO A. PARDO
ACADÉMICOS	„	„ NICANOR ALBARELLOS
	„	„ MANUEL PORCEL DE PERALTA
	„	„ MAURICIO GONZALES CATAN
	„	„ CLETO AGUIRRE
	„	„ PEDRO A. PARDO
	„	„ MANUEL ARAUZ
	„	„ LEOPOLDO MONTES DE OCA
	„	„ EDUARDO WILDE
	„	„ PEDRO A. MATTOS
	„	„ JOSÉ T. BACA
	„	„ DOMINGO PARODI
	„	„ RAFAEL HERRERA VEGAS
	»	„ IGNACIO PIROVANO
	„	„ PEDRO MALLO
	„	„ GUILLERMO RAWSON
	„	„ MARTIN SPUCH
	„	„ FRANCISCO A. TAMINI
	„	„ JOSÉ M. ASTIGUETA
	„	„ JACOB DE TEZANOS PINTOS
	„	„ MANUEL BLANCAS
	„	„ ANTONIO F. CRESPO
	„	„ BARTOLOMÉ NOVARO
SECRETARIO	„	„ LUIS DE LA CÁRCOVA

A los Dotores

José M. Ramos Megia

Enrique R. Revilla

y

Angel F. Villa

Sres. Acadêmicos.

Señor Presidente.

La última leccion que nos exigis antes de permitirnos abandonar las aulas de la Escuela Médica, honrados ya con el título de Doctor en Medicina y Cirugía, está terminada; imponeos de ella, y si merece vuestra aprobacion, habré llenado mis aspiraciones del presente.

Como Practicante Mayor del Hospital San Roque, en su sala de enfermedades nerviosas y en el consultorio esterno anexo á ella, á cargo ambos del ilustrado Dr. D. José Maria Ramos Mejía, —mi maestro en enfermedades nerviosas, —he sido sorprendido mas de una vez por la sintomatología tan variada que presenta una sola enfermedad: la epilepsia.

Conocída de todos en su forma franea, modificada hasta lo infinito en sus formas anómalas, he creido digno de presentaros como trabajo inaugural. varias historias de epilepticos. Sin atreverme aun á sacar deducciones ni formular conclusiones prematuras, para las cuales mi preparacion é inteligencia son deficientes, me limito simplemente á esponeros los síntomas que he recogido á la cabecera del enfermo, ese gabinete del médico que aspira à llenar con conciencia la mision que le está confiada.

No he querido presentaros una esposicion didáctica de la epilepsia, por temor de recorrer el eamino trillado de las copias usuales mas ó menos desfiguradas en la forma, de autores conocidos.

Tampoco pretenderé esplicar la patogenia de todos los fenómenos observados en los desgraciados neurópatas que ocupan nuestra atencion, pues el misterio rodeará aun por mucho tiempo la mecánica íntima de ese trabajo que se pasa en la célula nerviosa antes de traducirse en acto, la manera cómo las acciones físicas ó psíquicas actúan sobre estos elementos en su funcionamiento fisiológico, ó cuando obran bajo la presion de estados morbosos determinados.

La Epilepsia y la Histeria, entidades patológicas "que se hacen manifiestas tan solo por el trastorno funcional que producen y que le ha valido el nombre de enfermedades funcionales" (1), suelen revestir á vecés caractéres clínicos tan semejantes, que hacen difícil, sinó imposible, su diagnóstico; y es esta dificultad para poder señalar el límite donde termina una y principia otra, que ha engendrado la Histero-Epilepsia, tipo híbrido donde se encuentran confundidos síntomas de una y otra entidad, ó que aparecen sucesivamente en un solo y mismo ataque, con ó sin intérvalo de reposo en su transicion.

Y muchas mayores dificultades hallaremos si profundizando el estudio de la epilepsia, entramos en la nueva corriente de ideas, abierta por el espíritu sagaz de Charcot, Bourneville y Regnard, que han dirigido su aten-

(1) W. R. Gowers — L'Epilepsie.

eion á las formas anómalas de epilepsia parcial, con sus variedades: *hemiplégica*, *tónica* y *vibratoria*, cuya descripcion mas acabada se debe á Hughlings Jackson, por lo que hoy lleva su nombre.

No mencionaré tampoco los ataques epilepticos, manifestaciones esternas de lesiones materiales que tienen su asiento en el sistema cerebro espinal ú otro, ni los que son el resultado de la accion prolongada de varios agentes que como el alcohol, el plomo, la sífilis, etc., actúan ya violenta ya paulatinamente sobre el organismo, modificando la vida de los órganos; ni de los que como la escarlatina actúan rápidamente cobre el sistema nervioso, por accion propia, sin albuminuria preexistente.

Refiero solo la historia de casos de Epilepsia idiopática en sus formas francas, con sus accesos completos, y varios de epilepsia anómala cuyos accesos mas ó menos completos recorren solamente alguna de sus faces, como el caso de *epilepsia cursiva de Bootius*, el de Epilepsia Jacksoniana y otras, que, si bien de forma franca, han trastornado á la larga los centros psíquicos ya dé una manera pasagera, ya durable Individuos en quienes se ha apagado para siempre la luz del raciocinio, transformando en pocos instantes á seres poco tiempo atrás útiles á la familia y á la sociedad, en desgraciados dementes, robados á los goces del tierno afecto de los suyos y condenados á vivir siempre sugetos á la indigna *impulsion* que los hace retroceder hasta las fieras.

Agrego además á estas observaciones, algunas consideraciones sobre los Bromiofagos ó Bromiomanos, pá-

ginas tomadas de una pequeña monografía, inédita aun, con que el distinguido autor de las "Neurosis de nuestros hombres célebres", aumentará el catálogo de la literatura médica argentina.

Hacer un estudio profundo de los casos observados, que son muchos y variadísimos, seria imposible, porque la brevedad del tiempo no me lo permite, pero otros mejor preparados encontrarán y sacarán provecho de estas observaciones á cuyo estudio habré contribuido, dándoles á conocer casos cuyo destino quizás seria pasar desconocidos de quienes pueden aprovecharlos.

I

La Epilepsia, "afeccion nerviosa, crónica apirética, manifestándose por accesos intermitentes, caracterizados, por pérdida súbita del conocimiento, convulsiones tónicas y clónicas, dificultad en la respiracion (gran mal) ó por vértigos de duracion mas ó menos larga" (1) puede ser idiopática ó sintomática, susceptible de trasmitirse por herencia, (aun cuando la afeccion de los generadores no sea precisamente la epilepsia, sinó cualesquier otra enfermedad nerviosa) el máximum de frecuencia de su aparicion está entre los 14 y los 20 años, (2) atacando casi en igual proporcion á los dos sexos; su aparicion es provocada unas veces, por emociones morales vivas, sobre todo el terror; los traumatismos, enfermedades

(1) Litré & Robin—Diccionario de Medicina.

(2) La época de aparicion mas frecuente es en los primeros 30 años y entre ellos de los 14 á los 20—segun Gowers, Hasse, &.

agudas como la escarlatina, sarampion, los escesos de todo género, (aun cuando muchos rechazan los escesos alcohólicos como causa determinante) ó enfermedades como la sífilis; apareciendo otras, sin causa determinante manifiesta y por el solo hecho de la predisposicion sorprendiendo al paciente en medio de la salud mas completa.

Los ataques que caracterizan la epilepsia se dividen en *crísis mayores* ó *gran mal*, *crísis menores ó pequeño mal*, y segun que afecten la totalidad ó parte del sistema muscular, tendremos la epilepsia total ó parcial.

Ahora bien, los ataques pueden anunciarse por ciertos trastornos que por su constancia, se les ha denominado síntomas precursores, y segun precedan mas ó menos la aparicion del ataque son *mediatas*, como "trastornos de las facultades intelectuales variables entre el trastorno de la embriaguez ó la alienacion mental, modificaciones del carácter, modificaciones de las facultades sensoriales, etc,. fenómenos simpáticos despertados en diversos órganos por el cerebro, como si pareciendo presentir la causa que debe atacarlo, se conmoviera anteriormente, manifestándose así idiosincrásicamente dispuesto á recibir su impresion" (1) y síntomas *inmediatos* ó *auras*, que muchos autores eonsiderən como parte integrante del ataque, y que otros creen son solo, manifestaciones motrices sensitivas ó psiquicas que preceden de un tiempo apenas apreciable el principio del ataque, y de las que algunos autores han formado 7 grupos segun el sitio de su pro-

(1) Billot Sintomatologia de l'epilepsie.

duccion: 1^0 Auras unilaterales—2^0 generales—3^0 que se refieren á ciertos órganos—4^0 el vértigo—5^0 auras cefálicas—6^0 áuras psiquicas—7^0 áuras de los sentidos especiales (1).

Preceda ó nó el aura al ataque de gran mal, éste se manifiesta por la pérdida del conocimiento, el grito epileptico, la caida, el espasmo tónico determinando por regla general una contorcion violenta de la cabeza, la cara y los miembros al que sucede el espasmo clónico, tras del cual aparece el collapsus general que termina el acceso. Es durante el periodo de las convulsiones tónicas que la cara pálida al principio se cianosa, y las pupilas estrechadas algunas veces tambien se dilatan.

Pero muchas veces alguuas de estas faces pueden faltar: el grito inicial, si bien con raras escepciones, falta algunas veces, y sus carácteres son variables; no se conocen ejemplos de que haya faltado la pérdida del conocimiento.

El espasmo tónico da á los miembros las posiciones mas diversas, generalmente los brazos estan doblados por el codo, los dedos de la mano en flexion, el pulgar e abduccion, al paso que los miembros inferiores están en la estension; sin embargo, estas posiciones pueden variar haciéndoles tomar otras, y la energia de la contraccion puede ser tál que se refieren casos de luxacion del hombro producida durante este periodo.

En cuanto á las convulsiones clónicas ó bien suceden gradualmente al periodo anterior, sirviendo de transicion un especie de temblor primero, cuyas sacudidas rápidas

(1) Gowers—L'Epilepsie.

y delicadas van haciéndose mas lentas en producirse, ó bien pasan de golpe, del estado de rigidez al de contracciones saccadeas, cuyos intérvalos son proporcionados en duracion á la energía de la convulsion, para ir poco á poco haciéndose mas tardias las sacudidas hasta cesar completamente.

Como el grito, los espasmos tónicos pueden no aparecer, iniciándose bruscamente el ataque en su periodo de espasmo clónico, ó por el contrario, aparecer solo la rigidez, ó cambiar su órden ordinario de aparicion, ó coexistir en regiones distintas del indivíduo.

Muchas veces tambien el espasmo clónico se manifiesta solamente por movimientos vibratorios ó de oscilaciones, sin desplazamiento brusco de los miembros atacados.

Advertidos los pacientes por los síntomas precursores, pueden muchas veces detener la produccion del ataque, ya por medio de ligaduras, cuando el aura partiendo de la mano se propaga al brazo, ya exagerando la posicion tomada por el punto en que se origina, siempre que revista la forma de un espasmo; ya por inhalaciones de amoniaco ó de nitrato de amilo. fricciones á los miembros, etc.

El acceso termina algunas veces por un estado de collapso, y sueño que puede durar desde 15 minutos hasta muchas horas, despertando de él acometidos de cefalalgia, con sensacion de peso á la nuca y á la frente, ó bien con parálisis, generalmente unilaterales y cuyo grado varía, desde la parecia muscular pasagera

de una duracion de varios dias, hasta las paralisis completas y duraderas.

No se ha notado nunca elevacion febril de la temperatura despues de la crísis, ni vómitos, ni alteraciones de la orina, y si alguna vez se ha podido comprobar la presencia de la albumina, ha sido únicamente en las primeras orinas escretadas.

Estravasaciones sanguíneas subconjuntivales y del tejido celular, así como hemorragias cerebrales, modificaciones del carácter que puede volverse taciturno, inquieto, y alteraciones en las facultades intelectuales, sin hablar de la locura con tendencia al suicidio é impulsiones homicidas y por último la muerte, cuando los accesos repitiéndose de una manera paroxística, se presentan con una frecuencia exagerada, que llega hasta producir la paralisis del bulbo y la asfixia consecutiva; figuran entre las consecuencias frecuentes de semejante afeccion.

Pero al lado de estos accesos completos y característicos de la Epilepsia, aparecen los de forma incompleta ó *pequeño mal*, y los que se ocultan bajo formas distintas simulando otras afecciones, por cuya razon se le llama de *forma larvada*, pudiendo presentarse durante mucho tiempo como única manifestacion de esta neurosis, ó como síntomas precursores del *gran mal.*

En estas formas, con ó sin *aura*, el paciente se halla acometido de trastornos de corta duracion, limitados á la esfera de las funciones cerebrales, con ó sin trastornos de la motilidad, y estas sensaciones anómalas se traducen generalmente por *vértigos*, *ausencia*, *conmociones fibrilares de los músculos*, etc., y durante los

cuales la conciencia puede no faltar completamente, hallándose solo modificada en cierto grado.

Gowers y Jackson aceptan numerosas formas de accesos incompletos, tales como sensacion de aturdimiento, de vértigo, de desfallecimiento, pertubaciones visuales, como aparicion de luces, variables en su coloracion, contracciones fibrilares de los músculos, sensaciones pervertidas, como debilidad de los miembros, espasmo glótico, trastornos pasageros de la inervacion vaso-motriz, manifestándose por los cambios bruscos de coloracion del rostro, muchas veces el grito inicial únicamente, fenómenos inconscientes qne pasan desapercibidos por el enfermo, el cual vuelve á seguir las ocupaciones interrumpidas, sin conservar recuerdos de los trastornos de que ha sido víctima.

Otras veces sucede á estos accesos incompletos un estado de sopor ó de embrutecimiento que puede prolongarse por algunas horas, así como tambien se desarrollan ciertos actos inconscientes englobados bajo el nombre de *Automatismo*, entre los cuales uno de los mas frecuentes es "la tendencia á desnudarse y tratar de meterse ã la cama", (1), ó el referido por Valleis, cuando describe el acceso de un guia de profesion que despues de cada ataque recorria varias calles de Lóndres, regresando á su domicilio sin darse cuenta del acto producido; lo mismo que los sonámbulos, que nos sorprenden con sus ocupaciones intempestivas y no guardando al despertar ni el menor recuerdo de sus acciones.

Y á la par de estos trastornos pasageros, suelen apa-

(1) Gowerl, l'Epilepsie.

recer otros permanentes, como perturbaicones nerviosas de formas paroxísticas, caracterizadas por un estado de incoherencia en las ideas, con alucinaciones que los conducen muchas veces á ejercer actos de violencia, y en el intérvalo de los cuales se nota una depresion de las facultades intelectuales, con pérdida de la memoria, etc., ó bien diversas formas de mania, principalmente la lipemania y las impulsiones.

Sea cualesquiera la manera de invasion de la Epilepsia producido el primer ataque, su repeticion no se hará esperar, y el espaeio que media entre el 1° y 2° ataque varía para las $^2/_3$ partes entre mas de una semana y menos de un año, disminuyendo este intérvalo para los ataques sucesivos, que pueden manifestarse diariamente ó dejar pasar entre uno y otro un espacio de menos de 1 mes en un 80 $^0/_0$, y ámás de los ataques diarios pueden aparecer 10 y 20 ataques en las 24 horas, sumergiendo ó nó al enfermo en el *estado de mal epileptico* descrito por Bourneville, es decir, un estado comatoso que separa los accesos, y durante el cual el pulso y la respiracion están acelerados, la temperatura á 41° centg., y que puede terminar por hemiplegia, meningitis y la muerte en un estado de collapsus ó por lesiones cerebrales.

Felizmente estos casos son raros y sumamente escepcionales.

Clasificada y colocada entre las neurosis las teorías que hacen derivar esta afeccion de una perturbacion vaso-motriz, cerebral, bulbar ó espinal, ó los que la refieren á una ruptura del equilibrio de la energía celu-

lar nerviosa, carecen de esperieneias anátomo-patológicas, suficientes que apoyen tales conclusiones

El ataque epiléptico completo es característico de esta afeccion, y solo los accesos incompletos podrán algunas veces hacer difícil el diagnóstico, pero examinando bien la manera de producirse, los prodromos, el tiempo de su duracion y los trastornos consecutivos se puede llegar á diferenciarle del síncope y del vértigo, aun cuando este último sea la espresion de la *enfermedad de Metiere*.

Las causas, los síntomas precursores, el principio súbito con pérdida del conocimiento, palidez del rostro, el grito al principio del ataque, la mordedura de la lengua, la incontinencia de orina y materias fecales, la duracion del acceso, el modo de terminacion, asi como la sucesion y falta de coordinacion de las convulsiones la diferenciarán de la Histeria, siempre que el ataque se manifieste con este cuadro sintomatológico, mas teórico que práctico. Pero en las formas incompletas ó *pequeño mal* cuando aparece con todas sus anomalías de principio, forma, duracion y terminacion, entonces solo los antecedentes podrán darnos la llave del diagnóstico y ¿cuantas veces en la práctica de los Hospitales nos encontramos con individuos incapaces aun de decirnos la edad que tienen, y mucho menos de ilustrarnos sobre sus antecedentes?

Quizás en medio de estas circunstancias, reunidas por la fatalidad, para oscurecer y mas un caso de suyo difícil, es donde fué concebida la Histero-Epilepsia que mas tarde han ilustrado con su ciencia Charcot, Ga-

vaers, Bourneville, etc., pero de cuyo camino quedan aun largas jornadas por recorrer. Salvadas estas dificultades debemos tratar de indagar si el acceso convulsivo es la manifestacion de una epilépsia idiopática, ó es sintomática de una irritacion refleja, de una toxemia ó de una lesion cerebral aguda ó crónica.

En la primera infancia, en la época de la primera denticion, cuando junto á las lesiones que indican el raquitismo, la aparicion de los dientes está retardada, el tratamiento, provocando la desaparicion de los fenómenos raquíticos, y la aparicion de los dientes ha tenido lugar, sin estas circunstancias los accesos convulsivos anteriores desaparecieran, el diagnóstico podría formularse; pero ¿quien podrá asegurarnos que la epilépsia no aparecerá de nuevo en la época de la 2ª denticion ó de la pubertad, tanto mas cuanto que las convulsiones que aparecen en esta edad y dependientes de las mismas causas, crean un estado especial de receptividad y predisposicion á la aparicion de la epilépsia en esa época de la vida?

Los vermes intestinales y los trastornos digestivos producen tambien fenómenos convulsivos, pero aquí el diagnóstico es fácil y si la duda existiera, un tratamiento bien instituido nos aclararía en poco tiempo este enigma patológico.

En cuanto á las convulsiones del alcoholismo crónico, de la albuminuría, de la uremia y del saturnismo, la nocion etiológico y el exámen de los diversos aparatos orgánicos nos revelarán bien pronto la naturaleza del ataque convulsivo.

¿Responde acaso á una lesion cerebral? La manera localizarse, como principia se desarrolla y termina el acceso, la falta de fiebre, las alteraciones del fondo del ojo asi como la sífilis preexistente y otros síntomas que podemos observar, nos darán el diagnóstico diferencial de la lesion á que responde

Sumamente raros son los casos de muerte debida únicamente á la violencia del ataque, ó al ***estado de mal epiléptico***, son mas frecuentes las terminaciones fatales producidas por accidentes como quemaduras, inmersion, caidas, etc.

Pero si el peligro para la vida no es inminente, ¿que pronóstico formularemos respecto á la curabilidad de esta dolencia, ya sea espontánea ó producida por un tratamiento?

Los casos de curacion espontánea de la epilépsia necesitan comprobarse por mas que Herpin y Gowers indiquen algunas curaciones, despues de haber pasado el paciente á la edad de los veinte años.

En cuanto á los resultados obtenidos con el auxilio de la medicacion, son mas positivos, hace retardar la proximidad de los accesos, y disminuir su intensidad, principalmente cuando data de menos de un año, cuando los ataques se repiten en intérvalos bastante largos y cuando los accesos corresponden á los del gran mal.

Y entre las medicaciones usadas hay los Bromuros de amonio de potasio, de sodio, las sales de Zinc, la picrotoxina recientemente empleada por Dujardin, Beaumetz, y tras de ésta un gran número de medicamentos- tanto minerales como vegetales constituyen por órden

de enumeracion los medios mas activos de que disponemos para luchar contra tan terrible mal, y si la curacion radical se hace esperar aún, por lo menos se obtiene mejorías bastantes considerables, para consolar al paciente con la esperanza de haberse librado para siempre de su dolencia.

Pero esta medicacion indicada, es la que se usa fuera del periodo del acceso, contra el acceso mismo, se han dirigido varios métodos de tratamiento, como la ligadura del miembro ó una aplicacion cáustica circular, cuando el aura toma su orígen en alguna de las extremidades, y este tratamiento consigue á veces detener el acceso á producirse.

Durante el acceso se ha tratado de abreviarlo ó suspenderlo por los estimulantes, principalmente el amoniaco y el nitrato de Amilo, pero el éxito no ha correspondido á las esperanzas en ellos cifradas.

Dadas estas ligeras consideraciones sobre la Epilépsia pasaré á mostraros las ohservaciones prácticas de epilépticos, y los resultados obtenidos.

Epilepsia franca — *Gran mal.*

Obs. 1º — Juan Bergallo, Argentino, 13 años, de constitucion débil, entró al Hospital San Roque el 14 de Octubre de 1883,

No existen en sus antecesores, asi como en sus hermanos, afecciones capaces de trasmitirse ó hacer sospechar la herencia nerviosa.

Acometido de convulsiones desde la infancia, no ha tenido otra enfermedad anterior, ni acusa señales de traumatismos que puedan hacernos referir á ellos la enfermedad actual.

A su edad, es casi imposible hallar perversion de las costumbres, y la masturbacion que podia haber deteriorado su organismo no ha sido confesada por el enfermo.

De familia pobre, siempre el trabajo de los padres ha bastado para llenar las necesidades mas apremiantes de su edad.

El enfermo, ni sus hermanas (casadas y madres de familia), no saben precisar fijamente la época en que apareció la primera convulsion, la refieren aproximadamente á una época anterior á los 2 años, y en cuanto á la frecuencia de sus ataques tampoco pueden dar datos precisos, creen sí, que hasta un año atrás, los intérvalos entre cada acceso eran sumamente largos, pero de un año á esta parte los ataques convulsivos se han ido aproximando hasta su entrada á este Hospital en que se habian hecho casi diarios.

El aspecto del enfermo á su entrada era el de un individuo sano, marchando por sí solo sin claudicacion, ni perturbacion en los movimientos de los miembros, de un color pálido algo anémico, pero con un aire de imbecilidad no muy marcado; la mirada vaga, ó fijándola con insistencia en el que hablaba, la boca entreabierta, el lábio inferior algo caido, flotando constantemente en ellos una sonrisa inmotivada, casi estúpida, respondia como con pereza á las preguntas que se le dirigian y notándose una memoria débil y une debilidad marcada

en la elaboracion de las ideas, sin embargo el volúmen de la cabeza era normal; ningun otro trastorno revelaba una lesion cerebral existente.

Admitido en asistencia, pasó á ocupar la cama N° 1 de la Sala 2ª, destinada á las enfermedades nerviosas.

Al dia siguiente tuvo un ataque convulsivo que se repitió dos dias despues, pudiendo recien al 3° presenciar las formas que revestian.

Este ataque fué provocado por la vista de un herido, con fractura de los huesos parietales y desgarradura del cerebro, y esta impresion sufrida determinó el ataque, el cual se inició por un movimiento de rotacion á la derecha, un grito agudo estridente de un timbre raro, pérdida súbita del conocimiento y caida.

Levantado el enfermo, su cara estaba pálida, los ojos y las facciones desviadas á la derecha, los párpados entreabiertos, las púpilas dilatadas é iguales, las mandíbulas apretadas, los brazos pegados al tronco, y el antebrazo en flexion, formando un ángulo casi agudo con el brazo, la mano en flexion, el pulgar pegado á la palma de la mano y cubierto por los otros cuatro dedos en semi-flexion, los muslos en flexion sobre el abdomen, la pierna doblada sobre el muslo, el pié en posicion casi normal.

Un momento despues los fenómenos de estasis venosas marcados, sobretodo en la cara y cuello, y las convulsiones clónicas aparecieron con bastante intensidad, manifestándose generalizadas y de una duracion de 3 á 4 minutos próximamente, sucediendo á ellas un estado de relajacion muscular, un estado de sopor, y durmiendo

despues el enfermo por algunas horas: al desnudarlo se notó que la orina se habia derramado involuntariamente.

Al despertar le interrogamos si habia sentido algun síntoma precursor del ataque, y si en los anteriares nc habia sentido tampoco, contestándonos negativamente, pero insistiendo en el interrogatorio, dijo que sentia que se le oscurecia la vista; que todo giraba á su alrededor, no dándose cuenta de lo que pasaba despues.

Preguntado sobre las sensaciones que esperimentaba en el acto de despertar del sueño post-epileptico, solo acusa un poco de cefalalgia y equimosis, y dolores en las partes que habian chocado directamente con el suelo.

Estos accesos se repetian con irregularidad en la época de su ingreso á este Hospital. como puede verse por el cuadro que transcribo, cópia fiel de los que se usan en dicha Sala, dividido el dia en dos casillas, una que comprende las horas del dia y otra las de la noche, tomando como límite para las primeras la hora en que se levanta y las en que se acuesta, es decir, de 7 $^1/_2$ a. m, á 8 p. m., indicándose en la casilla correspondiente á la hora, el número de accesos, y su forma de grande ó pequeño mal, está representada por los signos + y —

SALA Nº *Enfermedad*

	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.
— — —	—	— —	—	—	—	— —	—	— —	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	— —	—	—	—	—	—	— —	—	—	—	—	—	— —
		+1				+1		+1										+1					+1						+1						+1
O'bre.	15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		7		28		29		30		31	

Se trató de combatir el ataque por aspersiones de agua fria, haciéndole respirar amoniaco, pero el ataque siguió su curso fatal á pesar de los medios empleados.

Del exámen clínico del enfermo resultó que en la médula no existian deformacion, ni puntos dolorosos á la presion y percusion, los movimientos de flexion, estension y lateralidad eran regulares, la prueba por la esponja caliente fué negativa, no existian cicatrices ni rastros de tratamiento local anterior.

No existia paralisis, la escitabilidad eléctrica y mecánica, el sentido muscular y la coordinacion de sus movimientos, eran regulares, fuera de los accesos; no existian espasmos ni contracturas, los reflejos superficiales plantar, del muslo, cremastérico, abdominal-epigástrico, interescapular y los profundos del tendon rutiliano y del pié, los viscerales: vesical, rectal, genital, pupilar, estaban normales.

No acusa sensaciones subjetivas, y la sensibilidad al tacto, al dolor y á la temperatura, conservan toda su integridad.

No acusa fenómenos visuales que revelen un trastorno de esta funcion, ni se notan síntomas objetivos de ninguna afeccion ocular esterna ó interna.

Oye bien, no acusa ruidos de oidos, el aparato respiratorio, el circulatorio, génito-urinario y digestivo funcionan bien; no ha tenido fiebre.

Desde los primeros dias se le instituyó la medicacion bromurada (Brom de potas. 2 gram. diarios al principio) á dósis ascendentes, pero dado el poco éxito obtenido en los primeros 15 dias, se le administraron los bromuros

de potasio sodio y amonio 5 gramos de cada uno, disueltos en 150 gramos de agua, y á tomar dos cucharadas por dia de esta solucion.

Durante el mes siguiente, si bien los ataques se manifestaban con espacio de tiempo mayores, la diferencia era poco notable, llegando á notarse mas en el mes de Diciembre, habiendo disminuido tambien de intensidad, y esta mejoría iniciada siguió pronunciándose mas y mas, hasta que algun tiempo despues á la epilepsia, sucedió la intoxicacion brómica, se culpó á las dósis prescriptas de bromuros, y en consecuencla se disminuyeron paulatinamente, pero como los fenómenos de este estado siguieron manifestándose, se le retiró complemente la medicacion bromurada, sustituyéndola por una pocion éterea.

Idénticos resultados al anterior, fueron puestos en práct ca todos los medios aconsejados contra este mal, pero siempre con un éxito negativo, se desesperaba ya de su salvacion, cuando un dia fué sorprendido tomando de un frasco que contenia una pocion bromurada destinada á otro enfermo.

El misterio de la rebeldia á todo tratamiento escitante dejaba de serlo, se hizo recoger por la hermana de caridad de la Sala, todas las bebidas bromuradas, guardándolas bajo llave, y sacándolas solo en las horas indicadas por la prescripcion; desde entonces los fenómenos del Bromismo fueron desapareciendo paulatinamente, los escesos se reproducian de tarde en tarde, y la salud mas perfecta se revelaba en el enfermo, cuando en los primeros dias de Junio de 1884, la fiebre tifoidea hizo de él su presa, muriendo el 23 del mismo mes.

A la autopsia se notaron á mas de las ulceraciones intestinales en distintos grados de desarrollo, una congestion y engrosamiento poco marcado de las meningeas con pequeñas adherencias, limitadas á la parte convexa del hemisferio cerebral izquierdo, en la primera circunvalacion frontal ascendente, no existiendo ninguna otra lesion anatómica del cerebro; el bulbo á mas del exámen anatómico, fué examinado al miscroscopio por el Dr. Ramos Mejía. sin hallar en él ninguna lesion- El carazon, pulmones, hígado y bazo, estaban normales, la médula y sus meningeas, bien.

Nos hemos encontrado en presencia de una epilepsia franca, el ataque (observado por el Dr. Ramos Mejía, el practicante menor de la misma Sala Sr. Ardoino, y por mí), ha sido completo, ningun otro trastorno anterior, las convulsiones de la primera infancia y la influencia de la medicacion, así como los resultados de la autopsia, no dejan ninguna duda acerca de la afeccion que condujo hasta la cama de un Hospital á este infeliz niño.

Epilepsia franca — Ataques de grande y pequeño mal, Bromismo.

Obs. N° 2 — Pedro Romeo, español, de 18 años, dependiente, soltero, entró á este Hospital el 14 de Febrero de 1884, ocupando la cama N° 18 de la Sala 2ª, destinada á las enfermedades nerviosas.

La causa que motivaba su presencia en dicho estable-

cimiento eran la frecuencia con que se repetían los accesos convulsivos, que de 5 años atrás, segun sus recuerdos le aquejaban.

Buscando antecedentes, contestó á las preguntas dirigidas: que sus padres habían muerto, la madre en el pauperio, y del padre ignoraba la causa, que no sabía hubiesen padecido de ninguna afeccion crónica, y lo mismo sucedía con la familia, que sus hermanos hacía tiempo que no los veía é ignoraba su suerte.

Que solo había tenido como enfermedad anterior una afeccion febril grave, pero no podía saber cual había sido.

Sus costumbres eran arregladas, solo le dominaba el vicio de la masturbacion; nunca había pasado miserias, ni conservaba recuerdos de ningun traumatismo, ignorando tambien la causa que al parecer produjo el primer acceso, que estos ataques variables en intensidad, dejaban antes entre si intérvalos de tiempo bastante largos, pero despues se hicieron mas frecuentes apareciendo cada mes, cada semana, y actualmente hasta cada 3 ó 4 dias.

El aspecto del enfermo es el del hombre sano; en la posicion vertical, cuando camina, en todos sus movimientos no hay ninguna perturbacion aparente, la cara de un color pálido, revelando un temperamento linfático, y la redondez de las formas indican un estado bueno de la nutricion.

No existen cicatrices ni deformaciones de la columna vertebral, no existen puntos dolorosos á la presion y palpacion, ni por la esponja caliente, los movimientos

de flexion, estension y lateralidad se verifican sin inconveniente, tampoco se notan señales de un tratamiento local anterior.

No existían parálasis, el sentido muscular y la coordinacion de los movimientos, asi como la escitabilidad eléctrica y mecánica están bien, no existiendo en el intérvalo de los ataques ni espasmos ni contracturas.

Los reflejos superficiales, plantar, del muslo cremastérico, abdominal, epigástrico, interescapular; los profundos del pié y del tendon rotuliano, los viscerales, vesical, rectal, genital y pupilar están normales.

No acusa sensaciones subjetivas anormales de ningun género, las facultades intelectuales funcionan con regularidad, y las sensaciones al tacto, al dolor, á la temperatura conservan toda su integridad.

No acusa trastornos visuales ni oculares, el oido funciona con regularidad, los apararos circulatorio, respiratorio y genito urinario, están bien, el aparato digestivo, salvo una inapetencia constante funciona bien; no ha habido fiebre.

He tenido oportunidad de observar varios accesos en unos el cuadro completo del gran mal, provocados sin causa aparente, con una aura generalizada, que partiendo de los pies, se manifestaba por una sensacion de cosquilleo que rápidamente invadía todo el cuerpo, pérdida del conocimiento, grito agudo estridente, caida, palidez del rostro, algunas veces desviacion de los rasgos, y rotacion de los ojos, trismus, los párpados entreabiertos, tetanismo, los brazos pegados al cuerpo, el antebrazo en flexion, la mano crispada, los miembros inferiores en

la estension, saliva espumosa no sanguinolenta, convulsiones clónicas, midriasis, y luego un periodo de relajacion, tras del cual aparecía el sueño, del que despertaba, con cefalalgía, quebrantamiento de las fuerzas, vértigo, y sin conciencia de lo que había pasado, algunas veces aparecía incontinencia de orina y materias fecales.

Otras veces el ataque no era completo, recorría las primeras faces, y se detenía en el período de las convulsiones clónicas, recuperando rápidamente el conocimiento, estos accessos eran de corta duracion, otra vez, en momento de tomar el té, y cuando nada hacía presumir la inminencia del ataque, soltó la tasa que llevaba á la boca, dió un grito, y cayó boca abajo, y transversalmente sobre la cama al lado de la cual estaba parado, sus miembros superiores agitados, convulsiones clónicas golpeaban la cama en el lado opuesto al que colgaban sus miembros inferiores, duró algunos intantes, y se levantó sorprendido y disgustado, sin darse cuenta de lo que había pasado.

La aparicion de los accesos era lo mismo diurna que nocturna, al principio se repetían con intérvalos de 1 y 2 dias, se le indicó el tratamiento por el Bromuro de potasio desde 2 gramos hasta 6 al dia sin conseguir mejoría, por el contrario, los accesos se hicieron mas frecuentes, hasta llegar á tener 3, 4 y 5 en un mismo dia.

Ante este resultado negativo se le prescribió á tomar

Bromuro	de potasio	10	gramos.
„	de sodio }	15	id.
„	de amonio }		
Agna		180	id.

2 cucharadas por dia, primeramente, luego 3.

Poco tiempo despues de instituido el tratamiento, las facultades intelectuales empiezan á debilitarse, la palabra era temblorosa, la voz débil, la faz estúpida, la marcha vacilante, semejante á la del ebrio, tendencia irrisistible al sueño.

Abril 14—Se acentúan cada vez mas los fenómenos de depresion cerebral, la palabra es difícil, la memoria está perdida, no fija en nada la atencion, cuando se le habla contesta por monosílabos, pero suele tener algunos momentos lucidos aunque de corta duracion, la marcha es cada vez mas vacilante, y camina inclinando hácia adelante con la mirada errante, los párpados entreabiertos, la boca abierta por cuyas comisuras fluye constantemente una saliva límpida y filante, se levanta de su cama olvida el objeto que le llevaba, al moverse, el apetito ha desaparecido completamente, hay incontinencia de orina y materias fecales, la respiracion es lenta algo suspirosa. el pulso pequeño, blando, depresible, y retardado (34 por minuto) las sensaciones están algo abolidas, los reflejos superficiales perdidos, los profundos conservados, y este estado se prolonga por 5 dias mas.

Abril 20—Ei paciente está constantemente en un estado comatoso, insensible á todas las escitaciones, no manifiesta ni la necesidad de los alimentos, la inteligencia está abolida, no habla, la estacion vertical y la marcha son imposibles—los ojos están constantemente cerrados, la respiracion lenta estertorosa, la boca abierta, húmeda, generalmente en decúbito dorsal, cuando se le hace tomar la posicion lateral la saliva fluye en abundancia

y con los caractéres anteriores, pero el estertor de la respiracion no cesa aunque disminuye un poco, el pulso pequeño, depresible, retardado sin intermitencias (54 por minuto) no hay fiebre hay una tendencia constante al enfriamiento, incontinencia de orina, y materias fecales, han empezado á formarse escaras en el sacro, todos los movimientos están abolidos, no acusa sensaciones subjetivas de ningun género, no ha sobrevenido demacracion, ni un simple adelgazamiento, Cuando se le dán los medicamentos ordenados contra este estado, se ahoga, traga con suma dificultad; el velo del paladar. y los músculos de la glotis están paralizados, y en este estado continúa hasta su muerte el 23 de Abril de 1884.

La medicacion Bromurada de los primeros tiempos fué reemplazada por infusion de café negro, algunas inyecciones de pilocarpina á 1 centígramos cada una, mas tarde inyecciones de éter, y bebidas etéreas, todo fué inútil la afeccion siguió su curso fatal, no habiéndose podido hacer la autopsia por reclamar el cadáver un indivíduo de su familia.

El diagnóstico formulado al principio resalta bien claro despues del cuadro sintomatológico ofreccido por el paciente.

En esta observacion como en la anterior, fué esa perversion. que los impulsa á tomar lus Bromuros en cantidades escesivas, lo que produjo el fin desgraciado de este infelíz, cuyo deseo era tal, que tomadas las mismas precauciones que en el caso anterior, recorria las otras Salas buscando las bebidas bromuradas tan gratas á su paladar.

Cedo la palabra al Dr. Ramos Mejía, transcribiendo íntegros algunos párrafos de una monografia inédita sobre los *Bromiomanos*, aumentando con su bondad presente la larga deuda de gratitud que tengo contraida por sus distinciones.

"No sé en virtud de qué secreto impulso ciertos individuos, particularmente los afectados de mal *comicial*; se ven arrastrados á beber con verdadero placer las soluciones de Bromuro de potasio, á tal punto, que aun sin ignorar las consecuencias inmediatas de la intoxicacion, van como el alcoholista consuetudinario buscándolo con avidez. He tenido oportunidad de observar en la Sala de enfermedades nerviosas á mi cargo, en el Hospital San Roque, varios casos curiosísimos de esta estraña impulsíon. Generalmente son personas afectadas de Epilepsia, se beben las soluciones que se les ha formulado y luego van por la sala bebiéndose las de los otros enfermos. Toman el Bromuro de potasio con la misma avidez con que el dipsomano va en busca del aguardiente en uno de aquellos tarribles accesos que lo dominan; como el morfiomano, necesita, tal vez, de aquel *estimulante* para vivir, y como él, oculta su *vício*, al estremo que algunos de ellos levántanse á media noche con el objeto de satisfacer sus deseos. (Obc. 3ª y 6ª)

"Uno de ellos; llamado Pedro Romeo, y cuya epilepsia databa desde la infancia, murió á consecuencia de estas frecuentes y estrañas libaciones clandestinas, con todas las manifestaciones de un *bromismo* perfectamente caracterizado.

"No sé si será el deseo de curarse que los lleva á

esos escesos ó si realmente esperimentan algun placer, ó si hallan alguna estimulacion saludable que solo ellos por el estado especial de su sistema nervioso pueden esperimentar, pero lo cierto es, que tan poderoso es este deseo, que algunas veces hay que administrarles el medicamento de su predileccion, sin mas objeto que llenar esta rara indicacion".

II

En las observaciones precedentes, los ataques epilepticos se han presentado con todos sus síntomas característicos bien marcados, habiendo sido fácil formular el diagnóstico con todas las afecciones convulsivas con que pueden confundirse.

En las observaciones que siguen, estos ataques no designarán ya con la claridad de los anteriores, la lesion que los produce, y en algunos de ellos, sobretodo en la observacion Nº 9, la manera de presentarse de los ataques reviste formas que corresponden á los de Histeria y á los de Epilepsia, á una de las formas intermediarias entre una y otra; pero sí susceptible de objeciones, creo que predominan las formas epilepticas. En todo caso, la histero-epilepsia se manifiesta con todos los signos que le han sido atribuidos, y creo cabe en este lugar, como forma anómala de esta afeccion.

Obs. 3—Epilepsia — accesos incompletos—Asimetria facial — Sala 2ª, cama Nº 3.

Oscar Truc, Belga, de 44 años, relojero y célibet, entró á este Hospital San Roque el 18 de Julio de 1884, á causa de unos vértigos y accidentes que le acometian, con suma frecuencia, imposibilitándolo para el trabajo, y pasó á ocupar la cama Nº 3 de la Sala 2ª.

Interrogado sobre las enfermedades de sus generadores, manifestó que sus padres habian muerto de vejez, habiendo sido siempre sanos, pero que su abuelo habia sido epileptico, y en cuanto á él mismo, jamás habia sufrido enfermedad alguna que lo hubiera postrado en cama, ni habia sufrido traumatismos de ningun género. Sus costumbres habian sido morijeradas, ni habia cometido ningun género de escesos, ya fueran alcohólicos ó venéreos, dedicando toda su vida casi esclusivamente á los trabajos de su profesion, que le permitia pasar su vida sin haber sufrido miserias, y disfrutando de una salud perfecta hasta el año 1880, en que comenzaron á manifestarse los ataques que le traian hoy á pedir asilo en un Hospital, y que raros y repitiéndose de tarde en tarde al principio, hoy eran frecuentes, diarios, y aun á veces tenia 2, 3 y 4 en las 24 horas, pero que siempre se manifestaban de dia, y sin causa ocasional necesaria.

El aspecto del enfermo es el de un hombre sano, marcha bien, de pié, sin caminar su actitud es normal,

todos en movimientos los ejecuta con naturalidad, pero observándole con atencion se nota que los dos lados de la cara son asimétricos, el lóbulo frontal derecho es mas prominente que el izquierdo; el pómulo izquierdo está menos desarrollado y un poco mas bajo que el derecho, la nariz un poco desviada en su punta hácia el lado izquierdo, y cuando se rie parece que las facciones y la boca se desviáran á la izquierda; por lo demás, el estado de la nutricion es bueno, y á no ser en los momentos de los accesos, goza de todos los beneficios de la salud.

La columna vertebral no presenta deformaciones ni cicatrices, ni existen puntos dolorosos á la presion y percusion, ni se manifiestan pasando una esponja caliente, los movimientos de flexion, estension y lateralidad se ejecutan normalmente, y nada indíca un tratamiento local anterior.

No hay ni ha habido parálisis de ningun género, la escitabilidad eléctrica y mecánica de los músculos. así como el sentido muscular y la coordinacion de los movimientos, está conservada, no esxistiendo fuera de los accesos, espasmos ni contracturas, y conservando toda su integridad funcional los reflejos, tanto superficiales como los profundos y viscerales.

Ninguna sensacion subjetiva anormal le aqueja, á no ser la idea fija y depresiva de un estado que él considera como el presagio de mayores males para el porvenir, y las facultades intelectuales en todo el esplendor de su funcionamiento fisiológiso no acusan ni vestigios de sus frecuentes perturbaciones.

La sensibilidad al tacto, al dolor y la temperatura es regular, no manifestándose fenómenos funcionales y anatómicos que indiquen un estado enfermizo del ojo ni del oido; en cuanto á los aparatos respiratorio, circulatorio, génito-urinario y digestivo, funcionan con regularidad.

Durante su corta permanencia en el Hospital, solo pude observar un solo ataque precedido de una sensacion de frio que partiendo de la mano izquierda, invadió instantáneamente el cuerpo, siguiendo á esto un grito ahogado con pérdida del conocimiento, caida, ligera desviacion de los rasgos, estado de espasmo tónico muy corto, escrecion de la orina, pero todo acabó en este período recobrando el pleno uso de sus facultades sin conservar ni el mas remoto sentimiento de lo que habia pasado, no habiéndonos sido posible observar otro acceso.

Fué sometido al tratamiento por el Bromuro de potasio á dósis ascendentes, principiando por 2 gramos diarios hasta tomar 4 gramos por dia, habiendo conseguido desde el principio que los ataques se distanciaran, apareciendo uno diariamente despues de seis dias de instituida la medicacion, á los diez ya dejaron pasar un dia entero sin manifestarse. Este fué el único éxito comprobado, por haber solicitado su alta el paciente, el 31 de Julio de 1884, partiendo en seguida para Europa, pero no habiendo tenido ningun acceso desde dos dias atrás.

Ahora bien, ¿era lógico suponer un ataque epileptico de la forma del pequeño mal, en virtud del aura, el grito, la pérdida del conocimiento, la desviacion de los

rasgos, el espasmo tónico y la escrecion involuntaria de la orina? Por otra parte, la asimetría fasial y la herencia epileptica, creo podrian hacer asegurar el diagnóstico formulado al principio.

Admitido esto, la epilepsia se hubiera desarrollado segun Lasague, por la deformacion del agujero occipital, debido á las variaciones de forma impresas á los huesos de la base del cráneo en su desarrollo imperfecto, y que no puede ser correjido por curvas compensatrices como las de la bóveda, librando así al cerebro de los efectos del vicio dc conformacion sufrido. (1)

Pero este desarrollo imperfecto de los huesos corresponde á un vicio igual en la conformacion del cerebro, por desarrollo incompleto de los dos puntos de formacion en que se divide la parte superior de la raya embrionaria que mas tarde á de producir el eje cerebro-espinal, trayendo una ruptura de equilibrio entre la solaridad funcional que une ambos hemisferios, segun algunos autores, ó son simples fenómenos de compresion ejercida sobre el bulbo y la médula oblonga? Sea cual fuere la opinion verdadera, confieso mi incompetencia y me limito exclusivamente á mencionarlas, el porvenir quizás levantará el velo que oculta hoy, este y muchos puntos de la patología cerebro-espinal.

(1) G. Garnier—Diccionario de Ciencias Médicas.

Obs. 4—Epilepsia—Pequeño mal—Sala 2ª Cama Nº 17

Alfredo Brandell, Suizo, de 27 años, soltero, jornalero, se presentó á este Hospital San Roque, el 28 de Setiembre de 1883, atacado segun él, desde poco tiempo de unos accidentes raros que no sabía á que referir, y que se repetían con frecuencia tal, que era rara la semana que pasaba sin ser atacado.

Colocado en la cama Nº 17 de la Sala 2ª (Servicio de enfermedades Nerviosas) supimos por él mismo que sus padres habían muerto, uno *paralítico de un lado*, la madre tuberculosa, que tenía un hermano mayor, sano, y uno menor idiota había muerto hacia algunos años, que á escepcion de la viruela no había tenido otra enfermedad, no habiendo sufrido traumatismo, á no ser golpes, pero sin que ninguno hubiera sido suficiente para *desmayarlo*, sus costumbres habían sido algo malas, afecto á las mujeres había cometido muchos escesos venéreos, y sufrido enfermedades diversas como blenorragias, chancros, etc., de los que había curado en pocos dias. Necesitando de su trabajo para vivir había pasado muchas noches seguidas y durante mas de 8 años, en paseos y jaranas, tras de los cuales salía para su trabajo, agobiado y rendido por tantas fatigas, y casi desde el 2º año de sus paseos empezó á sentir los accidentes que hoy le traen al Hospital, pero con la diferencia que en los anteriores siempre salía de ellos lastimado, 2 á 3 veces se había mordido la lengua, pero no puede dar mas datos, solo que al principio solía pasar algunos meses antes de que se repitieran los ataques, mientras que de

un año á esta parte se repetian con frecuencia, y en los intérvalos de algunos de ellos sabía andar como atontado, y con cefalgía constante, no pudiendo esplicar bien la sensacion que precedía al ataque, pero de lo único que recuerda de los accesos es una sensacion general por todo el cuerpo como de chucho, ó de algo que bajando de la nuca recorría rápidamente todo su cuerpo *erizándolo*.

Es un individuo alto, delgado, de un temperamento linfático ó nervioso, marcha derecho, sin claudicacion y sin trastorno alguno en los movimientos, su aspecto es el de un hombre con todos los atributos de la salud, sin cicatrices ni deformaciones de la columna vertebral, ni puntos dolorosos á la presion, percusion, ni por la esponja caliente, los movimientos de flexion, estension y lateralidad son normales, y no conserva vestigios de tratamiento local anterior, no tiene ni ha tenido parálisis, la escitabilidad eléctrica y mecánica de los músculos, asi como el sentido muscular y la coordinacion de los movimientos es buena, no acusando tampoco espasmo ni contracturas.

Los reflejos superficiales, profundos y viscerales están conservados, acusando una sensacion constante de peso á la nuca, de propulsion de los ojos, y falta de memoria, pero la sensibilidad al tacto, al dolor, y á la tempera ura están conservados, las pupilas dilatadas, pero sin manifestar ningun trastorno ocular, oye bien y en cuanto al aparato circulatorio, respiratorio y digestivo funcionan con regularidad, dice que estos últimos dias,

despues de un ataque se encontró que habia sufrido una escresion involuntaria de orina y materias.

Pasaron varios dias sin poder observar personalmente un ataque, y el único que conseguí presenciar, fué la produccion de un grito estraño acompañado de una palidez súbita del rostro, crispó las manos, y salió corriendo de la sala hasta el corredor, donde cayó; levantándose ántes de llegar yo al sitio en que habia caido, y no conservando mas recuerdo del ataque que una sensacion estraña que le corrió por todo el cuerpo, y se le nubló la vista, no sabiendo como había llegado hasta el sitio en que se encontraba, no pude ver reproducirse el ataque, pero por referencia sé que los demás han sido iguales, variando solo en la caida que falta algunas veces.

La rapidez del ataque ha impedido poder observar con municiosidad los detalles del ataque y si lo coloco aquí: como un acceso incompleto de epilepsia, es solo por el *aura*, la palidez del rostro, el grito, la crispacion de las manos,, y la falta de conciencia del acto cumplido, acaso estoy en error, ó la idea preconcebida me hace distinguirlo de la Histeria, pero los síntomas espuestos y los beneficios relativos de la medicacion Bromurada, (á dósis ascendente llegando hasta tomar 6 gramos diarios, retardando los ataques hasta el punto de hacer mes y veinte dias que no sufria ninguno, me hacen inclinar á favor de la Epilepsia, y si no indico el estado actual del enfermo, es por no saber la suerte que le ha cabido despues de salir del Hospital por pedido suyo en Junio de 1884.

Obs. 5—Epilepsia—Accesos incompletos—Locura—Inpulsiones—Sala 2ª—Cama Nº 2

Pablo Pavon, Argentino, de 38 años, soltero, soldado, entró al Hospital el 3 de Mayo de 1884, á causa de la frecuencia con que se repetían los ataques de *mal de corazon* de que hacía muchos años era víctima, pero que, repitiéndose con intérvalos sumamente largos (mayores de un año) en los primeros tiempos no le habia hecho caso, ahora los ataques iban aumentando de frecuencia año por año, hasta hoy que rara vez pasaba una semana sin ser acometido por ellos, y temiendo pueda ser esta muy grave, y por que los médicos que lo han asistido no han podido darle mejoría recurre aquí solicitando asilo y curacion.

Pocos momentos despues pasó a ocupar la cama núm. 12 de la Sala 2ª donde respondiendo á las preguntas que se le dirigian, manisfestó que sus padres habian muerto siendo él muy niño, é ignora cual fué la causa, quedando solo, sin hermanos ni pariente ninguno; que ha tenido muchas enfermedades venéreas, (blenoragia, chancro, bubones supurados) ha padecido del chucho, y de Reumatismo que le ha obligado muchas veces á guardar cama hasta por mas de 29 dias.

Soldado desde los 13 años, respirando desde tan temprana edad, la atmósfera envenenada de los campamentos, que mata todas las aspiraciones del hombre, haciéndole vivir solo para el presente, su juventud se ha deslizado oscura y miserable, entre las alternativas de

las batallas, las fatigas de las marchas prolongadas, sufriendo privaciones de todo género, y la vida ociosa y pervertida de los cuarteles, donde se mata el alma, y la salud se derrocha en medio de las borracheras, del insomnio del juego, y del libertinaje mas degradante y corrompido.

Formado en esa escuela, sus costumbres han sido dignas del medio en que ha vivido, y su organismo deteriorado por todo género de excesos, le arrastra hoy, jóven aún, hasta la cama de un Hospital creyendo encontrar en él, los elementos necesarios á levantar sus fuerzas físicas y morales, destruidas en 25 años de orgías y fatigas.

Herido en las primeras jornadas de la guerra del Paraguay, sus primeros accesos y convulsiones se manifestaron en el Hospital de sangre de Montevideo, de donde regresó de nuevo á sufrir todos los trabajos y penurias que durante 6 años fueron el triste haber de los hijos de este suelo.

Bajo, achinado, su fisonomía no acusa ninguna desviacion de los rasgos, ni ningun vicio constitucional, de pié ó caminando su actitud es la del hombre sano, no existen deformaciones ni cicatrices de la columna vertebral no existen puntos dolorosos á la presion, percusion, ni por la esponja caliente, los movimientos de flexion, estension, y lateralidad se hacen sin dificultad, y no conserva señales de un tratamiento local anterior.

No existe parálisis, la escitabilidad eléctrica y mecánica de los músculos está conservada, el sentido muscular y ja coordinacion de los movimientos conserva toda su

integridad fisiológica, no existiendo espasmos ni contracturas en los intérvalos de los accesos, los reflejos superficiales, profundos y viscerales están normales.

No acusa sensaciones subjetivas anormales de ningun género, pero las facultades intelectuales están deprimidas, hay pereza en la formacion de las ideas, la palabra lenta, la memoria ha perdido mucho, y la sensibilidad al tacto, al dolor, y á la temperatura están conservadas.

Un poco de dilatacion pupilar, y algo de miopía son los trastornos anatómicos, y funcionales observados en el aparato de la vision, el oido está normal, los aparatos: circulatorio, digestivo, respiratorio, y genito urinario funcionan con regularidad.

Los accesos se repiten con intérvalos que varían entre un mínimum de 5 dias y un máximun de 8 á 10, presentándose precedidos de una sensacion visual de deslumbramiento, grito, girando el cuerpo de izquierda á derecha; para caer en seguida, con palidez del rostro, dilatacion de la pupila, los miembros rígidos; los superíores, el brazo pegado al cuerpo, el antebrazo doblado sobre el brazo, los puños apretados, con el dedo pulgar cubierto y comprimido por los otros dedos, los miembros inferiores en flexion, apareciendo por la boca la saliva espumosa, para con unos ataques aparecer 2 ó 3 convulsiones clónicas, faltando en otros, cayendo despues el enfermo en un estado de sopor que dura algunas horas, del que despierta sin mas recuerdos de lo que ha pasado, que el del deslumbramiento, y con cefalalgia, vaguedad en las ideas, y segun él, en épocas anteriores ha pasado

dos veces algunos dias despues del ataque, sin darse cuenta de lo que le rodeaba.

El tratamiento instituido no dió resultado ninguno apreciable á pesar de administrársele los tres bromuros en la forma siguiente:

Brom. de potasio	8	gram.
Id. de sodio Id. de amon.	10	id
Agua	160	id

á tomar 40 gramos diarios de esta solucion desde los primeros dias.

Los accesos se combatieron haciéndole aspirar vapores de nitrito de amilo, pero tambien sin éxito, hasta que 8 meses despues de su permanencia en este Hospital, se sintió acometido, despues de un ataque convulsivo, de delirio, bajo la influencia dél cual atropelló á uno de los enfermos queriendo golpearlo con un baston, pero este estado pudo dominarse, y el estado normal reapareció á los 10 dias, hasta que en Enero de 1885, despues de un acceso incompleto volvió á aparecer la mania impulsiva, pretendiendo atacar á cuantos se le acercaban, y manteniéndose todo el tiempo que siguió en este Hospital, en un estado de retraimiento ó desconfianza que provocaba á menudo actos de violencia para con los que le rodeaban, siendo por esta causa remitido al Hospicio de las Mercedes el 27 de Enero de 1885.

El acceso de pequeño mal es completo, y la mania impulsiva desarrollada, es la consecuencia de la neurosis que le afecta. Pero la epilepsia desarrollada en medio de causas tan variadas y pudiendo cada una por sí sola

ser una causa predisponente y aun determinante ¿responderá á algunos de estos estados siendo su manifestacion aparente, ó es idiopática, independiente de ninguna lesion específica? Los accesos epileptiformes de la sífilis terciaria y los determinados por el alcoholismo no son semejantes á esta forma de ataque, sinó por las convulsiones, pero el grito, la palidez del rostro y la dilatacion de las púpilas, caracterizan bastante la naturaleza epileptica, independiente quizás de estos accesos, cuya terminacion ha sido la pérdida fatal del equilibrio de las funciones cerebrales y afectivas de este desgraciado.

Obs. 6.—Epilepsia—Pequeño mal—Mania impulsiva —Sala 2ª—Cama Nº 23.

Remigio Burgos, Argentino, 28 años, soltero, jornalero, entró á este Hospital San Roque el 24 de Octubre de 1884, por hallarse atacado de accesos algunas veces convulsivos y que volvian de tiempo en tiempo, aunque no siempre acompañados de convulsiones segun le decian los que los habian presenciado.

Estos accesos, cuyo principio dáta desde la edad de 9 años, se repitieron dejando meses y años de intérvalo, hasta hace 2 años en que su frecuencia aumentó hasta pasar rara vez un mes sin sufrir alguno, y esta frecuencia ha ido aumentando hasta hoy que los accesos se repiten diariamente, aunque no siempre con la misma intensidad?

No ha sido posible saber las dolencias que aquejaron á sus generadores, ni las que causaron su muerte, no tiene hermanos, y él no recuerda haber tenido otra enfermedad mas que los accesos, con pérdida del conocimiento, que refiero á la epilepsia, y si ha sufrido golpes y contusiones ocasionadas por caidas del caballo, no recuerda nunca haber perdido el conocimiento, ni momentáneamente á consecuencia de ellas.

Trabajando en el campo, solo ha cometido algunos escesos alcoholicos, pero su organismo no ha sufrido ataque ninguno provocado por esta causa, ni ha pasado miserias que pudieran haber obrado como causa deprimente de su salud.

De pié y marchando no hay ningun trastorno funcional en sus movimientos ni en su aclitud, siempre erguido, conservando indistintamente en cama todas las posiciones.

A su entrada á este Hospital, su fisonomia no revelaba sino la salud, pero poco tiempo despues, su mirada distraida ó fija constantemente en un punto, y la falta de movilidad de sus rasgos, le daban un aspecto distraido é indiferente.

No existian cicatrices ni deformaciones de la columna vertebraI, no hay puntos dolorosos á la presion, percusion, ni por la esponja caliente, los movimientos de flexion, estension y lateralidad se verifican sin ningun género de inconvenientes, no hay rastros de un tratamiento local anterior.

No existen ni han existido parálisis, la escitabilidad eléctrica y mecánica de los músculos está conservada, lo mismo que el sentido muscular y la coordinacion de los movimientos; no ha sufrido espasmos ni contraturas fuera del momento de los accesos, hallándose normales los reflejos ya superficiales, como los profundos y viscerales.

No acusa sensaciones subjetivas anormales, su inteligencia viva limitada por la falta de instruccion, no ha sufrido al parecer ataque alguno de la afeccion de que es víctima, pues en los intérvalos de los accesos sus ideas se forman con facilidad, no hay ningun trastorno én la pronunciacion, la memoria es buena, y ningun síntoma revela que los músculos del rostro estén alterados en

su integridad funcional, conservando intacta la sensibílidad, tanto al tacto como al dolor y á la temperatura.

El ojo y la vision están normal, lo mismo que el oido, el aparato circulatorio, respiratorio, digestivo y génito-urinario, funcionan con regularidad.

Pocos accesos he podido presenciar, apesar de repetirse diariamente, aunque á diversas horas, como vereis por el cuadro adjunto, pero nunca han sido completos, es el pequeño mal que ha sido observado, precedidos por una aura con sensacion de frio y cosquilleo, que partiendo del miembro inferíor derecho, invadia rápidamente el tronco, despues de lo cual daba un grito, una palidez mate cubria su faz, perdia el conocimiento, caia, y al levantarlo observé dos veces que los rasgos de la fisonomia y los ojos, estaban desviados hácia el lado izquierdo, las pupilas dilatadas no reaccionaban por la influencia de la luz, un período corto de rigidez invadia los miembros, tras del cual dormia el enfermo, despertando con cefalalgia, mal humor y permaneciendo largo rato en un mutismo del que solo se le sacaba para obtener contestaciones bruscas y muchas veces descomedidas.

Nunca fué posible llegar á tiempo de tratar de detener el ataque, ni de acortarle apesar de haberle hecho respirar varias veces nitrito de amilo ó amoniaco.

El tratamiento instituido fueron los tres bromuros de potasio, sodio y amonio 10 gramos de c/u disueltos en 200 gramos de agua, para empezar á tomar una cucharada grande por dia, llegando por una ascencion gradual hasta tomar tres cucharadas diarias, sin conseguir ni alejar la aparicion de los ataques, que por el

contrario en los últimos dias llegó á tener hasta dos diarios, hasta que el 29 de Noviembre del mismo año, despues de un ataque incompleto, se levantó, corrió á abrazar un enfermo, alegrándose de su resurreccion, y entre el torbellino de ideas que agitaba su cerebro delirante, veia culpables á todos de la muerte del enfermo, y tomando un cuchillo acometió á todos los que allí presenciaban esta escena, hiriendo en una mano á uno de los asistentes que trataron de sujetarlo, lo que solo se consiguió despues dé haber sostenido una lucha prolongada.

Fué en seguida trasladado á la Sala N° 10 del mismo establecimiento, á cargo del Dr. Revilla, donde fué menester tenerlo enchalecado durante 3 dias, hasta que calmaron un poco los accesos impulsivos, encerrándose desde entonces en un mutismo é inmovilidad casi completa, la cara habia adquirido una espresion huraña, y la mirada febril parecia amenazar á todos los que le rodeaban, negándose á tomar toda clase de alimentos hasta el 28 de Noviembre que fué trasladado al Hospicio de las Mercedes, donde hasta poco tiempo atrás permanecia.

Transcribo el cuadro de los accesos hasta el 20 de Noviembre que dejaron de aparecer, ó si aparecian era encubierto bajo las formas de su mania impulsiva.

SALA 2ª

No. de cama	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.
No. 23	-I		-I		-I		-I			-I	-I		-I				-I		-I	-I		-I		-II		-I			-II	-I		-I	-I	-I		-II		-I	-I	-I	
Nov'bre. 6	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20	

En vista del aura, la palidez del rostro, la pérdida del conocimiento, marcado por la falta de recuerdos, el grito, la dilatacion pupilar, y el órden de sucesion de los síntomas, no he temido clasificarlo de *pequeño mal* epiléptico, siendo la locura una de las consecuencias de este mal, locura que ha venido preparándose paulatinamente, y de cuya elaboracion lenta, eran quizás indicios aparentes las alteraciones pasajeras de su caracter al principio bondadoso, y que aparecían siempre como rastros de la conmocion nerviosa producida por los accesos.

Obs. 7—Epilépsia? pequeño mal—Delirio epiléptico? Sala 2ª—Cama Nº II

Mariano Martinez, argentino, de 27 años de edad, marinero, soltero, entró á este Hospital San Roque el 4 de Agosto de 1884, á causa de unos accidentes que sufría desde 4 años atrás, y antes de los cuales había sufrido muchos dolores de cabeza, y que hoy preceden de algunas horas á los ataques.

Su padre vive aún, y la madre murió tísica, los hermanos todos viven, y son sanos, él ha padecido de blenorragias, y ha sufrido una herida contusa del cuero cabelludo producida por un golpe dado con el taco de un botin.

En su oficio de marinero ha sufrido muchas fatigas y privaciones, asi como todos los rigores de las estaciones, habiendo cometido escesos alcohólicos, pero los que había abandonado hacía mucho tiempo.

De pié, marchando ó en cama todas las actitudes le son permitidas, nada trastorna sus movimientos que por el contrario son normales, su cara es la del hombre sano, pero de temperamento linfático.

No se notan cicatrices ni deformaciones de la columna vertebral, no existen puntos dolorosos á la presion, percusion ni por la esponja caliente, los movimientos de estension, flexion y lateralidad se ejecutan con facilidad, no se notan vestigios de un tratamiento local anterior, tampoco existen parálisis, la escitabilidad eléctrica y mecánica de los músculos está conservada,

asi como el sentido muscular y la coordinacion de los movimientos, no existen parálisis ni contructuras, los reflejos, superficiales, profundos y viscerales están conservados.

No acusa sensaciones subjetivas anormales en el intérvalo de los ataques, sus ideas bien coordinadas revelan la integridad de sus facultades, no hay dificultad ninguna para espresarse, la memoria es buena, la sensibilidad al calor, al dolor y al tacto están conservadas, no acusa trastornos anatómicos ni funcionales del aparato de la vision y lo mismo sucede con el del oido.

El aparato circulatorio, respiratorio, digestivo y genito-urinario no manifiestan al exámen clínico ningun trastorno.

La forma de los accesos es la del pequeño mal precedido de muchas horas por una cefalgía con sensacion de peso á la nuca y propulsion de los ojos, sobreviniendo luego la sensacion de una luz muy viva que lo deslumbra, y produce vértigos, la cara palidece, dá un grito y cae á plomo, para sentarse despues y empezar á simular los movimientos que se ejecutan en el acto de remar, apareciendo un subdelirio idéntico al de los histéricos, delirio profesional, en el que cree estar embarcado remando, si se le habla, contesta confundiendo los individuos, contesta como si hablara con un oficial, si se le hace levantar marcha con las mismas precauciones que si estuviera embarcado tratando siempre de guardar el equilibrio, durante un acceso le he puesto un banquito por delante, y no ha avanzado el pié que había tropezado en este obstáculo, pero tan luego que

se le retiró sigió avanzando con las mismas precauciones y este delirio que suele durar hasta mas de $^1/_2$ hora termina por la vuelta del conocimiento, pero inmediatamente busca su cama y duerme con un sueño profundo durante 2 y 3 horas despertando sin conciencia de lo que ha pasado y sin vestigio ninguno del ataque sufrido.

Sometido el tratamiento por el Bromuro de potasio á dósis ascendentes desde 2 gramos hasta 6 y 8 al dia, se ha vuelto á descender paulatinamente hasta los dos gramos diarios sin notarse mejoría, se le administraron despues:

Brom. de potasio		10 gr.
Id de sodio Id de amon.	. . . .	15 id
Agua.		250 id

á tomar una cucharada por dia pero tambien sin resultado, se le han administrado las sales metálicas con éxito igual, los baños frios, y en vez de hallar alivio, los accesos se han hecho sumamente frecuentes; antes aparecian con intérvalos de 3 á 4 dias, despues se hicieron diarios y son no solamente diarios sinó que ha tenido hasta 10 ataques.

Actualmente el Dr. Ramos Mejia inicia un nuevo tratamiento para las inyecciones hipodérmicas de curare á 1 centig. por dósis, dándose una inyeccion cada 5 dias.

Los accesos como se vé, presentan los síntomas prodromicos y el aura ocular, el grito, la palidez de la cara, la caida brusca, la pérdida del conocimiento y la dilatacion pupilar del ataque epiléptico (pequeño mal;)

presenta por otra parte la coordinacion de los movimientos, contesta aunque delirante á las preguntas que se le dirijen, el sentido muscular y la sensacion tactil y dolorosa se conservan aún en el acceso, pues al pincharle con un alfiler ha retirado el miembro, (fenómenos de la histeria,) recobra luego el conocimiento y en seguida aparece el estado de sopor, fenómenos invertidos en el órden que deben sucederse si se tratara de un epiléptico.

Ahora bien, ¿se trata de un ataque incompleto de epilepsia con delirio consecutivo á su accion ó nos encontramos en presencia de un caso de sonambulismo epiléptico, pues los síntomas que corresponden á una y otra entidad mórbida están manifiestos aunque confundidos en un solo y mismo ataque?

¿Tenemos á la vista una histeria post-epiléptica, una forma intermediaria de la histeria ó de la epilepsia, ó una histero-epilepsia?

Mi falta de conocimientos me impide formular un diagnóstico preciso, y sobre un punto en que el acuerdo no ha podido establecerse apesar de opiniones tan respetadas como las de Trouseaux, Charcot, &, cuya esperiencia parece debia haberles hecho ver claro en estos casos.

III

Pero no es solo bajo las formas de ataques completos é incompletos, generalizados, que la Epilepsia se presenta á la observacion clínica, los fenómenos convulsivos se prseentan muchas veces localizados en un miembro, ó en parte de un miembro, afectado antes ó despues de su

aparicion, de parálisis pasageras ó permanentes, manifestaciones de la Epilesia parcial que han estudiado y descripto Jackon, Charcot, Bourneville, Regnar y otros muchos.

Estas parálisis de forma hemiplégica, se desarrollan ya en la primera infancia ó ya en la juventud y en la virilidad, preceden ó siguen una série de accesos frecuentemente repetidos, y se establece unas veces paulatinamente, siguiendo á los accesos una paresia pasagera, que durando minutos ú horas, alcanza hasta el acceso siguiente, siguiendo tras de este marcándose mas la parecia y durante una série dc accesos cuyo número es imposible precisar, para una vez pasados, dejar una parálisis imcompleta que dura algunos dias, y desaparece despues, para reaparecer de nuevo, cuando los accesos vuelven á manifestarse.

Otras veces la hemiplegia viene de golpe á estos ataques convulsivos, en lugar de irse manifestando de una manera paulatina y progresiva.

Y en los diversos casos citados por Charcot y reproducidos pur Bourneville y Regnar, hay la tendencia á referir la causa de estos trastornos á accidentes sufridos por la madre durante el embarazo, y entre estos accidentes, las emociones morales, sobre todo aquellas que obran deprimiendo el sistema nervioso, ya por la brusquedad de la conmocion impresa, ó bien por la repeticion constante de actos ó escenas que influyen dolorosamente sobre el estado moral de la madre, ocupan el primer lugar.

Pero si de la nocion etiológica pasamos á la patogenia de estas formas anormales, en las cuales la accion se ejerce de una manera tan Iimitada, hallaremos como

orígen en los niños "una lesion cerebral de naturaleza inflamatoria" (1), una trombosis de las arterias cerebrales, produce inmediatamente una hiperemia en el territorio circunvecino, y producida esta en las circunvoluciones cerebrales, las convulsiones siguientes no son mas que las manifestaciones esternas del trastorno circulatorio produeido.

De manera que las convulsiones epileptiformes, paresia ó parálisis, revistiendo la forma hemiplegica, convulsiones localizadas al miembro afectado, constituyen las faces sucesivas porque pasa. antes de constituirse definitivamente.

Antes de pasar á las formas distintas de convulsiones post-hemiplégicas, me detendré un momento á indicar las causas de hemiplegia, prevista la forma de parálisis ó de paresia, aparescan bruscamente, ó por ataques sucesivos cuya intensidad aumenta hasta constituirse de una manera permanente y definitiva.

En otro lugar vimos figurar á la hemorragia cerebral como consecuencia posible del ataque, y dado este accidente desgraciado, el sitio ocupado, la cantidad de sangre derramada y las alteraciones que sufra el foco hemorrágico producido, nos esplicarán bien las distintas formas y sitios en que se manifiesta la parálisis.

Tras la fatiga escesiva ó el trabajo prolongado, viene la abolicion funcional, y bien tras, la conmocion violenta del sistema nervioso, tras el estado de tension que sufre en el momento del acceso convulsivo, viene la abolicion funcional que se revela por la paresia pasagera; el cerebro aniquilado por el trabajo escesivo, no domina

(1] Iconograha fotográca de la Salpetrière

ya los centros inferiores controlando su funcionamiento, ni produce la determinacion motriz que precede á la realizacion del acto y este mismo desequilibrio de los centros nerviosos vamos á recordarlo mas adelante en el mecanismo de la athetosis, que forma el eslabon que une la hemiplegia á la Epilepsia parcial propiamante dicha.

No es un misterio que las hemorragias cerebrales cuando atacan la sustancia blanca de un hemisferio, rompiendo las relaciones entre las fibras nerviosas que unen el centro psiquico de los movimientos con el centro medular ó motriz, por mas que la *impulsion* ó *determinacion* exista, cortado el agente trasmisor de la impulsion, el acto no se produce y la parálisis está constituida por interrupcion en la corriente nerviosa centrífuga.

Y esta perturbacion en la trasmision es mayor ó menor, segun sea mas ó menos poderosa la causa que influye en su produccion; un foco hemorrágico pequeño, desarrollado paulatinamente sin haber tocado completamente el haz de fibras nerviosas unitivo, producirá parálisis mas limitadas, mas ó menos pronunciadas, y segun su reabsorcion se verifique de una manera rápida, ó que los fenómenos hiperémicos que se irradian mas ó menos lejos del sitio del derrame, llevan su actividad hasta producirse esas hemorragias puntiformes del encéfalo, nuevas formas aparecerán, rebelando lo que pasa en el interior de ese órgano, cuyo funcionamiento fisiológico está perturbado.

Por eso tras la hemiplegia está la athetosis, en la cual "los movimientos son lentos, es decir, que sin sacudidas bruscas se producen y alcanzan su límite, pasando suce-

sivamente, pero sin poder detenerse, por las posiciones intermediarias. De ahí esos movimientos involuntarios largo tiempo reflejados, destinados á alcanzar un fin determinado. Son exagerados, y esta exageracion es sobretodo marcada en los dedos y en las falangetas, que yendo hasta el límite estremo de la escursion articular, la depasan ordinariamente, reproduciendo así de una manera instable y temporaria las deformaciones mas variadas del reumatismo nodoso, parece en los casos mas marcados que hay una especie de violencia, los dedos se crispan enérgicamente como para tomar un objeto imaginario, las falangetas se levantan en ángulo recto, ó se flexionan hasta el estremo (M. R. Oulmont). Falta la coordinacion y la mano sacudida por el espasmo, temblorosa é insegura en sus movimientos, tiene mucho de parecido con la movilidad escesiva de la parálisis agitante; es que el cerebro aniquilado en sus funciones por los trastornos que sufre, no controla los movimientos de los músculos, y entregados á su automatismo inconsciente, no pueden arreglar su funcionamiento á un fin determinado.

Los accesos de epilépsia, limitados unicamente á los miembros paralizados, ó generalizados á todo el cuerpo, pero predominando en intensidad en el lado afecto, pueden aparecer algunos dias, algunas semanas, y aun algunos meses, y años despues del ataque convulsivo productor de la parálisis, y este ataque convulsivo puede afectar lo mismo la forma de grande como de pequeño mal.

En la epilépsia parcial siempre ó con muy raras escepciones se presentan síntomas precursores, constituyendo

una verdadera aura, que anuncian la llegada de los accesos, y ya sea entorpecimiento, dolores, sacudidas-aumento de rigidez en los miembros paralizados y princi, palmente del miembro superior, el hecho capital es que estos enfermos tienen un aura de duracion suficiente para advertir á las personas que le rodean y protegerse ellos mismos de los accidentes de la caida, y cuyo orígen se refiere al lado afecto.

De forma que síntomas precursores con ó sin grito inicial, perdida del conocimiento, periodo de convulsiones tónicas, de convulsiones clónicas limitadas casi siempre al lado paralizado, ó mas intensas, á lo que sigue un estado de temblor y algunas veces de delirio, rara vez estado comatoso ó de estupor terminal constituyen las diversas faces que caracterizan al acceso.

La inteligencia del sugeto se deprime, hasta el punto que llegan hasta cerca de la imbecilidad, y este descenso de la inteligencia no se reconoce generalmente como posterior y consecutivo á la frecuencia de los ataques, preexiste á ellos, nace con el individuo, y sufre un descenso gradual y prolongado, pero no progresivo, hasta convertir á todos los epilépticos en seres irresponsables por aniquilamiento de la conciencia.

"Estos enfermos tienen un caracter menos desagradable, irrasible, menos violentos que los otros epilépticos, su fisonomía es muy dulce, su mirada menos dura, que la fisonomía y la mirada de los otros epilépticos.

"Esto unido á la conservacion *relativa* de las facultades intelectuales, con síntomas que, ellos tambien contribuyen á demostrar cuanta razon hay en separar esta

variedad de epilépsia de la epilépsia clásica, —Bourneville y Regnard.

Pero en la epilépsia parcial ***hemepléjica propiamente dicha,*** en la variedad llamada ***tónica ó con contructura*** falta el periodo del espasmo clónico, síntomas precursores del acceso, principiando siempre en el lado afectado, con ó sin grito, rara vez pérdida completa del conocimiento, rigidez ó contructura localizada, despues de lo que el enfermo recobra sus facultades sino perdidas perturbadas, constituyen el cuadro sintomatológico del acceso.

En la forma vibratoria el enfermo es acometido de espasmos fibrilares, semejando vibraciones de los músculos que se propagan en todo un miembro, en todo un lado del cuerpo de una manera progresiva, haciendo tomar al miembro afecto las formas mas raras, las posiciones mas originales, y pudiendo el paciente, sufrir el acceso sin pérdida del conocimiento, sin caida, cuando es limitada, y cuando se generalizan; siempre estos fenómenos se manifiestan con mas intensidad en el lado paralizado, pudiendo la repeticion constante de estos accesos, transformarse algunas veces en gran mal, del cual no serían mas que síntomas precursores.

Estas dos últimas formas, aunque aceptadas por algunos, esperan aun la sancion de los hechos, los casos referidos son demasiados pocos para hacer prueba en una cuestion tan oscura como las formas distintas de la Epilépsia parcial, que ocultándose bajo formas tan distintas, la engloban algunos como fenómenos córeicos

post-epilépticos, ó que coexisten con los de la epilépsia, siendo unos y otros solidarios en su produccion.

Las dos observaciones que refiero, pertenecientes á la primera variedad, acaso revistan los caracteres de las segundas, pero mi poca práctica, la falta de conocimientos suficientes me hacen incapaz de apreciarlas y al presentarlos, me limito mas á recoger los síntomas que á juzgarlos.

Obs. 8ª—Epilépsia franca, gran mal, hemiplegia derecha post-epiléptica, epilépsia parcial

Sala 2ª — Nº 19

Juan B. Cerutti, italiano, 28 años, soltero, marinero, entró al Hospital San Roque el 26 de Setiembre de 1884.

Por sus referencias supimos que el padre murió de la fiebre amarilla, no habia sido alcoholista ni padecido de ninguna afeccion, la madre murió loca en el Hospicio de San Buena Ventura.

A la edad de 2 años y medio cayó de una escalera, abriéndose el ombligo, y apareciendo desde entónces las convulsiones; su vida ha sido bastante desarreglada en los dias que la profesion le dejaba libre se entregaba á una vida de desipacion en la que los excesos venéreos y alcohólicos eran el primer y preferente alhago para sufrir despues toda clase de miserias y privaciones. Sin trabajo ninguno desde 7 años atrás, sin pan y sin abrigo ha recorrido toda la série de sufrimientos que enjendra la miseria y la holgazaneria.

Su fisonomía y su aspecto, su actitud y todos sus movimientos revelan apatía manifiesta y un nivel intelectual inferior á la generalidad, caminaba sin claudicacion pero lentamente,

No presenta deformaciones ni cicatrices en la columna vertebral, no existen puntos dolorosos á la presion y percusion ni por la esponja caliente los movimientos de

flexion, estension y lateralidad se verificaban normalmente, no existen vestigios de un tratamiento local anterior.

No existen parálisis, la excitabilidad eléctrica y mecánica de los músculos está conservada asi como el sentido muscular y la coordinacion de los movimientos, no apareciendo espasmos ni contructuras fuera de los accesos, los reflejos superficiales profundos y viscerales están conservados.

No acusa sensaciones sobjetivas anormales, y sus facultades intelectuales no sobresalen por la lucidez de sus ideas, al contrario es escaso de inteligencia, su palabra es lenta, perezosa y pronuncia algunas palabras con dificultad, la memoria es mala, la sensibilidad al tacto, al dolor y á la temperatura está conservada.

La vision es normal, y el ojo no acusa ningun trastorno patológico, lo mismo pasa con el oido cuya integridad anatómica y funcional es manifiesta, el aparato circulatorio, el respiratorio digestivo y génito-urinario funcionan con regularidad.

Sus ataques frecuentes, dejando á su entrada á este Hospital un intérvalo de 3 á 4 dias, revestian generalmente la forma franca del gran mal con todos sus períodos.

Refiere que conversando un dia, interrumpió de pronto la contestacion, cortando la frase antes de terminarla, y por mas esfuerzos que hacia no le fué posible terminarla, hasta que atacado de un vértigo, empezó á girar, cayendo boca abajo, perdido el conocimiento, pero supo por los que estaban con él, que le habia dado el ataque, y que estos accesos siguieron repitiéndose con frecuencia, acompañados de alucinaciones de la vista,

viendo á las personas de distinto color y como si anduvieran en el aire, despues de cada acceso aparecia una parálisis del brazo derecho que desaparecia á los pocos dias.

Despues de su entrada, los accesos siguieron repitiéndose con frecuencia, mas tarde y por la accion de la medicacion bromurada, se alejaron un poco, pasando hasta 15 dias sin ataques, volvió mas tarde una nueva recrudescencia del mal, el intérvalo dejado por los ataques llegó á ser hasta de 2 dias, revistiendo la forma incompleta ó de pequeño mal, hasta que el 20 de Diciembre y despues de un acceso quedó paralizado al brazo derecho, perezosa la pierna derecha, mucha dificultad en la palabra, cuando mira fijo al suelo, nota como si este subiera ó bajara, y en este caso y en cualesquier esfuerzo que hace sobre todo al hablar y al reír, los rasgos se llevan hácia la izquierda, es acometido de vértigos y tiene que buscar apoyo porque sinó caeria.

He podido observar uno de los accesos post-hemípligicos, dijo haber sentido una sensacion de cosquilleo en la mano derecha, que subió poco á poco hasta el tronco, vino un vértigo, dió un grito, perdió el conocimiento cayendo boca abajo, la cara pálida, las mandíbulas apretadas, la pupila dilatada, en un estado de rigidez marcado al que sucedieron convulsiones en el lado paralizado, mas fuertes en el brazo que en la pierna, y despues de un período de calma recobró el uso de sus facultades, pero se hallaba acometido de escalofrios que duraron próximamente dos horas, no se tomó la temperatura porque entonces ignoraba fuera uno de los síntomas caracterís-

ticos de este mal, mas tarde traté de tomar, pero fué imposible durante el acceso, en el corto período del sopor que seguia al acceso dió 38° 2.

La forma del acceso concuerda mucho con la descripcion hecha por los autores de esta forma de epilepsia, por lo que creo debe á ella referirse, colocándola en este sitio.

Obs. 9 — Hemiplegia derecha — Epilepsia parcial, convulsiones localizadas—Sala 2ª, cama N° 9.

Francisco Cáceres, Paraguayo, de 19 años, soltero, jornalero, entró á este Hospital el 3 de Febrero de 1885 .(1).

No se pueden obtener antecedentes hereditarios, pero dos hermanos que viven, son sanos, no ha tenido enfermedad anterior desde los 7 años, los placeres solitarios constituian su mayor ocupacion, la masturbacion constante le dejó impotente hace dos meses, y este era el único trastorno aparente que habia causado en él este vicio.

Hace tiempo padecia de cuando en cuando de ataques convulsivos. pero que repitiéndose de tarde en tarde no le impedian ni sus diversiones ni sus quehaceres, por lo que nunca se habia preocupado de ellos, pero hace un mes y medio que trabajando, cayó al suelo privado de conocimiento y permaneciendo en este estado hasta la noche (desde las 12 del dia), en que recien pudo darse cuenta de lo que le pasaba; desde entónces los accesos han sido frecuentes, y muchos dias nota que el brazo que desde hace mes y medio está paralizado, es atacado de temblores que le molestan mucho, y á los que precede una sensacion de cosquillas que parte de la mano derecha, llega al tronco, se siente acometido de vértigos, la cara está pálida, dá un grito ahogado, gira y cae, con-

(1) A la bondad del Dr Ramos Mejia y á la amabilidad de mi amigo el Sr. Ardoiuo, debo el conocimiento de esta historia, observada y recogida por el último, lo que en este momento le doy las gracias.

servando solamente en el lado paralizado un estado de rigidez con desviacion de los rasgos y desviacion del ojo, á lo que siguen convulsiones localizadas en el lado paralizado, y estas convulsiones unas veces fuertes aparecen otras bajo la forma de temblores, duran algunos minutos y todo movimiento cesa, cayendo el enfermo en un estado de sopor con 38° 8 de temp., y despertando luego con cefalalgia, depresion de fuerzas, dificultad en la palabra é inmóvil el miembro superior derecho.

No acusa deformaciones ni cicatrices de la columna vertebral, no existen puntos dolorosos á la presion y percusion, ni por la esponja caliente, los movimientos de flexion, estension y lateralidad se verifican normalmente, no existen vestigios de un tratamiento local anterior.

La parálisis del lado derecho es marcada, casi completa en el brazo, es mas bien paresia en la pierna, la escitabilidad eléctrica algo perdida, el sentido muscular y la coordinacion perdida en el lado enfermo, conservado en el otro, no hay espasmos ni contructuras, los reflejos casi todos conservados, ecepto los de la pierna derecha que están abolidos.

No acusa sensaciones subjetivas anomarles, la inteligencia obtusa, la palabra difícil, la memoria mala, está un poco mas arriba que el imbécil y nada mas. La sensibilidad al tacto, al dolor, y á la temperatura están conservados.

El ojo, el oido, el aparato respiratorio, circulatorio, digestivo y genito-urinario funcionan con regularidad.

El tratamiento instituido son 2 cucharadas grandes de:

Bromuro	de potasio	5	gramos.
Id	de sodio	8	id.
Id	de amonio		
Agua		200	id.

al dia, aplicaciones eléctricas al lado paralizado, réjimen tónico y nutritivo.

Bien pobre es el trabajo que presento, adornado con el pomposo nombre de Tésis, no hay ideas teóricas ninguna, y las que coloco al principio forman el resúmen de las de Gowers, Jackson, Charcot, Oulmont, etc., etc., mio solo la observacion de estos casos y muchos mas cuyas histórias conservo y que si no he ofrecido á la consideracion de Vdes. ha sido por no recargaros, con la lectura de páginas insulsas y que no presentan ni un interés sintomatológico, ni el mérito de una descripcion bien hecha.

Que alguno, si por casualidad hojea estos casos, saque el provecho que me es imposible obtener, y habré llenado en algo mis aspiraciones, cooperando á su estudio con mi trabajo de interno de un Hospital.

V°. B°.

CLETO AGUIRRE.

PROPOCISIONES ACCESORIAS

I.

En qué elementos del sistema muscular los nervios terminan en placas?

II.

Qué órganos se encuentran contenidos en la cavidad craneana?

Region costo-mamaria.

III.

Orígen del lenguaje.

IV.

Anestesicos.

V.

Diagnóstico diferencial de las lesiones traumáticas del encéfalo.

VI.

En qué consiste la muerte, cuáles son sus signos evidentes?

VII.

Diagnóstico diferencial entre esclerósis posterior y atrofia muscular progresiva.

VIII.

La sífilis se cura sin especificos?

IX.

Qué diferencia capital hay entre intoxicacion y envenenamiento?

X.

Fecundacion.