

7876

81-9-4^{mo}-21

(nº 112)

De los signos de la epilepsia

oc 2577

Memoria (112)

presentada para obtener el grado de Doctor en Medicina y Cirugía

por el

Ldo. Antonio Bataller y Contastí
Médico sustituto del Hospital de Santa Cruz de Barcelona.

L'épée de Damoclès, dont
on parle si souvent, n'est rien
en comparaison de la mala-
die épileptique.

(Sandras et Bourguignon. Traité des
maladies nerveuses, tome 1^{er})

Epmo. i Flmo. Sr.

Si la gravedad y frecuencia de una enfermedad son cir-
cunstancias bastantes para obligar al médico a hacer de ella,
con preferencia a otras, un estudio detenido, creo que nin-
guna puede presentar mejores títulos para ello que la epi-

18892607



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



531541404X

lepsia. Su gravedad extrema es indiscutible; su frecuencia es inmejorable cuando las estadísticas más recientes demuestran que de cada mil individuos, seis están afectados de ella; y aunque esta crecida proporción parezca algo exagerada, se explica perfectamente si se consideran las numerosas causas que pueden producirla.

Según cuáles sean éstas, la epilepsia se llama congénita ó adquirida. En el primer caso, no solo puede haber sido transmitida por padres epilépticos, sino que pueden dejar esta triste herencia a sus hijos los que sufren alguna enfermedad mental, ó estén afectados de histerismo, catalepsia, alcoholismo, ó de enfermedades a éstas semejantes. Y en el segundo, ó sea cuando es adquirida, puede ser debida al onanismo, al terror que Tisot, Esquirol y Leuret consideran como una de las causas más poderosas; ó la imitación, ó ciertas afecciones orgánicas cerebro-espiniales, al mercurialismo, saturnismo, alcoholismo y sobre todo, al absintismo.

No respecta edad, sexo, temperamento, ni profesión; ni hay clima ni estaciones que le impidan desarrollarse; y apenas se encuentra agente terapéutico alguno que pueda detener su marcha, atenuar su gravedad ó prevenir sus complicaciones. El niño, el joven y el viejo pueden sufrir sus ataques, aunque no con la misma frecuencia; dificulta ó impide el desarrollo de la inteligencia, en el niño; transforma ó aniquila por completo la del joven, y contribuye eficazmente al decadimiento y pérdida de la del viejo.

Una vez se ha iniciado, repite con tanta frecuencia

sus ataques, son éstos tan bruscos y de tanta gravedad, que constantemente tiene la vida en inminente peligro el desgraciado epiléptico. Así como hay enfermedades compatibles con la vida doméstica y social, ya porque tienen una duración limitada, ya por la naturaleza de los fenómenos que la constituyen y acompañan, ésta, al contrario, por circunstancias totalmente opuestas, incapacita al pobre enfermo para todo, y son sus casi inevitables consecuencias la idiotez, la imbecilidad, la manía, la demencia y la parálisis general. Prueba irrecusable es de lo que acabo de sentar, el número considerable de estos infelices que han de ser encerrados en los manicomios.

Por todos estos motivos es la epilepsia una enfermedad que ha tenido el triste privilegio de llamar, desde muy remotos tiempos, la atención de los médicos. Ya en la colección hipocrática se encuentra un tratado sobre la «enfermedad sagrada», y sería, por cierto, tarea larga, enojosa y de poco provecho enumerar siquiera los autores más notables que desde Hipócrates hasta nuestros días se han ocupado de ella, contribuyendo, cada cual en su esfera, a aclarar muchos puntos de etiología oscuros; a descifrar síntomas antes inexplicables; a descubrir lesiones cadavericas en otro tiempo invisibles; a establecer diferencias con que distinguirla de otras enfermedades a ella afines; a ensayar, en fin, nuevos medicamentos que oponer a su desarrollo. Sin embargo, ¿son muchas las ventajas positivas que se han obtenido a consecuencia de tan laboriosas investigaciones?

Es cierto que la fisiología y patología experimentales nos explican su patogenia de un modo bastante aceptable; que las cuestiones de etiología están en parte resueltas; que los crecientes progresos de la anatomía patológica, debidos á pacientes y delicados estudios, nos ponen en estado de hallar en el cadáver lesiones que nos dan, en muchos casos, explicación cumplida de los síntomas observados en vida; pero ¿ aquellas lesiones son constantes, fijas, invariables? No, en verdad.

Cierto es también, que la sintomatología y con ella el diagnóstico y el pronóstico han llegado á alcanzar un grado de perfección consolador, fruto de la experiencia y de la observación; mas, ¿ están acordes todos los autores respecto del valor que hay que conceder á cada síntoma, y es siempre fácil distinguirla de las afecciones de cuadro sindrómico parecido?

Es igualmente cierto que existen un sinúmero de sustancias que son aplicables al tratamiento de la epilepsia, de modo que el que pretendiera agotar en un enfermo todos los medios que la terapéutica en sus tres ramas, dietética, farmacología y cirugía, nos ofrece, no podría conseguirlo. Tanta es su variedad, tan considerable es su número, que Henning en más de 160 páginas no logra enumerarlos todos. Las sustancias más repugnantes, aconsejadas por un grosero empirista por la ignorancia ó por la superstición, fueron en los tiempos antiguos empleadas: medios todos que, como indica muy bien un autor, prueban más la miseria del arte en aquella época y la desesperación de los en-

fermos, que la sabiduría del médico. Es verdad que este cargo no puede hacerse á la medicina moderna; pero, así y todo; ¿ existe un medicamento capaz de curar la epilepsia?

Somitánselas estadísticas que relativamente á este punto se publican todos los días á un severo e imparcial análisis, y se verá que casi todos los casos de curación se refieren á otros tantos de epilepsia simpática ó sintomática, en los que aquella consiste sólo en algunas convulsiones epileptiformes, en un verdadero epifenómeno de la enfermedad principal.

No quiero con esto decir que admito la incurabilidad absoluta de la epilepsia, pero si que la incurabilidad es la regla general, y que las excepciones deben ser atenta y cuidadosamente estudiadas á fin de no formarse una opinión errónea.

No ignoro que, de algunos años á esta parte, algo se ha adelantado; sé que con la belladona, el nitrito amílico y el bromuro protásico, según algunos médicos afirman, se han conseguido sorprendentes curaciones; pero, sin que ponga en duda la probidad científica de los que tales resultados consignan, séame permitido poner en tela de juicio la propiedad curativa de la epilepsia que, según algunos, tiene la belladona, pues á varios prácticos distinguidos, entre los cuales puedo citar al Dr. Pi y Molist, no les ha dado el buen resultado que aquellos proclaman. Por lo que se refiere al nitrito amílico, es sustancia poco estudiada aún, descubierta pocos años há (en 1844, por Balaard) y cuyos efectos fisiológicos dados

á convecer en 1859 por Guthrie, y los terapéuticos en 1867 por Landor Brunton, no se han determinado aún tan rigurosamente que dejar al médico sin dudas ni vacilaciones cuando se trate de administrarlos, por mas que Steketech (Rev. des scienc. medic.) haya formulado recientemente sus indicaciones y contraindicaciones con bastante precision. El bromuro potásico tiene, á mi modo de ver, mayor importancia que los otros dos medicamentos citados, y creo que á lo que puede conseguirse inteligentemente usado.

Por lo que dejo expuesto puede verse cuan anchos campos queda abierto á los experimentadores y el gran número de cuestiones pendientes de resolución. Todas ellas son igualmente importantes; pero á fin de no dar á este trabajo más extensión de la conveniente, me limitaré al estudio de los signos de la epilepsia, sin cuyo exacto conocimiento es imposible establecer rigurosamente el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.

El motivo que me induce á tratar preferentemente de la parte sintomatológica de la epilepsia, es, además de su reconocida importancia, el haber tenido ocasión de comprobar repetidas veces en un número considerable de epilépticos el valor que á cada signo dan los autores, con algunos de los cuales no está á veces muy conforme la observación.

Y ya que he dicho signo, fuerza es que haga constar, antes de entrar en materia, que entiendo por signo diagnóstico: toda circunstancia, sea de la naturaleza que fuere, que puede ayudar y contribuir, durante la vida del enfermo, á la formación del diag-

nóstico; por consiguiente van en dichos signos comprendidos los síntomas propiamente dichos.

Pero no describiré simplemente el acceso epiléptico en sus distintas formas, pues lo mismo antes que después del acceso y cuando sus inmediatas consecuencias han cesado, dista mucho el epiléptico de quedar en estado normal, ya que su enfermedad no consiste sólo en los ataques que de cuando en cuando sufre, sino que éstos no son más que una de sus terribles manifestaciones; y tal epiléptico habrá, que á pesar de ataques más frecuentes e intensos que los sufridos por otro, presente, sin embargo, un trastorno menos considerable de sus facultades intelectuales. Y como quiera que en el intervalo de un acceso á otro presentan los epilépticos, salvo raras excepciones, señales evidentes, signos marcados, manifestaciones inequívocas de su enfermedad, es preciso que trate: 1º del epiléptico ántes del acceso, ó sea del estado del enfermo desde que se han disipado los efectos inmediatos del ataque próximo pasado, hasta que se presenten los síntomas precursores del ataque próximo venidero; 2º del epiléptico durante el acceso, ó sea desde los síntomas precursores del mismo, hasta terminar el estado de sopor; y 3º del epiléptico después del acceso, ó desde la terminación del ataque propiamente dicho, hasta la desaparición de sus consecuencias inmediatas.

Esta división en tres fases distintas bajo las cuales puede ser estudiado el epiléptico, no es siempre

natural y completamente exacta, pues casos pueden darse en que inmediatamente después de un acceso sobrevenga otro, ó que no estén dirigados aún los efectos de un primer acceso cuando sobrevenga un segundo. Además, el pequeño acceso y el vértigo, formas distintas las dos del grande acceso, como diré después, no presentan muchas veces, especialmente el último, ni signos precursores, ni el período último de sopor; pero de todos modos esta división de los fenómenos que pueden observarse en los epilépticos será posible hacerla en la gran mayoría de los casos y por esto me he decidido a establecerla, a fin de metodizar el estudio de materia tan árida.

Expondré igualmente en breves palabras, al terminar, el diagnóstico diferencial y el pronóstico de la epilepsia, pues es lógico que los signos pronósticos acompañen y sigan a los diagnósticos.

I.

Del epiléptico antes del acceso.

Los signos que el enfermo presenta en el intervalo de los accesos son distintos según sea la epilepsia reciente ó inveterada; idiopática, simpática ó sintomatíca; según afecte al niño, al joven ó al viejo; y en una palabra según sea la forma bajo la que se presente el ataque, que son varias.

Fácil es comprender las variaciones que circunstancias tan distintas han de imprimir a dichos

signos, y la imprescindible necesidad de que el médico las tenga en cuenta si quiere sacar de ellos alguna utilidad. A pesar de esto, puede ser diagnosticada la epilepsia con grandes probabilidades de acierto siempre y cuando existan algunos de los signos que luego citaré, sin necesidad de presenciar el acceso.

Estos signos se sacan del estado físico y psíquico del enfermo.

Generalmente después del primer ó de los primeros ataques, no ofrecen los epilépticos trastornos permanentes ó en grado tal que permitan al médico formar un diagnóstico ni siquiera probable; tan sólo se notan, en algunas ocasiones, señales de traumatismo ó ligeros cambios de carácter que no son suficientes, ya que pueden muy bien ser debidos a multitud de causas totalmente distintas. En estos casos necesita el médico la relación hecha por alguna persona que haya presenciado el acceso, pues sabido es que no hay que contar para nada con el enfermo, que no conserva el menor recuerdo de lo que le ha sucedido. Esto mismo es ya un elemento de diagnóstico.

Ya es muy distinto el caso, cuando se trata de la epilepsia inveterada, ó, si puedo expresarme así, crónica; entonces ha transcurrido el tiempo necesario para que el organismo haya sentido los efectos de esta cruel enfermedad; el estado psíquico ha padecido también sentir mucho su influencia, y por lo tanto habrán, de seguro, sobrevenido alteraciones y trastornos de las facultades intelectuales y afectivas que sean un elemento

poderoso para la formacion del diagnostico. Veamos, pues, en que consisten.

El desarrollo fisico del epileptico es por lo regular proporcionado á la edad; es decir, que las funciones correspondientes á la vida vegetativa, que son las que de un modo inmediato determinan la nutricion y el crecimiento de los organos, se ejecutan con la regularidad suficiente para que no se detenga el desarrollo del cuerpo. Si la epilepsia ataca á un niño, lo cual sucede con frecuencia, al cabo de algunos años forma extraño contraste ver reunido en un mismo individuo el desarrollo organico propio de un hombre con la inteligencia de un niño, pues continua creciendo el cuerpo mientras quedaban sus facultades intelectuales en embrion y casi reducidas á la nulidad. Fíjese la atencion en este hecho que es de suma importancia y presto en más de una ocasion servicios considerables.

Entre los epilepticos existe un cortissimo numero que no presentan, despues de disipado el acceso, signo alguno de su enfermedad, debido ya á la poca intensidad ó frecuencia de los ataques, ya al poco tiempo transcurrido desde el principio de su afecion, ya á la edad que tenian cuando principió su dolencia; pero la gran mayoria de ellos, por circunstancias opuestas á las citadas ó tal vez por otras que no nos es dable conocer, lo cierto es que se descubre algo en su fisionomia que nos hace sospechar su enfermedad; de modo que el que haya tenido ocasion de ver muchos epilepticos, pocas veces se equivoca cuando se encuentra frente de un individuo de esta clase. De tal manera que así como hay una facies cardiaca y una facies abdominal, no

vacilo en decir que existe una facies epileptica.

La forma del cráneo, las cicatrices en la cara y el estado mental del epileptico son las principales causas que modifican la expresion de su fisionomia, dandole un caracter especial.

Las anomalias de forma del cráneo que suelen presentar los epilepticos que lo son desde su nacimiento, no pueden referirse á un tipo determinado, pues mientras unos lo presentan excesivamente desarrollado y son verdaderos macrocéfalos, otros, por el contrario, podrian presentarse como tipos de microcefalia; otros tienen muy cortos los diámetros transversales, disposicion compensada por la excesiva longitud de los verticales y antero-posteriores; y, finalmente, en otros tiene una forma piramidal. Es preciso observar que estos casos suelen ir acompañados de idiotez, imbecilidad, demencia ó mania.

En la cabeza y particularmente en la cara, acostumbran los epilepticos presentar cicatrices casi siempre numerosas, pero con la particularidad de estar en un mismo lado e inmediatas unas á otras, y este es un signo importante pues no hay otra enfermedad que lo presente. Estas cicatrices son debidas á las caidas que durante los accesos ha sufrido el enfermo, y como estas caidas se verifican siempre sobre el mismo lado, siendo muy contados los casos en que no sucede así, y la actitud del enfermo al caer es tambien siempre igual, resulta que son heridas siempre las mismas partes. He visto un epileptico que sólo presentaba cicatrices en el dorso de la nariz y labio superior, y alguna de ellas era ya de cuarta ó quinta generacion, lo que se explica por ser tan semejantes las caidas que á veces se produce una herida sobre la misma cicatriz de la herida anterior.

La rotura de los dientes, que algunos epilépticos presentan, es tambien un signo, pero que tiene sólo un valor relativo; y dicho relativo porque dicha rotura, aunque no es frecuente, puede ser debida a un traumatismo que ni la mas remota relación tenga con la epilepsia.

El estrabismo acompana tambien algunas veces a la epilepsia, y si bien es frecuente durante los ataques, no lo es tanto como signo permanente.

La lengua puede ofrecer cicatrices debidas a heridas más o menos profundas ocasionadas por los dientes durante los accesos.

No es raro observar paralisis, limitadas unas veces, mas extensas otras, que producidas durante el ataque se disipan casi siempre despues de cierto tiempo, quedando no obstante en otras ocasiones como signo permanente. Entre ellas la mas comun es la hemiplegia.

Contribuye poderosamente a comunicar a la fisonomia del epiléptico su expresion propia, el estado de sus facultades intelectuales y afectivas. No hay que decir que siempre y cuando la epilepsia va acompañada de alguna de las formas de afecion mental antes citadas, se retrata fuertemente en la fisonomia del enfermo; y aunque exista sola la epilepsia, basta ya para modificar el carácter y con él la fisonomia del epiléptico que nos indica la melancolia que le consume o el odio a cuantos le rodean o un carácter irascible, caprichoso, obstinado e inquieto. Los signos de la epilepsia pueden quedar oscurecidos y como en segundo término, si el predominio de las complicaciones es muy marcado.

Habrá dicho que debian ser muy atendidos los trastornos

que en sus facultades intelectuales presentan los epilépticos, trastorno que son variados segun la edad del enfermo al ser atacado de la citada enfermedad. Probare de sacar algunas consecuencias que a este punto se refieran de las estadisticas que publican los autores. Reuniendo las de Mussot y Moreau, puede verse que de 1.282 epilépticos:

146	lo eran de nacimiento
366	" desde la edad de 1 a 10 años.
471	" " " " 10 a 20 "
144	" " " " 20 a 30 "
80	" " " " 30 a 40 "
50	" " " " 40 a 50 "
18	" " " " 50 a 60 "
7	" " " " 60 a 70 .

De esta estadistica se desprende el gran numero de individuos que son afectados de epilepsia antes que sus facultades intelectuales hayan llegado a adquirir el grado de desarrollo conveniente; y como la perniciosa influencia de aquella enfermedad es en la inteligencia donde de un modo predilecto se manifiesta, calcíese cuantos terminaran su misera existencia en los manicomios.

Y entre los restantes, o sea entre aquellos cuyas facultades intelectuales se hallaban ya desarrolladas al enfermar, pocos son, muy pocos, los que dejen de sentir sus funestos efectos. Es verdad que el estado mental de estos últimos va evolucionando con mas lentitud, en la generalidad de los casos; pero como sigue una marcha progresiva, la mayor parte de ellos despues de ofrecer cambios manifiestos en su estado fisico y psiquico, despues de presentar los sentimientos nobles

y generosos trocados en pasiones muchas veces criminales, ó de ser sustituido su carácter, tal vez franco y expansivo, por la melancolía y la aversion al trato social, terminan por contraer enfermedades mentales incurables que en un principio pueden ser formas variadas de manía, que les conducen en término más ó menos lejano a la demencia y a la parálisis general.

Pocos son los epilépticos que se libran de estas complicaciones y en los que queden limitadas a sencillos cambios en su carácter sin trascendencia alguna. Menos son aún los casos en los que se nota la existencia de la epilepsia junto con la integridad perfecta de las facultades intelectuales, pues si bien los autores citan a Julio César, Matrona, Petrarca y Napoleón para probar que hasta es compatible con el genio, sólo demuestran estos casos, que algunos pocos han sido afortunadas y raras excepciones de la regla general, admitiendo, lo cual no lo poco admisir que Julio César y los demás citados fueran real y verdaderamente epilépticos.

Creo que para dar más fuerza a estas deducciones no he de hacer más que citar una estadística de Esquirol. En ella puede verse que de 339 epilépticos no hay más que 60 que no presentan aberraciones intelectuales, y aún éstos eran de carácter irascible. Y acaba Esquirol diciendo: «de modo que de 339 epilépticos hay 269 ó sea los $\frac{4}{5}$ que sufren de enajenación mental en grado mayor ó menor y sólo una quinta parte conservan, pues el uso de la razón; ¡Y que razón!»

Por consiguiente, pueden los epilépticos dividirse en

dos grandes clases: 1.^a epilépticos no enajenados, pero con perversión mayor ó menor de carácter; casi todos van, con el tiempo, a parar a la 2.^a clase ó epilépticos enajenados. Esta segunda clase puede á su vez dividirse en tres categorías: 1.^a comprende los que presentan trastornos intelectuales de forma aguda complicando el acceso; de éstos me ocuparé más adelante. 2.^a comprende los que presentan trastornos intelectuales en el intervalo de los accesos; y 3.^a los que presentan trastornos intelectuales de marcha crónica con debilidad progresiva de la inteligencia terminando por demencia ó parálisis general. De los comprendidos en estas dos últimas categorías he tratado hasta ahora.

Estos son los signos por medio de los cuales puede ser conocido el epiléptico en el intermedio de los accesos; y si bien ninguno de ellos aislado tiene el valor suficiente para que una vez comprobada su existencia podamos calificar de epiléptico al individuo que lo presente, no obstante, si se asocian algunos de ellos pueden bastar en los casos en que no se sospecha simulación, pues en éstos y en otros en los que carezcanos de antecedentes lo mejor será esperar que sobrevenga un acceso.

II.

Del epiléptico durante el acceso y después del acceso.

El ataque ó acceso epiléptico sobreviene sin guardar regla fija alguna: pocos días después del último ataque, unas veces; otras al día siguiente ó después de semanas, meses, y aún, como se refieren casos de ello, después de uno ó más años. Pero cuando ocurrira esto último, probablemente se tratará de una epilepsia con accesos ligeros nocturnos que pueden pasar desapercibidos, si-

do sólo notados los diurnos que muy de tarde en tarde tal vez se presenten. No es raro observar alguna regularidad en los intervalos de los accesos en las mujeres, pero coincidir frecuentemente los ataques con el periodo menstrual.

La influencia que se quiere tenga la luna en la repetición de los accesos, es quimérica; pero no lo es la del estado atmosférico, emociones fuertes, cansancio físico, etc. En muchas ocasiones no podremos descubrir la causa que ha provocado el acceso y nos veremos precisados a admitirle un origen espontáneo.

El conjunto de síntomas que luego describiré constituye el acceso epiléptico que es la manifestación más ostensible de la epilepsia. No es igual en todos los epilépticos, ni lo son todos los que sufre un mismo individuo; y estas diferencias consisten en su mayor o menor intensidad o duración; en presentarse o no ciertos síntomas importantes; y, finalmente, en las distintas consecuencias que traen consigo. Todas estas variedades pueden en rigor reducirse a tres: el gran acceso, el pequeño acceso y el vértigo propiamente dicho.

1º Gran acceso.

Ya se presente espontáneamente, ya a consecuencia de causas conocidas, puede en uno y otro caso ir precedido de ciertos fenómenos que llevan el nombre de prodromos, y que son próximos o remotos. Los próximos constituyen el aura epiléptica, cuya existencia se cree que no es constante, aunque, a mi modo de ver, tal vez sea esto debido a la dificultad de comprobarla en la mayoría de los casos, ora por el estado intelectual del enfermo, ora por presentarse tan próxima al acceso que se confunde con su primer periodo, y naturalmente tam-

po en este caso puede el epiléptico darse cuenta de ella.

Sigue al aura el acceso propiamente dicho, que presenta distintos periodos que es menester indicar antes de pasar a su descripción; y como quiera que los fenómenos precursores lejanos y los próximos o aura pueden considerarse como formando parte del gran acceso, distinguiremos en él: 1º signos precursores lejanos; 2º signos precursores próximos o aura; 3º periodo tónico; 4º periodo clónico; 5º periodo de colapso y 6º periodo de retorno.

Signos precursores lejanos. Preciso es confessar que son algo vagos, y que sólo tienen valor real en los enfermos sometidos por algún tiempo a observación y en los cuales se ha notado los que acostumbran preceder al ataque. En estos casos si que es preciso tenerlos en cuenta, pues la observación enseña que son iguales en un mismo individuo cada vez que ha de sobrevenir un acceso. Esto no obstante para que alguna vez se presente el acceso sin prodromos de esta especie, que cuando existen suelen consistir en dolor de cabeza general, o limitado y circunscrito a una parte de ella; tristeza, inaptitud para el trabajo y en ciertas ocasiones verdadera excitación maníaca. Pueden estos signos anticiparse de uno, dos, o más días, al ataque, y van seguidos de los

Signos precursores próximos o aura epiléptica, que, según la opinión de algunos autores, son constantes; de tal modo que Pierry afirma que no existe epilepsia sin aura. Ya he manifestado poco há mi sentir respecto de la constancia del aura. Puede ser prima o sensitiva y muscular o motriz, según que orden de fenómenos son los que la constituyen. Es por lo regular igual en los diferentes accesos que un mismo individuo sufre, consistiendo en alucinaciones del oido, del olfato, del gusto, y muy particularmente de la vista; o en una sensación de frío que recorre todo

el cuerpo ó sólo el dorso; bien en una sensación de calor en varios puntos, y especialmente en el epigastrio, subiendo desde allí á la cara; bien en un entorpecimiento de los miembros, dolor, corcullas en distintos sitios; parálisis y espasmos parciales, ó, en fin, en una sensación en algún brazo parecida a una descarga eléctrica.

No sucede con esta clase de fenómenos lo que con los anteriores; pues así como aquéllos, los lejanos, pueden presentarse sin ir seguidos del ataque, éstos, por el contrario, no tardan en ir seguidos del acceso, salvo en los casos en que partiendo el aura de un punto limitado de un miembro ha bastado, según refiere Tissot, aplicar un torniquete que ejerciera una fuerte presión por encima de aquel punto, para que dejara de presentarse el acceso que era inminente. Pero como esto no es lo general, ni mucho menos, lo que sucede es que inmediatamente después del aura, y confundiéndose con ella sobreviene el acceso que principia por el

Periodo tonico, tetánico ó asfítico, que suele iniciarse por un grito prolongado de un carácter especial, ronco las mas de las veces, agudo otras. He dicho suele principiar, porque dista mucho de ser constante el grito y como afirman algunos, por lo menos así lo he observado en los numerosos ataques que he presenciado. El grito va acompañado de palidez intensa que dura breves instantes, de rigidez general y de perdida absoluta de la sensibilidad y de la inteligencia. Cae el epileptico desplomado y cae siempre de un mismo lado ó de cara y en actitud igual en cada acceso, pudiendo la caída ser causa de graves lesiones y lo es con frecuencia de heridas más ó menos profundas, fracturas y quemaduras horribles. Todos estos fenómenos se suceden en meno-

tiempo del necesario para su descripción. Entonces puede observarse lo siguiente: rigidez general, la cabeza echada hacia atrás ó inclinada á un lado cuando la contracción predomina en uno de ellos, y en este caso el esterno-cleido-mastoideo cuya contracción domina al otro atrae la cabeza hacia si vuelta la cara al lado opuesto; el cuerpo y los miembros en extensión violenta y los superiores en rotación hacia dentro, y algunas veces el pulgar aplicado á la palma y cubierto por los demás dedos. La boca cerrada convulsivamente; los párpados cerrados ó entreabiertos y en este ultimo caso se ven los ojos fijos ó en rotación. No se oye quejido alguno. La palidez inicial que ya he indicado, a veces difícil de observar por su corta duración, es inmediatamente seguida por un color que va haciéndose livido; las venas de la frente se hinchan considerablemente y aún más las yugulares que forman marcadísimo relieve, causado todo por la suspensión de la función respiratoria, pues el torax se halla completa y absolutamente immobilizado. El corazón late con energía y tumultuosamente; el pulso es, en algunas ocasiones, difícil de observar por la tensión y relieve de los tendones, y todo este aparato de síntomas verdaderamente aterrador, que causa penosa impresión a todos los que lo presencian y que lo encuentran interminable, dura según Beaum de 5 á 30 segundos, siguiendo luego el

Periodo clónico en el que el estado de rigidez anterior es sustituido por espasmos clónicos que aparecen primero en los músculos de la cara, pero que rápidamente se comunican á todo el cuerpo. Los párpados se abren y cierran alternativamente dejando ver un estrabismo, aunque no es constante, que cuando existe es convergente ó divergente según los casos. La pupila está dilatada y no se contrae aun cuando se le acerque una luz muy viva; sigue que no se encontró á faltar nunca, y que según creo fue por primera

vez indicado por Maguan. Las mandíbulas apretadas una contra otra, ó moviéndose lateralmente la inferior que en ciertas ocasiones se ha luxado; los dientes rechinan, pudiendo fracturarse durante este periodo. La lengua sufre mordeduras, a veces de tal consideración que Turner cita un caso en que quedó completamente dividida; se oyen gritos roncos, sonidos inarticulados, quejidos de dolor; se asoma á los labios espumosa saliva tenida de sangre las mas de las veces. El corazón late aun precipitadamente; el pulso es frecuente y pequeño, y la piel está cubierta de sudor. Continúa, por supuesto, la perdida de la sensibilidad y de la inteligencia. Romberg ha visto persistir la contractilidad refleja, y dice que tocando la conjuntiva cierran los párpados, y que rociándoles con agua fría aumentan las convulsiones; pero Hasse ha aplicado sin éxito alguno la electricidad al tronco y á los miembros. En este periodo son tan violentas las convulsiones que los enfermos pueden lastimarse si no son cuidadosamente vigilados; no son raros los caídos de luxaciones y fracturas sobrevenidos durante este periodo. Las contracciones son casi siempre más marcadas en un lado que en el otro, y esto sigue es importantísimo para el diagnóstico diferencial. La cabeza, el tronco y los miembros se mueven en varios sentidos, pero sin que el enfermo se muera del sitio donde ha caido ó se han colocado. En los caídos en que el pulgar está aplicado a la palma, si se consigue ponerlo en extensión, ya no vuelve á doblarse, según ha observado March. Dos veces he notado que un breve espasmo tónico, pero que duraba breves instantes, interrumpe las convulsiones clónicas, siguiendo estas luego con una intensidad mucho mayor. Van cesando poco á poco las convulsiones, terminando este periodo, que según Beau y Calmeil dura de 1 a 3 minutos, por una relajación súbita del cuerpo entero, entrando el

Período de colapso y coma. Un profundo suspiro indica la terminación del periodo clónico. Se observa en el semblante del enfermo una palidez intensa, y la respiración que tan mal se efectuaba causa de las violentas convulsiones que sufría el epiléptico, se restablece y regulariza algo, pero es lenta y estertorosa. No es raro que vaya este periodo acompañado de evacuaciones involuntarias de orina y materias fecales y hasta de pulmones. La orina puede contener albúmina a consecuencia del estancamiento venoso durante los dos periodos anteriores y los tres. Michea y Reinoso aseguran que se encuentra en ella azúcar. El enfermo no da aún señal alguna de que recobre el conocimiento, y segun haya sido la intensidad del ataque, ese estado de soñor puede durar mas o menos tiempo; en el ataque llamado de forma apropáctica es en el que tiene una duración mayor, que sin embargo acostumbra no pasar de algunas horas. Desde el momento que el epiléptico da indicios de volver en sí, puede considerarse ya como terminado este periodo, principiando el

Período de retorno de la sensibilidad y de la inteligencia, que tiene una duración indefinida, variable en cada individuo y hasta en cada acceso. El enfermo abre los ojos si le llaman ó se sacuden; mira en torno suyo y vuelve a cerrarlos, diciendo que le dijeron descazar; está atontado y se deja conducir sin pronunciar palabra alguna. Poco á poco va despejándose, pero sin recordar nada absolutamente de todo cuanto le ha acontecido. Se queja en los caídos en que la caída le ha ocasionado alguna herida, ó tiene alguna fractura como consecuencia de los periodos tónicos y clónicos. Siente un fuerte dolor de cabeza y es incapaz todavía para dedicarse á trabajo alguno. Puede estar afectado de hemiplejia, pero lo mismo ésta que otras parálisis más limita-

das que puede presentar, se van, por lo general, desvaneciendo con bastante rapidez. La afonía, disfagia, accesos de cisma, vómitos etc. pueden ser consecuencias inmediatas del ataque; y, por ultimo, la sensibilidad y la inteligencia, de un modo lento pero progresivo, se restablecen y queda el epiléptico poco mas o meno en el estado que le era normal antes del ataque. Casos se refieren de inteligencia mas penetrante y lúcida despues que antes del acceso; mas creo que deben ser rarísimos. Por mi parte no los he observado nunca.

Pero no siempre sigue este periodo la marcha que acabo de trazar, pues en los epilépticos correspondientes a la 2^a y 3^a categoría de las tres en que antes les he dividido, o sea aquellos que sufren trastornos intelectuales, acostumbran despues del periodo de colapso presentar una ligera perversión de sus facultades intelectuales o un verdadero delirio maníaco, un acceso de locura epiléptica. En el primer caso sufren alucinaciones incómodas que les irritan; su carácter se hace irascible, o se apodera de ellos la melancolia y abandonandoles hasta despues de varios días. En el caso segundo, a poco de disipado el sopor en que estaban sumidos, el abatimiento es rápidamente sustituido por la excitación más furiosa que darse puede, por la engañación más completa en la verdadera acepción de dicha palabra, lo que junto con las alucinaciones que sufren hace que los epilépticos sean los enajenados más temibles. Todo género de accesos pueden esperarse del epiléptico maníaco. Del mismo modo que principia ese estado de excitación, suele terminar, es decir, de un modo repentino y brusco, siendo generalmente de corta duracion.

El ataque epiléptico puede repetir a poco de terminar y no

sólo una sino varias veces al dia; pueden hasta ser sub-interrumpidos.

Excepto en los casos en que el epiléptico se encuentra en la cama o vigilado de cerca por alguna persona, al sufrir el ataque cae generalmente de cara, algunas veces de costado, y otras, menos en numero, de espaldas; y como no puede escoger el sitio ni siquiera la posición más á propósito para no lastimarse, resulta que al caer se hiere, ofreciendo sus heridas la particularidad de curarse por primera intención las más de las veces, como si los epilépticos tuvieran más fuerza plástica que los demás. Es, ademas, frecuente observar en distintos puntos de su cuerpo contusiones de diversos grados y una infusión sanguinea sub-conjuntival.

La epilepsia puede manifestarse bajo otra forma en apariencia no tan grave, pues el conjunto de síntomas que la constituye no es tan imponente, pero sus consecuencias son igualmente terribles; hablo del pequeño acceso.

2º Pequeño acceso.

No se crea que los epilépticos que sufren el gran acceso no puedan presentar manifestaciones de la epilepsia bajo otra forma, pues los hay que en el intermedio de grandes accesos sufren el pequeño o el vértigo. Otros sufren desde el principio el vértigo que va poco a poco transformándose y parando atacados del acceso mayor. Y finalmente otros, según Troussseau refiere, principian con éste y terminan sufriendo el vértigo. Fácilmente se comprenden estas combinaciones de las tres formas de ataque epiléptico que he admitido, pues son todas la expresión de una misma enfermedad.

Muchos no admiten como forma distinta el pequeño acceso, y mientras unos lo reúnen al gran acceso, lo juntan otros al vértigo; y esta discordancia es efecto de ser el pequeño acceso una forma de transición, pero distinta, a mi modo de ver, de la primera y de la última.

Las causas que provocan el pequeño acceso son las mismas que he enumerado para la forma anterior, siendo preciso advertir no obstante que los signos prodromicos lejanos faltan muchas veces, y el aura no es tan prologo tan marcada pudiendo, en sentir de algunos, dejar de presentarse.

En la descripción del pequeño acceso, no se puede seguir la división en períodos tal como en el grande pues algunos de ellos faltan y cuando se presentan son incompletos y de corta duración.

El pequeño acceso se inicia por un grito que frecuentemente falta, seguido de caída que se distingue de la del gran acceso por no ser tan súbita; palidez intensa; ojos fijos; un estremo tónico general casi imperceptible por su breve duración, siendo imposible observarle algunas veces, lo que ha hecho suponer si faltaría en muchas ocasiones; convulsiones clónicas de poca intensidad y de no larga duración; falta el periodo de sopor o dura sólo cosa de un minuto y el enfermo se levanta luego, mira como asombrado a su alrededor, queda algo atontado, ignorando por completo lo que le acaba de suceder; se disipan luego todos estos fenómenos y queda el enfermo como antes del acceso. No obstante, pueden ser consecuencia de esta forma de ataque epiléptico, los trastornos intelectuales indicados en la

forma anterior, y tal vez se alique esto para asimilar el pequeño acceso al mayor, pero esto no es motivo suficiente para ello, pues el vértigo que es admitido por todos como una forma distinta, puede presentar, como diré después, esas mismas consecuencias. Aunque entre el grande y el pequeño acceso no hubiere otra diferencia que la intensidad, esta sola autorizaría su distinción y separación; pero hay más, pues le faltan a menudo períodos enteros.

Del gran acceso se pasa insensiblemente al pequeño, y de este, también insensiblemente, al vértigo.

3º Vértigo propiamente dicho.

No se busque en esta forma de acceso la regularidad que hay en las otras, ni la sucesión exacta de períodos distintos, ni una reunión de síntomas en cada caso iguales con sencillas variaciones, pues son tantas las variedades bajo las que se presenta que es imposible hacer otra cosa que citar las principales, a fin de que conocidas éstas puedan ser fácilmente diagnosticadas las otras.

Las causas que provocan el vértigo son aún menos conocidas que las del grande y del pequeño acceso. Se presenta en un mismo individuo más a menudo que aquéllos, siendo a esto debido el que su influencia sobre las facultades intelectuales sea más perniciosa que la de las otras formas de ataque epiléptico; así es que, si bien no puede decirse que el vértigo conduca con más frecuencia a la enajenación mental, puede afirmarse que lo hace con más rapidez que el gran acceso.

Generalmente el vértigo no tiene ni signos precursores

lejanos, ni aura. Falta el grito inicial y casi siempre la caida; a lo mas, el enfermo se tambalea y puede dejarse caer o sentarse. En su parte esencial puede decirse que consiste en una momentánea pérdida del conocimiento, durante la cual los enfermos pronuncian palabras incoherentes, ejecutan actos extravagantes, o permanecen inmóviles dejando caer los objetos que tal vez tuvieren en sus manos. Si el epiléptico está parado, se piara, tiene la vista fija, padece su semblante, y después de algunos segundos vuelve a continuar su interrumpido pareso, ignorando lo que ha hecho. Otras veces echa a correr, o continua andando, o golpea a los que están a él inmediatos, o pronuncia una misma palabra repetidas veces, o si está conversando deja una palabra a medio pronunciar y continua después la conversación precisamente en el punto mismo donde, sin darse cuenta de ello, la dejara.

Y sin embargo, esto que algunos creen tiene poca importancia por lo que se refiere al estado ulterior del enfermo, tiene la misma gravedad que los accesos completos descritos ya, su naturaleza es idéntica y a no tardar pueden estas sencillas distracciones o valídos ser sustituidos por el justamente tenido gran acceso epiléptico.

El vértigo trae consigo consecuencias fatales para la inteligencia y si bien en la generalidad de los casos no se manifiestan más que a la larga, otras veces se notan ya desde un principio cambios de carácter en el enfermo y más adelante accesos bien caracterizados de manía epiléptica.

Las formas de epilepsia lanaada, que ciertos autores admiten, no pueden a mi modo de ver considerarse

como de igual naturaleza que la epilepsia, y el curro que aquellas siguen y su influencia sobre el estado psíquico del enfermo aclararán perfectamente las dudas que acerca de su verdadero carácter ocurriren.

Descriptos ya los rigores que presenta el epiléptico durante los ataques y durante el tiempo que transcurre de un acceso a otro; señalada la importancia de cada uno de ellos y conocidas las diversas formas bajo las cuales se manifiesta la epilepsia, falta sólo enumerar las enfermedades con las cuales puede confundirse, indicando los caracteres diferenciales y especialmente el modo de descubrir las simulaciones que tan frecuentes suelen ser, ya para librarse del servicio militar, ya para solicitar la caridad pública. En pocas palabras expondré igualmente el pronóstico de la epilepsia.

III.

Del diagnóstico diferencial y del pronóstico.

Pueden ser los ataques epilépticos tan intensos e ir acompañados de parálisis o de resolución general, que sea posible confundirlos con la congestión y hemorragia cerebrales. Y, al contrario, pueden la hemorragia y congestión cerebrales ir acompañadas de convulsiones, de accesos epileptiformes, que se crea en la epilepsia tratándose de enfermedades tan distintas por su naturaleza como las citadas. En estos casos, para distinguir la enfermedad principal de lo que no es más que un síntoma más o menos pasajero, no tiene otro recurso el médico que acudir

á los antecedentes; si éstos faltan, al examen atento del enfermo á fin de descubrir alguno de los signos antes enumerados, y si este no da resultado alguno, sólo la observación de la marcha que sigue la enfermedad puede dárnos á conocer su verdadero carácter.

Creo que no hay necesidad de indicar el modo de distinguir la epilepsia del éstasis, de la catalepsia, ni del sincopal; no así del histerismo, ni de la eclampsia.

En el histerismo los ataques no son bruscos como en la epilepsia, ni ofrece la sucesión regular de períodos distintos, ni son nocturnos algunas veces los accesos, ni hay la palidez inicial de la cara sustituida por el estado arfítico, ni es nunca congénito como aquella. Los ataques de histerismo son, como dice Troussseau, de gran efecto: extensos movimientos iguales en ambos lados, siendo necesarias muchas personas para contener á la enferma; hay gritos, súplicas, llanto, etc. Nada de esto sucede en el ataque de epilepsia, como ya he dicho anteriormente, cuya duración es, por otra parte, mucho menor.

Es verdad que existe una forma mixta llamada histero-epilepsia, pero en este caso el estado de las facultades intelectuales nos indicará, después de algún tiempo, si se trata de una epilepsia animal, en cuyo caso hay siempre perversión de la inteligencia, ó de uno de histerismo grave en el que no se alteran las facultades intelectuales.

Los ataques de eclampsia y los de epilepsia son tan parecidos, que difícil ó casi imposible sería distinguirlos si sólo se concretaba el médico á un examen comparativo

de los mismos; solamente las circunstancias bajo cuyo influjo se ha presentado la eclampsia (p. e. por el embarazo y parto, en la mujer; por una fiebre eruptiva, en el niño) y su marcha, pueden hacernos distinguir una de otra.

Si un médico quisiera simular un ataque epileptico, á pesar de tener un conocimiento exacto de todos los fenómenos que lo constituyen, no podría imitarlo tan perfectamente que pudiera engañar á un observador atento, acostumbrado a presenciar accesos de aquella naturaleza; considerese pues las dificultades con que han de luchar los impostores que extraños á todo conocimiento médico pretenden, por miras interesadas, simular la epilepsia. Yo bien sé que Esquirol hablando con dos médicos sobre la posibilidad de la simulación perfecta de la epilepsia, fué engañado por uno de ellos (por Calmeil) que simuló un acceso en el momento mismo en que Esquirol afirmaba que un médico algo práctico en esta materia no podía ser engañado por un impostor; pero esto puede explicarse por la sorpresa que causaría á Esquirol tan repentina como poco esperado suceso, y que no creyendo que episieriera en Calmeil intención alguna de engañarle, no hizo un examen detenido como sin duda hubiera hecho en cualquier otro caso.

No es difícil conocer el ataque simulado. Los impostores procuran siempre simular el gran acceso, pues creen que de este modo han de conseguir mejor sus fines; no presentan cicatrices en la cabeza ni en la lengua, análogas á las de los epilepticos, á pesar de que afirman que desde mucho tiempo sufren esta enfermedad; describen un aura á todas luces falsa; cuidan, además, de que el ataque se les presente en un momento en que se ven libres de la vigilancia que sobre ellos pueda ejercerse, para dejarse caer

del mejor modo posible a fin de no dañarse. No hay impostor que presente la palidez; en el los periodos que se fijado se suceden precipitadamente y a veces mezclados; procuran de un modo especial dar al pulgar la posición que, según creen ellos, presentan siempre los epilepticos, y nunca falta la saliva espumosa en sus labios, pero que no es sanguinolenta, a pesar de lo fácil que es darse ese carácter. Examíñeseles las pupillas y se verá que tienen una dilatación normal, que varía según sea la intensidad de la luci; pongásele en extensión el pulgar y luego vuelve a doblarlo, lo cual, según observación de March, no sucede en los verdaderos epilepticos.

Investíquese el estado de la sensibilidad, y si bien muchos no dan señal alguna de dolor al ser pinchados o pellizcados, porque están prevendidos para resistir a esta prueba, no hay más que recurrir a un procedimiento ideado por Watson que consiste en mandar en alta voz que se derrame sobre los pies desnudos del epileptico fingido agua hirviendo, y en virtud de aviso anterior se tiene preparada agua muy fría que se vierte de golpe sobre sus pies, produciéndoles un efecto especial que pocos saben o queden disimular y resistir.

Creo que estos breves datos han de bastar para distinguir la epilepsia verdadera de la simulada en los casos en que haya motivo para sospechar esta última.

El pronóstico de la epilepsia ha de ser distinto según se trate de la epilepsia simpática, de la sintomática o de la idíopática. En las dos primeras su diagnóstico es mucho menos grave y varía en cada caso según las circunstancias y según los recursos con que cuente la terapéutica para dominar la enfermedad que la presente como complicación. Véase sino, en resumen, el siguiente caso publicado por un periódico de medicina: « Herida

por arma de fuego, contusión violenta del nervio mediano, cicatrización. Epilepsia un año después, cuyos ataques eran muy frecuentes. Dos años después de la cicatrización, resección del mediano y con ella desaparición de la epilepsia.» Otros casos por el estilo podría citar.

No así en la otra clase de epilepsia, cuyo pronóstico ha de ser gravísimo; la curación es muy rara, y la terminación por la muerte durante un ataque, o por efecto de las enfermedades mentales consecutivas, es lo que sucede en la inmensa mayoría de los casos. Poco es sólo por la violencia de los síntomas, ni por su incurabilidad que el pronóstico debe ser tan grave, como dice muy bien Esquivel, sino que lo es también por sus funestos efectos sobre el estado físico y moral de los que de ella están afectados, y por estar siempre amenazados del acceso que puede quitarles la vida de un momento a otro.

Por esto un apreciable autor al considerar el peligro que constantemente amenaza al desgraciado epileptico, el peligro del ataque que es siempre inminente, hace notar que nada es en su comparación el peligro que amenazaba á los que estaban debajo de la espada de Damocles.

Finalmente, y resumiendo lo dicho, pueden establecerse las siguientes conclusiones:

1^a La epilepsia es una enfermedad muy frecuente que debe llamar la atención de los médicos de un modo muy particular, por las circunstancias especiales y gravísimas en que queda colocado el enfermo al contraerla.

2.^a A pesar de los notables progresos de la Medicina en todos los ramos que la constituyen, quedan aún numerosas cuestiones pendientes de resolución en lo que se refiere a la patogenia y etiología de la epilepsia, a su anatomía y fisiología patológicas, a su sintomatología y, sobre todo, a su tratamiento.

3.^a Los ataques epilépticos no constituyen por si solos la enfermedad, y por lo tanto no deben ser considerados de otra manera que como una de las más graves y ostenibles manifestaciones.

4.^a Es posible en muchos casos diagnosticar la epilepsia en el intervalo de un acceso a otro; pero, a fin de que el diagnóstico tenga todas las garantías de certeza posibles, será conveniente presenciar algún acceso.

5.^a Fundado en los numerosos casos de epilepsia que he tenido ocasión de observar, creo que puede admitirse una facies epiléptica, del mismo modo que se admite una facies cardiaca y una facies abdominal.

6.^a Es en las facultades intelectuales y afectivas donde de un modo predilecto ejerce su funesta influencia la epilepsia, y los trastornos producidos son distintos según diversas circunstancias, algunas de ellas conocidas, y principalmente según la edad del enfermo al contraerla.

7.^a Son consecuencias casi inevitables de la epilepsia diversas afecciones mentales incurables.

8.^a Pueden y deben admitirse tres formas bien definidas de acceso epiléptico: el gran acceso, el pequeño acceso, y el vértigo.

9.^a Es probable que el aura sea constante, aunque no

siempre puede probarse su existencia.

10.^a Las consecuencias de la epilepsia son las mismas sea cual fuere la forma, de las tres admitidas, bajo la que se manifieste.

11.^a La epilepsia se distingue fácilmente, en general, de las enfermedades que con ella pueden confundirse.

12.^a No es posible la simulación perfecta de la epilepsia, juzgando convencido fácilmente un ataque simulado.

13.^a Siendo incurable la epilepsia en la mayoría de los casos, y de tanta trascendencia los trastornos intelectuales por ella producidos, el pronóstico ha de ser de los más graves.

He dicho.

Madrid 3 de Junio de 1876.

Aut. Bataller Fontanet.

~~2~~